

Miguel Barbosa Ferreira

**Relação entre Periodontite Materna e Parto Pré-termo
Perceção dos Médicos Dentistas**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015

Miguel Barbosa Ferreira

**Relação entre Periodontite Materna e Parto Pré-termo
Perceção dos Médicos Dentistas**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015

Miguel Barbosa Ferreira

**Relação entre Periodontite Materna e Parto Pré-termo
Perceção dos Médicos Dentistas**

O aluno

(Miguel Barbosa Ferreira)

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa

como parte dos requisitos para obtenção do grau

de Mestre em Medicina Dentária.

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2015

RESUMO

Introdução: O parto Pré-termo constitui uma das principais causas de morbidade e mortalidade infantil, com repercussões consideráveis a nível social, médico e económico, à escala mundial. 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. Desde então, múltiplos estudos têm evidenciado a existência de uma associação positiva entre a periodontite e desfechos indesejáveis da gestação, dos quais se destaca o parto pré-termo. A atenção odontológica para com a grávida reflete-se em benefícios para o feto, promovendo uma melhor qualidade de vida para ambos. Neste âmbito, torna-se imprescindível elaborar um estudo que avalie se existe uma sensibilização da parte dos Médicos Dentistas relativamente a esta questão.

Objetivos: Analisar a perceção dos Médicos Dentistas acerca da relação existente entre a periodontite materna e o parto pré-termo.

Materiais e Métodos: Optou-se por um estudo observacional transversal descritivo, de caráter quantitativo, tendo-se implementado um inquérito por questionário a 35 Médicos Dentistas em clínicas/consultórios privados, da Área da Grande Lisboa.

Resultados/Conclusões: De uma forma geral os Médicos Dentistas estão sensibilizados acerca da relação entre periodontite e parto pré termo. Deteta-se que uma grande parte dos Médicos Dentistas sente uma predisposição e receptividade em obter formação adicional acerca da associação entre a doença periodontal e complicações gestacionais e são receptivos à promoção de dinâmicas interdisciplinares. Há no entanto alguma insegurança e desconhecimento em alguns procedimentos do tratamento.

Palavras-chave: periodontite, parto pré-termo, gravidez, médicos dentistas

ABSTRACT

Introduction: Pre-term birth is a major cause of infant morbidity and mortality, with a significant impact in social, medical and economic fields. Offenbacher et al. (1996) were the first to introduce the hypothesis that periodontitis may be a risk factor for preterm labor. Since then, multiple studies have shown the existence of a positive association between periodontitis and adverse pregnancy outcomes, among which the preterm delivery. Dental care for the pregnant is reflected in benefits to the fetus, promoting a better quality of life for both. In this context, it is essential to conduct a study to evaluate whether there is an awareness on the part of Dentists on this issue.

Goals: To analyze the perception of the Dentists about the relationship between maternal periodontitis and preterm birth.

Material and Methods: We opted a descriptive, cross-sectional, observational study, of quantitative character, having been implemented a questionnaire to 35 Dentists in clinics/private practices, in the Area of Lisbon.

Results/Conclusions: In general the Dentists are aware of the relationship between periodontitis and preterm birth. It is detected that a large part of Dentists feel a predisposition and receptivity to additional training about the association between periodontal disease and adverse pregnancy outcomes and are receptive to promote interdisciplinary dynamics. However there is some uncertainty and ignorance in some treatment procedures.

Keywords: periodontitis, preterm birth, pregnancy, dentists

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Doutora Patrícia Almeida Santos pela grande disponibilidade, poio e orientação científica.

Aos professores da Universidade Fernando Pessoa pela aquisição de conhecimentos que me proporcionaram.

Aos meus pais Jorge Ferreira e Carmen Barbosa pelo apoio permanente e incentivo.

Às minhas avós Arlete e Deolinda pela compreensão e palavras de motivação.

À minha tia Filomena pela perseverança e encorajamento.

À Filomena Pestana pela amizade.

Ao meu grupo de amigos, Ana Luísa Maia, Cláudio Ferreira, Joana Belinha, Joana Sá, João Vitorino, Sérgio Guedes e especialmente à minha binómia Elsa Alcobaça, pelo companheirismo.

A todos os Médicos Dentistas das Clínicas a que recorri, por facilitarem a execução deste trabalho.

A todos dirijo os meus sinceros agradecimentos!

ÍNDICE GERAL

RESUMO.....	V
ABSTRACT	VI
AGRADECIMENTOS	VII
ÍNDICE GERAL	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS	X
ÍNDICE DE TABELAS.....	XI
ABREVIATURAS E SIGLAS	XII
I. INTRODUÇÃO.....	1
II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
2.1. Doença Periodontal	3
2.1.1. Definição	3
2.1.2.Etiologia	4
2.1.3.Patogénese	5
3. Parto Pré-termo.....	8
4. Periodontite como desafio sistémico	9
4.1. Periodontite e a ocorrência de parto pré termo.....	9
4.2. Primeira associação entre periodontite e parto pré-termo, estabelecida por Offenbacher em 1996	11
4.3. Teorias plausíveis que explicam a associação entre Periodontite e PPT ..	11
5. Revisão bibliográfica - Estudos MA e RS.....	14
6. Saúde oral na grávida	18
6.1. Tratamento da doença periodontal durante a gravidez.....	18
7. Serviço Nacional de Saúde e medicina oral	21
7.1. Políticas públicas e ações de sensibilização para a saúde oral	22
III. METODOLOGIA	24
1. Questão e objetivos da investigação.....	24
2. Desenho da Investigação	25
3. População e Amostra	26
3.1. Dimensão da amostra	26
4. Colheita de dados	26
4.1. Instrumento de colheita de dados	26

4.2. Considerações Éticas	27
4.3. Tratamento dos dados.....	27
IV. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	29
DISCUSSÃO	40
CONCLUSÕES	49
REFERÊNCIAS	52
ANEXOS.....	I
Anexo 1- Classificação das Doenças Periodontais.....	I
Anexo 2 - Meta-análises e revisões sistemáticas sobre a associação entre periodontite e parto pré-termo	III
Anexo 3 - Inquérito por Questionário administrado aos Médicos Dentistas.....	VII

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Patogénese da Periodontite	6
Figura 2 - Periodontite e PPT	13
Figura 3 - Distribuição de frequências relativas (%) das áreas de intervenção dos médicos inquiridos.....	30
Figura 4 - Distribuição de frequências relativas (%) do número de anos de serviço	30

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Frequências absolutas e relativas do gênero da amostra	29
Tabela 2 - Estatísticas descritivas (média, desvio padrão, mínimo, máximo e moda) da idade dos inquiridos (Tabela 2).	29
Tabela 3 - Frequências absolutas e relativas do local de trabalho dos Médicos Dentistas inquiridos.....	30
Tabela 4 - Distribuição de frequências das respostas à questão “ <i>Indique quais as possíveis alterações na cavidade oral que a gravidez pode provocar</i> ” e resultados do teste de Qui-quadrado.....	32
Tabela 5 - Distribuição de frequências das respostas à questão “ <i>Assinale as patologias para as quais a presença de periodontite materna é considerada um fator de risco</i> ” e resultados do teste de Qui-quadrado.....	33
Tabela 6 - Distribuição de frequências das respostas a questões sobre sensibilização, avaliação e tratamento periodontal; e resultados do teste de Qui-quadrado.....	34
Tabela 7 - Distribuição de frequências e resultados do teste de Qui-quadrado.....	35
Tabela 8 - Distribuição de frequências das respostas a questões sobre estratégias e formação dos Médicos Dentistas e resultados do teste de Qui-quadrado.....	37
Tabela 9 - Distribuição de frequências das respostas à questão sobre quais as medidas que poderão contribuir para uma maior consciencialização e/ou melhoria da saúde oral da população e resultados do teste de Qui-quadrado.....	39

ABREVIATURAS E SIGLAS

ALARA- *As Low As Reasonably Achievabl*

BPN- Baixo peso ao nascer

DGS- Direção Geral de Saúde

DP- Doença periodontal

DPOC- Doença pulmonar obstrutiva crónica

FNT- α - Fator de Necrose Tumoral - alfa

HIV- Vírus de Imunodeficiência Humana

IC- Intervalo de confiança

IL β - Interleucina β

IL-1- Interleucina 1

IL-6- Interleucina 6

LPS- Lipopolissacarídeos

MA- Meta-análise

MMP`S - Metaloproteínases

NPBP- Nascidos prematuros de baixo peso

OMD- Ordem dos Médicos Dentistas

OMS- Organização Mundial de Saúde

PGE2 - Prostaglandina E2

PNPSO- Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

PPT- Parto pré-termo

RAR- Raspagem e alisamento radicular

RPM- Ruptura Precoce das Membranas

RR- Risco Relativo

RS- Revisão sistemática

SNS- Serviço Nacional de Saúde

I. INTRODUÇÃO

A gestação de curta duração ou o parto pré-termo constitui a principal causa de morte e de morbidade infantil, para além de comprometer o desenvolvimento neurológico, cognitivo e comportamental da criança (Andrews et al. e Vohr et al., *cit in* Lohsoonthorn et al., 2009).

Nos últimos anos vários estudos têm evidenciado a existência de uma associação estatisticamente significativa entre a periodontite na mulher grávida e a ocorrência de parto pré-termo (PPT), (Offenbacher et al., 2006; Srinivas et al., 2011; Baskaradoss et al. 2012; Corbella et al., 2012; Kloetzel et al., 2012; Piscoya, et al., 2012; Walia e Saini, 2015).

A doença periodontal materna constitui uma condição altamente prevalente, que tem sido extensivamente estudada em relação à ocorrência de resultados adversos na gravidez, incluindo o trabalho de parto pré-termo, a pré-eclâmpsia e o baixo peso ao nascer. Diversas investigações têm apontado para a possibilidade de existência de um transporte hemático de bactérias e/ou de mediadores pró-inflamatórios a partir de locais de infeção periodontal para a placenta, para as membranas fetais, e para a cavidade amniótica induzindo processos patológicos que conduzem aos efeitos adversos na gravidez (Srinivas et al., 2011).

As bolsas periodontais funcionam então como um reservatório para a translocação de bactérias (principalmente Gram-negativas, tais como *Porphyromonas gingivalis* e *Prevotella intermedia*) assim como dos seus produtos virulentos, que atingem a unidade feto-placentária através da via hematogénica e que podem aí desencadear o trabalho de parto prematuro (Piscoya et al., 2012).

Nesse sentido o plano de tratamento médico-dentário de uma paciente grávida deverá abranger o controlo de placa bacteriana, de forma a minimizar as respostas inflamatórias dos tecidos gengivais; a irritantes locais, ou a infeções desde logo potenciadas pelas mudanças hormonais, já que, apesar de a gravidez não causar *per se* periodontite poderá

agravar a existente, podendo a periodontite na gravidez aumentar o risco de parto pré termo e/ou baixo peso do recém-nascido, (Offenbacher et al., 2006 e Little et al., 2007).

O tema subjacente à elaboração deste trabalho consiste na *Perceção dos Médicos Dentistas sobre a associação entre Periodontite e Parto Pré-Termo*.

A razão da escolha deste tema, prende-se com o facto de considerarmos existir uma escassez de estudos, mais especificamente, no que respeita à posição e ao conhecimento que os Médicos Dentistas revelam, acerca da relação existente entre a periodontite e o parto pré-termo, tendo em conta os inúmeros estudos que apontam para uma possível associação entre ambas as patologias.

Para o enquadramento teórico foi feita uma extensa pesquisa bibliográfica através das bases de dados eletrónicas *PubMed*, *Scielo*, *Front Public Health*, *B-on*, *Google Académico* e biblioteca da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, procurando identificar todos os artigos relevantes sobre esta temática e seleccionar a melhor evidência científica. Esta pesquisa foi realizada utilizando como palavras-chave *periodontitis*, *pre term delivery*, *premature birth* e *adverse pregnancy outcomes*. Adicionalmente foi feita uma pesquisa direcionada para as revistas de referência na área da periodontologia, nomeadamente *Journal of Periodontal Research* e *Journal of Clinical Periodontology*. A pesquisa foi maioritariamente limitada a artigos publicados nos últimos cinco anos, em Inglês, tendo sido também seleccionados artigos mais antigos por se considerarem pertinentes para a evolução do tema. Deu-se especial relevância a revisões sistemáticas e meta-análises.

O trabalho de campo foi realizado entre os meses de junho e julho de 2015, tendo-se recorrido à utilização de um inquérito por questionário, apresentado aos Médicos Dentistas de dezoito clínicas dentárias, doze pertencentes à freguesia de Odivelas e seis da freguesia da Ramada, da Área da Grande Lisboa.

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Doença Periodontal

2.1.1. Definição

A doença periodontal (DP), a segunda doença oral mais comum, constitui, na verdade, um grupo de doenças inflamatórias orais (Nabet et al., 2010). A classificação apresentada no *Workshop* Mundial, promovido pela Academia Americana de Periodontologia, em 1999, (Anexo 1), classificação essa, aceita e utilizada pela comunidade científica e por clínicos em todo o mundo, (Armitage *cit. in* Dias, Piol e Almeida, 2006), agrupa as DP em doenças gengivais, ou gengivite, e em periodontite.

A gengivite é definida como uma inflamação superficial da gengiva onde, apesar das alterações patológicas, o epitélio de união se mantém unido ao dente, não havendo perda de inserção. Reveste-se de especial importância ao ser precursora da periodontite, uma vez que “promove a fragilização das estruturas, facilitando um maior acesso dos agentes bacterianos agressores e/ou seus produtos às áreas subjacentes, o que pode originar a formação de bolsas periodontais, com perda óssea e uma contínua migração apical do epitélio (epitélio longo de união)”, (Almeida et al., 2006, p.379). Este tipo de epitélio oferece menos resistência aos agentes agressores, o que perpetua o processo inflamatório que culmina com a destruição dos componentes do periodonto, ou seja, do cemento radicular, do ligamento periodontal e do osso alveolar (Almeida et al., 2006).

A periodontite, que no âmbito deste trabalho merece especial destaque, é uma doença inflamatória, de carácter multifatorial. Caracterizada pela destruição progressiva dos tecidos de suporte dentário pode, se não tratada, conduzir à perda do dente, pelo que constitui um importante problema de saúde pública (Tonetti et al., 2013 e Hui Zi et al., 2015).

A periodontite está associada à presença de um biofilme bacteriano sobre a superfície dentária que induz a inflamação dos tecidos adjacentes e provoca a destruição do tecido local com perda do aparelho de ligação do dente (ligamento periodontal e osso alveolar) (Offenbacher et al., 2009).

A ativação do sistema imunitário, por patógenos periodontais, resulta na produção excessiva de citocinas pró-inflamatórias, que desempenham um papel importante na iniciação e progressão da doença (Teng, *cit. in* Otenio et al., 2012).

A cavidade oral abriga quase metade da microbiota do corpo humano, atingindo bilhões de microrganismos, que residem em ecossistemas designados biofilmes e são encontrados praticamente em todos os nichos da cavidade oral, tanto na superfície dos tecidos moles, como na saliva, na superfície dentária, nas próteses e implantes. Durante a vida do indivíduo a presença dessa microbiota oferece um contínuo desafio ao desenvolvimento de infecções oportunistas na cavidade oral, como a cárie dentária e a doença periodontal. O desenvolvimento da doença periodontal, mais especificamente da periodontite, envolve a destruição dos tecidos de suporte do dente, podendo esta destruição ocorrer por ação direta dos produtos bacterianos ou indiretamente, em que reações destrutivas são mediadas por células do hospedeiro, induzidas por bactérias no ambiente gengival (Offenbacher e Beck *cit in* Brunetti 2003).

2.1.2.Etiologia

Embora a etiologia primária da periodontite seja bacteriana, aspetos não-modificáveis e modificáveis modulam a gravidade da doença. Os aspetos não-modificáveis incluem fatores genéticos, idade, etnia, género e doenças sistémicas, especialmente diabetes e HIV. Os aspetos modificáveis incluem o nível socioeconómico, o tabagismo, a higiene oral, a obesidade, o nível de escolaridade, o *stress* e as alterações hormonais específicas durante a gravidez (Piscoya, et al. 2012 e Shanthi et al.,2012).

A maioria dos casos de periodontite é causada por um pequeno número de espécies bacterianas. Embora a flora subgengival possa abrigar centenas de espécies, sorotipos e biótipos (Page et al.,1997), os especialistas concordam que, com exceção da periodontite necrosante aguda, *Porphyromonas gingivalis* e *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (anteriormente denominada *Actinobacillus actinomycetemcomitans*) causam a maioria dos casos de periodontite (Shanthi et al., 2012).

A periodontite é causada por um conjunto complexo de condições que afetam os tecidos que protegem e apoiam os dentes. Existem várias etapas e padrões de progressão associada a esta condição, sendo a placa bacteriana e a suscetibilidade do hospedeiro, responsáveis por uma grande parte das variações clínicas. As principais alterações causadas pela periodontite prendem-se com a reabsorção do osso alveolar e o desaparecimento das fibras de ligação entre o osso e o dente (ligamento periodontal), que levam à perda de inserção e à consequente formação de uma bolsa periodontal que serve como um reservatório patogénico de microrganismos orais (Piscoya, et al., 2012).

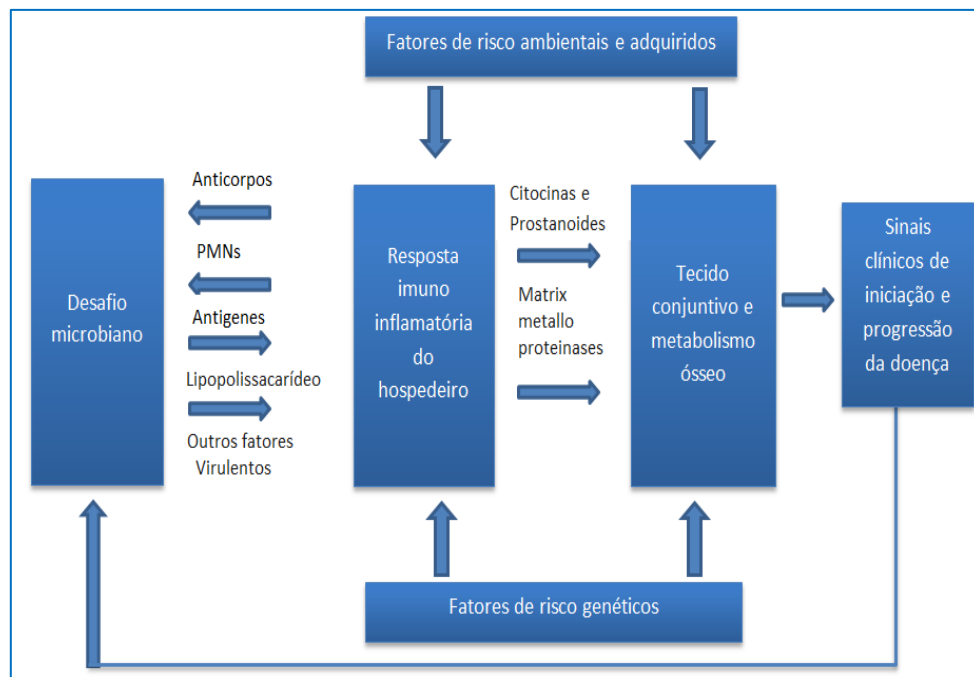
2.1.3.Patogénese

Um número de bactérias específicas como *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia* e *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* é responsável pela formação da bolsa periodontal, levando à conversão do tecido conjuntivo da gengiva numa bolsa periodontal, à destruição do osso alveolar e do ligamento periodontal. Esta destruição tecidual, produzida indiretamente pelas bactérias, através da ativação de vários componentes do sistema de defesa do hospedeiro, leva a que as defesas, que normalmente conferem proteção, paradoxalmente sejam as responsáveis pela destruição do periodonto. Ou seja, quando o organismo humano reconhece a presença destas bactérias, inicia-se a reação de imunidade inata, primeira linha de defesa contra os agentes agressores. Além da atuação dos macrófagos fagocitários, há a liberação de algumas citocinas inflamatórias, proteínas que regulam e coordenam muitas das atividades das células responsáveis pela imunidade inata (Page et al. 1997; Page e Kornman,1997; Hofling et al. *cit in*. Junior et al. 2007).

Bactérias como *Porphyromonas gingivalis* enfraquecem a resposta dos neutrófilos e de outros microrganismos, na placa bacteriana, bloqueando a normal adesão molecular. Os mecanismos patológicos básicos, induzidos pelas bactérias, encontram-se subjacentes a todas as formas de periodontite. Foram identificados inúmeros fatores de virulência manifestados por bactérias periodontopatogénicas, podendo ativar e perpetuar a destruição dos tecidos, afetando as respostas imunológicas que contribuem para destruir o tecido periodontal e degradar os anticorpos específicos, componentes importantes na defesa do hospedeiro. (Page et al.,1997).

No entanto, embora as bactérias constituam um fator essencial, são insuficientes para que a periodontite ocorra. Os fatores de risco intrínsecos, como os genéticos, ou os induzidos, como o tabagismo, interferem igualmente na patogênese da periodontite (Page et al.,1997; Page e Kornman,1997).

Figura 1- Patogênese da Periodontite



Adaptado de Page e Kornman (1997, p. 10)

A patogênese da periodontite integra uma família de doenças que diferem na etiologia, história natural, progressão da doença e resposta à terapia do hospedeiro. Porém, existe em comum uma cadeia de eventos do tipo histopatológicos, ultra-estruturais e vias de destruição tecidual, muito similares em todas as formas de periodontite. As influências modificadoras, como alguns fatores hereditários, podem perdurar em vários momentos da vida do hospedeiro. Tomemos como exemplo, os indivíduos que nascem com leucócitos da síndrome de deficiência 1 e que ficam completamente desprovidos de proteção de neutrófilos, manifestam, quando são muito jovens, infecções recorrentes, incluindo periodontite severa. Nos últimos anos da adolescência, no entanto, a frequência de infecções nestes pacientes diminui drasticamente por razões que,

provavelmente, se encontram relacionadas com a falta da defesa de neutrófilos do hospedeiro (Page et al.,1997).

A natureza crónica e cíclica da condição periodontal oferece uma oportunidade para a disseminação hematogena repetida dos patógenos periodontais e exposição microbiana direta da vasculatura, do fígado e, nas gestantes, da unidade fetoplacentária. Os microrganismos orais adaptaram-se para sobreviver no ambiente oral que se encontra permanentemente rodeado pelas defesas do hospedeiro, incluindo anticorpos e complemento sérico, leucócitos fagocitários e proteínas salivares. Esses microrganismos orais não apenas permanecem no biofilme da bolsa periodontal mas também se desenvolvem na presença da inflamação, o que os capacita a invadir os tecidos do hospedeiro e a obter acesso direto à circulação. Já foi demonstrado que *Porphyromonas gingivalis* podem disseminar-se na vasculatura e translocar-se a locais distantes, tais com a aorta, o fígado ou a placenta (Brunetti et al., 2003).

3. Parto Pré-termo

A Organização Mundial de Saúde define como bebês prematuros, os nascidos entre as 32 e as 37 semanas de gestação, sendo responsáveis por 84 por cento dos nascimentos pré-termo ou seja, 12,5 milhões. São normalmente recém-nascidos de baixo peso, com menos de 2.500 g, e a maioria sobrevive com cuidados de suporte. Por outro lado, os muito prematuros correspondem aos nascidos entre as 28 e as 32 semanas. Estes bebês necessitam de cuidados de suporte extra, podendo a maioria sobreviver. Os extremamente prematuros são aqueles que nasceram antes das 28 semanas e que exigem cuidados mais intensos para poderem sobreviver. Nos países desenvolvidos, esses bebês têm 90 por cento de hipóteses de sobrevivência, embora possam sofrer ao longo da vida de diversos problemas ao nível físico, neurológico e de dificuldades de aprendizagem.

O nascimento pré-termo (PPT) constitui uma das principais causas de morbidade e mortalidade infantil, com repercussões consideráveis a nível social, médico e económico, a nível mundial (Almeida et al., 2006; Babalola e Omole, 2010; Shanthi et al., 2012; Sousa et al., 2012). A taxa de natalidade de PPT parece estar a aumentar em todo o mundo e os esforços para prevenir ou reduzir a sua prevalência têm falhado. O parto pré-termo (PPT) representa cerca de 60% da mortalidade neonatal total, ocorrendo a maioria das mortes, em recém-nascidos de partos anteriores às 32 semanas de gestação. Além disso, o recém-nascido pré-termo tem uma probabilidade 180 vezes superior de morrer que o recém-nascido de termo (Almeida et al., 2006).

Muitos sobreviventes enfrentam uma vida inteira de deficiência, incluindo dificuldades de aprendizagem, problemas visuais e auditivos, deficiência do desenvolvimento neurológico, de comprometimento cognitivo, de distúrbio de comportamento e imaturidade dos múltiplos sistemas orgânicos (Vohr et al. e Andrews et al. *cit in*. Lohsoonthorn et al., 2009). A prematuridade encontra-se relacionada com elevados índices de morbidade (cerca de 85% de todo o mundo) sendo responsável por metade das sequelas neurológicas dos recém - nascidos (Goldenberg et al., 2000). Existem cada vez mais evidências que sugerem que processos infecciosos contribuem para o trabalho de parto prematuro, podendo a periodontontite ser uma dessas infeções (Offenbacher,1996).

4. Periodontite como desafio sistémico

A periodontite é uma das doenças mais omnipresentes e é caracterizada pela destruição de tecido conjuntivo e do suporte ósseo, como resposta secundária de um hospedeiro suscetível a uma infeção inflamatória causada por bactérias (AlJehani, 2014).

A grande superfície de epitélio ulcerado nas bolsas periodontais permite que as bactérias e os seus produtos atinjam outras partes do organismo, criando lesões em diferentes níveis. Algumas espécies bacterianas, como *Porphyromonas gingivalis* e *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* podem invadir diretamente as células e os tecidos (Àgueda et al. 2008 e Shanthi et al., 2012). Esta exposição de bactérias gram-negativas e dos seus produtos podem gerar uma resposta imuno-inflamatória com potenciais danos em diferentes órgãos e sistemas (Iacopino et al e Sanz et al *cit in* Àgueda, Echeverría e Manau, 2008), sendo que as infeções periodontais têm sido associadas a determinadas doenças sistémicas, como por exemplo, o PPT e o BPN (Shanthi et al., 2012). Da mesma forma, vários estudos evidenciam associações entre a periodontite e o risco da doença cardiovascular aterosclerótica (Tonetti et al., 2013), a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), a pneumonia, a doença renal crónica, a artrite reumatoide, o comprometimento cognitivo, a obesidade, a síndrome metabólica, a diabetes e o cancro (Linden et al., 2013).

A hipótese de que as infeções periodontais podem ser fatores de risco para algumas patologias representa uma mudança de paradigma no pensamento sobre a causalidade e a direccionalidade das associações bucais e sistémicas. Parece pois, ser evidente, a existência de um relacionamento bidireccional entre doenças periodontais e um conjunto de outras patologias, ou seja, a periodontite influencia e é influenciada pela doença sistémica e embora sendo reconhecida como consequência a periodontite também pode causar infeções à distância, constituindo um fator de risco para outras doenças (Garcia et al., 2001).

4.1. Periodontite e a ocorrência de parto pré termo

Inúmeros estudos apoiam uma associação entre a periodontite e o nascimento prematuro. Embora desencadeada por um acúmulo de placa bacteriana, a periodontite

pode ser agravada por alterações vasculares e hormonais. Neste sentido, Hui Zi et al. (2015) referem que as mudanças na imunidade e/ou os níveis hormonais durante a gestação induzem alterações na composição da microbiota, o que leva a um aumento da resposta inflamatória em superfícies mucosas. Tomadas isoladamente, essas mudanças não determinam o curso dos processos infecciosos, mas agravam a resposta dos tecidos à presença de placa bacteriana. Esta condição é produzida em conjunto com um aumento na percentagem de bactérias anaeróbicas, especialmente *Prevotella intermedia*, causada pelo aumento de níveis séricos de estrogénios e progesterona na circulação. As bolsas periodontais servem como um reservatório para a translocação de bactérias (principalmente bactérias Gram-negativas, tais como *Porphyromonas gingivalis* e *Prevotella intermedia*) e dos seus produtos virulentos, que atingem a unidade feto-placentária, através da via hematogénica, podendo desencadear o PPT (Lopez et al., 2002; Srinivas et al., 2011; Jeffcoat et al., 2011; Nabet et al.; cit. in Piscoya et al., 2012). Outro agente patogénico periodontal, *Fusobacterium nucleatum* encontra-se ligado ao início precoce da *sepsis* neonatal, uma vez que foi detetado em amostras de sangue do cordão umbilical e no líquido amniótico de nascimentos pré termo (Han et al. cit in Hui Zi, 2015).

A periodontite constitui uma patologia essencialmente infecciosa, baseada na presença de determinadas espécies bacterianas, principalmente anaeróbicas gram-negativas, lipopolissacarídeos e mediadores inflamatórios, incluindo prostaglandina E2 (PGE-2) e fator de necrose tumoral- α (FNT- α), podendo constituir uma ameaça para a unidade feto-placentária (Lopes et al., 2005, Trentin et al. 2007).

De notar que as endotoxinas provenientes de bactérias gram-negativas estimulam a produção de citocinas, incluindo interleucina 1 (IL-1), fator de necrose tumoral (FNT- α) e interleucina 6 (IL-6) que aumentam a produção de prostaglandinas, podendo levar à ameaça de parto prematuro. De facto, puérperas de parto pré-termo apresentam pior condição periodontal e níveis de IL-8 e IL-1 β séricos elevados, em comparação com aquelas com parto a termo (Lopes et al., 2005). Da mesma forma, em mulheres que tiveram parto pré-termo verifica-se um aumento dos níveis de PGE2 e IL-1b no fluido crevicular gengival e maior ocorrência de periodontopatógenos na placa subgengival, em comparação com as mulheres de período gestacional normal (Offenbacher et al., 1998).

4.2. Primeira associação entre periodontite e parto pré-termo, estabelecida por Offenbacher em 1996

Relatada pela primeira vez, por Offenbacher et al. (1996), a periodontite surge como um fator de risco potencial para o parto prematuro. Desde então, a ligação entre infecções periodontais e o nascimento pré-termo tem-se manifestado como uma das fronteiras em pesquisas odontológicas. A potencial correlação entre periodontite e parto pré-termo tem sido alargada a outros resultados adversos da gravidez, incluindo o baixo peso ao nascer, natimorto, aborto e pré-eclampsia (Vogt et al., 2010; Matevosyan, 2011; Piscoya et al., 2012; Jyoti et al. 2013; Walia e Saini, 2015).

Embora se assista a uma enorme controvérsia em torno deste tema, múltiplos estudos sustentam que as mulheres com pré-eclâmpsia e PPT têm os piores parâmetros periodontais. Da mesma forma, nas puérperas com periodontite severa, o baixo peso do bebê à nascença (BPN) encontra-se negativamente correlacionado com a profundidade de sondagem materna e com os níveis de proteína C-reativa (Matevosyan, 2011).

4.3. Teorias plausíveis que explicam a associação entre Periodontite e PPT

Os partos pré-termo encontram-se associados a múltiplos fatores de risco, entre os quais as infecções maternas. Neste contexto, a periodontite ao tratar-se de uma infecção causada por bactérias predominantemente anaeróbias gram-negativas, tem sido apontada como um possível fator de risco para o PPT e o nascimento de bebês de baixo peso.

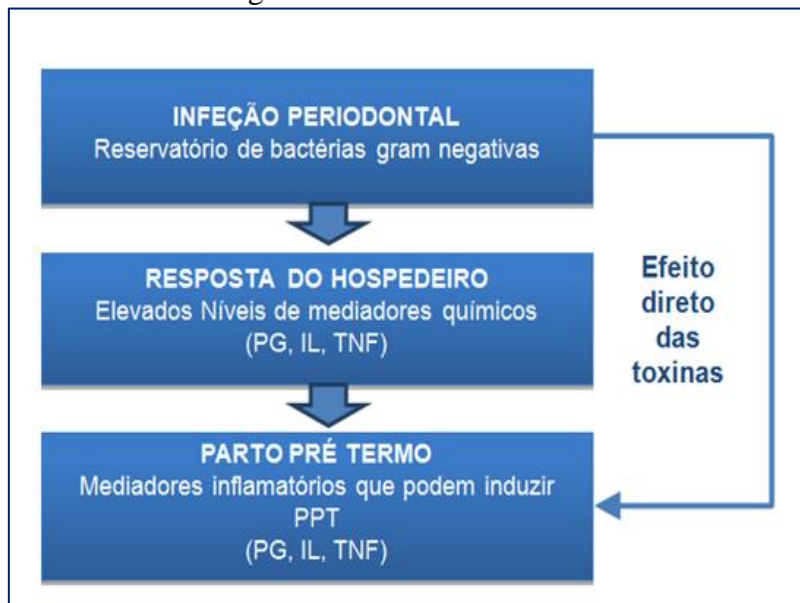
Destacam-se três teorias, biologicamente plausíveis, através das quais a periodontite materna poderá levar à ocorrência do Parto Pré-Termo: (i) *Infeção à distância devido à translocação hemática de microrganismos*; (ii) *Infeção à distância devido à circulação de toxinas de microrganismos periodontopatogénicos* e (iii) *Inflamação devido à agressão imunológica induzida por microrganismos periodontais* (Offenbacher et al. 1996; Brunetti et al., 2003; Àgueda, Echeverría e Manau, 2008 e Santos, 2010).

A primeira teoria (i) *Infeção à distância devido à translocação hemática de microrganismos*, sugere que o impacto negativo produzido pela periodontite, na saúde sistêmica, é proveniente da disseminação de microrganismos na corrente sanguínea, capazes de entrar na placenta e estimular a produção de prostaglandinas, que têm um papel ativo no parto, o que pode influenciar a ocorrência de PPT (Offenbacher et al., 1996; Almeida et al., 2006 e Santos, 2010).

A segunda teoria (ii) *Infeção à distância devido à circulação de toxinas de microrganismos periodontopatogênicos* defende que a presença de produtos bacterianos, tais como lipopolissacarídeos (LPS), ou endotoxinas, a partir de organismos gram-negativos, estimulam a produção de citocinas do hospedeiro. Estas citocinas, incluindo a interleucina-1 (IL-1), o fator de necrose tumoral alfa (TNF- α) e a interleucina-6 (IL-6), estimulam o aumento da produção de prostaglandinas, no líquido amniótico, levando ao início prematuro do trabalho de parto (Gandhimadhi e Mythili, 2010).

A terceira teoria (iii) *Inflamação devido à agressão imunológica induzida por microrganismos periodontais* propõe que a resposta imunológica inflamatória a nível local, no periodonto, causada pelos microrganismos e suas enzimas (devido à ativação de células do epitélio gengival) libertam mediadores inflamatórios, ou seja, PGE2, IL1 e TNF- α , que devido à alta vascularização dos tecidos periodontais, podem entrar na circulação sanguínea em quantidades patogênicas atuando como uma fonte sistêmica de citocinas fetotóxicas (Offenbacher et al., 1996; Almeida et al., 2006).

Figura 2 - Periodontite e PPT



Adaptado de Colgate Oral Care Report *cit in* New York State Department of Health (2006, p.13)

5. Revisão bibliográfica - Estudos MA e RS

São muitos os estudos que desde 1996 sugerem a existência de uma associação entre a periodontite e o PPT. Esses estudos encontram-se distribuídos pelos vários graus da pirâmide de evidência, tendo sido possível encontrar resultados de investigações aplicados tanto em animais como em seres humanos, englobando estudos não controlados de séries de casos, estudos de caso-controlo, estudos de coortes, estudos clínicos randomizados, estudos controlados e multicêntricos, revisões sistemáticas e meta-análises.

Neste trabalho optámos por dar destaque às revisões sistemáticas (RS), pelo facto de sintetizarem os resultados de várias investigações primárias e por aplicarem estratégias para o controlo de resultados visando a redução de viés e/ou de erros aleatórios (Sacks et al. e Kassirer *cit in* Lopez, Uribe e Martinez, 2000). Recorremos também a meta-análises (MA), que se referem à utilização de processos estatísticos, numa revisão sistemática, integrando os resultados dos estudos incluídos (Liberati et al. *cit in* Lopez, Uribe e Martinez, 2000). Tanto as revisões sistemáticas como as meta-análises têm sido sugeridas por se constituírem como as mais altas formas de evidência disponível para os clínicos e para orientação das suas práticas (Guyatt et al. *cit in* Lopez, Uribe e Martinez, 2000).

Pretendeu-se destacar os estudos (MA e RS) publicados nos últimos cinco anos, que apontam para uma possível associação entre a periodontite e os resultados adversos da gestação, designadamente o parto pré-termo, bem como avaliar qual o impacto dos procedimentos médico-dentários, aplicados às gestantes com periodontite de forma a reduzir o risco de ocorrência de PPT (Anexo 2).

Chambrone et al. (2011a) conduziram uma revisão sistemática com o objetivo de avaliar a associação entre a periodontite materna e o PPT e a qualidade metodológica de estudos de coorte. Nove estudos encontraram uma associação consistente entre a periodontite e o parto pré termo. Os estudos mostraram um risco significativo de parto pré-termo para as mulheres grávidas com periodontite revelando um risco relativo (RR) de 1,70 (95% (CI): 1,03 a 2,81) e um risco significativo para BP [RR: 3,57 (IC: 95%:

1,87 a 6,84)]. Pode-se concluir, através destes estudos, a existência de uma relação positiva entre a periodontite materna e o parto pré-termo. Estes resultados devem contudo serem interpretados com alguma prudência, uma vez que não foi possível explicar as razões da elevada heterogeneidade detetada através das estimativas combinadas, considerando-se, no geral, que as grávidas devem ser informadas sobre os riscos da periodontite e serem submetidas a um exame periodontal.

Ide e Papapanou (2013) realizaram uma revisão sistemática, procurando avaliar a possível associação entre o estado periodontal da grávida e a ocorrência de PPT. Dos estudos de caso-controlo e prospetivos que usaram a periodontite como "definição de casos", surgem associações significativas entre o estado periodontal da grávida e o PPT, sendo essas associações substancialmente atenuadas em estudos que avaliaram a periodontite como uma variável contínua. Os estudos prospetivos seguiram um padrão semelhante, mas as associações entre o estado periodontal da grávida e o PPT revelaram-se geralmente mais fracas. De qualquer forma, pode-se referir que estes estudos sugerem a existência de evidências de uma possível relação entre a doença periodontal materna como fator de risco potencial de PPT.

Da mesma forma, Shanthi et al. (2012) efetuaram uma revisão sistemática, pretendendo verificar se existe uma associação entre periodontite e PPT. A busca eletrónica, através da base de dados da *PubMed*, identificou 68 documentos. Foi possível verificar que um crescente número de estudos sugere que a periodontite pode desempenhar um importante fator de risco para os resultados adversos da gravidez, designadamente para o parto pré-termo. Assim sendo, a maioria dos estudos aponta para uma relação entre periodontite e parto pré termo, apesar de em uma pequena parcela de estudos essa relação não se manifestar.

Polyzos et al. (2010) efetuaram uma revisão sistemática e meta-análise com base em onze ensaios clínicos randomizados, pretendendo avaliar se o tratamento da doença periodontal com raspagem e alisamento radicular (RAR), durante a gravidez, se encontra associado a uma redução da taxa de parto prematuro. Estes ensaios incluíram 6558 pacientes, das quais 3438 receberam tratamento para a doença periodontal e 3120 das pacientes não receberam qualquer tratamento. Foi possível verificar que no grupo submetido a tratamento ocorreram 364 nascimentos prematuros, em comparação com

366 no grupo de pacientes que não receberam tratamento. De qualquer forma, é interessante notar que os ensaios de baixa qualidade sustentam um efeito benéfico e significativo do tratamento com raspagem e alisamento radicular na redução da taxa de parto prematuro (*Odds ratio* 0,52, 0,38-0,72; $p < 0,0001$), mas tal efeito não foi evidente entre os estudos de alta qualidade (1,15, 0,95 a 1,40; $p = 0,15$). Assim, da análise dos estudos, os autores concluem que o tratamento da periodontite com raspagem e alisamento radicular não pode ser considerado um meio eficaz na redução da incidência do parto prematuro, devendo as mulheres, contudo, ser aconselhadas a fazer exames odontológicos periódicos, durante a gravidez, para testar o seu estado de saúde oral e até efetuar o tratamento para a doença periodontal. No entanto, as gestantes devem ser informadas de que é pouco provável que o tratamento durante a gravidez reduza o risco de parto prematuro.

Chambrone et al. (2011b) procederam à realização de uma revisão sistemática com o objetivo de avaliar se o tratamento da doença periodontal materna reduz a incidência de PPT. Dos 13 ensaios clínicos randomizados incluídos, apenas cinco foram considerados com baixo risco de viés. Os resultados de oito estudos mostraram que o tratamento periodontal materno pode reduzir a incidência de parto pré-termo. No entanto, os resultados da meta-análise considerando todos os estudos mostraram resultados contrastantes [RR: 0,88 (IC 95%: 0,72 a 1,09)]. Apesar dos resultados positivos alcançados, por mais de metade dos estudos incluídos, as estimativas combinadas nesta RS não conseguiram sustentar o argumento de que o tratamento da doença periodontal na grávida pode diminuir o risco de PPT. Os autores consideram que a inclusão de dados extraídos de estudos classificados como sendo de baixa qualidade metodológica, as diferenças na definição de periodontite utilizadas, o tipo e a qualidade do tratamento poderão ter interferido nos resultados. Tais questões podem ser consideradas como as principais limitações desta RS e que contribuem naturalmente para o risco de viés

Boutin et al. (2012) realizaram uma revisão sistemática e meta-análise baseada em doze ensaios clínicos randomizados, pretendendo avaliar o efeito do tratamento periodontal quando realizado durante a gravidez, nomeadamente sobre o risco de parto prematuro. A meta-análise não evidenciou uma redução significativa do risco de parto prematuro com tratamento periodontal (RR: 0,89; IC 95%: 0,73 a 1,08). No entanto, a grande heterogeneidade entre os estudos pode ser explicada pelo risco de viés e pelo uso de

anti-sépticos bucais com clorexidina. O uso diário de clorexidina foi associado a uma redução de parto prematuro (RR: 0,69; IC 95 % 0,50-0,95). Os estudos apontam para o facto da raspagem e alisamento radicular por si só não se revelar eficaz na redução da taxa de PPT em mulheres com doença periodontal. No entanto, propõem que a associação ao tratamento de um colutório antimicrobiano poderá ajudar a reduzir a taxa de partos ocorridos antes de 37 semanas de gestação

Rosa et al. (2012) efectuaram uma meta-análise e uma revisão sistemática, com o propósito de avaliar os efeitos do tratamento periodontal durante a gestação, para prevenção do PPT, uma vez que há provas convincentes de que as infeções nas grávidas podem alterar a citoquina, podendo resultar numa rutura prematura de membranas e no parto prematuro. Foram incluídos 13 estudos, tendo a meta-análise revelado uma redução não significativa nos partos prematuros (RR = 0,90; IC95%: 0,68-1,19). Não foram encontrados benefícios nos cuidados periodontais durante a gravidez, de forma a reduzir a incidência da taxa de nascimento prematuros. Embora esta análise não tenha encontrado benefícios do tratamento periodontal durante a gravidez, futuras pesquisas serão necessárias para resolver esta questão tão importante.

Pela análise dos estudos verifica-se que os diferentes autores consideram a necessidade da elaboração de um maior número de investigações e pesquisas para esclarecer as causas e/ou as relações que ligam as condições bucais patológicas, como a periodontite, e os resultados adversos da gravidez, como o parto pré termo, de forma a confirmar as descobertas neste âmbito e definir melhor os grupos em que a redução do risco pode ser eficaz.

6. Saúde oral na grávida

6.1. Tratamento da doença periodontal durante a gravidez

A doença periodontal é considerada como a doença bucal mais prevalente entre as mulheres grávidas, podendo a preservação de uma adequada saúde oral evitar resultados adversos na gravidez (Chambrone et al e Khader e Ta'ani *cit in* Lu et al., 2015).

Na cavidade oral da grávida, devido ao aumento dos níveis de estrogénio e progesterona, existe uma hipervascularização do periodonto e alterações na produção de colagénio, assim como o aumento da permeabilidade vascular, tornando o tecido gengival mais suscetível aos irritantes locais (biofilme bacteriano). Por estes motivos, algumas alterações inflamatórias podem ser exacerbadas, das quais se destacam a gengivite, a hiperplasia gengival, o granuloma gravídico e o agravamento de uma periodontite pré-existente. A composição da saliva também é alterada, com redução no teor de cálcio e fosfato, verificando-se igualmente uma redução do pH (Salvolone et al. *cit in* Zanata et al., 2008).

A necessidade de atendimento odontológico da mulher grávida deve constituir uma componente integral do programa de assistência pré-natal (Konopka e Paradowska-Stolarz 2012).

Ao prestar cuidados na paciente grávida, o Médico Dentista deverá efetuar uma história clínica completa, tendo em conta questões sobre o seu estado de saúde geral, a medicação prescrita, o consumo de tabaco, álcool ou outras drogas, a presença de diabetes gestacional ou de hipertensão arterial, a frequência de enjoos matinais e ainda a história de aborto prévio (New York State Department of Health 2006 e Little et al., 2007).

É importante referirmos que lamentavelmente a maioria das gestantes não procura atendimento médico-dentário, embora a gravidez não constitua um período, nem uma desculpa para retardar esse tipo de atendimento. No pós-parto, as mulheres com problemas de saúde oral facilmente transmitem *Streptococcus mutans* através da saliva para o bebé, resultando num aumento do risco de cárie precoce na infância. Devem ser recomendados serviços de prevenção e tratamento para problemas agudos e de forma a apaziguar certos temores ainda existentes neste sentido. Os prestadores de saúde na

mulher, devem entender a importância de proteger a saúde bucal, durante a gravidez e de educar os seus pacientes neste sentido (New York State Department of Health 2006 e Kloetzel et al., 2011).

Os serviços de prevenção e tratamento de infecções dentárias agudas devem ser efetuados no início da gravidez, tanto quanto possível. É importante referirmos que a execução de Raios-x e o tratamento dentário podem ser fornecidos de forma segura, em qualquer idade gestacional. No entanto, muitos profissionais de saúde consideram o período entre as 14 e as 20 semanas de gestação a altura mais apropriada para realizar procedimentos não emergentes uma vez que a organogénese fetal e as hipóteses de aborto espontâneo são menores do que no primeiro trimestre. Também, este é o momento mais confortável para muitas mulheres, uma vez que as náuseas e os vômitos têm tendência para abrandar e a energia das mulheres volta a ser maior (Little et al., 2007; Poletto et al., 2008; Kloetzel et al., 2011).

No que respeita à execução de radiografias intraorais é considerada uma prática segura em grávidas, desde que sejam tomadas as devidas medidas de proteção, tais como a utilização do avental de chumbo e do colar de proteção para a tiroide (Giglio et al., 2009; Kloetzel et al., 2011). De referir ainda que nenhum aumento de anomalias congénitas foi relatado devido à exposição a raios-x durante a gravidez. De qualquer das formas, o princípio de “ALARA” (*As Low As Reasonably Achievable*, isto é, o mais baixo quanto razoavelmente possível) deverá ser sempre respeitado (Giglio et al., 2009).

Por outro lado, e no que concerne à necessidade de anestesia durante os tratamentos médico-dentários, o uso de vasoconstritores é benéfico porque reduzem significativamente a taxa de absorção sistémica e, por conseguinte a toxicidade da droga anestésica. A sua presença aumenta também a profundidade e a duração de ação anestésica, exigindo menor quantidade do anestésico (Malamed e Yagiela *cit in* Zanata et al., 2008).

Além disso, o útero abaixo do umbigo, até às 20 semanas de gestação, permite um posicionamento confortável para que a grávida seja colocada numa cadeira de tratamento médico-dentário. No final do terceiro trimestre, a consulta pode ser muito desconfortável para a grávida. Deve-se dar primazia às consultas curtas, tendo em

atenção o posicionamento cuidadoso da paciente na cadeira dentária, de forma a evitar a hipotensão supina. Durante o terceiro trimestre, as modificações no posicionamento são particularmente importantes para evitar o decúbito dorsal, a compressão pelo útero da veia cava inferior, a diminuição do retorno venoso e hipotensão, as náuseas e os vômitos (Little et al., 2007; Giglio et al., 2009 e Kloetzel et al., 2011).

O plano de tratamento médico-dentário da paciente grávida deve consistir num programa de tratamento e de controlo de placa bacteriana, de forma a minimizar as respostas inflamatórias dos tecidos gengivais, a irritantes locais, ou a infeções induzidas pelas mudanças hormonais, já que, apesar de a gravidez não causar doença periodontal, pode agravar a existente, podendo a periodontite na gravidez aumentar o risco de parto pré termo e/ou de baixo peso do recém-nascido (Offenbacher et al., 2006 e Little et al., 2007).

A eficácia do tratamento periodontal na prevenção de complicações da gestação ainda não foi estabelecida, uma vez que pode ser influenciada por diversos fatores, tais como a gravidade da doença, a composição da comunidade microbiana, a estratégia de tratamento e o período de tratamento durante toda a gravidez. Esta falta de evidência científica não exclui, no entanto, a necessidade de controlar a infeção e a inflamação em pacientes com periodontite durante a gravidez, devendo ser validados protocolos de tratamento (Hui Zi, 2015).

Se por um lado, a periodontite materna está associada a um risco aumentado de parto prematuro, ainda permanece portanto controverso se o tratamento periodontal durante a gravidez diminui o risco de PPT. Sabe-se no entanto que o tratamento é seguro e que o controlo das doenças orais melhora a qualidade de vida da mulher tendo o potencial para reduzir a transmissão de bactérias orais da mãe para o filho. Mais estudos multicêntricos são necessários para avaliar o papel do rastreio e do tratamento periodontal durante a gravidez sobre a redução do PPT (Nabet et al., 2010).

Em termos sumários, poder-se-á referir que as bactérias patogénicas desempenham um papel fundamental na etiologia multifatorial da periodontite, exigindo algumas medidas preventivas específicas, podendo na generalidade ser enquadradas nas estratégias de promoção de estilos de vida saudável.

7. Serviço Nacional de Saúde e medicina oral

Para o atual bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas, Orlando Monteiro da Silva, existe uma lacuna que se prende com a não integração da saúde oral no Serviço Nacional de Saúde, referindo que esta integração poderá ser feita através da contratação massiva de Médicos Dentistas para os centros de saúde e hospitais (o que seria praticamente impossível) ou através de uma rede já existente na contratualização de determinado tipo de serviços com um certo tipo de cuidados pré-definidos. “ O que se pretende para a medicina dentária não pode estar separado da saúde em geral. Tem de haver capacidade de colaboração entre diferentes grupos profissionais na perspetiva de colocar a saúde pública e o doente em primeiro lugar “ (Silva, 2015, s.p.).

Perante a existência de uma grande procura dos serviços de Medicina Dentária que não encontra resposta nos sistemas de saúde adequados e para que se torne possível as pessoas acederem aos cuidados básicos de saúde oral, torna-se essencial encontrar respostas que satisfaçam as necessidades da população ao nível da promoção e da prestação de cuidados de Saúde Oral, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Silva, 2015).

Para a Ordem dos Médicos Dentistas (2010) e de acordo com o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, torna-se necessário encarar a problemática gerada pela existência de doenças orais altamente prevalentes, como é o caso da cárie dentária e das periodontopatias, assim com as suas repercussões na saúde geral do indivíduo, já que são cada vez mais as relações encontradas entre doenças da cavidade oral e outras doenças sistémicas. Neste âmbito, o reconhecimento da importância da Medicina Dentária e a inclusão dos Médicos Dentistas no SNS constituem uma mais-valia para a saúde oral da população e uma medida que coloca Portugal ao nível dos países mais avançados do mundo.

7.1. Políticas públicas e ações de sensibilização para a saúde oral

Em 2005, entrou em vigor o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO), tendo sido publicado no Diário da República n.º 3, de 5 de Janeiro de 2005 o Despacho n.º 153/2005 – 2.ª série que resultou de um trabalho com a participação das Faculdades de Medicina Dentária portuguesas e das Ordens dos Médicos Dentistas e dos Médicos. Esta foi a primeira vez que os Médicos Dentistas tiveram oportunidade de colaborar ativamente num programa de Saúde Oral Pública, (OMD, 2010).

Em termos estratégicos foi fundamental a resolução 60.17 sobre saúde oral, da Assembleia Mundial da Saúde da OMS, de Maio de 2007. Esta resolução sugere aos Estados-Membros a integração nas suas políticas de saúde de estratégias para a prevenção e o controlo das doenças orais, na mãe e na criança, alocando uma verba do Orçamento de Estado para este efeito (OMD, 2010).

O relatório de recomendação da Organização Mundial da Saúde-Europa (OMS-EURO), o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, com extensão a 2020, assim como o Conselho Consultivo e de Acompanhamento e do Grupo de Peritos do PNS orientam as políticas de saúde envolvendo quatro eixos estratégicos, que transitam do PNS anterior: Cidadania em Saúde, Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde, Qualidade na Saúde e Políticas Saudáveis (DGS, 2013).

Segundo a Ordem dos Médicos Dentistas (2010), a OMD tem vindo a desenvolver um trabalho de sensibilização e de alerta para a necessidade de criar um programa de Saúde Oral, estruturado e integrado, que dê resposta às necessidades básicas da população, tendo o Ministério da Saúde envidado esforços no sentido de começar a resolver a lacuna existente a nível da educação, da promoção e da prestação de cuidados de Saúde Oral, à população, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Incluído no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral criou a utilização de um sistema de *vouchers* ou cheque-dentista. O Programa, coordenado pelo Diretor-Geral e Alto-Comissário da Saúde faz-se acompanhar por uma Comissão Técnico-Científica constituída pelo responsável do Programa da DGS com representantes das Administrações Regionais de Saúde, da

Ordem dos Médicos, Ordem dos Médicos Dentistas, Chief Dental Officer e três peritos das Faculdades e/ou Institutos de Medicina Dentária (DGS, 2005)

De acordo com o Portal do Ministério da Saúde, com o objetivo de avaliar e diminuir a incidência e a prevalência das doenças orais, o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) emitiu cheques-dentista que dão acesso a um conjunto de cuidados de medicina dentária nas áreas de prevenção, diagnóstico e tratamento, proporcionando acesso aos cuidados de saúde oral.

Como referido pelo Diretor-Geral da Saúde, Francisco Jorge, em 2012, este Programa está implementado desde 2008 e os seus objetivos têm sido sistematicamente alcançados e o seu processo de acompanhamento tem vindo a ser melhorado através de auditorias à execução da prestação, fato que garante e reforça a qualidade dos serviços prestados aos utentes do SNS.

O cheque dentista tem como destinatários quatro segmentos populacionais: as grávidas seguidas no SNS, os utentes do SNS que beneficiem do Complemento Solidário para idosos, as crianças e jovens dos 3 aos 15 anos e os doentes portadores de HIV/SIDA e consiste num documento que assegura ao utente o acesso a tratamentos preventivos e curativos prestados gratuitamente por profissionais especializados, nomeadamente, por estomatologistas e Médicos Dentistas nos seus consultórios privados (DGS, 2011).

III. METODOLOGIA

1. Questão e objetivos da investigação

Múltiplos estudos têm evidenciado a existência de uma associação positiva entre a periodontite e os desfechos indesejáveis da gestação, dos quais se destaca o parto pré-termo. O parto Pré-termo constitui uma das principais causas de morbidade e mortalidade infantil, com repercussões consideráveis a nível social, médico e económico, à escala mundial.

Neste âmbito, pareceu-nos imprescindível elaborar um estudo que avaliasse se existe uma sensibilização da parte dos Médicos Dentistas relativamente a esta questão.

O presente trabalho de investigação pretende responder de forma clara à seguinte questão que elegemos como central:

- Qual a percepção que os Médicos Dentistas têm sobre a relação existente entre a periodontite materna e a ocorrência de parto pré-termo?

Tomando como ponto de partida esta questão principal anunciamos as questões mais específicas, orientadoras do nosso estudo:

- Qual o conhecimento que os Médicos Dentistas apresentam relativamente à existência de uma associação positiva entre a periodontite materna e o parto pré-termo?
- Qual o conhecimento que os Médicos Dentistas revelam acerca do tratamento periodontal quando realizado durante a gravidez, e a influência do mesmo no risco de PPT?
- Os Médicos Dentistas sentem necessidade de ter formação adicional acerca da promoção/prevenção da saúde oral na grávida?

- Quais as políticas e estratégias a promover, de forma a assegurar a saúde oral, da população em geral e em particular das grávidas?

Destas questões emergem os objetivos do trabalho que consistem em:

- Identificar a percepção dos Médicos Dentistas acerca da relação existente entre a Periodontite materna e o Parto Pré-termo.
- Verificar quais os tratamentos periodontais e em que altura os mesmos podem ser realizados em grávidas.
- Conhecer qual a necessidade que os Médicos Dentistas têm de formação adicional acerca da promoção/prevenção da saúde oral na grávida.
- Conhecer quais as políticas e estratégias a promover, de forma a assegurar a saúde oral, da população, em geral e em particular das grávidas.

2. Desenho da Investigação

De forma a dar resposta ao objetivo do nosso estudo e para proceder à sua operacionalização, selecionou-se uma metodologia predominantemente quantitativa.

A investigação quantitativa constitui-se como um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, baseando-se na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador (Freixo 2011).

Neste sentido o facto, como compreendido pela conceção positivista, refere-se a qualquer evento que possa ser considerado objetivo mensurável (Appolinário, 2006).

No desenvolvimento do tipo de abordagem a adotar para a investigação, considerou-se um estudo observacional transversal descritivo. O método descritivo pretende concretizar um levantamento da realidade sem nela intervir. Este tipo de abordagem apresenta-se como um método que tem como objetivo principal “formar uma caracterização precisa das variáveis envolvidas num fenómeno ou acontecimento. É possível que a

caracterização das variáveis em estudo sugira eventuais relações entre elas, mas ao método descritivo não compete determinar qual a natureza de tal relação”, (Freixo, 2011, p.107).

3. População e Amostra

Considerou-se como população alvo o universo constituído pelos Médicos Dentistas das freguesias de Odivelas e Ramada, na Área da Grande Lisboa. Face à natureza do estudo, e por uma questão de conveniência, a amostra é constituída pelos Médicos Dentistas que trabalham nas clínicas médico-dentárias das freguesias supracitadas e que aceitaram participar no estudo.

3.1. Dimensão da amostra

Procedeu-se à distribuição de 51 questionários, correspondentes ao número de Médicos Dentistas que aceitaram receber os mesmos, em mão própria (mediante uma breve explicação do estudo, nomeadamente dos objetivos propostos) por dezoito clínicas dentárias na freguesia de Odivelas e Ramada e posteriormente foi feito o *follow-up* que de acordo com Cook, Heath e Thompson (*cit in* Anderson e Canuka 2003) se assume como um fator que aumenta o número de respostas. A este respeito Tuckman (2012, p.481) refere “este processo adicional é indispensável para garantir que os sujeitos que não responderam não sejam sistematicamente diferentes dos que o fizeram (...) não é fácil obter dados dos sujeitos que não devolvem o questionário e levá-los a participar no estudo”. Procedeu-se à recolha dos questionários, em data combinada. Tendo em conta os questionários que não foram preenchidos ou devolvidos, contou-se com uma amostra final constituída por 35 médicos dentistas.

4. Colheita de dados

4.1. Instrumento de colheita de dados

Como instrumento de recolha de dados selecionou-se um inquérito por questionário (Anexo 3), como já tivemos oportunidade de fazer referência, uma vez que permite analisar e explicar os diferentes parâmetros da nossa investigação. O inquérito engloba

questões que integram a modalidade de perguntas fechadas e teve a sua génese tanto nos objetivos do estudo como na revisão da literatura.

O questionário é composto por 21 questões, organizadas de acordo com três grupos: (i) Caracterização da amostra, (ii) Avaliação da existência de uma sensibilização da parte dos Médicos Dentistas relativamente à associação entre periodontite e gravidez, englobando a percepção dos mesmos acerca da periodontite materna e parto pré - termo e (iii) Estratégias e formação dos Médicos Dentistas para a prevenção e controlo das doenças orais na grávida. As cinco primeiras questões dizem respeito ao primeiro grupo; o segundo grupo engloba nove questões (da questão seis à questão catorze) e o terceiro grupo abarca sete questões (da questão quinze à questão vinte e um).

O trabalho de campo foi realizado entre os meses de junho e julho de 2015.

4.2. Considerações Éticas

Para a concretização do inquérito por questionário foram respeitados todos os trâmites legais e éticos necessários para levar a cabo este tipo de investigação. Todos os dados recolhidos foram tratados de forma anónima e confidencial, servindo apenas para tratamento estatístico, pelo que foi pedido aos participantes para não assinarem nem rubricarem, em lugar algum, o questionário.

4.3. Tratamento dos dados

Os dados foram transpostos para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, *Windows* (versão 21) e sujeitos a tratamento estatístico, tendo-se recorrido à estatística descritiva com expressão gráfica e tabulação dos dados.

Procedeu-se ao cálculo das frequências absolutas, mais concretamente ao número de casos válidos (n) e das frequências relativas ou percentagem de casos válidos (%), assim como à estatística descritiva de tendência central (média), da medida de dispersão (desvio padrão) e ainda dos valores extremos (mínimo e máximo). 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% ($\alpha=0,05$). A exploração numérica dos dados fez-se acompanhar por representações em tabelas e gráficos, quando considerado relevante.

IV. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1. Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 35 Médicos Dentistas que se disponibilizaram a responder ao questionário.

Dos 35 Médicos Dentistas inquiridos, 24 (68,6%) pertencem ao género feminino e 11 (31,4%) ao género masculino (Tabela 1).

Tabela 1- Frequências absolutas e relativas do género da amostra

Género	n (%)
Feminino	24 (68,6%)
Masculino	11 (31,4%)

A idade dos participantes no estudo apresentou uma média de 34.6 (desvio padrão = 7.6), tendo variado entre os 24 e os 58 anos, sendo a moda 29 anos (Tabela 2).

Tabela 2- Estatísticas descritivas (média, desvio padrão, mínimo, máximo e moda) da idade dos inquiridos (Tabela 2).

Idade	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Moda
	34.6	7.6	24	58	29

Verificou-se que a grande maioria dos Médicos Dentistas trabalha em clínicas/consultórios privados (31; 88.6%), havendo alguns que trabalham quer em clínicas/consultórios privados quer no hospital (4; 11.4%) (Tabela 3).

Tabela 3- Frequências absolutas e relativas do local de trabalho dos Médicos Dentistas inquiridos

Local de Trabalho	n (%)
Clínica/consultório privado	31 (88.6%)
Clínica/consultório privado e Hospital	4 (11.4%)

Em termos de área de intervenção, cerca de metade dos médicos inquiridos (48.6%) assinalou “Generalista e outras” (n=17), seguindo-se “Generalista” (n=12; 34.3%), “Outras” (n=3; 8.6%), “Dentisteria” (n=2; 5.7%) e “Endodontia” (n=1; 2.9%) (Figura 3). No que diz respeito ao número de anos de serviço (Figura 4), as categorias com maiores percentagens de resposta foram 6-10 anos (n=10; 28.6%), 1-5 anos (n=9; 25.7%), 11-15 anos (n=8; 22.9%); <1(n=3;8,6%); 16-20 (n=3;8,6%) e por último > 21 (n=2;5,6%).

Figura 3 - Distribuição de frequências relativas (%) das áreas de intervenção dos Médicos inquiridos.

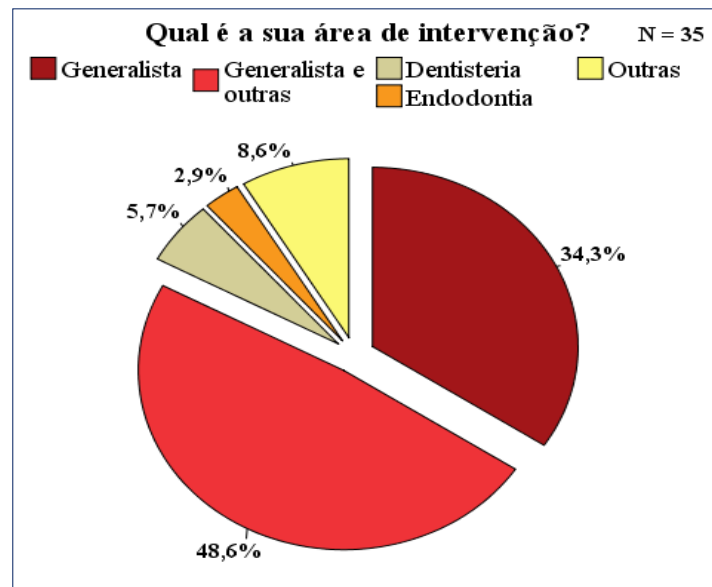
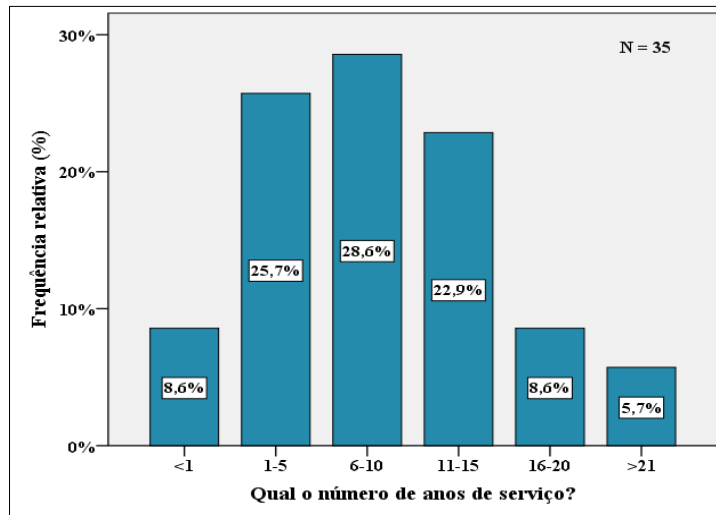


Figura 4 - Distribuição de frequências relativas (%) do número de anos de serviço dos Médicos inquiridos.



2. Avaliação da existência de sensibilização dos Médicos relativamente à associação entre periodontite e parto pré termo

Relativamente a esta questão a totalidade dos Médicos Dentistas inquiridos (35) concordou com a possibilidade da gravidez provocar alterações na cavidade oral. Mais especificamente, quando lhes foi solicitado que indicassem as possíveis alterações na cavidade oral que a gravidez pode provocar, apenas a “gingivite” apresenta uma percentagem de respostas afirmativas (n=34; 97.1%) significativamente superior ($p < 0.05$) à das respostas negativas (n=1; 2.9%) (Tabela 4).

Apesar de a “periodontite” ter igualmente maior percentagem de respostas afirmativas (60.0%), a diferença relativamente às respostas negativas (40.0%) não é estatisticamente significativa ($p > 0.05$).

Para “aftas”, “herpes”, “xerostomia”, “cáries” e “granuloma piogénico”, as percentagens de respostas negativas foram significativamente superiores à das respostas positivas ($p < 0.05$). “Epúlides” apresentou igualmente maior percentagem de respostas negativas, porém a diferença face à percentagem de respostas afirmativas não é estatisticamente significativa ($p > 0.05$). Para “líquen plano”, a totalidade das respostas obtidas foi negativa.

Tabela 4 - Distribuição de frequências das respostas à questão “Indique quais as possíveis alterações na cavidade oral que a gravidez pode provocar” e resultados do teste de Qui-quadrado.

Indique quais as possíveis alterações na cavidade oral que a gravidez pode provocar (N = 35)	SIM	NÃO	Teste de Qui-quadrado	Conclusão
Aftas	4 (11.4%)	31 (88.6%)	$\chi^2 = 20.829$; g.l. = 1; $p = 0.000$	D.S. (p < 0.05)
Herpes	2 (5.7%)	33 (94.3%)	$\chi^2 = 27.457$; g.l. = 1; $p = 0.000$	D.S. (p < 0.05)
Xerostomia	1 (2.9%)	34 (97.1%)	$\chi^2 = 31.114$; g.l. = 1; $p = 0.000$	D.S. (p < 0.05)
Gengivite	34 (97.1%)	1 (2.9%)	$\chi^2 = 31.114$; g.l. = 1; $p = 0.000$	D.S. (p < 0.05)
Periodontite	21 (60.0%)	14 (40.0%)	$\chi^2 = 1.400$; g.l. = 1; $p = 0.237$	D.N.S. $(p > 0.05)$
Cáries	5 (14.3%)	30 (85.7%)	$\chi^2 = 17.857$; g.l. = 1; $p = 0.000$	D.S. (p < 0.05)
Líquen plano	0 (0.0%)	35 (100 %)	—————	
Epúlides	13 (37.1%)	22 (62.9%)	$\chi^2 = 2.314$; g.l. = 1; $p = 0.128$	D.N.S. $(p > 0.05)$
Granuloma piogénico	6 (17.1%)	29 (82.9%)	$\chi^2 = 15.114$; g.l. = 1; $p = 0.000$	D.S. (p < 0.05)

Legenda: D.S.- diferenças significativas; D.N.S.- diferenças não significativas

No que diz respeito às patologias para as quais a presença da periodontite materna é considerada um fator de risco, apenas o “parto pré-termo” apresentou respostas afirmativas (28; 80.0%) estatisticamente superiores ($p < 0.05$) às respostas negativas (7; 20.0%) (Tabela 5).

Para as patologias “aborto”, “nados mortos”, “pré eclampsia” e “malformações fetais”, as percentagens de respostas negativas foram significativamente superiores à das respostas positivas ($p < 0.05$). “Baixo peso ao nascer” apresentou valores de percentagem de respostas afirmativas e negativas muito semelhantes, não sendo a diferença estatisticamente significativa ($p > 0.05$). Quer para “placenta prévia” quer para “síndrome alcoólica fetal”, a totalidade das respostas obtidas foi negativa.

Tabela 5 - Distribuição de frequências das respostas à questão “Assinale as patologias para as quais a presença de periodontite materna é considerada um fator de risco” e resultados do teste de Qui-quadrado.

Assinale as patologias para as quais a presença de periodontite materna é considerada um fator de risco (N = 35)	SIM	NÃO	Teste de Qui-quadrado	Conclusão
Parto pré-termo	28 (80.0%)	7 (20.0%)	$\chi^2 = 12.600$; g.l. = 1; $p = 0.000$	D.S. ($p < 0.05$)
Aborto	1 (2.9%)	34 (97.1%)	$\chi^2 = 31.114$; g.l. = 1; $p = 0.000$	D.S. ($p < 0.05$)
Nados mortos	2 (5.7%)	33 (94.3%)	$\chi^2 = 27.457$; g.l. = 1; $p = 0.000$	D.S. ($p < 0.05$)
Baixo peso ao nascer	17 (48.6%)	18 (51.4%)	$\chi^2 = 0.029$; g.l. = 1; $p = 0.866$	D.N.S. ($p > 0.05$)
Placenta prévia	0 (0.0%)	35 (100%)	_____	
Pré eclampsia	3 (8.6%)	32 (91.4%)	$\chi^2 = 24.029$; g.l. = 1; $p = 0.000$	D.S. ($p < 0.05$)
Malformações fetais	7 (20.0%)	28 (80.0%)	$\chi^2 = 12.600$; g.l. = 1; $p = 0.000$	D.S. ($p < 0.05$)
Síndrome alcoólica fetal	0 (0.0%)	35 (100%)	_____	

Legenda: D.S.- diferenças significativas; D.N.S.- diferenças não significativas

Apenas dois dos 35 Médicos Dentistas inquiridos (5.7%) nunca consultaram pacientes grávidas ou que planeavam engravidar (Tabela 6).

Dos restantes 33 (94.3%) que já consultaram pacientes grávidas ou que planeavam engravidar, a quase totalidade (n=31; 93.9%) afirmou sensibilizar estas pacientes para a importância da avaliação periodontal como cuidado pré-natal.

Porém, apenas oito destes 33 Médicos Dentistas (24.2%) realizam um exame periodontal completo, sempre que atende uma paciente grávida. Quinze médicos responderam “Às vezes” (45.5%) e dez médicos não realizam este exame (30.3%). Estatisticamente, as diferenças encontradas entre as respostas a esta última questão, não são significativas ($p > 0.05$). Perante um diagnóstico de periodontite, a maioria dos médicos inquiridos (21; 63.6%) afirmou realizar o tratamento periodontal ainda durante a gravidez. Apenas quatro médicos (12.1%) não realizam este tratamento na gravidez e oito médicos (24.2%) realizam às vezes. Relativamente ao facto de o tratamento periodontal quando realizado durante a gravidez reduzir o risco de parto pré-termo, obtivemos 21 respostas afirmativas (60.0%), apresentando um resultado estatisticamente significativo ($p < 0.05$).

Tabela 6 - Distribuição de frequências das respostas a questões sobre sensibilização, avaliação e tratamento periodontal; e resultados do teste de Qui-quadrado.

	SIM	NÃO	ÀS VEZES	Teste de Qui-quadrado	Conclusão
Já consultou pacientes grávidas ou que planeavam engravidar?	33 (94.3%)	2 (5.7%)	—	$\chi^2 = 27.457$; g.l. = 1; $p = 0.000$	D.S. ($p < 0.05$)
Sensibiliza as pacientes grávidas para a importância da avaliação periodontal como cuidado pré-natal?	31 (93.9%)	2 (6.1%)	—	$\chi^2 = 25.485$; g.l. = 1; $p = 0.000$	D.S. ($p < 0.05$)
Sempre que atende uma paciente grávida realiza-lhe um exame periodontal completo?	8 (24.2%)	10 (30.3%)	15 (45.5%)	$\chi^2 = 2.364$; g.l. = 2; $p = 0.307$	D.N.S. ($p > 0.05$)
Perante um diagnóstico de periodontite, realiza o tratamento periodontal ainda durante a gravidez?	21 (63.6%)	4 (12.1%)	8 (24.2%)	$\chi^2 = 14.364$; g.l. = 2; $p = 0.001$	D.S. ($p < 0.05$)
	SIM	NÃO	NÃO SEI	Teste de Qui-quadrado	Conclusão
O tratamento periodontal quando realizado durante a gravidez reduz o risco de parto pré-termo?	21 (60.0%)	3 (8.6%)	11 (31.4%)	$\chi^2 = 13.943$; g.l. = 2; $p = 0.001$	D.S. ($p < 0.05$)

Legenda: D.S.- diferenças significativas; D.N.S.- diferenças não significativas

Acerca da segurança do tratamento da periodontite durante diferentes períodos da gravidez, obtiveram-se os seguintes resultados estatisticamente significativos ($p < 0.05$) (Tabela 7):

- A destartarização e polimento são seguros ao longo de toda a gravidez, tendo-se obtido 97.1% de respostas afirmativas para cada um dos trimestres;
- A raspagem e alisamento radicular são seguros ao longo de toda a gravidez, tendo-se obtido 68.6% de respostas afirmativas para o primeiro trimestre, 80% para o segundo trimestre e 77.1% para o terceiro trimestre de gravidez;
- O uso de flúor é seguro ao longo de toda a gravidez, tendo-se obtido 68.6% de respostas afirmativas para o primeiro e terceiro trimestres de gravidez, e 74.3% para o segundo trimestre;

- A anestesia é segura ao longo de toda a gravidez, tendo-se obtido 91.4% de respostas afirmativas para o primeiro e terceiro trimestres de gravidez, e 97.1% para o segundo trimestre;
- A extração dentária é segura no segundo trimestre de gravidez, tendo-se obtido 68.6% de respostas afirmativas;
- Antibioticoterapia é segura no segundo e terceiro trimestres de gravidez, tendo-se obtido 77.1% e 71.4% de respostas afirmativas, respetivamente;
- O tratamento periodontal cirúrgico não é seguro no primeiro trimestre de gravidez, tendo-se obtido 57.1% de respostas negativas;
- A ortopantomografia não é segura durante nenhum período da gravidez, tendo-se obtido 100% de respostas negativas para o primeiro trimestre e 91.4% para o segundo e terceiro trimestres.

Tabela 7 - Distribuição de frequências e resultados do teste de Qui-quadrado.

O tratamento da Periodontite na gravidez é seguro? (N = 35)	SIM	NÃO	NÃO SEI	Teste de Qui-quadrado	Conclusão
Destartarização e polimento - 1º T	34 (97.1%)	1 (2.9%)	0 (0.0%)	$\chi^2 = 31.114$; g.l. = 1; $p = 0.000$	D.S. ($p < 0.05$)
Destartarização e polimento - 2º T	34 (97.1%)	1 (2.9%)	0 (0.0%)	$\chi^2 = 31.114$; g.l. = 1; $p = 0.000$	D.S. ($p < 0.05$)
Destartarização e polimento - 3º T	34 (97.1%)	1 (2.9%)	0 (0.0%)	$\chi^2 = 31.114$; g.l. = 1; $p = 0.000$	D.S. ($p < 0.05$)
Raspagem e alisamento radicular - 1º T	24 (68.6%)	11 (31.4%)	0 (0.0%)	$\chi^2 = 4.829$; g.l. = 1; $p = 0.028$	D.S. ($p < 0.05$)
Raspagem e alisamento radicular - 2º T	28 (80.0%)	7 (20.0%)	0 (0.0%)	$\chi^2 = 12.600$; g.l. = 1; $p = 0.028$	D.S. ($p < 0.05$)
Raspagem e alisamento radicular - 3º T	27 (77.1%)	8 (22.9%)	0 (0.0%)	$\chi^2 = 10.314$; g.l. = 1; $p = 0.001$	D.S. ($p < 0.05$)
Tratamento periodontal cirúrgico - 1º T	8 (22.9%)	20 (57.1%)	7 (20.0%)	$\chi^2 = 8.971$; g.l. = 2; $p = 0.011$	D.S. ($p < 0.05$)
Tratamento periodontal cirúrgico - 2º T	15 (42.9%)	14 (40.0%)	6 (17.1%)	$\chi^2 = 4.171$; g.l. = 2; $p = 0.124$	D.N.S. ($p > 0.05$)
Tratamento periodontal cirúrgico - 3º T	10 (28.6%)	18 (51.4%)	7 (20.0%)	$\chi^2 = 5.543$; g.l. = 2;	D.N.S. ($p > 0.05$)

Relação entre Periodontite Materna e Parto Pré-termo: Percepção dos Médicos Dentistas

Extração dentária – 1° T	20 (57.1%)	15 (42.9%)	0 (0.0%)	$p = 0.063$ $\chi^2 = 0.714$; g.l. = 1;	D.N.S. ($p > 0.05$)
Extração dentária – 2° T	24 (68.6%)	11 (31.4%)	0 (0.0%)	$p = 0.398$ $\chi^2 = 4.829$; g.l. = 1;	D.S. ($p < 0.05$)
Extração dentária – 3° T	22 (62.9%)	13 (37.1%)	0 (0.0%)	$p = 0.028$ $\chi^2 = 2.314$; g.l. = 1;	D.N.S. ($p > 0.05$)
Recomendação de uso de flúor – 1° T	24 (68.6%)	10 (28.6%)	1 (2.9%)	$p = 0.128$ $\chi^2 = 23.029$; g.l. = 2;	D.S. ($p < 0.05$)
Recomendação de uso de flúor – 2° T	26 (74.3%)	9 (25.7%)	0 (0.0%)	$p = 0.000$ $\chi^2 = 8.257$; g.l. = 1;	D.S. ($p < 0.05$)
Recomendação de uso de flúor – 3° T	24 (68.6%)	10 (28.6%)	1 (2.9%)	$p = 0.004$ $\chi^2 = 23.029$; g.l. = 2;	D.S. ($p < 0.05$)
Ortopantomografia – 1° T	0 (0.0%)	35 (100 %)	0 (0.0%)	$p = 0.000$	
Ortopantomografia – 2° T	2 (5.7%)	32 (91.4%)	1 (2.9%)	$p = 0.000$ $\chi^2 = 53.200$; g.l. = 2;	D.S. ($p < 0.05$)
Ortopantomografia – 3° T	2 (5.7%)	32 (91.4%)	1 (2.9%)	$p = 0.000$ $\chi^2 = 53.200$; g.l. = 2;	D.S. ($p < 0.05$)
Anestesia – 1° T	32 (91.4%)	2 (5.7%)	1 (2.9%)	$p = 0.000$ $\chi^2 = 53.200$; g.l. = 2;	D.S. ($p < 0.05$)
Anestesia – 2° T	34 (97.1%)	0 (0.0%)	1 (2.9%)	$p = 0.000$ $\chi^2 = 31.114$; g.l. = 1;	D.S. ($p < 0.05$)
Anestesia – 3° T	32 (91.4%)	2 (5.7%)	1 (2.9%)	$p = 0.000$ $\chi^2 = 53.200$; g.l. = 2;	D.S. ($p < 0.05$)
Antibioticoterapia – 1° T	23 (65.7%)	12 (34.3%)	0 (0.0%)	$p = 0.000$ $\chi^2 = 3.457$; g.l. = 1;	D.N.S. ($p > 0.05$)
Antibioticoterapia – 2° T	27 (77.1%)	8 (22.9%)	0 (0.0%)	$p = 0.063$ $\chi^2 = 10.314$; g.l. = 1;	D.S. ($p < 0.05$)
Antibioticoterapia – 3° T	25 (71.4%)	10 (28.6%)	0 (0.0%)	$p = 0.001$ $\chi^2 = 6.429$; g.l. = 1;	D.S. ($p < 0.05$)
				$p = 0.011$	

Legenda: D.S.- diferenças significativas; D.N.S.- diferenças não significativas

3. Estratégias e formação dos Médicos Dentistas

A maioria dos Médicos Dentistas afirmou que na sua formação acadêmica, as patologias que podem advir da interação periodontite/gravidez foram abordadas (n=26; 74.3%) (Tabela 8).

No entanto, uma percentagem considerável (n=28; 80.0%) sente necessidade de ter formação adicional acerca da associação entre doença periodontal e complicações gestacionais ou obstétricas.

Quase todos os inquiridos consideram que deviam haver sessões de promoção/prevenção da saúde oral para grávidas (n=34; 97.1%) e que, nas consultas de planeamento familiar ou no rastreio pré-natal deve ser incluída uma avaliação da saúde oral (n=33; 94.3%).

Grande parte dos Médicos Dentistas afirmou ter conhecimento acerca do Sistema Nacional de Saúde (SNS) integrar serviços/protocolos direcionados para grávidas (n=26; 74.3%). Porém, na maioria dos casos foi relatado que no seu serviço não existem procedimentos de rotina/específicos (protocolo de atendimento) recomendados para pacientes grávidas (n=24; 68.6%).

Os resultados obtidos para estas questões apresentaram significância estatística ($p < 0.05$).

Tabela 8 - Distribuição de frequências das respostas a questões sobre estratégias e formação dos Médicos Dentistas e resultados do teste de Qui-quadrado.

	SIM	NÃO	Teste de Qui-quadrado	Conclusão
Na sua formação académica houve alguma abordagem acerca das patologias que podem advir da interação periodontite/gravidez?	26 (74.3%)	9 (25.7%)	$\chi^2 = 8.257$; g.l. = 1; $p = 0.004$	D.S. ($p < 0.05$)
Sente necessidade de ter formação adicional acerca da associação entre doença periodontal e complicações gestacionais ou obstétricas?	28 (80.0%)	7 (20.0%)	$\chi^2 = 12.600$; g.l. = 1; $p = 0.000$	D.S. ($p < 0.05$)
No seu serviço existem procedimentos de rotina/específicos (protocolo de atendimento) recomendado para pacientes grávidas?	11 (31.4%)	24 (68.6%)	$\chi^2 = 4.829$; g.l. = 1; $p = 0.028$	D.S. ($p < 0.05$)
Considera que deveria haver sessões de	34	1	$\chi^2 = 31.114$; g.l. = 1;	D.S.

promoção/prevenção da saúde oral para grávidas?	(97.1%)	(2.9%)	$p = 0.000$	($p < 0.05$)
Tem conhecimento acerca do Sistema Nacional de Saúde (SNS) integrar serviços/protocolos direcionados para grávidas?	26 (74.3%)	9 (25.7%)	$\chi^2 = 8.257$; g.l. = 1; $p = 0.004$	D.S. ($p < 0.05$)
Considera que nas consultas de planeamento familiar ou no rastreio pré-natal deve ser incluída uma avaliação da saúde oral?	33 (94.3%)	2 (5.7%)	$\chi^2 = 27.457$; g.l. = 1; $p = 0.001$	D.S. ($p < 0.05$)

Legenda: D.S.- diferenças significativas

4. Medidas de prevenção e controlo das doenças orais

Quanto às políticas de saúde e estratégias para a prevenção e controlo das doenças orais que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) deveria integrar no âmbito da saúde pública, todos os participantes concordaram relativamente às seguintes medidas (Tabela 9):

- Promover sessões de prevenção e educação sobre saúde oral para grupos específicos como por exemplo, grávidas, diabéticos, etc;
- Incluir nos programas de rastreio organizados o rastreio de patologias orais;
- Alargar nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) as equipas multidisciplinares (incluir o Médico Dentista);
- Promover uma mudança de paradigma na saúde oral, reconhecendo o carácter de transversalidade ou multidimensionalidade de modo a assegurar intervenção em diferentes áreas: oncologia, cuidados paliativos, etc.
- As restantes medidas obtiveram igualmente uma percentagem de concordantes elevada ($n=34$; 97.1%), havendo apenas um participante que não as considerou relevantes para uma maior consciencialização e/ou melhoria da saúde oral da população:

- Promover dinâmicas interdisciplinares para desencadear interações profissionais com médicos de família, obstetras, etc;
- Promover a realização de estudos que identifiquem a prevalência de patologias orais, como por exemplo a cárie dentária, periodontopatias, cancro oral entre outras, de forma a criar melhores planos de ação para proteger a saúde e a qualidade de vida;
- Promover a realização de estudos sobre patologias orais e correlações na saúde, por exemplo sobre a doença periodontal e complicações obstétricas.

Tabela 9 - Distribuição de frequências das respostas à questão sobre quais as medidas que poderão contribuir para uma maior consciencialização e/ou melhoria da saúde oral da população e resultados do teste de Qui-quadrado

POLÍTICAS/ESTRATÉGIAS	SIM	NÃO	Teste de Qui-quadrado	Conclusão
Promover sessões de prevenção e educação sobre saúde oral para grupos específicos (ex. grávidas, diabéticos)	35 (100%)	0 (0.0%)	_____	
Incluir nos programas de rastreio organizados o rastreio de patologias orais.	35 (100%)	0 (0.0%)	_____	
Alargar nos Agrupamentos de Centros de Saúde as equipas multidisciplinares (incluir o médico dentista).	35 (100%)	0 (0.0%)	_____	
Promover dinâmicas interdisciplinares para desencadear interações profissionais com médicos de família, obstetras, etc.	34 (97.1%)	1 (2.9%)	$\chi^2 = 31.114$; g.l. = 1; $p = 0.000$	D.S. ($p < 0.05$)
Promover a realização de estudos que identifiquem a prevalência de patologias orais de forma a criar melhores planos de ação para proteger a saúde e a qualidade de vida.	34 (97.1%)	1 (2.9%)	$\chi^2 = 31.114$; g.l. = 1; $p = 0.000$	D.S. ($p < 0.05$)
Promover a realização de estudos sobre patologias orais e correlações na saúde, por exemplo sobre a doença periodontal e complicações obstétricas.	34 (97.1%)	1 (2.9%)	$\chi^2 = 31.114$; g.l. = 1; $p = 0.000$	D.S. ($p < 0.05$)
Promover uma mudança de paradigma na saúde oral, reconhecendo o carácter de transversalidade ou multidimensionalidade de modo a assegurar intervenção em diferentes áreas: oncologia, cuidados paliativos...	35 (100%)	0 (0.0%)	_____	

Legenda: D.S.- diferenças significativas; D.N.S.- diferenças não significativas

DISCUSSÃO

Embora seja ainda um tema envolto em alguma controvérsia, um número crescente de estudos epidemiológicos tem confirmado a existência de uma associação positiva entre a periodontite na mulher grávida e a ocorrência de resultados adversos da gravidez, como o parto pré-termo (Polyzos et al., 2010; Chambrone et al., 2011a; Ide e Papapanou, 2013).

Carecendo de estudos no que respeita à posição e ao conhecimento que os Médicos Dentistas revelam acerca de uma relação entre a periodontite e o parto pré-termo e tendo em conta os inúmeros estudos que apontam para uma associação positiva entre as duas condições, propusemo-nos desenvolver um trabalho com vista a explorar esta temática. Desta forma, o objetivo deste trabalho era averiguar qual a percepção que os Médicos Dentistas têm relativamente à relação entre a periodontite na grávida e o parto pré-termo.

Analisando os resultados obtidos, constata-se que os participantes do nosso estudo pertencem maioritariamente ao género masculino, apresentando uma média de 35 anos de idade e exercem atividade em clínicas/consultórios privados.

Cerca de metade dos médicos inquiridos (48.6%,) indicou que a sua área de intervenção se integra em “Generalista e outras”. No que respeita ao número de anos de serviço, verifica-se que as maiores percentagens de respostas recaem entre 6-10 anos (28.6%), 1-5 anos (25.7%) e 11-15 anos (22.9%).

A totalidade dos Médicos Dentistas inquiridos concorda com a possibilidade de a gravidez provocar alterações na cavidade oral, apresentando a gengivite e a periodontite como as doenças periodontais que assumem maior expressão.

A gengivite, definida como uma inflamação superficial da gengiva não apresenta perda de inserção, contudo é precursora da periodontite, uma vez que provoca a fragilização das estruturas, cedendo o acesso de agentes bacterianos agressores e/ou seus produtos às áreas subjacentes, podendo originar a formação de bolsas periodontais, com perda óssea e uma contínua migração apical do epitélio (epitélio longo de união). Oferecendo menos

resistência aos agentes agressores, este tipo de epitélio perpetua o processo inflamatório que culmina com a destruição do cemento radicular, do ligamento periodontal e do osso alveolar (Almeida et al., 2006).

Durante o período gestacional, em algumas situações é possível verificar um aumento da severidade da gengivite, sem que ocorra, entretanto, um envolvimento dos tecidos que compõem o periodonto de inserção (instalação e/ou progressão da perda dos tecidos conjuntivo e ósseo alveolar). Comumente, a gengivite na gravidez apresenta-se como uma situação transitória e autolimitante, contudo, em mulheres suscetíveis, com histórico de recorrentes processos inflamatórios gengivais e/ou de perdas de inserção conjuntiva e óssea alveolar prévias, devem ser instituídos cuidados periodontais como forma de prevenir a instalação ou ocorrência de periodontite (Passanezi, E., Brunneti, M. e Sat`ana 2007).

O plano de tratamento médico-dentário da paciente grávida deverá incluir um programa de tratamento e de controlo de placa bacteriana, de forma a minimizar as respostas inflamatórias dos tecidos gengivais ou infeções potenciadas pelas alterações hormonais, já que, apesar de a gravidez não causar doença periodontal, pode agravar a existente, podendo aumentar o risco de parto pré termo (Offenbacher et al., 2006 e Little et al., (2007).

No que concerne às patologias para as quais a periodontite materna é considerada um fator de risco, no nosso estudo, o parto pré-termo afigura-se com o maior número de respostas afirmativas.

De acordo com a literatura científica consultada, tanto a meta-análise de Piscaya et al (2010) como a revisão sistemática de Chambrone et al. (2011a) apontam para a existência de uma relação positiva entre a periodontite materna e o parto pré-termo. Atendendo aos resultados encontrados, podemos inferir que os Médicos Dentistas inquiridos têm conhecimento da associação entre periodontite e PPT. Existem efetivamente, cada vez mais provas, sugerindo que processos infecciosos contribuem para o trabalho de parto prematuro, podendo a doença periodontal ser uma dessas infeções (Shanthi et al., 2012).

A maioria dos Médicos Dentistas (94.3%) revela que já consultou pacientes grávidas ou que planeavam engravidar e a quase totalidade afirmou sensibilizar estas pacientes para a importância da avaliação periodontal como cuidado pré-natal. Para além disso, perante um diagnóstico de periodontite, grande parte dos Médicos Dentistas (63.6%) realiza o tratamento periodontal durante a gravidez e (24.2%) revelam que sempre que atendem uma paciente grávida realizam um exame periodontal completo.

Estes dados vão ao encontro da necessidade de controlar a infeção e a inflamação em pacientes com periodontite durante a gravidez (Hui Zi, 2015), reforçando a necessidade de atendimento médico-dentário da mulher grávida como uma componente integral do programa de assistência pré-natal (Konopka e Paradowska-Stolarz 2012).

De facto, de acordo com as diretrizes dirigidas aos profissionais de saúde em Stein et al. (2010) o controlo de doenças orais protege a saúde da mulher, antes e durante a gravidez, e tem o potencial de reduzir a transmissão de bactérias patogénicas de mães para filhos. Assim, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças orais trazem benefícios odontológicos. Como parte da rotina do exame pré-natal, o médico obstetra deverá realizar uma avaliação da saúde dos dentes, das gengivas, da língua, do palato e da mucosa e partilhar essa informação clínica com o profissional de saúde oral.

Existe um consenso de que a doença periodontal é considerada como a doença oral mais prevalente entre as grávidas, podendo a manutenção da saúde oral evitar resultados adversos da gravidez (Chambrone et al e Khader e Ta'ani *cit in* Lu et al., 2015).

A periodontite afeta os tecidos que protegem e apoiam os dentes. As principais alterações causadas pela periodontite prendem-se com a reabsorção do osso alveolar e com o desaparecimento das fibras de ligação entre o osso e o dente (ligamento periodontal), que levam à perda de inserção e à consequente formação de uma bolsa periodontal que serve como um reservatório patogénico de microrganismos orais (Piscoya, et al., 2012).

A doença periodontal durante a gravidez afeta não só a saúde bucal materna, mas pode também afetar o crescimento fetal, com o subsequente aumento do risco de parto prematuro. Durante a gravidez, a capacidade de resposta imunológica e a resposta dos

mediadores são alterados, devido ao aumento dos níveis de progesterona e estrogênio, bem como aos hábitos de higiene oral e ao estilo de vida, podendo resultar num aumento da susceptibilidade das mulheres grávidas à doença periodontal (Lu et al., 2015).

Os respondentes do presente trabalho referem que a raspagem e alisamento radicular são seguros ao longo de toda a gravidez. Mais ainda, (60%) dos Médicos Dentistas são da opinião que o tratamento periodontal, quando realizado durante a gravidez, reduz o risco de parto pré termo.

Corroborando com estas indicações, a revisão sistemática e a meta-análise de Kim et al. (2012) indicam que o tratamento através de RAR tem um efeito estatisticamente significativo na redução do risco de parto prematuro, em mulheres grávidas com periodontite.

Contrariamente, Boutin et al. (2012) consideram que a raspagem e o alisamento radicular por si só, não se revela eficaz, na redução da taxa do PPT, em mulheres com doença periodontal contudo, a associação ao tratamento, de um colutório antimicrobiano poderá ajudar a reduzir a taxa de partos antes das 37 semanas de gestação

Segundo o Manifesto *European Federation of Periodontology* (2012) resultados de ensaios clínicos têm demonstrado que, em geral, a raspagem e o alisamento radicular durante o segundo e o terceiro trimestre da gravidez, com ou sem terapia antibiótica, não melhora significativamente os resultados adversos da gravidez, tais como o nascimento prematuro. No entanto, alguns ensaios clínicos relatam um efeito favorável da terapia periodontal, em determinadas populações de grávidas.

97.1% dos sujeitos da amostra realizam, durante toda a gravidez, destartarização e polimento por considerarem um tratamento seguro. Também a recomendação do uso de flúor é considerada maioritariamente pelos Médicos Dentistas inquiridos como um procedimento seguro ao longo de toda a gravidez.

Neste âmbito, o tratamento com flúor pode ser necessário para pacientes com refluxo gástrico grave causado por náuseas e vômitos durante a gravidez, podendo causar erosão do esmalte. Nestes casos, os tratamentos com recurso a flúor e restaurações com o propósito de cobrir a dentina exposta podem diminuir a sensibilidade à lesão. A aplicação de flúor em gel pode causar náuseas, devendo-se optar pela aplicação em verniz, pois pode ser melhor tolerado (Giglio et al., 2009).

No mesmo sentido, os benefícios da aplicação tópica de flúor são inquestionáveis e deveriam ser reforçados durante a gravidez, quer pela aplicação profissional deste elemento quer pelo uso de pastas dentífricas fluoretadas e/ou de um gel de flúor. Estas medidas podem prevenir a desmineralização dos dentes e facilitar a remineralização (Antunes, Rosete e Fagulha, 2001).

É importante salientar que, por vezes, o flúor é prescrito em associação com sais minerais ou vitaminas, o que resulta numa redução na sua absorção. Isto ocorre provavelmente devido ao fato das formulações farmacêuticas pré-natais apresentarem cálcio, o qual reage com o ião flúor formando fluoreto de cálcio, um composto que não é absorvido no trato gastrointestinal. Assim, embora a redução da absorção de fluoreto não seja preocupante em termos de prevenção da cárie, o mesmo não ocorre em relação ao cálcio que, do ponto de vista médico, é muito importante tanto para a gestante como para o feto (Lucisano et al., 2013).

Os sujeitos da amostra do nosso estudo consideram a anestesia segura, ao longo de toda a gravidez. De facto, o uso de anestésicos locais, com vasoconstritores em grávidas saudáveis, manifesta-se seguro e como adjuvante na terapia periodontal (Andrade, Hilgers et al.; Tortanero et al. *cit in* Zanata et al., 2008 e Wrzosek e Einarson, 2009). Contudo, o vasoconstritor felipressina deve ser evitado, devido ao risco potencial de contração uterina e a Mepivacaína não é bem metabolizada pelo fígado do feto. A primeira escolha de anestésico deve recair no cloridrato de lidocaína associado à adrenalina na concentração de 1: 100.000 (Zanata et al., 2008).

Ainda neste contexto, o uso de vasoconstritores é benéfico porque reduzem significativamente a taxa de absorção sistémica e, por conseguinte a toxicidade da droga anestésica (soro inferior concentração). A sua presença aumenta também a profundidade

e a duração de ação anestésica, exigindo menor quantidade do anestésico (Malamed e Yagiela *cit in* Zanata et al., 2008).

De acordo com os resultados obtidos, a antibioticoterapia é considerada segura no segundo e terceiro trimestres de gravidez. De facto, os Médicos Dentistas podem prescrever antibióticos e analgésicos locais tópicos e intraorais, os quais são seguros durante a gravidez (New York State Department of Health 2006; Poletto et al., 2008 e Kloetzel et al., 2011).

Relativamente ao metronidazol, a sua utilização, no primeiro trimestre de gravidez pode causar potenciais danos ao feto. No entanto, estudos recentes não mostram efeitos teratogénicos definitivos. O estolato de eritromicina deve ser evitado pois pode ter efeitos deletérios no fígado da mãe (Giglio et al., 2009).

No nosso estudo, a extração dentária é considerada segura no segundo trimestre de gravidez, tendo-se obtido (68.6%) de respostas afirmativas. O tratamento periodontal cirúrgico é considerado inseguro no primeiro trimestre de gestação para (57.1%) de respondentes. Neste contexto, Little et al. (2007); Poletto et al. (2008) e Kloetzel et al. (2011) consideram o período de 14 a 20 semanas de gestação, a altura mais adequada para a realização de procedimentos não emergentes devido à organogénese fetal e pelas hipóteses de aborto espontâneo serem menores do que no primeiro trimestre. O segundo trimestre e as primeiras semanas do terceiro são os mais seguros para realizar tratamentos médico-dentários. Também, este é o momento mais confortável para muitas mulheres, uma vez que as náuseas e vômitos têm tendência para abrandar e a energia das mulheres a ser maior.

Os respondentes do nosso estudo consideram que o uso da ortopantomografia é considerado inseguro em qualquer período da gravidez, tendo-se obtido (100%) de respostas contra a sua realização no primeiro trimestre e (91.4%) atestando a insegurança da sua utilização durante o segundo e o terceiro trimestres. No entanto, segundo o New York State Department of Health (2006) caso seja necessário obter informações adicionais, o Médico Dentista pode tirar uma radiografia panorâmica que oferece uma boa visão de todos os dentes. Os raios-X da cavidade oral não estão contraindicados na gravidez e devem ser utilizados, conforme seja necessário completar

um exame de diagnóstico ou determinado tratamento. Raios-X de diagnóstico revelam-se seguros durante a gravidez e o número e o tipo de raios-x dependerá das condições clínicas.

Para Giglio et al. (2009) e Kloetzel et al. (2011), como já tivemos oportunidade de fazer referência, o uso de radiografia intraoral é seguro em grávidas, desde que sejam tomadas as devidas medidas de proteção, designadamente a utilização de avental de chumbo e o colar de proteção para a tiroide sendo necessário respeitar sempre o princípio de “ALARA” (mais baixo quanto razoavelmente possível) (Giglio et al., 2009).

De acordo com as diretrizes de New York State Department of Health (2006), todos os profissionais de saúde oral devem aconselhar as mulheres que o tratamento necessário pode ser fornecido durante a gravidez. Assim, o cuidado dental é seguro e eficaz durante a gravidez; os tratamentos no primeiro trimestre, incluindo raios-X dentários, podem ser realizados com segurança, a fim de diagnosticar doenças que precisam de tratamento imediato, considerando-se o período de tempo entre a quarta e vigésima semana, o ideal. O atraso no tratamento necessário pode resultar em risco significativo para a mãe e indiretamente para o feto.

No que concerne à questão sobre a necessidade de ter formação adicional acerca da promoção/prevenção da saúde oral na grávida, a maioria dos Médicos Dentistas afirmou que durante a sua formação académica foram abordadas as patologias que podem advir da interação periodontite e gravidez.

Contudo e apesar disso, uma percentagem considerável (80.0%) sente necessidade de ter formação adicional acerca da associação entre a doença periodontal e complicações gestacionais ou obstétricas.

Quase todos os inquiridos admitem a necessidade da existência de sessões de promoção e prevenção da saúde oral para grávidas devendo, além disso, constar nas consultas de planeamento familiar ou de rastreio pré-natal uma avaliação da saúde oral.

Grande parte dos Médicos Dentistas afirmou ter conhecimento acerca do Sistema Nacional de Saúde (SNS) integrar serviços/protocolos direcionados para grávidas. Porém, na maioria dos casos foi relatado que no seu serviço não existem procedimentos de rotina/específicos (protocolo de atendimento) recomendados para pacientes grávidas.

Neste contexto, o Bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas sublinha que existe uma grande procura dos serviços de medicina dentária, não se encontrando uma resposta nos sistemas de saúde adequados, de forma a tornar-se possível a que as pessoas acedam aos cuidados básicos de saúde oral. Por este motivo e na perspetiva de colocar a saúde pública e o doente em primeiro lugar, torna-se imprescindível a necessidade de colaboração entre os diferentes grupos profissionais (de medicina dentária e de saúde em geral), sendo essencial encontrar respostas que satisfaçam as necessidades da população ao nível da promoção e da prestação de cuidados de Saúde Oral, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Da mesma forma, todos os respondentes do nosso estudo reconhecem a necessidade, no âmbito da saúde pública, de o Serviço Nacional de Saúde (SNS) integrar medidas e promover sessões de prevenção e educação sobre saúde oral para grupos específicos como por exemplo, as grávidas. Deverá igualmente incluir nos programas de rastreio organizados o rastreio de patologias orais, alargar nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) as equipas multidisciplinares, incluindo o Médico Dentista e promover uma mudança de paradigma na saúde oral, reconhecendo o carácter de transversalidade de modo a assegurar uma intervenção em diferentes áreas.

Além disso, uma percentagem elevada de Médicos Dentistas considerou relevante para a melhoria da saúde oral da população promover dinâmicas interdisciplinares para desenvolver interações com os vários profissionais de saúde. Da mesma forma, consideraram relevante promover a realização de estudos que identifiquem as patologias orais, como por exemplo a cárie dentária, periodontopatias, cancro oral, entre outras, assim como promover a realização de estudos acerca da patologia oral e correlações na saúde, como a doença periodontal e complicações obstétricas, de forma a criar melhores planos de ação para proteger a saúde em geral e a qualidade de vida.

O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) ao emitir cheques-dentista proporciona o acesso aos cuidados de saúde oral, na grávida, e abordagens de intervenção adequadas. Neste contexto requer-se potenciar os recursos existentes, promover parcerias e a participação das pessoas e estruturas locais para consignar o PNPSO e reforçar a qualidade dos serviços prestados aos utentes do SNS.

CONCLUSÕES

Um número crescente de estudos tem confirmando uma associação positiva entre a periodontite e os resultados adversos na gravidez, designadamente o parto pré termo. Apurou-se que os respondentes do nosso estudo têm a percepção da existência dessa associação.

A totalidade dos Médicos Dentistas inquiridos concordou com a possibilidade de a gravidez poder provocar alterações na cavidade oral, das quais se destacam a gengivite, com uma percentagem de respostas afirmativas significativamente elevada. Apesar de a periodontite ter igualmente maior percentagem de respostas afirmativas, verifica-se que a diferença relativamente às respostas negativas não é estatisticamente significativa, revelando que as opiniões dos inquiridos não são consensuais.

A gravidez é caracterizada por mudanças fisiológicas complexas, que podem afetar a saúde oral. Ao mesmo tempo, a saúde oral é a chave para a saúde global. Portanto, torna-se essencial que os profissionais de saúde oral, designadamente os Médicos Dentistas, forneçam às mulheres grávidas, cuidados de saúde de forma adequada e oportuna, o que inclui a educação para a saúde oral (periodontal) e tratamento (periodontal).

Perante um diagnóstico de periodontite, a maioria dos inquiridos afirma realizar tratamento. Ainda, acerca da segurança do tratamento da periodontite em qualquer altura da gravidez, alguns tratamentos reuniram consensualidade, tais como: destartarização e polimento, raspagem e alisamento radicular, recomendação do uso de flúor e anestesia. Contudo, para o tratamento periodontal cirúrgico, extração dentária e antibioterapia as respostas não foram consensuais, o que revela por parte dos inquiridos procedimentos diferentes no tratamento das grávidas

Os inquiridos responderam maioritariamente que a ortopantomografia não é segura durante nenhum período da gravidez o que contraria a bibliografia encontrada. A utilização de raios-x na cavidade oral não está contraindicada na gravidez, podendo ser utilizada para completar exames de diagnóstico ou tratamentos, na grávida.

Perante o diagnóstico de periodontite, a maioria dos médicos inquiridos afirmou realizar o tratamento periodontal ainda durante a gravidez, assumindo a segurança do tratamento durante os diferentes períodos da gravidez

Deteta-se que uma grande parte dos Médicos Dentistas sente uma predisposição e recetividade em obter formação adicional acerca da associação entre a doença periodontal e complicações gestacionais e todos são unânimes perante a disponibilidade em criar interações com outros profissionais de saúde apresentando o reconhecimento de mudança de paradigma.

A maioria dos respondentes relatou a necessidade de existência de procedimentos de rotina/específicos (protocolo de atendimento) para pacientes grávidas, no seu serviço.

Todos os participantes concordaram que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) deveria integrar, no âmbito da saúde pública, estratégias e políticas de saúde para a prevenção e controlo das doenças orais.

É importante ressaltar, que de acordo com estudos, os procedimentos preventivos, diagnósticos e terapêuticos orais são seguros durante a gravidez e eficazes na melhoria e manutenção da saúde bucal.

As bactérias patogénicas desempenham um papel fundamental na etiologia multifatorial da periodontite, exigindo algumas medidas preventivas específicas, podendo na generalidade ser enquadradas nas estratégias de promoção de estilos de vida saudável.

Os profissionais da saúde oral e gestores da saúde pública, deverão encontrar respostas concretas às propostas do programa de Saúde Oral, de forma a prevenir e reduzir a incidência e a prevalência das doenças orais, como a periodontite, em particular, na gestante. 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.

As prioridades definidas pelas políticas de saúde e financiamento de serviços e organismos públicos, ligados ao setor da saúde, devem garantir uma maior eficácia

tendo como finalidade os ganhos da saúde da população e estar cientes da possível conexão entre problemas de saúde oral, nomeadamente entre a periodontite e o mau prognóstico de gravidez.

Dada a limitação do nosso estudo exploratório, entende-se necessário desenvolver mais estudos, com uma amostra mais alargada e representativa, que permitam compreender a verdadeira percepção que os Médicos Dentistas possuem, relativamente à associação entre a Periodontite e o Parto pré-termo, no sentido a obter uma conclusão mais consistente.

REFERÊNCIAS

- Àgueda, 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. 2008 Sep1;13 (9): E609-15. [Em linha]. Disponível em <<http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v13i9/medoralv13i9p609.pd>> [Consultado em 2/3/2015]
- AlJehani, Y. A. (2014). *Risk Factors of Periodontal Disease: Review of the Literature*. International Journal of Dentistry Volume 2014 (2014), Article ID 182513, 9 pages. [Em linha]. Disponível em <<http://www.hindawi.com/journals/ijd/2014/182513/ref/>> [Consultado em 2/3/2015]
- Almeida *et alii*. (2006). *Associação entre doença periodontal e patologias sistémicas*. [Em linha] Disponível em <http://www.amil.com.br/amilportal/upload/noticias/artigos/Associacao_entre_D_P_e_Patologias_Sistemicas.pdf> [Consultado em 2/12/2014]
- Anderson, T e Canuka, H. (2003). *E-Research Methods, Strategies and Issues*. Pearson Education.
- Antunes, A, Rosete, V. e Fagulha, J. (2001). *Saúde oral na Grávida*. Acta Médica Portuguesa. [Em linha] Disponível em <http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/1085/1/Sa%C3%BAde%20oral.pdf> [Consultado em 23/6/2014]
- Appolinário, F. (2006). *Metodologia da Ciência. Filosofia e Prática da Pesquisa*. Pioneira Thomson, São Paulo.
- Babalola e Omole (2010). *Periodontal Disease and Pregnancy Outcomes*. J Pregnancy 2010: 293439. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3065885>> [Consultado em 12/2/2015]
- Baskaradoss, J., Geevarghese, A. e Al Dosari, A. (2012). *Causes of Adverse Pregnancy Outcomes and the Role of Maternal Periodontal Status – A Review of the Literature*.

Open Dent J. 2012; 6: 79 – 84. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3355349/>> [Consultado em 2/3/2015]

Boutin *et alli.* (2012) *Treatment of Periodontal Disease and Prevention of Preterm Birth: Systematic Review and Meta-analysis.* [Em linha]. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/233999573_Treatment_of_Periodontal_Disease_and_Prevention_of_Preterm_Birth_Systematic_Review_and_Meta-analysis> [Consultado em 25/4/2015]

Brunetti *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.

Brunetti, M.C. (2003). *Periodontia médica. Uma abordagem integrada.* Senac São Paulo Editora.

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. [Em linha]. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-051X.2011.01755.x/abstract>> [Consultado em 12/3/2015].

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. [Em linha]. Disponível em <http://www.researchgate.net/publication/51474400_Evidence_grade_associating_periodontitis_with_preterm_birth_andor_low_birth_weight_II._A_systematic_review_of_randomized_trials_evaluating_the_effects_of_periodontal_treatment> [Consultado em 12/3/2015].

Corbella *et alli.* (2012). *Periodontal disease as a risk factor for adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis of case – control studies.* July 2012, Volume 100, Issue 2, pp 232-240. [Em linha]. Disponível em

<<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10266-011-0036-z>> [Consultado em 2/10/2014]

Dias, L., Piol, S. e Almeida, C. (2006). *Atual classificação das doenças periodontais*. UFES Rev. Odontol., Vitória, v.8, n.2, p.59-65, maio/ago. 2006. [Em linha]. Disponível em <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/655/452>> [Consultado em 12/11/2015]

Direcção-Geral de Saúde. (2005). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*. Direcção Geral de Saúde, Circular Normativa nº1/DSE, pp.1-49. [Em linha]. Disponível em <<http://www.dgs.pt/institucional.aspx?v=b5ef3dfe-6f5f-4ce3-8e86-fabad33830bf>> [Consultado em 2/4/2015]

Direção Geral de Saúde, (2011). *Portal da Saúde. Portal do Utente*. Disponível em <<http://www.dgs.pt/pagina.aspx?f=2>> [Consultado em 2/4/2015]

Direção Geral de Saúde, (2015). *Normas para a melhoria Contínua da Qualidade no Sistema de Saúde*. [Em linha]. Disponível em <<https://www.dgs.pt/>> [Consultado em 2/4/2015]

European Federation of Periodontology Manifesto (2012). *Perio and General Health*. [Em linha]. Disponível em <http://www.efp.org/efp-manifesto/EFP_manifesto_full_version.pdf> [Consultado em 24/6/2015]

Freixo, M. (2011). *Metodologia Científica Fundamentos Métodos e Técnicas*. Instituto Piaget, 3ª. Edição, Lisboa.

Gandhimadhi e Mythili (2010). *Periodontal infection as a risk factor for preterm low birth weight*. In J Indian Soc Periodontol. 2010 Apr-Jun; 14(2): 114– 120. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3110465/>> [Consultado em 22/4/2015]

- Garcia, R., Henshaw, M e Krall, E. (2001). *Relationship between periodontal disease and systemic health*. In *Periodontology* Vol. 25, 2001, 21-36. [Em linha]. Disponível em <<http://qap2.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0757.2001.22250103.x/pdf>>[Consultado em 4/2/2015]
- Giglio *et alli*. (2009). *Oral Health Care for the Pregnant Patient*. In *JCDA February 2009*, Vol. 75, No. 1. [Em linha]. Disponível em <<https://www.cda-adc.ca/jcda/vol-75/issue-1/43.pdf>> [Consultado em 6/5/2015]
- Goldenberg *et alli*. (2000). *Intrauterine infection and preterm delivery*. *N Engl J Med.*; 342(20):1500-1507. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10816189>>[Consultado em 12/2/2015]
- Hui Zi (2015). *Mechanisms Involved in the Association between Periodontitis and Complications in Pregnancy*. In *Front. Public Health*, in 29 January. [Em linha]. Disponível em <<http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2014.00290/full>>[Consultado em 17/4/2015]
- Ide et Papapanou (2013). *Epidemiology of association between maternal periodontal disease and adverse pregnancy outcomes-systematic review*. In *J Periodontol.* 2013 Apr;84 (4 Suppl):S181-94. doi: 10.1902/jop.2013.134009. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23631578>> [Consultado em 2/3/2015]
- Jeffcoat *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. [Em linha]. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.14710528.2010.02713.x/epdf>> [Consultado em 23/3/2015]
- Jorge, F.H.M. (2012). *Comunicado do Diretor-Geral da Saúde. Cheques-dentista*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.dgs.pt/a-direccao-geral-da>>

saude/comunicados-e-despachos-do-director-geral/cheques-dentista.aspx

≥[Consultado em 2/4/2015]

Júnior, R., Nomura, M. e Politano, G. (2007). *Doença periodontal e complicações obstétricas: há relação de risco?* [Em linha]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000700008 >[Consultado em 4/3/2015]

Jyoti, I.P., Nagathan, V.M. e Rao, M. R. (2013). *Evaluation of Periodontitis as a Risk for Preterm Birth among Preeclamptic and Non-Preeclamptic Pregnant Women – A Case Control Study.* Dentistry Doi: [Em linha]. Disponível em <10.7860/JCDR/2013/6497.3308.Aug/Volume:7/Issue:8p.1776-1778<http://www.jcdr.net/ReadXMLFile.aspx?id=3308>>[Consultado em 12/4/2015]

Kim *et alli.*, (2012). *Scaling and Root Planing Treatment for Periodontitis to Reduce Preterm Birth and Low Birth Weight: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled.* J Periodontol. 2012 Dec;83(12):1508-19. doi: 10.1902/jop.2012.110636. Epub 2012 Mar 1. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22376207>> [Consultado em 14/5/2015].

Kloetzel, M., Huebner, C. e Milgrom, P. (2011). *Referrals for Dental Care During Pregnancy.* [Em linha]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074205/> [Consultado em 12/3/2015]

Konopka e Paradowska-Stolarz (2012). *Periodontitis and risk of preterm birth and low birthweight—a meta-analysis.* In Ginekol Pol.2012 Jun;83(6):446-53. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22880465>> [Consultado em 14/5/2015]

Lindhe *et alli.*(2001). *Tratado de Periodontologia Clínica e Implantologia Oral.*4ª Edição. [Em linha]. Disponível em

<http://www.ebah.pt/content/ABAAAgoU0AJ/tratado-periodontia-clinica-implantologia-oral-lindhe-4-ed>>[Consultado em 15/3/2015]

Little *et alii* (2007). *Dental Management of the Medically Compromised Patient*. 7th ed. Mosby; [Em linha]. Disponível em https://www.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=kuIpeEWpqRwC&oi=fnd&pg=PA2&dq=Little+J,+Falace+D,+Miller+C,+Rhdus+N.+Dental+Management+of+the+Medically+Compromised+Patient.+7th+ed.+Mosby&ots=ztjvjjiCu7d&sig=MFnCPdFf9UymwdD1mREYNwMdcqo&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false>[Consultado em 2/5/2015]

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

Lopez, N., Uribe, S. e Martinez, B. (2000). *Effect of periodontal treatment on preterm birth rate: a systematic review of metaanalyses*. Periodontology 2000, Vol. 67, 2015, 87–130: [Em linha]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/prd.12073/pdf> [Consultado em 2/3/2015]

Lopes *et alii* (2005). *A condição periodontal materna e o nascimento de prematuro de baixo peso: estudo caso-controle*. Rev. Bras. Ginecol. Obstet.vol.27no.7 Rio de Janeiro July. [Em linha]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032005000700003&script=sci_arttext >[Consultado em 17/12/2014]

Lu *et alii*. (2015). *Impact of periodontal conditions on the quality of life of pregnant women: a cross-sectional study*. Health Qual Life Outcomes;13: 67. [Em linha]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4446953/>>[Consultado em 2/3/2015]

Lucisano *et alii*. (2013) *Suplemento sistêmico de flúoretos na gestação – indicar ou não indicar?* Arquivo Brasileiro de Odontologia v.9 n.2 2013 [Em linha]. Disponível em

<<http://periodicos.pucminas.br/index.php/Arquivobrasileiroodontologia/article/viewFile/6913/6228>> />[Consultado em 2/3/2015]

Matevosyan (2011). *Periodontal disease and perinatal outcomes*. Archives of Gynecology and Obstetrics, 283 (4) pp.675-686.

Nabet *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 (2006). *Oral health care during pregnancy and early childhood-Practice guidelines*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.health.ny.gov/publications/0824.pdf>> [Consultado em 1/4/2015]

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 *et alii.* (2006). *Progressive periodontal disease and risk of very preterm delivery*. Obstet Gynecol. Jan;107(1):29-36. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16394036>>[Consultado em 17/2/2015]

Offenbacher *et alii.* (2009). *Effects of Periodontal Therapy on Rate of Preterm Delivery A Randomized Controlled Trial*. Obstetrics and Gynecology, 114(3), pp. 551-559. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2917914/>> [Consultado em 5/3/2015]

Ordem dos Médicos Dentistas (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 Estratégia de saúde oral em Portugal – um conceito de transversalidade que urge implementar*. [Em linha]. Disponível em <<http://pns.dgs.pt/files/2010/06/omd.pdf>> [Consultado em 3/11/2014]

- Otenio *et alli.* (2012). *Expression of IL-1, IL-6, TNF- α , and iNOS in pregnant women with periodontal disease.* In Genetics and Molecular Research. [Em linha]. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/mestradoodontofiles/2012/10/Expression-of-IL-1-IL-6-TNF-a-and-iNOS-in-pregnant-women-with-periodontal-disease1.pdf>> [Consultado em 25/2/2015]
- 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 et alli. (1997). *Advances in the pathogenesis of periodontitis: summary of developments, clinical implications and future directions.* Periodontology 2004. Vol. 14, 1997, 216-248. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9567973>> [Consultado em 17/4/2015]
- Page, R. e Konrnan, K. (1997). *The pathogenesis of human periodontitis: an introduction* Periodontology 2004 Vol. 14, 1997, 9-11. Periodontol 2000.1997 Jun;14:9-11. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9567963>> [Consultado em 17/4/2015]
- Passanezi, E., Brunneti, M. e Sa`ana (2007). *Interação entre a Doença periodontal e a Gravidez.* R. Periodontia- junho 2007. Volume 17 nº 02. [Em linha] Disponível em <<http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/junho2007/artigo4.pdf>> [Consultado em 23/6/2015]
- Piscoya *et alii* (2012). *Periodontitis-associated risk factors in pregnant Women.* Clinics (Sao Paulo). Jan; 67(1): 27–3. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3248597/>> [Consultado em 12/12/2014]
- Plano Nacional de Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016.* [Em linha]. Disponível em <<http://pns.dgs.pt/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada>> [Consultado em 2/4/2015]

Poletto *et alli.* (2008). *Atendimento odontológico em gestantes: uma revisão de literatura.* Stomatos; vol.14, 64-75. Disponível em <<http://www.redalyc.org/pdf/850/85012264009.pdf>> [Consultado em 30/5/2015]

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. [Em linha]. Disponível em <<http://www.bmj.com/content/341/bmj.c7017>> [Consultado em 15/2/2015]

Portal do Ministério da Saúde. [Em linha]. Disponível em: <<http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/saude+oral/cheques+dentista.htm>> [Consultado em 12/3/2015]

Rosa *et alli.* (2012). *Periodontal disease treatment and risk of preterm birth: a systematic review and meta-analysis.* In Cad. Saúde Pública vol.28 no.10 Rio de Janeiro Oct. 2012. [Em linha]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012001000002&script=sci_arttext&tlng=es> [Consultado em 2/12/2014]

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

Sanz *et alli.* (2013). *Periodontitis and adverse pregnancy outcomes: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases Sanz.* In *J Periodontol* 2013;84 (4 Suppl.):S164-S169 doi:10.1902/jop.2013.1340016. [Em linha]. [Em linha]. Disponível em <<http://www.joponline.org/doi/pdf/10.1902/jop.2013.1340016>> [Consultado em 22/4/2015]

- Shanthi *et alli.* (2012). *Association of pregnant women periodontal status to preterm and low-birth weight babies: A systematic and evidence-based review.* Dent Res J (Isfahan). 2012 Jul-Aug; 9(4): 368–380. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3491321/>>[Consultado em 2/3/2015]
- Silva, O. M. (2015). *A não integrada saúde oral no SNS, nos anos 80, é imperdoável.* Publicado em 2-5-2015. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ond.pt/noticias/2015/02/entrevista-bastonario-revista>> [Consultado em 6/2/2015]
- Siqueira *et alli.* (2015). *Maintenance periodontal therapy after systemic antibiotic and regenerative therapy of generalized aggressive periodontitis. A case report with 10-year follow-up.* Dent Update. 2015 May;42(4):385-6, 389-90, 392-3. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26062264>>[Consultado em 22/4/2015]
- Sousa, A., Henriques, D. e Botelho, N. (2012). *Prevalência de Parto pré-termo electivo e suas principais repercussões neonatais.* [Em linha]. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2012/v26n1/a3069.pdf>>[Consultado em 2/3/2015]
- Srinivas, S. e Parry, S. (2011). *Periodontal Disease and Pregnancy Outcomes: Time to Move On?* 2012 Feb; 21 (2): 121-125. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3270055/>> [Consultado em 2/6/2015]
- Stein *et alli.* (2010) *Oral Health During Pregnancy and Early Childhood: Evidence-Based Guidelines for Health Professionals.* [Em linha] Disponível em <http://www.cdafoundation.org/Portals/0/pdfs/poh_guidelines.pdf> [Consultado em 23/6/2015]

- Tonetti, M. e Dyke, T. (2013). *Periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease: consensus report of the Joint EFP/ AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases*. European Federation of Periodontology and American Academy of Periodontology. [Em linha]. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12089/pdf>> [Consultado em 2/5/2015]
- Trentin *et alli.*(2007). *Doença periodontal em gestantes e fatores de risco para o parto prematuro*. RFO.2007; 12(1): 47-51. [Em linha]. Disponível em <<http://www.upf.br/seer/index.php/rfo/article/viewFile/1090/617>> [Consultado em 15/4/2015]
- Tuckman, B. (2012). *Manual de Investigação em Educação*. Metodologia para conceber e realizar o processo de investigação científica. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa
- Vogt *et alli.*, (2010). *Periodontal disease and some adverse perinatal outcomes in cohort of low risk pregnant woman*. Reproductive health, 7 (29), pp.1-29. [Em linha]. Disponível em <<http://www.reproductive-health-journal.com/content/7/1/29>> [Consultado em 11/3/2015]
- Walia, M. e Saini, N. (2015). *Relationship between periodontal diseases and preterm birth: Recent epidemiological and biological data*. Int J Appl Basic Med Res. Jan-Apr;5(1):2-6. doi: 10.4103/2229-516X.149217 [Em linha]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318095/>> [Consultado em 15/1/2015]
- World Health Organization (2012). *Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*. New York. [Em linha]. Disponível em <http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/index3.html> [Consultado em 7/3/2015]
- Wrzosek, T. e Einarson, A. (2009). *Dental care during pregnancy*. Canadian Family Physician, 55, pp. 598-599. [Em linha]. Disponível em

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2694079/>> [Consultado em 2/4/2015]

Zanata, R., Fernandes, K. e Navarro, P. (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. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jaos/v16n3/06.pdf>> [Consultado em 18/2/2015]

ANEXOS

Anexo 1- Classificação das Doenças Periodontais

Classificação das doenças periodontais, em Ranney 1993

I. GENGIVITE	II. PERIODONTITE
A. Gengivite por placa bacteriana 1. Não agravada 2. Agravada sistemicamente Hormônios sexuais Doenças sistêmicas Drogas B. Gengivite Ulcerativa Necrosante 1. Determinantes sistêmicos 2. Realacionada com o HIV C. Gengivite não relacionada com placa 1. Associada a doenças dermatológicas 2. Alérgica 3. Infecçiosa	A. Periodontite do Adulto 1. Não agravada 2. Agravada sistemicamente B. Periodontite de Estabelecimento Precoce 1. Localizada Anormalidade do neutrófilo 2. Generalizada Anormalidade de neutrófilo Imunodeficiência 3. Relacionada com doenças sistêmicas 4. Determinantes sistêmicos desconhecidos C. Periodontite Ulcerativa Necrosante 1. Determinantes sistêmicos 2. Relacionada com o HIV 3. Relacionada com a nutrição D. Abscesso Periodontal

Fonte: Conde (*cit in* Dias, Piol e Almeida, 2006)

Classificação das Doenças Periodontais, 1999

DOENÇAS GENGIVAIS	
I. INDUZIDAS POR PLACA	II. NÃO INDUZIDAS POR PLACA
1. Doenças gengivais associadas apenas à placa A. Sem fatores locais B. Com fatores locais 2. Doenças gengivais modificadas por fatores sistêmicos A. Associada ao sistema endócrino Puberdade Ciclo menstrual Gravidez Diabetes Mellitus B. Associada à discrasias sanguíneas Leucemia Outros 3. Doenças gengivais modificadas por medicamentos A. Hiperplasias influenciadas por drogas B. Gengivites influenciadas por drogas Associada a contraceptivos orais Outros 4. Doenças gengivais modificadas por desnutrição A. Deficiência de vitamina C B. Outros	1. Doenças gengivais de origem bacteriana A. Associada à Neisseria gonorrhoea B. Associada a Treponema pallidum C. Associada à Streptococcus sp D. Outros 2. Doenças gengivais de origem viral A. Infecções por herpes B. Outros 3. Doenças gengivais de origem fúngica A. Infecções por Cândida sp B. Eritema gengival linear C. Histoplasmose D. Outros 4. Lesões gengivais de origem genética A. Fibromatose gengival hereditária B. Outras 5. Manifestações de condições sistêmicas A. Alterações mucocutâneas B. Reações alérgicas 6. Lesões traumáticas 7. Reações de corpo estranho 8. Outras não especificadas

Fonte: Novak (*cit in* Dias, Piol e Almeida, 2006)

Classificação das Doenças e Condições Periodontais, 1999

DOENÇAS PERIODONTAIS	
1.Periodontite Crónica	4.Doenças Periodontais Necrosantes
2.Periodontite Agressiva	A. Gengivite Ulcerativa Necrosante
A. Gengivite Ulcerativa Necrosante	B. Periodontite Ulcerativa Necrosante
3.Periodontite como Manifestação de Doenças Sistémicas	5. Abscessos Periodontais
A. Associada a discrasias sanguíneas	A. Abscesso Gengival
Neutropenia adquirida	B. Abscesso Periodontal
Leucemias	C. Abscesso Pericoronário
Outros	6. Periodontite Associada a Lesões Endodônticas
B. Associada a distúrbios genéticos	7. Condições e Deformidades Congénitas ou Adquiridas
Neutropenia cíclica e familiar	A. Fatores modificadores locais da doença gengival ou periodontal, relacionados com dentes
Síndrome de Down	Fatores anatómicos dentais
Deficiência de adesão leucocitária	Restaurações/ Aparelhos dentais
Síndrome de Papillon-Lefèvre	Fraturas Radiculares
Síndrome de Chediak-Higashi	Reabsorção radicular cervical e deslocamento do cimento
Síndrome de histiocitose	B. Deformidades e condições mucogengivais ao redor do dente
Doença de acúmulo de glicogénio	C. Deformidades e condições mucogengivais em rebordos edêntulos
Agranulocitose infantil genética	D. Trauma oclusal
Síndrome de Cohen	
Síndrome de Ehlers-Danlos	
Hipofosfatasia	
Outras	
C. Outras não especificadas	

Fonte: Novak (*cit in* Dias, Piol e Almeida, 2006)

Anexo 2 - Meta-análises e revisões sistemáticas sobre a associação entre periodontite e parto pré-termo

Autores	Polyzos et al. (2010)
Tipo de estudo	RS e MA
Estudos incluídos	11 estudos - ensaios clínicos randomizados Lopez et al., 2002, Jeffcoat et al., 2003, Lopez et al., 2005, Michalowicz et al., 2006, Offenbacher et al., 2006, Sadatmansuri et al., 2006, Tarannum et al., 2007, Offenbacher et al., 2009, Newnham et al., 2009, Macones et al., 2010, Oliveira et al., 2010
Objetivos do estudo	Examinar se o tratamento da periodontite com raspagem e alisamento radicular durante a gravidez se encontra associado a uma redução da taxa de PPT
Resultados	Os ensaios de baixa qualidade, apoiaram um efeito benéfico do tratamento da periodontite e os ensaios de alta qualidade forneceram uma prova clara de que esse efeito não existe. Considerando que os ensaios de baixa qualidade sustentem um efeito benéfico e significativo do tratamento com raspagem e alisamento radicular na redução da taxa de parto prematuro (<i>odds ratio</i> 0,52, 0,38-0,72; P <0,0001), tal efeito não foi evidente entre os estudos de alta qualidade (1,15, 0,95 a 1,40; P = 0,15).
Considerações	A doença periodontal controlada no início do primeiro trimestre da gravidez ou mesmo antes de engravidar, pode contribuir para uma melhoria substancial nos resultados perinatais.
Conclusões	O tratamento da periodontite com RAR não revelou uma significativa diminuição da incidência de PPT
Autores	Chambrone et al. (2011a)
Tipo de estudo	RS
Estudos incluídos	11 estudos- coorte Jeffcoat et al., 2001, Offenbacher et al., 2001, Moore et al., 2004, Rajapakse et al., 2005, Offenbacher et al., 2006, Sharma et al., 2007, Agueda et al., 2008, Pitiphat et al., 2008, Saddki et al., 2008, Srinivas et al., 2009, Rakoto Alson et al., 2010
Objetivos do estudo	Avaliar a associação entre a periodontite materna e o PPT
Resultados	10 dos 11 estudos realizados, apresentaram uma elevada qualidade metodológica, e um, uma qualidade metodológica média. Nove estudos (81,8%) encontraram uma associação consistente entre periodontite e o parto pré termo. Os estudos mostraram um risco significativo de parto pré-termo para as mulheres grávidas com periodontite [risco relativo (RR): 1,70 (intervalo de confiança de 95% (CI) : 1,03, 2,81)] e um risco significativo para PB[RR : CI 3,57 (95 % : 1,87 , 6,84)]
Considerações	Dos 11 ensaios clínicos randomizados (com 6558 mulheres) cinco desses ensaios foram considerados de elevada qualidade metodológica (baixo risco de viés), enquanto os restantes ensaios foram considerados de baixa qualidade metodológica (alto risco de viés ou risco de viés incerto). Resultados positivos ligam a periodontite ao PPT, mas devem ser interpretados com prudência, uma vez que não foi possível explicar as razões da elevada heterogeneidade detetada através das estimativas combinadas.
Conclusões	Associação positiva entre a periodontite materna e o PPT

Relação entre Periodontite Materna e Parto Pré-termo: Percepção dos Médicos Dentistas

Autores	Chambrone et al. (2011b)
Tipo de estudo	RS
Estudos incluídos	13 estudos - ensaios clínicos randomizados Lopez et al., 2002b, Jeffcoat et al., 2003, Lopez et al., 2005, Michalowicz et al., 2006, Offenbacher et al., 2006, Sadatmansouri et al., 2006, Tarannum et al., 2007, Newnham et al., 2009, Offenbacher et al., 2009, Radnai et al., 2009, Macones et al., 2010, Oliveira et al., 2010, Jeffcoat et al., 2011.
Objetivos do estudo	Avaliar se o tratamento da doença periodontal materna reduz a incidência de PPT
Resultados	Os resultados de oito estudos (61,5 %) mostraram que o tratamento periodontal materno pode reduzir a incidência de parto pré-termo. No entanto, os resultados de todas as meta-análises mostraram resultados contrastantes para o parto pré-termo [RR: (IC 95 %: 0,72, 1,09) 0,88] e [RR : (95% CI: 0,08 , 3,31) 0,52].
Considerações	Futuros ensaios clínicos randomizados deverão dividir os pacientes em subgrupos, em função do diagnóstico, extensão e severidade da PD, o que permitirá uma avaliação mais precisa do efeito da interação entre periodontite e PPT
Conclusões	O tratamento periodontal na grávida não diminui o risco de PPT.
Autores	Boutin et al. (2012)
Tipo de estudo	MA e RS
Estudos incluídos	12 estudos - ensaios clínicos randomizados López et al, 2012; Jeffcoat et al., 2003; López et al, 2005; Michalowitz et al, 2006; Offenbacher et al, 2006; Sadatmansouri et al, 2006; Tarannum and Faizuddin, 2007; Newnham et al,2009; Offenbacher et al, 2009; Macones et al, 2010; Oliveira et al, 2011; Weidlich et al, 2012.
Objetivos do estudo	Avaliar o efeito do tratamento periodontal durante a gravidez sobre o risco de parto prematuro. Explorar a heterogeneidade entre os estudos.
Resultados	Os estudos não mostraram uma redução significativa entre o parto prematuro e o tratamento periodontal (RR: 0,89; IC 95%: 0,73-1,08). No entanto, a grande heterogeneidade entre os estudos (I ² 52%) pode ser explicada pelo risco de viés e pelo uso de anti-sépticos bucais como clorexidina. O uso diário de clorexidina foi associado a uma redução de parto prematuro (RR: 0,69 ; IC 95 % 0,50-0,95).
Considerações	Acredita-se que a melhor evidência disponível prende-se com o facto de o alisamento radicular e a raspagem dental por si não se revelar eficaz na redução da taxa do PPT em mulheres com doença periodontal. No entanto, sugere-se que a associação ao tratamento, de um colutórios bucal antimicrobiano, poderá ajudar a reduzir a taxa de partos antes de 37 semanas de gestação.
Conclusões	Não se encontrou uma redução significativa do risco de PPT com o uso do tratamento periodontal, combinando raspagem dentária e alisamento radicular.

Relação entre Periodontite Materna e Parto Pré-termo: Percepção dos Médicos Dentistas

Autores	Rosa et al. (2012)
Tipo de estudo	RS e MA
Estudos incluídos	13 estudos - ensaios clínicos randomizados López et al. 2002, Jeffcoat et al. 2003, López et al. 2005, Michalowicz et al. 2006, Offenbacher et al. 2006, Sadatmansouri et al. 2006, Tarannum & Faizuddin 2007, Newnham et al. 2009, Offenbacher et al. 2009, Macones et al. 3 2010, Oliveira et al. 2010, Sant'Ana et al. 2011, Weidlich et al. 2012.
Objetivos do estudo	Avaliar os efeitos do tratamento periodontal durante a gestação para prevenção do PPT, uma vez que há provas convincentes de que as infecções em mulheres grávidas podem alterar a citoquina, podendo resultar numa rutura prematura de membranas e no parto prematuro.
Resultados	A meta-análise mostrou que o tratamento da doença periodontal durante a gravidez não teve efeito significativo sobre a taxa global de parto prematuro (RR = 0,90, 95% CI: 0,68-1,19; p = 0,45; I ² : 74%).
Considerações	Revelam-se necessárias futuras pesquisas para resultados mais conclusivos.
Conclusões	Não se encontraram benefícios no tratamento periodontal durante a gravidez para reduzir a incidência de PPT.
Autores	Shanthi et al. (2012)
Tipo de estudo	RS
Estudos incluídos	60 estudos (53+7) 53-19 revisões; 14 casos-controlo; 6 estudos transversais; 4 estudos prospetivos; 3 estudos intervencionais; 2 estudos com questionário; 2 estudos descritivos e 2 estudos clínicos randomizados. Offenbacher et al. 1998, Engebretson et al.2000, Champagne et al. 2000, Sembene et al.2000, Williams et al. 2000, Fowler et al.2001, Offenbacher et al. 2001, McGaw 2002, Charlene et al.2002, Davenport et al. 2002, Lopez et al.2002, Paquetta DW 2002, Madianos et al. 2002, Konopka et al 2003, Carta et al. 2004, Radnai et al.2004, Sanchez et al.2004, Konopka T 2004, Konopka T 2004, Jarjoura et al. 2005, Rajapakse et al. 2005, Marin et al. 2005, Kazmierczak et al. 2004, Pizzo et al. 2005, Felice et al. 2005, Lopez et al. 2005, Offenbacher et al. 2006, Sadatmansouri et al. 2006, Urban et al. 2006, Radnai et al. 2006, Michalowicz et al. 2006, Sanchez et al. 2007, Sharma et al. 2007, Toygar et al. 2007, Tarannun et al. 2007, Seymour et al. 2007, Siqueira et al. 2007, Wildel et al. 2007, Àgueda et al. 2008, Vettore et al. 2008, Mealey et al. 2008, Marakoglu et al. 2008; Silk et al. 2008; Sacco et al. 2008; Betleja-Gromada et al. 2008, Àgueda at al. 2008, Zanata et al. 2008, Radnai et al. 2008, Khadar et al. 2009, Sha et al. 2009, Africa et al. 2009, Lin et al. 2009, Rakoto-Alson et al. 2010, Guimaraes et al. 2010. 7 estudos- 2 estudos prospetivos; 2 casos-controlo; 1 revisão; 1 estudo de coorte e 1 estudo clínico randomizado. Moore et al. 2004, Noack et al.2005, Meurman et al. 2006, Kurnatowska et al. 2006, Bobetsis et al. 2006, López R 2007, Ebersole et al. 2009.
Objetivos do estudo	Verificar se existe associação entre periodontite e PPT
Resultados	Uma crescente prova científica sugere que a periodontite pode desempenhar um papel importante, como um fator de risco para resultados adversos da gravidez, como o parto pré-termo. Tendo em vista o grande número de estudos, neste âmbito, a avaliação é limitada a estudos pesquisados através da base de dados eletrónica <i>PubMed</i> , tendo-se utilizado os termos de busca:periodontite, prematuros, baixo peso ao nascer. A busca eletrónica identificou 68 documentos.Os estudos sugerem que a doença periodontal pode ser um fator de risco potencial para os bebés prematuros.
Considerações	A discussão da revisão da literatura e as conclusões, são limitadas, relativamente aos artigos pesquisados pelos autores através da base de dados informatizada.
Conclusões	52 estudos comprovam a existência da relação entre PD e PPT;7 estudos indicam que a periodontite não está associada ao parto pré termo.

Relação entre Periodontite Materna e Parto Pré-termo: Percepção dos Médicos Dentistas

Autores	Ide e Papapanou (2013)
Tipo de estudo	RS
Estudos incluídos	25 estudos 18 Caso-controlo Jarjoura et al. 2005, Bosnjak et al. 2006, Radnai et al. 2006, Le et al. 2007, Santos-Pereira et al. 2007, Siqueira et al. 2007, Toygar et al. 2007, Guimaraes et al. 2010, Giannella et al. 2011, Piscoya et al. 2012, Lunardelli & Peres 2005, Vettore et al. 2008, Nabet et al. 2010, Iwanaga et al. 2011, Moore et al. 2005, Wood et al. 2006, Heimonen et al. 2009, Bosnjak et al. 2006) 7-estudos prospectivos Moore et al. 2004, Offenbacher et al. 2006, Agueda et al. 2008, Srinivas et al. 2009, Rakoto-Alson et al. 2010, Vogt et al. 2010, Habashneh et al. 2012.
Objetivos do estudo	Identificar a associação entre o estado periodontal da grávida e o PPT
Resultados	Emergem associações significativas entre o estado periodontal da grávida e o PPT, de estudos caso-controle e transversais em que usaram a periodontite como "definição de casos", sendo substancialmente atenuadas em estudos que avaliaram a periodontite como uma variável contínua. Dados de estudos prospectivos seguiram um padrão semelhante, mas as associações entre o estado periodontal da grávida e o PPT revelaram-se geralmente mais fracas.
Considerações	Existência de um grau de variabilidade na forma como os dados foram registados e processados, por isso os estudos mostram um elevado grau de heterogeneidade.
Conclusões	A periodontite materna encontra-se associada de forma moderada e/ou significativa com PPT.

Legenda:

- IC- intervalo de confiança;
- MA- Meta-análise;
- OR - *Odds ratio*;
- PD- periodontite;
- PPT- parto pré-termo;
- RAR- raspagem e alisamento radicular;
- RR - risco relativo;
- RS - revisão sistemática.

Anexo 3 - Inquérito por Questionário administrado aos Médicos Dentistas

Inquérito

O presente inquérito foi desenvolvido no âmbito da Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, pelo aluno Miguel Barbosa Ferreira.

O objetivo é avaliar a **“Percepção dos Profissionais de Saúde Oral acerca da relação entre a periodontite na grávida e a ocorrência de parto pré-termo”**.

Como tal, solicito a sua colaboração na obtenção de dados, respondendo a todas as questões que lhe são colocadas.

Os dados recolhidos serão tratados de forma anónima e confidencial, servindo apenas para tratamento estatístico, pelo que não deve assinar nem rubricar em lugar algum o questionário.

Uma participação rigorosa e honesta no preenchimento das questões é muito importante para o estudo, pelo que agradecemos desde já a sua disponibilidade e colaboração.

Nos itens que se seguem assinale, por favor, a opção adequada à sua resposta

I - DADOS BIOGRÁFICOS

1. Idade _____ anos

2. Género: Masculino Feminino

3. Local de trabalho

Clínica/Consultório privado	<input type="checkbox"/>
Hospital	<input type="checkbox"/>
Centro de Saúde	<input type="checkbox"/>

4. Assinale com um X a(s) sua(s) área(s) de intervenção:

Relação entre Periodontite Materna e Parto Pré-termo: Percepção dos Médicos Dentistas

Generalista	<input type="checkbox"/>	Ortodontia	<input type="checkbox"/>
Cirurgia	<input type="checkbox"/>	Odontopediatria	<input type="checkbox"/>
Dentisteria	<input type="checkbox"/>	Periodontologia	<input type="checkbox"/>
Endodontia	<input type="checkbox"/>	Oclusão	<input type="checkbox"/>
Implantologia	<input type="checkbox"/>	Prostodontia	<input type="checkbox"/>
Medicina Oral	<input type="checkbox"/>		

5. Número de anos de serviço:

<1	<input type="checkbox"/>	1-5	<input type="checkbox"/>	6-10	<input type="checkbox"/>
11-15	<input type="checkbox"/>	16-20	<input type="checkbox"/>	>21	<input type="checkbox"/>

II

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

6. A gravidez pode provocar alterações na cavidade oral?

Sim

Não

Não sei

7. Em caso afirmativo, indique quais as possíveis alterações:

Aftas

Herpes

Xerostomia

Gengivite

Periodontite

Cáries

Líquen plano

Epulides

Granuloma Piogénico

8. De acordo com os estudos clínicos efetuados até à data, assinale as patologias para as quais a presença de periodontite materna é considerada um fator de risco.

Parto pré termo	<input type="checkbox"/>
Aborto	<input type="checkbox"/>
Nados mortos	<input type="checkbox"/>
Baixo peso ao nascer	<input type="checkbox"/>
Placenta prévia	<input type="checkbox"/>
Pré eclampsia	<input type="checkbox"/>
Malformações fetais	<input type="checkbox"/>
Síndrome alcoólica fetal	<input type="checkbox"/>

9. Já consultou pacientes grávidas ou que planeavam engravidar?

Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
			(passe à pergunta 12)

10. Sensibiliza as pacientes grávidas para a importância da avaliação periodontal como cuidado pré-natal?

Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

11. Sempre que atende uma paciente grávida realiza-lhe um exame periodontal completo?

Sim Não Às vezes

12. Perante um diagnóstico de periodontite, realiza o tratamento periodontal ainda durante a gravidez?

Sim Não Às vezes

13. O tratamento periodontal quando realizado durante a gravidez reduz o risco de parto pré-termo?

Sim Não Não sei

14. O tratamento da Periodontite na gravidez é seguro? Por favor, assinale com um X a resposta que mais se adequa.

	1º Trimestre			2º Trimestre			3º Trimestre		
	Sim	Não	Não sei	Sim	Não	Não sei	Sim	Não	Não sei
Destartarização e polimento									
Raspagem e alisamento radicular									
Tratamento periodontal cirúrgico									
Extração dentária									
Recomendação de uso de fluor									
Ortopantomografia									
Anestesia									
Antibioticoterapia									

III

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

15. Considera que deveria haver sessões de promoção/prevenção da saúde oral para grávidas?

Sim

Não

16. Na sua formação académica houve alguma abordagem/formação acerca das patologias que podem advir da interação periodontite/gravidez?

Sim

Não

17. Sente necessidade de ter formação adicional acerca da associação entre doença periodontal e complicações gestacionais ou obstétricas?

Sim

Não

18. No seu serviço existem procedimentos de rotina/específicos (protocolo de atendimento) recomendado para pacientes grávidas?

Sim

Não

19. Tem conhecimento acerca do Sistema Nacional de Saúde (SNS) integrar serviços/protocolos direcionados para grávidas?

Sim

Não

20. Em caso afirmativo, indique quais.

21. Considera que nas consultas de planeamento familiar ou no rastreio pré-natal deve ser incluída uma avaliação da saúde oral?

Sim

Não

22. Partindo do facto de que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) deverá integrar no âmbito da saúde pública, políticas de saúde e estratégias para a prevenção e controlo das doenças orais, assinale as medidas que considera que poderão contribuir para uma maior consciencialização e/ou melhoria da saúde oral da população.

POLÍTICAS/ESTRATÉGIAS	SIM	NÃO
a) Promover sessões de prevenção e educação sobre saúde oral para grupos específicos como por exemplo, grávidas, diabéticos, etc.		
b) Incluir nos programas de rastreio organizados o rastreio de patologias orais.		
c) Alargar nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) as equipas multidisciplinares (incluir o médico dentista).		
d) Promover dinâmicas interdisciplinares para desencadear interações profissionais com médicos de família, obstetras, etc.		
e) Promover a realização de estudos que identifiquem a prevalência de patologias orais, como por exemplo a cárie dentária, periodontopatias, cancro oral entre outras, de forma a criar melhores planos de ação para proteger a saúde e a qualidade de vida.		
f) Promover a realização de estudos sobre patologias orais e correlações na saúde, por exemplo sobre a doença periodontal e complicações obstétricas.		
g) Promover uma mudança de paradigma na saúde oral, reconhecendo o carácter de transversalidade ou multidimensionalidade de modo a assegurar intervenção em diferentes áreas: oncologia, cuidados paliativos...		

Muito obrigado pela colaboração!