

**Rafael Cardoso de Andrade**

**Saúde Oral na Gravidez:**

Avaliação dos conhecimentos das grávidas sobre Saúde Oral durante a  
gravidez

**Universidade Fernando Pessoa**

**Faculdade Ciências da Saúde**

**Porto, 2009**

**Rafael Cardoso de Andrade**

**Saúde Oral na Gravidez:**

Avaliação dos conhecimentos das grávidas sobre Saúde Oral durante a gravidez.

---

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciatura em Medicina Dentária.

## *Agradecimentos*

Agradeço à minha orientadora Dra. Augusta Silveira na ajuda importante que me deu para concretizar este trabalho e finalizar esta fase da minha vida.

Aos docentes da Universidade Fernando Pessoa, por terem contribuído para a minha formação académica e pessoal, por todos os ensinamentos, pela motivação e pelos momentos de entusiasmo durante este percurso de aprendizagem.

Ao Dr. Hélder Alves, pela sua ajuda e disponibilidade.

À Dra. Eugénia Ascensão e a todos os directores clínicos, médicos e assistentes das diversas clínicas privadas, por me terem dado a possibilidade de realizar este estudo.

A todos aqueles, que directa ou indirectamente colaboraram, para que este projecto chega-se ao seu fim.

À Raquel, à Joaquina e a todos os meus verdadeiros amigos, porque sem eles muitos dos momentos felizes não existiriam, e os menos felizes seriam mais difíceis de ultrapassar.

Ao meu binómio Tiago, por me ter acompanhado nesta longa caminhada de 6 anos.

A todos, o meu muito obrigado!

## *Dedicatórias*

Dedico esta monografia aos meus Pais, por tudo o que fizeram e fazem por mim, por todo o apoio e carinho.

Tudo o que sou hoje, devo a vocês.

À minha irmã, companheira de sempre.

E para ti, Ângela. Obrigado por estares sempre comigo quando mais preciso, por nunca me fazeres desistir.

Obrigado por seres quem és, obrigado por existires na minha vida.

# ÍNDICE

<b>I. INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>II. DESENVOLVIMENTO</b> .....	3
<b>1. Manifestações Clínicas Orais na Gravidez</b> .....	3
i. Cárie dentária .....	3
ii. Erosão dentária.....	5
iii. Doença Periodontal .....	6
a. Gengivite gravídica.....	8
b. Tumor gravídico .....	9
c. Mobilidade dentária .....	10
<b>2. Contextualização Sociocultural da Saúde Oral na Gravidez</b> .....	11
i. Factores socioculturais .....	12
ii. Mitos e crenças.....	13
<b>3. Medidas e Estratégias em Saúde Oral</b> .....	15
i. Promoção da Saúde no pré-natal.....	15
ii. Pré-natal dentário .....	16

iii. Plano Nacional de Promoção da Saúde Oral .....	17
<b>4. Medicina Dentária e Gravidez .....</b>	<b>20</b>
i. Tratamento dentário .....	20
ii. Época de atendimento .....	21
iii. Exames radiográficos .....	22
iv. Farmacologia .....	23
a. Analgésicos e anti-inflamatórios não esteróides (AINES) .....	24
b. Antibióticos .....	25
c. Anestésicos locais .....	26
d. Sedativos e ansiolíticos .....	26
<b>5. Prevenção .....</b>	<b>28</b>
i. Dieta alimentar .....	28
ii. Flúor .....	30
iii. Hábitos tabágicos .....	31
iv. Doença periodontal e parto pré-termo .....	32
<b>6. Metodologia .....</b>	<b>34</b>

i. Critérios da pesquisa bibliográfica.....	34
ii. Critérios do estudo .....	34
iii. Amostra.....	35
iv. Análise estatística.....	36
<b>7. Resultados .....</b>	<b>37</b>
i. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	37
ii. Caracterização das variáveis comportamentais e cognitivas .....	37
iii. Cruzamento das variáveis .....	46
<b>8. Discussão .....</b>	<b>51</b>
<b>III. CONCLUSÃO .....</b>	<b>58</b>
<b>IV. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>60</b>
<b>Anexo I -</b> Questionário administrado às grávidas	
<b>Anexo II –</b> Folha de Autorização	
<b>Anexo III –</b> Folha do consentimento informado	
<b>Anexo IV –</b> Gráficos da análise dos dados	
<b>Anexo V –</b> Guia de informação às grávidas	

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama de Keyes .....	4
Figura 2: Gengivite gravídica .....	8
Figura 3: Tumor gravídico.....	10

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Patogénese da doença periodontal.....	7
Tabela 2: Classificação da FDA (Food and Drugs admnistration) dos fármacos segundo o seu risco teratogénico .....	24
Tabela 3: Compilação da informação sobre administração de drogas, normalmente utilizada na prática dentária durante a gravidez e amamentação.....	27
Tabela 4: Padrão alimentar diário para uma boa nutrição durante a gravidez .....	29
Tabela 5: Características sócio-demográficas da amostra .....	38
Tabela 6: Distribuição das respostas relativas aos hábitos tabágicos.....	39
Tabela 7: Distribuição das respostas relativas à fase da gravidez e 1º filho .....	39
Tabela 8: Distribuição das respostas relativas classificação da saúde oral na gravidez e importância que atribui à saúde oral durante a gravidez .....	40
Tabela 9: Distribuição das respostas relativas à relação entre a saúde oral e a gravidez..	40
Tabela 10: Distribuição das respostas relativas às alterações que existem na boca durante a gravidez.....	41
Tabela 11: Distribuição das respostas relativas ao enfraquecimento dos dentes durante a gravidez. ....	41
Tabela 12: Distribuição das respostas relativas às principais razões que levam ao enfraquecimento dos dentes durante a gravidez .....	42

Tabela 13: Distribuição das respostas relativas ao aspecto positivo de realizar consulta dentária durante a gravidez .....	42
Tabela 14: Distribuição das respostas relativas às principais razões sobre o aspecto positivo de realizar consulta dentária durante a gravidez.....	42
Tabela 15: Distribuição das respostas relativas à altura considerada ideal para o tratamento dentário durante a gravidez. ....	43
Tabela 16: Distribuição das respostas relativas à perigosidade de fazer exames radiológicos (Rx) durante a gravidez .....	43
Tabela 17: Distribuição das respostas relativas à influência que a alimentação tem na saúde oral, durante a gravidez .....	44
Tabela 18: Distribuição das respostas relativas aos meios considerados como eficazes para uma boa saúde oral .....	44
Tabela 19: Distribuição das respostas relativas às questões sobre factores de risco.....	45
Tabela 20: Distribuição das respostas relativas à informação sobre saúde oral durante a gravidez .....	46
Tabela 21: Distribuição das respostas relativas à fonte de informação sobre saúde oral durante a gravidez .....	46
Tabela 22: Distribuição das respostas relativas à consulta ao médico dentista.....	47
Tabela 23 Distribuição das respostas relativas às razões apresentadas para não consultar o médico dentista .....	47

Tabela 24: Comparação dos valores da mediana do grau de importância da ausência de hábitos tabágicos para a saúde oral na gravidez de acordo com os hábitos tabágicos .....48

Tabela 25: Comparação entre a “realização de consultas dentárias durante a gravidez” e a “consulta ao médico dentista quando decidiu engravidar” .....48

Tabela 26: Comparação dos valores da mediana da classificação da saúde oral na gravidez de acordo com o grau de importância que atribui a uma boa saúde oral na gravidez .....49

Tabela 27: Comparação entre se é o primeiro filho e algumas características do estudo50

Tabela 28: Comparação entre o grau de escolaridade e algumas características do estudo.....51

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição das respostas relativas aos hábitos tabágicos.....Anexo IV

Gráfico 2: Distribuição das respostas relativas às alterações que existem na boca durante a gravidez.....Anexo IV

Gráfico 3: Distribuição das respostas relativas às principais razões que levam ao enfraquecimento dos dentes durante a gravidez .....Anexo IV

Gráfico 4: Distribuição das respostas relativas às principais razões sobre o aspecto positivo de realizar consulta dentária durante a gravidez.....Anexo IV

Gráfico 5: Distribuição das respostas relativas à considerada ideal para o tratamento dentário durante a gravidez .....Anexo IV

Gráfico 6: Distribuição das respostas relativas aos meios considerados como eficazes para uma boa saúde oral .....Anexo IV

Gráfico 7: Distribuição das respostas relativas à fonte de informação sobre saúde oral durante a gravidez.....Anexo IV

Gráfico 8: Distribuição das respostas relativas às razões apresentadas para não consultar o médico dentista .....Anexo IV

Gráfico 9: Distribuição das respostas da relação do grau de importância da ausência de hábitos tabágicos para a saúde oral na gravidez de acordo com os hábitos tabágicos Anexo IV

Gráfico 10: Distribuição das respostas da relação entre se é o primeiro filho e algumas características do estudo .....Anexo IV

Gráfico 11:Distribuição das respostas da relação entre o grau de escolaridade e algumas características do estudo .....Anexo IV

## **LISTA DE SIGLAS**

ADA – American Dental Association

DGS – Direcção geral de Saúde

FCS – Faculdade de Ciências da Saúde

FDA – Food and Drugs Administration

PNPSO – Plano Nacional d Promoção da Saúde Oral

PPT – Parto pré-termo

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UFP – Universidade Fernando Pessoa

## **Resumo**

A gravidez é uma fase de profundas e complexas alterações que ocorrem em diversas dimensões, incluindo o domínio físico. As grávidas constituem um grupo de pacientes que requerem atenção especial e cuidados específicos no que respeita ao tratamento dentário durante a gravidez. Muitas vezes existem dúvidas sobre os cuidados dentários durante a gravidez, relacionada com a baixa percepção de necessidades e falta de informação, o que muitas vezes acaba num acompanhamento médico-dentário insuficiente ou inexistente.

Neste estudo aborda-se a relação da medicina dentária com a mulher grávida. Analisa-se a gravidez e as suas particularidades relacionadas com a Saúde Oral, abordando ainda de que forma se deve actuar do ponto de vista clínico nestes pacientes. Os objectivos do estudo incluíram uma revisão dos diversos aspectos fisiopatológicos durante a gravidez, e de sua relação na Saúde Oral. Simultaneamente avaliar conhecimentos da grávida sobre Saúde Oral durante a gravidez. Finalmente, relacionaram-se variáveis sociodemográficas com informação pré-natal e variáveis relacionadas com conhecimentos adquiridos.

O trabalho de campo, consistiu num estudo sobre gravidez e Saúde Oral através de um questionário de auto-administrado contendo 26 questões, todas de resposta fechada. Os critérios de inclusão na amostra constaram de grávidas que recorreram a clínicas privadas na cidade do Porto com serviço de ginecologia e obstetrícia seleccionadas para a realização deste estudo. Os critérios de exclusão foram: as grávidas que participaram na testagem do questionário, constituído por 10 grávidas, não sendo englobadas na amostra. A amostra foi constituída por 139 grávidas que recorreram as clínicas privadas na cidade do Porto com serviço de ginecologia e obstetrícia.

Na análise dos resultados verifica-se que a grande maioria das grávidas estão conscientes da importância de uma boa Saúde Oral, boa dieta alimentar, ausência de hábitos tabágicos, considerando a larga maioria positiva a ida ao médico dentista durante a gravidez. Perto de 50% das grávidas inquiridas não obteve informações sobre Saúde Oral na gravidez, sendo ainda o médico dentista a principal fonte dessa

informação. Este facto ajuda a explicar a influência negativa da gravidez na Saúde Oral que é atribuído por um número considerável de grávidas. Cerca de 75% das grávidas não consideram que uma infecção nas gengivas pode causar nascimento prematuro do bebé. Outro dado a realçar foi o facto de quase 85% das grávidas não considerar que pode transmitir cárie ao seu filho.

No presente estudo foi possível observar que uma grande maioria das grávidas inquiridas considera a gravidez prejudicial para a Saúde Oral. Revela-se também um desconhecimento por parte das grávidas sobre as consequências de uma má Saúde Oral pode ter no desenvolvimento do bebé e na futura Higiene Oral da criança. Contudo foi também perceptível que as grávidas percebem e valorizam os bons hábitos, estando motivadas para adoptarem medidas para uma boa Saúde Oral.

Para que esta motivação tenha impacto na condição oral, é fundamental que se invista cada vez mais na educação para a Saúde.

## Summary

Pregnancy is a period of profound and complex changes that occur in several dimensions, including the physical domain. Pregnant women are a group of patients that require special attention and care in relation to dental treatment during pregnancy. Often there are questions about dental care during pregnancy, related to lack of perceived need and lack of information, which often ends in a dental-medical supervision inadequate or nonexistent.

This study addresses the relationship between dental medicine and the pregnant woman. Analyzes the pregnancy and its features related to Oral Health, also addressing how it should act in these patients from the clinical point of view. The objectives of the study included a review of the various pathophysiological aspects during pregnancy and its relationship to Oral Health. At the same time, assess the pregnant woman's knowledge on Oral Health during pregnancy. Finally, related sociodemographic variables with prenatal information and variables related to acquired knowledge.

The fieldwork, was a study on pregnancy and oral health through a self-administered questionnaire containing 26 questions, all closed answers. The criteria for inclusion in the sample consisted of pregnant women who resorted to private clinics in the city of Porto with service of gynecology and obstetrics selected for this study. The exclusion criteria were: pregnant women who participated in the testing of the questionnaire, consisting of 10 pregnant who are not covered in the sample. The sample consisted of 139 pregnant women who used private clinics in the city of Porto with service of gynecology and obstetrics.

In the analysis of results shows that the vast majority of pregnant women are aware of the importance of good Oral Health, good diet, no smoking, considering the large majority positive the visit to the dentist doctor during pregnancy. Nearly 50% of pregnant women surveyed had not received information about Oral Health during pregnancy, being the dentist doctor the main source of information. This helps explain the negative influence of pregnancy on Oral Health which is assigned by a considerable number of pregnant women. About 75% of pregnant women do not consider that an

infection in the gums can cause premature birth of the baby. Another highlight was given to the fact that almost 85% of pregnant women do not consider that they can transmit dental caries to their child.

In this study we could observe that a large majority of pregnant women surveyed consider pregnancy harmful to Oral Health. It is also revealed an ignorance of pregnant women about the consequences of poor Oral Health can have on the development of the baby and Oral Hygiene in the future of the child. However it was also apparent that pregnant women perceive and value the good habits and are motivated to take steps to good Oral Health.

For this motivation has an impact on the oral condition, it is essential to invest more in education for Health.

## **I. INTRODUÇÃO**

A gravidez é considerada um dos mais importantes acontecimentos na vida de uma mulher. Durante a gravidez, o corpo da mulher sofre profundas alterações fisiológicas. Estas alterações são necessárias para manter a gravidez e para permitir o crescimento e o desenvolvimento fetal. Há adaptações em quase todos os sistemas orgânicos, a começar na primeira semana de gravidez e continuando até às seis semanas após o parto.

A higiene oral é muito mais do que a limpeza da boca e dos dentes, ter higiene oral é um gesto de saúde fundamental em todas as pessoas, especialmente em grávidas.

### **Objectivo (Tema)**

A realização desta monografia teve como finalidade fazer uma abordagem sobre Saúde Oral na gravidez, avaliando os conhecimentos da grávida sobre Saúde Oral na gravidez. Essa informação foi obtida através de questionários entregues a mulheres durante a sua gravidez.

### **Motivação**

A escolha do tema assentou na relação da gravidez com a medicina dentária. No senso comum, existe o preconceito de que durante a gravidez é perigoso para o médico dentista “tocar” na grávida. Quem também não conhece frases como “1 dente por cada filho”, ilustrando a ideia de agravamento da saúde oral durante a gravidez.

Tornou-se assim fundamental compreender qual a percepção das grávidas relativamente à Saúde Oral durante a gravidez, avaliando dessa forma os seus conhecimentos.

### **Objectivos**

- Analisar os aspectos fisiopatológicos durante a gravidez;
- Avaliar conhecimentos da grávida sobre Saúde Oral durante a gravidez;

- Relacionar variáveis sociodemográficas com informação pré-natal e conhecimentos adquiridos;
- Elaborar um guia de informação à grávida.

### **Métodos utilizados:**

Pesquisa bibliográfica através de artigos científicos praticamente na sua totalidade entre 1994 e 2009 e também com a utilização de obras literárias. A pesquisa foi efectuada na biblioteca da Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, na biblioteca da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto e na biblioteca do Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte. Foi também utilizada na pesquisa bibliográfica, motores de busca da internet na área da saúde nomeadamente o PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde e Scielo.

O trabalho de campo foi realizado através da utilização de um questionário auto-administrado às grávidas concebidos especialmente para este estudo, para avaliação do seu conhecimento sobre Saúde Oral.

### **Limites**

Os limites temporais estabelecidos para o trabalho de campo foram: entre o começo do mês de Fevereiro até ao fim do mês de Março. Em relação aos limites espaciais foram diversas clínicas privadas com serviço de Ginecologia e Obstetrícia na cidade do Porto que deram a autorização para o estudo.

Com esta monografia alcançou-se uma percepção mais real sobre os conhecimentos da grávida durante a gravidez. Revela-se necessidade de uma contínua promoção da Saúde Oral durante a gravidez, de forma a permitir que um maior fluxo de informação chegue à mulher grávida.

## **II. DESENVOLVIMENTO**

### **1. Manifestações Clínicas Orais na Gravidez**

A gravidez é um período em que a mulher passa por diversas alterações físicas bem perceptíveis, mas também passa por alterações emocionais, psicológicas menos perceptíveis e relacionadas com a personalidade de cada uma. Constituem um grupo de pacientes que requerem atenção especial e cuidados específicos no que respeita ao tratamento dentário durante a gravidez. Deve-se transmitir à paciente grávida a necessidade de visitar o médico dentista durante a gravidez e não deixar para depois do seu término (Andrade, 1999).

As patologias orais normalmente associadas com a gravidez são a infecção das gengivas, o surgimento da gengivite gravídica e tumor gravídico, aumento da mobilidade dentária, aumento do número de cáries dentárias e a erosão dentária (Gajendra, 2004).

#### **i. Cárie dentária**

É uma doença bacteriana dos tecidos calcificados dos dentes, onde ocorre desmineralização de substância inorgânica e destruição de substância orgânica (Soames et al., 2004).

É consensual e aceite universalmente que a cárie dentária é uma doença causada por uma relação de diversos factores, sendo infecciosa, transmissível e fortemente associada a factores nutricionais (Lima, 2007).

A cárie dentária é um produto directo da variação contínua do pH da cavidade oral, resulta de ciclos de desmineralização e remineralização através dos minerais presentes na saliva, como o cálcio e o fosfato, sobre a superfície dentária (Conceição 2000).

Resulta da acção enzimática dos microrganismos acidogénicos, em que os hidratos de carbono refinados são fermentados em ácido, que desmineraliza o esmalte (Silk et al., 2008).

Neste conceito, a cárie surge pela interacção de factores como dente susceptível, microrganismo e dieta. A interacção destes factores foi primeiramente representada no diagrama de Keyes.

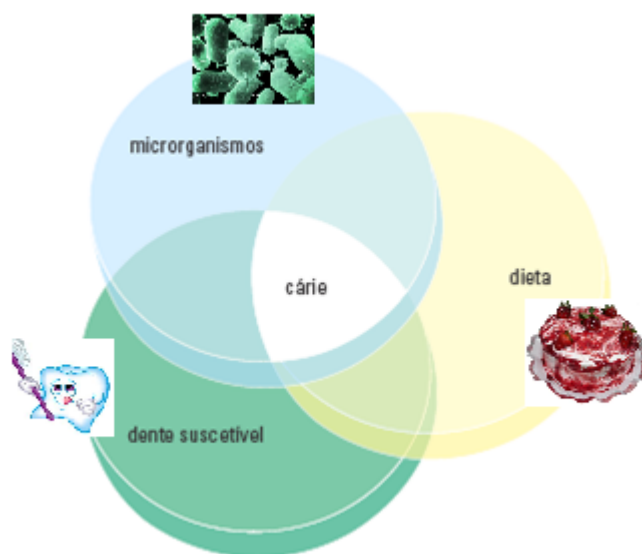


Figura 1. Diagrama de Keyes (Adaptado de Lima, 2007)

Juntamente com estes factores Newbrum salientou que a cárie é resultado de um processo crónico, que aparece após algum tempo da presença e da interacção desses três factores, e portanto acrescentou o tempo como outro factor etiológico (Lima, 2007).

Apesar da cárie dentária não ser uma consequência directa da gravidez, muitas mulheres grávidas continuam a acreditar na perda de pelo menos 1 dente devido a cárie por cada gravidez (Gajendra, 2004).

Cerca de um quarto das mulheres em idade reprodutiva tem cáries dentárias. Durante a gravidez a mulher está propensa a um maior risco de desenvolvimento de cárie devido a um aumento da actividade cariogénica provocada por determinados factores locais. Desses exemplos estão o aumento do consumo de substâncias ricas em hidratos de

carbono e aumento da frequência e da quantidade da dieta, juntamente com uma pobre higiene oral durante a gravidez (Laine, 2002, Gajendra, 2004; Silk et al., 2008).

Nascimento et al., 1996 num estudo com adolescentes grávidas, constatou que a maioria alimentava-se mais vezes durante a gravidez sem, contudo alterar a frequência de escovagens, o descuido na higienização oral estava relacionada com a presença de náuseas e vômitos durante as escovagens.

Na gravidez a severidade da cárie dentária tem uma forte relação com a quantidade e principalmente com a frequência do consumo de sacarose (Nascimento, 1996).

As bactérias responsáveis pela cárie dentária são tipicamente adquiridas na infância através da transmissão salivar directa das suas mães. Factores que influenciam a transmissão incluem o nível destas bactérias nos reservatórios salivares maternos, frequência e eficiência da transmissão, e a receptividade da criança à sua implantação, que é principalmente dependente da dieta (Bogges et al., 2006).

Numa fase pré-dentária do bebé, essas bactérias podem não ser significativas, mas aquando do surgimento da 1ª denteição por volta dos 6 meses, encontram-se estabilizadas na placa dentária do dente (Bogges et al., 2006).

## **ii. Erosão dentária**

Na gravidez a ocorrência de episódios de vômitos pode causar uma extensa erosão dentária. Nesta circunstância os autores aconselham o uso de elixires orais fluorídricos, devido à vulnerabilidade dentária sofrida pelos ácidos naturais dos vômitos. O uso do elixir oral vai proporcionar o endurecimento da dentina exposta e reduzir a sensibilidade. Imediatamente após o vômito não é recomendado a escovagem dentária de forma a evitar a sua abrasão (Gajendra, 2004).

A regurgitação gástrica pode levar à erosão ácida dos dentes com consequente desmineralização da superfície lingual ou palatina dos mesmos (Laine, 2002).

O enjoo matinal é a principal causa da exposição da cavidade oral aos ácidos gástricos no início da gravidez, num estado mais avançado da gravidez o esfíncter esofágico com

menor contracção e a pressão ascendente no útero da grávida podem exacerbar o refluxo ácido (Silk et al, 2008).

### **iii. Doença periodontal**

A doença periodontal é uma doença infecto-inflamatória destrutiva da gengiva e osso que suporta os dentes. É provocada por infecção da gengiva principalmente por bactérias anaeróbias gram-negativas (Boggess, 2006).

Para a ocorrência da doença periodontal é necessária a presença de bactérias e de um hospedeiro susceptível, dependendo a severidade da mesma da capacidade do hospedeiro e da virulência do patogénio (Landhe, 2003).

Tem início na forma de gengivite onde ocorre inflamação dos tecidos moles, podendo evoluir para periodontite, caracterizada pela destruição do tecido conjuntivo e do osso alveolar (Lalla et al., 2003).

O mecanismo associado com este processo destrutivo pode provocar danos teciduais directos, provocados pelos produtos da placa dentária e danos indirectos provocados pela resposta imunitária e inflamatória induzida pela acção bacteriana (Boggess, 2006).

A irritação local dos tecidos por produtos de bactérias que colonizam as superfícies dentárias é um processo geralmente lento, de longa duração e assintomático, existindo uma inflamação crónica, excepto quando existe um agravamento por exacerbação aguda ou subaguda (Rigueira, 1996).

Este processo onde ocorre uma resposta inflamatória crónica, pode induzir recorrentes bacteremias o que indirectamente resulta na produção de mediadores químicos: citocinas, prostaglandinas PGE2 e interleucinas IL-6 E IL8 podendo afectar a gravidez (Silk et al, 2008).

O quadro seguinte mostra todos os factores e mecanismos envolvidos na patogénese da doença periodontal.

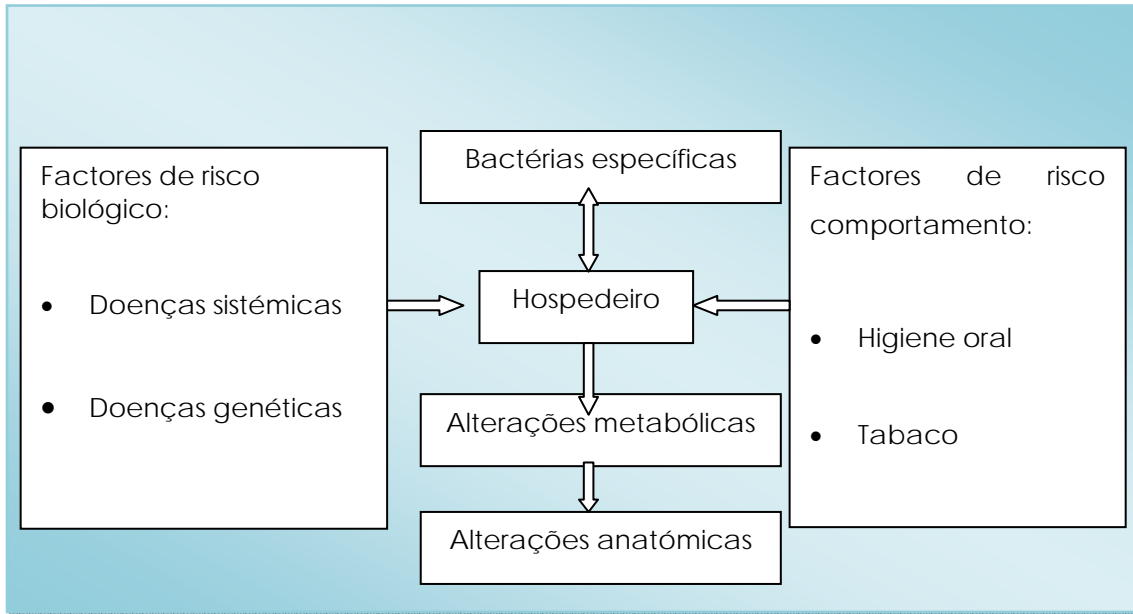


Figura 1. Patogénese da doença periodontal (Adaptado de Kornman et al, 1998)

As principais alterações orais atribuíveis à gravidez são relacionadas ao aumento da vascularização, da permeabilidade vascular dos tecidos gengivais e à resposta exacerbada dos tecidos moles do periodonto aos factores irritantes locais, associadas à elevação dos níveis de estrogénio e progesterona no período da gravidez (Laine, 2002; Machuca et al., 1999; Machado, 2001).

As hormonas sexuais estrogénio e progesterona estimulam a síntese de mediadores químicos do processo inflamatório, principalmente as prostaglandinas (Gaffield et al., 2001; Laine, 2002; Machuca et al., 1999).

Em decorrência dessas alterações, a gengivite durante a gravidez pode apresentar características inflamatórias marcantes, com acentuado edema, maior tendência a sangramento, eritema intenso e tendência a hiperplasia. (Laine, 2002; Machuca et al., 1999; Machado, 2001)

A soma de factores como uso de tabaco, stress e mudanças psicológicas, pode levar a evolução da gengivite, levando a alterações periodontais mais graves, como a periodontite. Apesar de alguns autores sugerirem que essa evolução demanda um período de tempo o qual, geralmente, é superior ao período da gravidez, existem relatos

na literatura do surgimento e/ou agravamento de uma doença periodontal pré-existente durante a gravidez. O agravamento de uma periodontite já instalada antes da gravidez, pode levar ao comprometimento das estruturas de suporte do dente, no qual ocorre já na gravidez (Konishi, 2002).

#### **a. Gengivite gravídica**

A mais comum complicação oral na gravidez é a gengivite gravídica, que consiste num aumento marcado da inflamação gengival devido a uma resposta exagerada aos irritantes locais durante períodos de aumento da secreção de estrogénio e progesterona (Little et al., 1997).

É uma situação reversível, localizada ou generalizada. Clinicamente observa-se uma tonalidade avermelhada das gengivas, com uma textura superficial lisa e brilhante. Histologicamente não difere muito da gengivite numa mulher não grávida. Está relacionado com um infiltrado de células inflamatórias associado a hiperemia. O acumular de glóbulos vermelhos torna a gengiva avermelhada com sangramento, podendo formar edemas com papilas hiperplásicas (Laine, 2002).



Figura 2: Gengivite gravídica (Giglio et al., 2009)

Tal como na gengivite que ocorre na população em geral, a má higiene oral e o consequente acúmulo de placa são os principais factores da etiologia da gengivite gravídica. As alterações hormonais e vasculares vão proporcionar um aumento da resposta inflamatória da gengiva à placa bacteriana (Andrade et al, 1999).

Estudos têm demonstrado que a gengivite durante a gravidez é um resultado de aumento de hormonas femininas, em que a progesterona aumenta o exsudado afectando a integridade das células capilares do endotélio, influenciando também a biossíntese das prostaglandinas nas gengivas (Gajendra, 2004).

Gaffield et al. 2001 considera que 25 a 100% das grávidas podem apresentar gengivite em algum momento da gravidez (Gaffield et al., 2001).

De acordo com Hunter et al., a gengivite gravídica é proeminentemente mais observada nos dentes anteriores, sem perda de tecido de suporte (Gajendra, 2004; Hunter, 1997).

As alterações ocorrem durante o segundo mês de gravidez, atingindo um pico máximo no oitavo mês de gravidez, verificando-se a partir daqui um decréscimo até ao parto. Logo após o nascimento, o aspecto clínico da gengiva é semelhante ao do segundo mês de gravidez (Laine, 2002; Miyazaki et al 1991; Rodriguez et al., 1996).

#### **b. Tumor gravídico**

É uma lesão vascular que apresenta taxas de incidência superiores a 5% durante a gravidez. Tem origem no aumento da progesterona em combinação com as bactérias e irritantes locais (Silk et al., 2008).

Resulta da resposta exacerbada numa área localizada. A lesão é geralmente assintomática, contudo a escovagem dentária pode traumatizar a lesão e causar sangramento (Little et al, 1997).

Surge geralmente por volta do terceiro mês, com características histológicas semelhantes ao granuloma piogénico, possui a aparência de uma amora devido ao aspecto granuloso e à cor vermelha escura. É mais comum na zona gengival anterior do maxilar superior (Andrade, 1999; Guzman et al., 2004).



Figura 3. Tumor gravídico (Silk et al., 2008)

É uma lesão de tipo hiperplásico, benigna. Quando excisada durante a gravidez recidiva com frequência devido ao facto de não ser encapsulada (Bulhosa, 1998).

Está relacionado com alterações hormonais, com o aumento do nível de estrogénio e progesterona, aumentando a vascularização e originando uma resposta exacerbada e uma maior susceptibilidade dos tecidos aos irritantes locais (Guzman et al., 2004; Sanchez et al., 2000).

A nível histológico na lesão observa-se massas com lóbulos de tecido de granulação hiperplásico onde são revestidas de forma parcial por epitélio estratificado escamoso, delgado e atrófico. Verifica-se ainda a presença de áreas de proliferação endotelial e espaços vasculares. Pode ocorrer infiltrado inflamatório quando as lesões estão ulceradas (Sanchez et al., 2000).

É importante diagnosticá-la e informar também o paciente sobre as principais características da lesão que a afecta, avisando-a também que não deve tomar qualquer fármaco que não seja prescrito pelo seu médico assistente. Bons hábitos de higiene orais serão a melhor forma de a prevenir (Bulhosa, 1998).

### **c. Mobilidade dentária**

A mulher grávida pode presenciar aumento de mobilidade dentária. Estudos mostraram que o aumento da mobilidade está relacionado com a severidade da doença gengival e o

compromisso do ligamento periodontal assim como alterações de alguns minerais na lâmina dura. Esta mobilidade é reversível após parto (Gajendra, 2004).

Apesar da relação da mobilidade dentária com a doença gengival, mulheres grávidas podem referenciar aumento da mobilidade dentária mesmo na ausência de doença gengival, devido ao aumento dos níveis de progesterona e estrogênio afetando as estruturas do periodonto (Silk et al., 2008).

Outro factor que pode contribuir para o aumento da mobilidade dentária é a deficiência da vitamina C, devendo a mesma ser recomendada em doses terapêuticas (Giglio et al., 2009).

A mulher grávida encontra-se numa fase em que ocorrem mudanças corporais e alterações hormonais, necessitando de uma atenção que não seja alheia a estas mudanças. Neste período pode iniciar problemas orais ou mesmo já apresentar esses problemas (Welgatch et al., 2008).

As complicações clínicas da gravidez podem causar efeitos adversos a mãe, no feto e no recém-nascido. A perspicácia diagnóstica e terapêutica do médico são essenciais durante a gravidez, influenciando o seu resultado final (Bortoletti, 2007).

O tratamento dentário deve ser realizado sempre que necessário. Desde a primeira consulta que se deve estabelecer um vínculo na relação médico dentista-grávida, que continua durante a gravidez, este tipo de relação pode favorecer uma maior recepção da grávida a mudanças de hábitos, proporcionando uma melhor Saúde Oral na grávida e aumentando a possibilidade do filho se desenvolver de forma saudável (Welgatch et al., 2008).

## **2. Contextualização Sociocultural da Saúde Oral na Gravidez**

Durante a gravidez além de alterações físicas e emocionais, existem também mitos e crenças envolvendo a saúde da grávida. A existência de dúvidas sobre os cuidados dentários durante a gravidez pode estar relacionada com a baixa percepção de

necessidades, a que se somam prioridades de saúde não relacionadas com a cavidade oral, conducentes a um acompanhamento médico-dentário insuficiente ou inexistente.

### **i. Factores socioculturais**

A gravidez é uma experiência muito profunda na vida de uma mulher, é um período marcado por alterações em diversos planos como o profissional, social, conjugal e pessoal. (Bortoletti, 2007)

O profissional deve estar ciente que nesta fase, importa ter uma perspectiva preventiva e educativa para com a paciente grávida, orientando e fornecendo acompanhamento dentário durante a gravidez, prevenindo-a de maus hábitos. (Welgatch et al., 2008)

A abordagem clínica deve passar pela inclusão de categorias como a cultura, e estrutura social. A cultura tem uma relação indiscutível com conceitos como estilos de vida, forma de apoio social, articulação social entre outros, e estes são alguns dos mecanismos de intervenção para a promoção da Saúde Oral (Garbero et al., 2005).

A mãe tem um papel preponderante no seio da família, ao investir-se na sua educação, mudando hábitos e comportamentos, poderá resultar num aumento de Qualidade de Vida não só para a mãe, como para o bebé e o resto da família (Miranda et al, 2004).

As mães determinam os hábitos que os filhos terão no futuro como os hábitos de higiene oral e de alimentação. Por isso a importância de uma orientação contínua, para estimular a adopção de estilos de vida saudáveis (Welgatch et al., 2008).

É comum observar-se na grávida uma série de comportamentos e hábitos que muitas vezes agravam a sua situação dentária prévia; o excesso de ingestão de hidratos de carbono, as mudanças nos hábitos horários (ingerem mais alimentos e mais vezes ao dia), o aumento no consumo generalizado de alimentos, e o descuido com a higiene oral são exemplo disso. Este aumento nos factores predisponentes conduzirá em muitos casos, à formação de cáries sintomáticas e assintomáticas (Little et al., 1997).

A maioria das mulheres chega à gravidez com limitados conhecimentos sobre as técnicas de higiene oral, o que constitui a principal causa das patologias orais de maior incidência, ou seja, a cárie e a doença periodontal, facto que é um alerta e direcciona os esforços preventivos da equipa de saúde durante a gravidez (Rosell et al., 1999).

Diferentes estudos mostram a diferença nos cuidados, hábitos em relação à higiene oral durante a gravidez. Gaffield et al., 2001 na análise de dados recolhidos sobre saúde oral no projecto Pregnant Risk Assessment Monitoring System, salientou que havia falta de cuidados dentários durante a gravidez associado ao baixo nível educacional, aos baixos rendimentos e ao usufruto de um seguro de Saúde público ao invés de privado. Nesse mesmo estudo concluiu-se também que apenas cerca de metade das mães que referiram ter problemas durante a gravidez, foram assistidas em consulta médico-dentária (Gaffield et al., 2001).

De acordo com SurgeonGeneral, o baixo estatuto socioeconómico está associado com a doença periodontal não tratada (Office of the surgeon General, 2000).

De forma a determinar a influência das variáveis socioculturais na condição periodontal da mulher grávida, Machuca et al., 1999 examinaram o estatuto periodontal de 130 grávidas, avaliando o índice de placa, índice de hemorragia, profundidade de sondagem e níveis de ligação assim como o seu estatuto sociocultural e estado de saúde geral. Chegaram à conclusão que o índice de placa aumentava significativamente com a diminuição do nível de educação (Machuca et al., 1999; Mills et al., 2001).

## **ii. Mitos e Crenças**

É comum ouvir-se relatos ricos em atributos negativos em relação ao tratamento dentário na gravidez. São exemplos a ideia de que por cada gravidez, se perde um dente; há enfraquecimento dos dentes da mãe porque o feto retira cálcio deles; danos à formação do feto ou até a perda do mesmo devido ao uso de anestésico na consulta dentária. A maioria dos medos, embora sem suporte científico, contribui para o afastamento da grávida do atendimento médico-dentário (Costa et al., 2002).

Codato et al., 2007, num estudo sobre a percepção da grávida sobre atendimento dentário na gravidez chegou à conclusão que existiam mitos e restrições fortemente ligadas ao tratamento dentário e à possibilidade de sequelas à saúde oral.

Essas crenças sobre o tratamento dentário durante a gravidez fazem com que a maior parte das mulheres demonstrem insegurança e medo em relação a esses tratamentos (Cordeiro, 1999).

Estes conceitos convertem-se em dificuldades na implantação de um serviço médico-dentário pré-natal. A maternidade é um momento muito importante na vida da mulher. Diversos programas de promoção de saúde oral começam a ser desenvolvidos, desmistificando uma série de crenças e realizando importantes conquistas no campo da educação em medicina dentária (Konishi, 2002).

A desmistificação da consulta dentária na gravidez acaba por ser a primeira função do médico dentista. É importante também passar a informação que a saúde oral da mãe tem e pode afectar a saúde oral do filho (Welgatch et al., 2008).

Crenças equivocadas e sem fundamento científico, como a perda de um dente a cada gravidez, o enfraquecimento dos dentes da mãe pelo cálcio que o feto retira deles e medos diversos como dor, hemorragia, danos à formação do feto e até mesmo aborto por causa do uso da anestesia dentária causam insegurança em relação ao tratamento dentário durante a gravidez (Cordeiro, 1999; Machado, 2001).

Unfer et al., 2000 revela a necessidade de os programas de saúde oral incluírem e considerarem a importância da desmistificação da perda dentária como inevitável durante a gravidez, e sem importância para o bem-estar geral. Sendo essencial até, para que as medidas preventivas a serem implantadas tenham sentido e sejam eficazes (Unfer et al., 2000).

### **3. Medidas e Estratégias em Saúde Oral**

#### **i. Promoção da Saúde Oral no Pré-Natal**

A Promoção de Saúde tem como principal objectivo fazer com que o indivíduo assuma o seu papel activo na manutenção e recuperação do equilíbrio de seu organismo. Nesse sentido temos que considerar um estilo de vida não saudável como o principal causador de doença.

Promoção de Saúde Oral significa a construção de políticas públicas saudáveis, favorecendo a criação de ambientes que apoiem escolhas saudáveis. Deve basear-se no apoio comunitário, e no desenvolvimento de habilidades de autocontrolo, deve também promover práticas de auto cuidado, dando à pessoa controlo sobre a sua Saúde e higiene de forma a melhora-la, e a reorientação de serviços médico-dentários (Sheiham, 1981).

A participação da comunidade é um elemento essencial de Promoção de Saúde. O envolvimento activo da comunidade local em todos os aspectos da Promoção de Saúde, desde a identificação de temas de saúde até formas de iniciar mudanças, é um princípio central. Um dos papéis considerado chave para os profissionais de saúde é, portanto, o de viabilizar e reforçar a Promoção de Saúde nas comunidades em que actuam (Sheiham, 1981).

A paciente grávida necessita de um atendimento dentário amplo, que englobe acções de natureza colectiva, com métodos preventivos e educativos, além da prática dentária actual que contempla acções de natureza individualista (Tomita, 1994).

Para ser efectiva, a Promoção da Saúde Oral, deve primeiro procurar educar a grávida sobre a importância da Saúde Oral e deve-lhe promover conhecimentos de forma a evitar doenças orais (Bogess, 2006).

Estratégias educacionais levam a melhorias da Saúde Oral e o médico dentista, enquanto profissional deve ter isso presente no cuidado da gestante, promovendo a

Saúde geral e a Saúde Oral, actuando de uma forma global no cuidado da gestante (Diaz et al., 1998; Bianchi, 1996).

As várias especialidades da medicina dentária enriquecem o conhecimento fragmentado de cada campo, entretanto dificultam a abordagem integral do indivíduo para a manutenção ou resgate de sua saúde (Konishi, 2002).

Nesse sentido, nos últimos tempos tem-se verificado uma abordagem integrada com equipas multidisciplinares, visando a Promoção da Saúde do indivíduo como um todo, ao contrário do que se verificava, com predominância de acções isoladas (Peres et al., 2001).

A promoção da Saúde Oral ultrapassa a lógica sectorial de intervenção governamental, sendo a Saúde compreendida enquanto Qualidade de Vida, associada à educação, ao urbanismo, ao meio ambiente, à cultura, à espiritualidade, entre outros. Esse aspecto é reforçado na carta de Ottawa que afirma que as acções de Promoção da Saúde extrapolam o sector de atenção à Saúde e devem estar na agenda pública de todos os sectores e de todos os níveis de governo, bem como de todos os indivíduos e organizações que se preocupam com a Promoção da Saúde (Glossário de Promoção da Saúde OMS, Genebra, 1998).

O facto de a mulher estar grávida não é obstáculo ao tratamento dentário, sendo sim um momento oportuno para se estabelecer medidas de Promoção da Saúde (Gaffield et al., 2001, Costa et al., 1998).

## **ii. Pré-natal dentário**

Tendo em conta a segurança da gravidez, são necessários cuidados da própria grávida, do parceiro, da família e, especialmente, dos profissionais de saúde. O principal objectivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez. É um período de mudanças físicas e emocionais que cada grávida vivencia de forma distinta. Estas transformações podem gerar medo, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente curiosidade de saber o que acontece no interior do seu corpo (Schirmer et al., 2000).

A gravidez revela-se uma oportunidade única para prevenção de problemas e para educação em saúde. As grávidas são receptivas às mudanças e ávidas de conhecimento que assegurem o bem-estar do seu bebê. De facto, segundo o mesmo autor, em nenhum outro período da vida os pais estarão tão abertos a informações como no pré-natal (Konishi, 2002).

Existe uma tendência a melhores condições de Saúde Oral em crianças cujas mães receberam orientação e educação sobre prevenção de doenças orais. Quanto mais cedo se iniciar a prevenção mais favoráveis serão os resultados (Zardetto, 1998).

Para Konishi o pré-natal dentário inclui acções como a de desmistificar crenças e preocupações sobre a gravidez e o tratamento dentário, motivar e informar a respeito dos problemas orais, orientar a importância do controle da placa, o uso do flúor, bem como cuidados com o futuro bebê. Permitindo que a grávida tenha uma microbiota compatível com saúde, minimizando a transmissão vertical de mãe para filho. Os profissionais da área médica exercem fundamental papel para assegurar que a mulher grávida vá ao médico dentista, pois está numa fase que necessita de cuidados (Konishi, 2002).

Durante a gravidez a mulher tem as suas preocupações centradas na gravidez e amamentação, ficando vários meses sem ir ao médico dentista para o tratamento adequado, existindo frequentemente um défice nos cuidados com a higiene oral. Esta situação pode levar a um agravamento de problemas pré-existent, assistindo-se a um aumento da actividade cariogénica e da incidência de doenças periodontais e mesmo de peças dentárias (Laine, 2002).

### **iii. Plano Nacional Promoção de Saúde Oral**

A nível nacional, tem-se verificado um crescente interesse pela Saúde Oral e sua relevância e influência nos níveis de saúde, Qualidade de Vida e bem-estar. Nesse sentido têm surgido estratégias de intervenção com o objectivo de Promoção da Saúde Oral.

Existe em Portugal desde 1986 o programa de Saúde Oral em Saúde Escolar, e desde então tem vindo a desenvolver-se. Em 1999, o programa foi revisto e alterado, passando a ter a designação de Programa de Promoção da Saúde Oral em crianças e adolescentes (DGS, circular normativa, nº1 DSE, 2005).

Em 5 de Janeiro de 2005, por despacho do Senhor Ministro da Saúde, publicado no Diário da República nº3, foi aprovado o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) destinado aos profissionais e estruturas do Serviço Nacional de Saúde e seus utilizadores. O PNPSO está incluído no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Direcção-Geral de Saúde, circular normativa nº1 DSE, 2005).

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral tem as seguintes finalidades: (DGS, Circular Normativa nº1 DSE, 2005)

- “- Melhorar conhecimentos e comportamentos sobre alimentação e higiene oral.
- Diminuir a incidência de cárie dentária;
- Reduzir a prevalência da cárie dentária;
- Aumentar a percentagem de crianças livres de cárie;
- Criar uma base de dados, nacional, sobre saúde oral;
- Prestar especial atenção, numa perspectiva de promoção da equidade, à saúde oral das crianças e dos jovens com Necessidades de Saúde Especiais, assim como dos grupos economicamente débeis e socialmente excluídos, que frequentam a escola do ensino regular ou instituições.”

Em Janeiro de 2008 por despacho ministerial foi aprovado o alargamento do PNPSO a mulheres grávidas utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O projecto de Saúde Oral na gravidez tem como finalidades a Promoção da Saúde Oral das grávidas e a diminuição da incidência e prevalência das doenças orais nas grávidas (DGS, circular informativa nº4 DSPPS, 2008).

Os objectivos deste projecto passam por:

- “- Garantir o acesso das grávidas a um conjunto de cuidados de medicina dentária, nas áreas de diagnóstico,
- Prevenção e tratamento, designadamente da cárie dentária e da doença periodontal;
- Avaliar a situação da saúde oral das grávidas seguidas no Serviço Nacional de Saúde.”

O projecto engloba cuidados preventivos e curativos de medicina dentária prestados às grávidas por profissionais de Saúde Oral que adiram ao projecto. Podem aderir através da subscrição do contrato de adesão, disponível no sítio electrónico: [www.saudeoral.min-saude.pt](http://www.saudeoral.min-saude.pt) (Portaria nº301/ 2009, 2009).

O financiamento desses cuidados é efectuado através dos “cheques-dentista” fornecidos pelos Centros de Saúde. A cada grávida podem ser dados um máximo de três cheques, estando programados tratamentos preventivos e curativos de modo a garantir que a grávida não apresente lesões activas de cárie dentária no fim dos tratamentos (DGS, circular informativa nº4 DSPPS, 2008).

A execução destes tratamentos pode ser concluída até 60 dias pós-parto. Os cuidados preventivos e ou curativos são realizados nos consultórios dos médicos dentistas e médicos estomatologistas que aderiram ao projecto (Portaria nº301/ 2009, 2009).

O primeiro cheque é entregue à grávida no Centro de Saúde onde a grávida está a ser seguida depois de optar por aceitar a sua indicação para medicina dentária e registo no sistema de informação do projecto; consoante o plano de tratamento na 1ª consulta poderá ser entregue o 2º e 3º cheque (DGS, circular informativa nº4 DSPPS, 2008).

Os cheques dentistas que são utilizados são enviados mensalmente pelo profissional aderente à administração regional de Saúde (ARS), para validação e processamento do pagamento. Esse pagamento é efectuado num prazo máximo de 30 dias desde a sua validação (Portaria nº301/ 2009, 2009).

Sendo o médico dentista o principal “responsável” pela promoção e educação da Saúde Oral na grávida, mas tendo em conta toda a conjuntura da Saúde Oral no panorama nacional, o médico de família é muitas vezes o primeiro a ter contacto com a grávida e a efectuar uma triagem da sua situação oral.

O PNPSO funciona num mecanismo que envolve diferentes profissionais da Saúde e não apenas os médicos dentistas. Uma prática de promoção da Saúde Oral pressupõe muitas vezes a interdisciplinaridade entre as áreas da saúde que estão relacionadas com os cuidados necessários na gravidez (Cozzupoli, 1981).

#### **4. Medicina Dentária e Gravidez**

O principal objectivo no tratamento dentário durante a gravidez será, o estabelecimento de um ambiente oral saudável e um óptimo nível de higiene oral. É essencial na paciente grávida um programa de controlo de placa, no qual vai minimizar a resposta inflamatória exagerada do tecido gengival aos irritantes locais que normalmente acompanham as alterações hormonais durante a gravidez. (Little et al., 1997)

É também importante ensinar correctamente técnicas de higiene oral, sendo importante verificar e controlar a eficácia da mesma. A grávida deverá receber conselhos dietéticos, dando ênfase ao controle da ingestão de hidratos de carbono. Destartarização e polimento juntamente com curetagem radicular pode ser efectuado quando necessárias, estas medidas podem ser utilizadas durante todo o tempo da gravidez, incluindo o 1º trimestre (Little et al., 1997; Brambilla et al., 1998).

##### **i. Tratamento dentário**

Actualmente há um consenso de que na gravidez existe uma resposta exagerada dos tecidos moles do periodonto aos factores locais, o que se deve ao aumento na vascularização da gengiva durante a gravidez. Existe um maior aumento no número de refeições diárias, aumento significativo na ingestão de hidratos de carbono, aumento da mobilidade dentária, surgimento/agravamento de cáries dentárias e erosão dentária (Gajendra, 2004).

Durante a gravidez a paciente pode ao contrário do que os mitos vaticinam, ser submetida a tratamento dentário. Contudo se for um tratamento mais complicado ou mais extenso, e não sendo de total urgência poder-se-á programar para um período pós-parto (Andrade, 1999; Little et al., 1997).

## **ii. Época de atendimento**

A Associação Americana Dentária (ADA) sugere que tratamentos electivos devam ser evitados se possível entre o 1º trimestre e na última metade do 3º trimestre, no 1º trimestre por ser um período onde poderá haver maior risco de prejudicar o normal desenvolvimento do embrião/feto, e na segunda metade do 3º trimestre onde existe um maior desconforto por parte da mãe e maior risco de parto pré-termo.

Durante o 1º trimestre, riscos de defeitos congénitos associados ao uso de teratogéneos são maiores que nos outros dois trimestres. Em adição, um largo número de gravidezes sofrem aborto espontâneo durante o 1º trimestre e qualquer procedimento dentário realizado por volta da altura do aborto espontâneo pode ser percebida como usual (Gaffield et al., 2001).

Neste período há também ocorrência de náuseas e vômitos nas grávidas o que tornam desconfortáveis as intervenções cirúrgicas (Mccann, 2001).

A melhor fase ou época para o atendimento e tratamento dentário da paciente grávida é o 2º trimestre de gravidez. Durante este período a organogénese está completa e o feto já desenvolvido. A grávida sente-se mais confortável nesta fase da gravidez que durante os estágios iniciais ou finais da gravidez. Existe contudo o perigo de hipotensão postural se a paciente é tratada na posição supina e houver uma mudança brusca para a posição em pé (Andrade, 1999).

No 2º trimestre o organismo materno estabiliza-se fisiologicamente em relação ao aumento do trabalho físico e metabólico e corresponde ao período mais estável no aspecto emocional (Machuca, 1999).

A primeira parte do 3º trimestre é ainda um bom tempo para efectuar cuidados dentários de rotina; a partir da segunda metade do 3º trimestre, cuidados dentários electivos devem ser adiados. Nesta fase a grávida poderá sentir um aumento do sentimento do desconforto, Tempo prolongado na cadeira deve ser evitado para prevenir a complicação da hipotensão supina, pode ocorrer compressão da aorta-cava na posição supina causando diminuição do débito cardíaco e da circulação plasmática renal. Caso

seja efectuado tratamento neste período, os problemas podem ser minimizados marcando consultas curtas, permitindo à paciente assumir uma posição semi-deitada, e trocar frequentemente de posições (Little et al. 1997).

Durante a última metade do 3º trimestre o aumento da sensibilidade do útero a estimulações externas aumenta os riscos associados com partos prematuros (Gaffield e tal., 2001).

### **iii. Exames radiográficos**

A utilização de exames radiográficos durante a gravidez é um tema controverso. O médico dentista deverá valorizar a anamnese e também o exame físico de forma a evitar ou reduzir ao máximo a utilização de exames de imagens. No entanto, em caso de extrema necessidade poderá efectuar exames radiográficos, embora com as respectivas medidas de segurança (Little et al., 1997).

Segundo Andrade, 1999 as normas básicas para utilização de exames radiográficos durante a gravidez recomendadas são:

- “- Avaliar a real necessidade do exame radiográfico para o diagnóstico;
- Proteger a grávida com avental de chumbo;
- Empregar filmes ultra-rápidos, que permitem um menor tempo de exposição (0,2 a 0,3 segundos);
- Evitar erros técnicos na tomada radiográfica e processamento do filme (revelação e fixação), para que não haja necessidade de repetições” (Andrade, 1999).

A utilização de aventais de chumbo é uma das medidas mais importantes na execução de radiografia na paciente grávida. Estudos demonstraram que, quando o avental é usado durante a execução da radiografia, a radiação gonadal e fetal é imensurável (Little et al.1997).

Com o avançar da gravidez, o risco de efeitos teratogénicos diminui, segundo alguns estudos em animais e humanos, é preciso mais que 5 cGy de exposição total à radiação no 1º trimestre para poder provocar retardo no crescimento e anomalias congénitas no

feto, este número aumenta para um valor superior a 10cGy nos trimestres seguintes (Turner et al, 2006).

#### **iv. Farmacologia**

A farmacologia durante a gravidez é uma área controversa, principalmente pela preocupação associada ao risco de efeitos teratogénicos no feto ao atravessar a barreira da placenta (Little, 1997).

A preocupação da utilização de fármacos durante a gravidez e seu risco teratogénico passou a ter maior relevância depois do que aconteceu na década de 50, quando vários bebés nasceram com alterações congénitas como a focomelia entre outras associadas à utilização da talidomida na gravidez, usada na altura como um antiemético (Carmo, 2004).

A forma e o mecanismo como as drogas podem provocar efeitos teratogénicos são ainda de difícil compreensão. Podem interferir por exemplo de uma forma directa sobre os tecidos maternos com efeitos secundários nos tecidos do feto. A contínua exposição a teratogénicos pode afectar vários órgãos através de vários níveis de desenvolvimento (Katzung, 2001).

Fármacos com capacidade teratogénica são todos aqueles com capacidade para produzir malformações no feto. A acção teratogénica destes fármacos irá depender da quantidade administrada e da altura da gestação em que ocorre a administração do fármaco. Os fármacos com capacidade tóxica, são aqueles que, actuam interferindo no desenvolvimento e funcionamento do feto no útero, embora não ocasionem malformações propriamente ditas porque não foram administrados no momento em que seriam capazes de as produzirem (Little et al, 1997).

Na tabela seguinte vem a classificação da FDA (Food and Drugs administration) dos fármacos segundo o seu risco teratogénico (Little et al., 1997).

	Risco Teratogénico
<b>Categoria A</b>	Estudos controlados realizados não demonstraram riscos para o feto durante o primeiro trimestre de gravidez, nem existem evidências de riscos em trimestres posteriores, sendo improvável possibilidade de teratogénese.
<b>Categoria B</b>	Divide-se em: 1. Estudos em animais não demonstraram risco teratogénico, enquanto não se dispõe de estudos controlados na gravidez humana; 2. Estudos em animais têm demonstrado efeitos teratogénicos que não foram confirmados em grávidas humanas durante o primeiro trimestre da gestação, e não existem evidências de riscos em trimestres posteriores.
<b>Categoria C</b>	Divide-se em: 1. Estudos em animais têm demonstrado efeitos teratogénicos sobre o feto e não existem estudos em mulheres; 2. Não existem estudos disponíveis em mulheres, nem em animais. São medicamentos que só devem ser administrados se o benefício esperado para a mãe justificar o risco potencial para o feto.
<b>Categoria D</b>	Existem claras evidências de risco teratogénico, mas os benefícios acarretados com o uso possam torná-los aceitáveis.
<b>Categoria X</b>	Os estudos em animais ou em humanos demonstraram evidentes riscos de teratogénese, o que claramente supera o possível benefício em mulheres grávidas. Os medicamentos dessa categoria estão contra-indicados em mulheres que estão ou possam ficar grávidas

Tabela 1. Classificação da FDA (Food and Drugs administration) dos fármacos segundo o seu risco teratogénico (Little et al., 1997).

#### **a. Analgésicos e anti-inflamatórios não esteróides (AINES)**

A maioria dos analgésicos normalmente prescritos está classificada na categoria C da classificação da FDA para o risco do fármaco. As drogas pertencentes a esta categoria embora sejam normalmente seguras, não existem contudo estudos em mulheres; nesse sentido, prescrições médicas para estas drogas devem especificar a dose terapêutica mais efectiva num curto espaço de tempo (Giglio et al, 2009).

Tanto os AINES como os analgésicos devem ser usados com extrema precaução durante o último trimestre de gravidez e por tempo restrito, pois podem causar o fecho

premature do canal arterial do feto e aumentar o tempo de hemorragia durante intervenções cirúrgicas dentárias. Por exemplo o Ibuprofeno classificado na categoria B da FDA nos 2 primeiros trimestres, passa para categoria D no último trimestre devido à sua associação com baixos níveis de fluido amniótico, encerramento prematuro do canal arterial e inibição do trabalho de parto (Giglio et al., 2009; Andrade 1999).

O ácido acetilsalicílico é usado em mais de 80% das grávidas em algum momento da gravidez, e não parece ter efeitos teratogénicos embora existam opiniões divergentes (Resende, 1996).

Contudo devido ao seu potencial efeito na agregação plaquetária onde inibe a produção de prostaglandinas e tromboxanos, a sua toma deve ser desencorajada e se possível substituídas por drogas mais seguras e adequadas como por exemplo o paracetamol (Turner et al., 2006).

#### **b. Antibióticos**

Antibióticos normalmente prescritos na prática dentária estão classificados na categoria B da FDA (Giglio et al., 2009).

As penicilinas são normalmente os antibióticos usados pelos médicos dentistas nomeadamente a amoxicilina. Sendo necessário um antimicrobiano, deve-se optar pela utilização de penicilinas, são praticamente atóxicas pois actuam numa estrutura apenas existentes nas bactérias, a parede celular (Andrade, 1999).

Não são teratogénicas, no entanto pode produzir reacções alérgicas em algumas grávidas que podem causar nefropatias e até a morte (Resende, 1996).

Em relação aos macrólidos, normalmente usados em pacientes alérgicos à penicilina estão classificados, à excepção da claritromicina na categoria B da FDA (Turner et al, 2006).

A eritromicina não possui efeitos teratogénicos até agora conhecidos, mas na sua forma de estolato de eritromicina está associado a um aumento de risco de hepatite, tendo assim uma acção tóxica directa na grávida (Bulhosa, 1998).

As tetraciclina são classificadas na categoria D da FDA, estão contra-indicadas na gravidez e principalmente depois do quarto mês devido ao efeito tóxico que têm sobre o desenvolvimento dentário e ósseo. Podem causar inibição do crescimento ósseo e desenvolvimento fetal, tem efeitos adversos sobre a dentição, provoca pigmentação amarelada ou cinzenta dos dentes, hipoplasia do esmalte, cáries. Podem causar graves danos na dentição, se a toma de tetraciclina ocorrer durante a calcificação das coroas por volta do quinto mês de vida intra-uterina (Resende, 1996; Bulhosa 1998; Little et al., 1997).

Em relação à hipoplasia do esmalte como efeito secundário das tetraciclina, estudos recentes têm desmentido essa relação (Turner et al., 2006).

### **c. Anestésicos locais**

Os anestésicos, quando administrados nas doses correctas são relativamente seguros. No entanto deve colocar-se a possibilidade de alterações do Sistema Nervoso Central (SNC) do feto pela possibilidade de passar a barreira placentária. Deve-se também evitar a utilização de anestésicos locais com vasoconstrictor de forma a evitar problemas com o fluxo placentar e também pelas capacidades alfa e beta-miméticas (Bulhosa 1998).

Por exemplo, existe a preocupação que uma injeção intravascular acidental de epinefrina possa causar vasoconstrição da artéria uterina e assim diminuir o fluido sanguíneo uterino. De forma a preservar a perfusão placentária, deve-se evitar a utilização de elevadas doses de vasoconstrictores (Turner et al., 2006).

### **d. Sedativos e ansiolíticos**

Sedativos devem ser evitados na gravidez. Barbitúricos e Benzodiazepinas estão classificadas na categoria D da FDA com claras evidências de risco teratogénico e

portanto devem ser evitados durante a gravidez. Estudos indicam a associação das benzodiazepinas com fenda palatina, disfunção do sistema nervoso central e dismorfismo após exposição do útero. A estratégia em pacientes nervosas e ansiosas deve passar pela tranquilização verbal, evitando assim o uso de fármacos (Giglio et al., 2009; Turner, 2006; Andrade 1999).

A tabela seguinte compila a informação sobre administração de drogas, normalmente utilizada na prática dentária durante a gravidez e amamentação (Turner et al., 2006).

<b>Droga</b>	<b>Categoria FDA</b>	<b>Uso durante a gravidez</b>	<b>Durante amamentação</b>
<b>Anestésicos locais</b>			
Lidocaína	B	Sim	Sim
Mepivacaína	C	Sim	Sim
Prilocaina	B	Sim	Sim
Bupivacaína	C	Não, pode causar hipotensão	Sim
<b>Analgésicos</b>			
Aspirina	C/D	Não, associado com restrição do crescimento intra-uterino	Não
Paracetamol	B	Sim	Sim
Ibuprofeno	B/C	Evitar no 3º semestre; pode fechar o ductus arteriosus patente	Sim
Inibidor Cox-2	C	Evitar no 3º semestre; pode fechar o ductus arteriosus patente	Sim
Codeína	C	Associado no 1º semestre com malformações; pode-se usar no 2º ou 3º semestre	Sim
Oxicodone	B/C	Sim	Sim
Morfina	B	Sim	Sim
Fentanil	B	Sim	Sim
<b>Antibióticos</b>			
Penicilina	B	Sim	Sim
Eritromicina	B	Sim	Sim
Clindamicina	B	Sim	Sim
Cefalosporina	B	Sim	Sim
Tetraciclina	D	Não	Não
<b>Sedativos</b>			
Hipnótico			
Benzodiazepinas	D	Não, risco de anomalias crânio-faciais	Não
Barbitúricos	D	Não, risco de anomalias crânio-faciais	Não
Oxido Nitroso		Controverso	Controverso

Tabela nº2: Compilação da informação sobre administração de drogas, normalmente utilizada na prática dentária durante a gravidez e amamentação (Turner et al, 2006).

## **5. Prevenção**

### **i. Dieta alimentar**

A falta de uma boa nutrição pode influenciar no processo de maturação, na morfologia, na composição química, física, no tamanho do bebé e no tempo de erupção dentária (Konishi, 2002).

Na gravidez a dieta é predominantemente cariogénica, sendo muito importante a motivação e informação das grávidas sobre todos os cuidados relacionados com a sua Saúde Oral e a do feto (Bulhosa, 1998).

Na influência da dieta alimentar para a Saúde Oral outro factor a ser considerado é o desenvolvimento do sentido do paladar do bebé. Os mecanismos para a degustação começam a instalar-se por volta da décima quarta semana. O bebé fica em contacto gustativo com o líquido amniótico. A alimentação da grávida modifica a qualidade do líquido para mais ou menos doce. O bebé pode ainda acostumar-se com a elevada taxa de glicose do sangue da mãe e quando nasce, já pode ter o paladar mais orientado para o açúcar (Konishi, 2002).

Uma óptima nutrição durante a gravidez é muito importante para uma boa saúde dentária da mãe e do feto. Assim, o aconselhamento da dieta é fundamental não só em termos nutricionais, mas também em relação ao consumo de produtos açucarados. O bebé necessita de uma correcta ingestão de nutrientes pois desempenham papel importante na divisão celular e desenvolvimento. Em relação à mãe essa correcta nutrição assegura a sua própria saúde, bem como a capacidade de produzir leite e amamentar o bebé (Mills et al., 2001; Konishi, 2002).

Devem ser encorajadas a toma de vitaminas A, C, D, fósforo, cálcio, proteínas e fluoretos (Mills et al., 2001). Estes nutrientes são vitais durante a odontogénese. A vitamina A vai contribuir para a manutenção da integridade dos tecidos de origem ectodérmica. A vitamina D intervém na calcificação dentária pois contribui para a homeostase do cálcio e do fósforo. Para a função e manutenção da substância

intercelular e do colágeno é essencial a toma de vitamina C e o fósforo contribui para a solidez da estrutura dentária. A odontogênese também é influenciada pelo balanço proteico-energético onde os lipídios e carboidratos garantem a energia necessária para o processo de odontogênese (Menoli et al., 2003).

Uma deficiência nutricional durante a primeira fase da amelogênese onde ocorre a formação da matriz orgânica pode levar a hipoplasia do esmalte, caracterizada por rugosidades e ausência de esmalte. Se ocorrer durante a mineralização pode resultar em hipocalcificação observada através de manchas brancas no esmalte normal (Menoli et al., 2003).

A Tabela seguinte sugere um padrão alimentar diário para uma boa nutrição durante a gravidez. (Menoli et al., 2003)

ALIMENTO	QUANTIDADE	PROTEÍNA (g.)
Leite integral	3 ou 4 copos de 120 ml	24 a 32
Carne magra, aves, peixe, queijo	2 porções/dia, totalizando 120 g.	28
Ovo	Um	7
Frutas	Pelo menos 2 porções de frutas cítricas ( 1 porção = 1 laranja média)	1
Batata	Uma de tamanho médio	3
Vegetais cozidos ou crus	2 ou + porções ( 1 porção = ½ xícara)	4
Pão e cereais	3 a 4 porções ( 1 porção = 1 fatia de pão)	6 a 8
Manteiga ou margarina	1 colher de sopa	
Vitamina D	400 U.I. = 1 litro de leite fortificado	0
TOTAL		73 a 83

Tabela 3: Padrão alimentar diário para uma boa nutrição durante a gravidez. (Menoli et al., 2003)

## **ii. Flúor**

A utilização do flúor durante a gravidez tem sido também tema controverso. Contudo actualmente as recomendações aconselham a não utilização de suplementos de flúor por rotina durante a gravidez (Andrade, 1999).

O flúor inibe a desmineralização das superfícies de esmalte, promovendo o aumento da remineralização nas superfícies de esmalte e a inibição da actividade bacteriana. (Rompante, 2006).

De acordo com a FDA, órgão que normatiza e fiscaliza o comércio de medicamentos nos Estados Unidos da América, não há evidências suficientes para apoiar a prescrição de suplementos de flúor durante a gravidez. Apesar da saliva também se constituir num excelente agente remineralizador, o flúor é muito mais importante no período pós-natal, com a sua presença constante na cavidade oral, seja através do uso de água ou de dentífricos fluoretados. Deve estar presente no meio oral o mais cedo possível, ajudando no equilíbrio do processo desmineralização-remineralização do esmalte, que se inicia por volta dos seis meses de idade, aquando da erupção dos dentes (Andrade, 1999).

Segundo Rompante, 2006 o flúor sistémico incorporado na matriz dos tecidos dentários durante a sua maturação não é a garantia, nem é sinónimo de prevenção de cárie dentária (Rompante, 2006).

Os benefícios sistémicos do flúor são mínimos. Os mecanismos de acção do flúor, aceites actualmente pela comunidade científica, são primariamente tópicos, quer para crianças quer para adultos (Rompante, 2006; DGS Texto de apoio “fluoretos” 2005).

O seu uso tópico através de pastas dentífricas com fluoretos é válido para a promoção da saúde da grávida, pois contribui com a prevenção e controle da cárie dentária (Campos et al., 2000; Nascimento, 1996).

### **iii. Hábitos tabágicos**

A prevalência de consumo de tabaco entre mulheres em idade fértil nos países desenvolvidos é de cerca de 20 a 30%. A existência de hábitos tabágicos durante a gravidez tem sido indicada como factor causal de diversas complicações e doenças tais como abortos espontâneos, parto pré-termo, restrição do desenvolvimento fetal, distúrbios no desenvolvimento neurológico, gravidez ectópica e defeitos palatinos (Grazuleviciene, 2009; Aguierre, 2007).

O uso do tabaco também eleva o risco de ocorrer hipoxia placentária, levando a riscos consideravelmente maiores de hipoxia fetal, desprendimento da placenta e morte fetal (Aguierre, 2007).

Outro efeito adverso do tabaco é o seu efeito na função pulmonar e saúde respiratória na criança. Tem sido difícil diferenciar se esse efeito na saúde deriva de danos provocados à criança durante o seu desenvolvimento intra-uterino, ou, durante à sua exposição ao fumo do tabaco após nascimento. Estudos em recém-nascidos filhos de mães que fumaram durante a gravidez, apresentavam diminuição das funções respiratórias incluindo em certos casos, alguma redução da capacidade residual funcional (Aguierre, 2007).

Dentro das anomalias congénitas, o risco de bebés com fissura labial e palatina, também tem sido bastante abordado. O hábito tabágico durante a gravidez, tem sido referenciado como factor para aumentar a probabilidade de os recém-nascidos desenvolver estas anomalias (Little et al., 2004).

Chung et al., 2000 realizou um estudo com cerca de 2200 nados-vivos, onde encontrou significativa associação entre o uso de tabaco na gravidez e a probabilidade de ter um bebé com fenda labial e palatina. Esta relação era ainda mais evidente, quando associada a uma maior quantidade de consumo de tabaco (Chung et al., 2000).

Face ao exposto, hábitos tabágicos durante a gravidez podem causar sérios danos à criança durante o seu desenvolvimento intra-uterino. Nesta fase da gravidez a mulher está mais susceptível a mudanças, alguns estudos indicam que a gravidez pode ser um factor motivacional importante na cessação de hábitos tabágico, nesse sentido é de

extrema importância transmitir à grávida bons hábitos de Saúde como a cessação tabágica (Reis et al., 2008).

#### **iv. Doença periodontal e parto pré-termo**

Vários estudos têm indicado como uma das causas para a ocorrência de parto pré-termo (PTT) a existência de infecções maternas. A doença periodontal, como doença infecto-inflamatória que é, tem sido indicada como possível factor de risco para prematuridade e baixo peso ao nascimento (Santos et al., 2008).

As doenças periodontais que estimulam a síntese de mediadores químicos do processo inflamatório, em especial as prostaglandinas, aumentam o risco de nascimentos prematuros de bebés com baixo peso, pois esses mediadores químicos são responsáveis pelas contracções uterinas (Gaffield et al., 2001; Laine, 2002).

Alguns estudos publicados têm encontrado a associação entre doença periodontal e o PTT. Contudo outros autores não conseguem encontrar ou comprovar tal relação (Santos et al., 2008).

Num estudo de caso-controlo realizado com 124 mulheres grávidas ou puérpera Offenbacher et al., 1996 demonstrou que mulheres grávidas com problemas periodontais apresentam uma probabilidade 7 vezes maior de gerarem bebés de baixo peso e nascidos prematuramente do que grávidas que não apresentam os sinais clínicos de alterações inflamatórias dos tecidos periodontais (Offenbacher et al., 1996).

Jeffcoat et al., 2001 na análise dos resultados de um estudo prospectivo entre a relação da periodontite e parto pré-termo chegou à conclusão que grávidas com doença periodontal estabelecida no 2º trimestre aumentavam o risco de parto pré-termo; os resultados deste estudo indicam que a probabilidade de ocorrer prematuridade é de 4,5 a 7 vezes maior. No mesmo estudo o risco de ocorrer parto pré-termo aumentava com o maior grau de severidade da doença periodontal (Jeffcoat et al., 2001).

Numa revisão sistemática dos principais estudos de caso-controlo e cohort realizados entre 1996 e 2006 em 12 países, os investigadores identificaram que 24 estudos demonstravam uma relação positiva entre a periodontite e parto pré-termo e/ou baixo

peso ao nascimento. Contudo outros 14 estudos não encontraram relação entre periodontite e parto pré-termo (Silk et al., 2008).

Michalowicz et al., 2006 analisou um grupo de mulheres entre 13 a 17 semanas de gestação. O primeiro grupo, grupo de tratamento foi submetido a raspagem e alisamento radicular antes das 21 semanas, o grupo de controlo foi submetido ao mesmo tratamento após o parto; na análise dos resultados embora o tratamento peridontal tenha melhorado a doença periodontal, não alterou significativamente os valores da ocorrência de parto pré-termo e baixo peso ao nascimento (Michalowicz et al., 2006).

Jeffcoat et al., 2001 referiu que com base nos estudos existentes não se pode confirmar que o tratamento da doença periodontal reduz o risco de parto pré-termo (Jeffcoat et al., 2001).

Pelo exposto, esta relação não é ainda clara e mais estudos serão necessários para conferir um real valor científico.

## **6. Metodologia**

### **i. Critérios da revisão bibliográfica**

Na realização da revisão bibliográfica foram utilizados artigos científicos praticamente na sua totalidade entre 1994 e 2009 juntamente com a utilização de obras literárias. A pesquisa on-line foi efectuada nos motores de pesquisa on-line: <http://www.pubmed.com>, <http://www.scholar.google.pt>, <http://www.jada.ada.org>, <http://www.scielo.org>, <http://www.bireme.br>. As palavras e expressões-chave utilizadas foram: *Oral Health during pregnancy; Periodontal disease; Periodontal infection and preterm birth; Smoking habit during pregnancy; Dental management of the pregnant patient;; Drugs during Pregnancy; Promoção Saúde Oral; Saúde Oral na gravidez*. Os artigos seleccionados foram os que se aproximaram mais da temática em questão. Foi realizada uma pesquisa de obras literárias e revistas científicas na Biblioteca da Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências e Saúde, na biblioteca da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto e na biblioteca do Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte.

### **ii. Critérios do estudo**

Este estudo é observacional transversal, porque não é possível controlar as condições de exposição e não podemos determinar indivíduos expostos e não expostos este estudo é também aplicado numa unidade de tempo única e específica (transversal) (Pestana e Gageiro, 2003).

No presente estudo procedeu-se à análise dos conhecimentos da grávida sobre Saúde Oral na gravidez. O grau de informação que as grávidas têm sobre questões e situações características e abrangentes a todas as mulheres que se encontram no período de gravidez. Observa-se a percentagem de grávidas que recebem informações sobre Saúde Oral durante a gravidez.

Os dados foram obtidos através de um questionário auto-administrado contendo vinte e seis questões, todas de resposta fechada. As questões foram efectuadas seguindo uma

sequência temática, sendo ela constituída por conceitos gerais, implicações da gravidez na Saúde Oral., tratamento dentário durante a gravidez, avaliação de conhecimentos sobre factores de risco, informação pré-natal sobre Saúde Oral, vigilância médica-dentária na gravidez (Anexo I).

As diversas clínicas privadas na cidade do Porto foram contactadas pessoalmente, de forma a dar a conhecer a finalidade do nosso trabalho. Fomos devidamente autorizados, tendo a permissão para entregar os inquéritos às grávidas (Anexo II).

As grávidas que participaram no estudo foram devidamente informadas da finalidade do trabalho, no qual seguiu-se a assinatura do consentimento informado (Anexo III).

O pré-teste foi realizado com a finalidade de validar a clareza, compreensão e pertinência das questões e prever o tempo médio do preenchimento do questionário, tendo sido aplicado a 10 grávidas, as quais não foram incluídos na amostra. Foram realizadas alterações após o pré-teste tornando o questionário mais claro. Calculou-se o tempo médio de preenchimento em 10 a 15 minutos

### **iii. Amostra**

Neste estudo foi considerada uma população de mulheres grávidas que frequentavam clínicas privadas com serviço de Ginecologia e Obstetrícia na cidade do Porto, seleccionadas para este estudo.

Foi utilizada uma amostragem por conveniência de 139 grávidas com idades compreendidas entre os 17 e os 40 anos que recorreram a estes locais durante os meses de Fevereiro e Março, que responderam ao nosso questionário.

Os critérios de inclusão na amostra constaram de grávidas que recorreram a clínicas privadas na cidade do Porto com serviço de Ginecologia e Obstetrícia seleccionadas para a realização deste estudo. Os critérios de exclusão foram: as grávidas que participaram na testagem do questionário, constituído por 10 grávidas, não sendo englobadas na amostra.

#### iv. Análise estatística

A análise estatística dos dados relativa ao questionário utilizou o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS® for Windows*, versão 16.0.

Na primeira fase, com vista a descrever e a caracterizar a amostra em estudo, foi feita uma análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis em estudo. Calcularam-se as seguintes medidas: frequências absolutas (número de casos válidos – N.); frequências relativas (percentagem de casos válidos - %); estatísticas descritivas de tendência central (média); de dispersão (desvio padrão); e ainda, os valores extremos (mínimo e máximo). Nas questões de resposta múltipla, as percentagens de resposta apresentadas (% de casos), são relativas ao total de casos válidos. A exploração numérica dos dados foi acompanhada, sempre que considerado pertinente, de representações gráficas.

Na segunda fase, de forma a verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo, procedeu-se à aplicação de testes não paramétricos, nomeadamente, o teste do Qui-quadrado e o teste de *Fisher*<sup>1</sup> quando as variáveis a comparar eram categóricas, e o teste de *Mann-Whitney*<sup>2</sup> para a comparação de grupos independentes, ou não relacionados, sempre que se apresentavam dois grupos à comparação (Pestana e Gageiro, 2003).

Todos os testes foram aplicados com um grau de confiança de 95 % ( $\alpha = 0,05$ ).

---

<sup>1</sup> Foi utilizado o teste de *Fisher* por não se terem verificado os pressupostos do teste do Qui-quadrado ( $\chi^2$ ), nomeadamente por o número de células com frequência esperada inferior a 5 unidades ser superior a 20%.

<sup>2</sup> Após a avaliação, da assimetria e da curtose (através dos respectivos coeficientes), e da normalidade dos factores (por aplicação do teste não paramétrico de *Kolmogorov-Smirnov-K-S*, com correcção de Lilliefors), verificou-se que os pressupostos de normalidade não foram verificados.

## 7. Resultados

### i. Caracterização sociodemográfica da amostra

Da observação da tabela 5, apura-se que os indivíduos que constituem a amostra tinham, em média, cerca de 30,6 ( $\pm$  5,3) anos de idade, variando entre os 17 e os 40 anos, tendo cerca de 81 % dos inquiridos idades compreendidas entre os 17 e 35 anos de idade. Os graus de instrução completados (escolaridade) mais frequentes entre os respondentes correspondiam ao Ensino Superior: bacharelato/ licenciatura/ mestrado/ doutoramento (48 %) e Ensino Secundário (31%), respectivamente. Por fim, cerca de três quartos dos indivíduos inquiridos vivia em meio urbano (76 %).

Tabela 5: Características sócio-demográficas da amostra (n = 139).

<i>Caracterização sócio-demográfica</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>Idade (n = 139)</i>		
< 30 anos	54	38,8
30 a 35 anos	59	42,4
> 35 anos	26	18,7
Média:	30,6 ( $\pm$ 5,3) anos	
Amplitude de idades:	17 a 40 anos	
<i>Escolaridade (n = 139)</i>		
1º - 3º ciclo	30	21,6
Ensino Secundário (10º - 12º ano)	43	30,9
Ensino Superior	66	47,5
<i>Meio onde vive (n = 139)</i>		
Urbano	105	75,5
Rural	34	24,5

### ii. Caracterização das variáveis comportamentais e cognitivas

Da observação da tabela 6, apura-se que cerca de 78 % dos indivíduos que constituem a amostra não tinham hábitos tabágicos e 22 % tinham hábitos tabágicos. (Gráfico em anexo)

Tabela 6: Distribuição das respostas relativas aos hábitos tabágicos.

<i>Hábitos tabágicos</i>	Frequências	
	n.º	% casos
Sim	30	21,6
Não	109	78,4

Da observação da tabela 7, constata-se que mais de metade das grávidas da amostra encontrava-se no 3º trimestre de gravidez (57 %) e na maior parte dos casos, esta correspondia ao primeiro filho (58 %).

Tabela 7: Distribuição das respostas relativas à fase da gravidez e 1º filho.

<i>Caracterização da Saúde oral na gravidez</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>Encontra-se em que fase da gravidez? (n = 139)</i>		
1º trimestre	22	15,8
2º trimestre	38	27,3
3º trimestre	79	56,8
<i>É o seu primeiro filho? (n = 139)</i>		
Sim	80	57,6
Não	59	42,4

Na tabela 8 estão representadas as principais estatísticas descritivas relativas à classificação da saúde oral (0 = péssima a 7 = ótima) e à importância atribuída à saúde oral durante o período da gravidez (1 = nada importante a 5 = muito importante). Como se pode observar, a média/mediana da saúde oral foi aproximadamente igual a 5, numa escala de 0 = péssima a 7 = ótima, indicando que as grávidas da amostra perceberam como boa a sua saúde oral (as distribuições de frequências evidenciam que, aproximadamente, 76 % assinalaram entre 5 e 7 = ótima). Em relação à importância atribuída a uma boa saúde oral durante a gravidez, verifica-se que a média/mediana foi aproximadamente igual a 5, numa escala de 0 = nada importante a 5 = muito importante, indicando que as grávidas da amostra perceberam como muito importante ter uma boa saúde oral durante a gravidez (as distribuições de frequências evidenciam que, aproximadamente, 90 % assinalaram entre 4 = bastante e 5 = muito importante).

Tabela 8: Distribuição das respostas relativas classificação da saúde oral na gravidez e importância que atribui à saúde oral durante a gravidez.

<i>Caracterização da Saúde oral na gravidez</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>Como classificaria a sua saúde oral na gravidez numa escala de 0 (péssima) a 7 (ótima)? (n = 139)</i>		
0 (péssima) – 3	3	2,2
3 – 4	31	22,3
5 -7 (ótima)	105	75,5
Média:	5,2 ( $\pm 1,4$ )	
Mediana:	5,0	
Amplitude:	0 a 7	
<i>Qual a importância que dá para uma boa saúde oral na gravidez? (Numa escala de 1 a 5) (n = 139)</i>		
Nada/Pouco importante	1	0,7
Importante	13	9,4
Bastante/Muito importante	125	89,9
Média:	4,5 ( $\pm 0,7$ )	
Mediana:	5	
Amplitude:	2 a 5	

Da observação da tabela 9, apura-se que cerca de 67 % das grávidas que constituem a amostra considera que a gravidez prejudica a saúde oral.

Tabela 9: Distribuição das respostas relativas à relação entre a saúde oral e a gravidez.

<i>Caracterização da Saúde oral na gravidez</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>Considera que a gravidez prejudica a saúde oral? (n = 139)</i>		
Sim	93	66,9
Não	46	33,1

Quanto às alterações que as grávidas da amostra consideram existir na boca durante a gravidez (ver tabela 10), de uma forma geral, consideram em mais de metade dos casos, que estas se manifestam por alterações nas gengivas (61 %). (Gráfico 1 em anexo IV)

Tabela 10: Distribuição das respostas relativas às alterações que existem na boca durante a gravidez.

<i>Caracterização da Saúde oral na gravidez</i>	Frequências	
	n.º	% casos
<i>Quais as alterações que considera haver na boca durante a gravidez? (n = 139)</i>		
Cáries nos dentes	38	27,3
Alterações nas gengivas	85	61,2
Erosão dentária (desgaste químico q não envolve acção bact.)	36	25,9
Aumento da mobilidade dentária	10	7,2
Não sabe	14	10,1
Outro(s)	13	9,4

Da observação da tabela 11, verifica-se que a maioria das grávidas considerava que os dentes “enfraquecem” durante o período da gravidez (73 %).

Tabela 11: Distribuição das respostas relativas ao enfraquecimento dos dentes durante a gravidez.

<i>Caracterização da Saúde oral na gravidez</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>Considera que os dentes "enfraquecem" durante a gravidez? (n = 139)</i>		
Sim	102	73,4
Não	37	26,6

As grávidas da amostra, consideraram como principal razão que leva ao enfraquecimento dos dentes durante a gravidez (ver tabela 12), a perda de cálcio para o bebé (83 %). (Gráfico 2 em anexo IV)

Tabela 12: Distribuição das respostas relativas às principais razões que levam ao enfraquecimento dos dentes durante a gravidez.

<i>Caracterização da Saúde oral na gravidez</i>	Frequências	
	n.º	% casos
<i>Problemas relacionados com a gravidez (n = 139)</i>		
Surgem problemas (relacionados com a gravidez)	19	18,6
Perda de cálcio (para o bebé)	85	83,3
Dieta alimentar (maior consumo de doces)	6	5,9
Má higiene oral	6	5,9
Não sabe	5	4,9
Outro(s)	9	8,8

Os resultados evidenciam que praticamente a totalidade das grávidas da amostra (98 %) considerou positivo realizar consulta dentária durante a gravidez (ver tabela 13). (Gráfico 3 em anexo IV)

Tabela 13: Distribuição das respostas relativas ao aspecto positivo de realizar consulta dentária durante a gravidez.

<i>Caracterização da Saúde oral na gravidez</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>Considera positivo realizar consulta dentária durante a gravidez? (n = 139)</i>		
Sim	136	97,8
Não	3	2,2

Relativamente às principais razões mencionadas sobre o aspecto positivo de realizar consultas dentárias durante a gravidez (ver tabela 14), estas prendem-se essencialmente com a prevenção (90%). (Gráfico 4 em anexo IV)

Tabela 14: Distribuição das respostas relativas às principais razões sobre o aspecto positivo de realizar consulta dentária durante a gravidez.

<i>Caracterização da Saúde oral na gravidez</i>	Frequências	
	n.º	% casos
<i>Porque considera positivo realizar consulta dentária durante a gravidez (n = 139)</i>		
Prevenção	122	90,4
Tratamento	38	28,1
Outro	0	0,0

A altura considerada ideal para o tratamento dentário durante a gravidez (ver tabela 15), foi considerada pela maioria das grávidas da amostra como sendo entre o 1º e o 2º trimestre (68%). No entanto, verifica-se que cerca de 27 % responderam que “tanto faz”. (Gráfico 5 em anexo IV)

Tabela 15: Distribuição das respostas relativas à altura considerada ideal para o tratamento dentário durante a gravidez (n = 139).

<i>Caracterização da Saúde oral na gravidez</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>Qual a altura que considera ideal para o tratamento dentário durante a gravidez? (n = 139)</i>		
1º trimestre	43	30,9
2º trimestre	51	36,7
3º trimestre	6	4,3
Tanto faz	37	26,6
Nenhuma	5	3,6

Quanto à perigosidade de realizar exames radiológicos (Rx) durante a gravidez (ver Tabela 16), verifica-se que a larga maioria das grávidas que constituem a amostra considerava que era perigoso (90 %).

Tabela 16: Distribuição das respostas relativas à perigosidade de fazer exames radiológicos (Rx) durante a gravidez.

<i>Caracterização da Saúde oral na gravidez</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>Considera perigoso fazer exames radiológicos (Rx) durante a gravidez? (n = 138)</i>		
Sim	124	89,9
Não	14	10,1

Da observação da tabela 17, apura-se que, de uma forma geral, as grávidas da amostra perceberam como bastante influente (mediana = 4) o papel que a alimentação tem na saúde oral (as distribuições de frequências evidenciam que, aproximadamente, 60 % das grávidas inquiridas assinalaram como sendo bastante influente/muito influente o papel que a alimentação tem na saúde oral). Constatou-se ainda, que praticamente todas as grávidas inquiridas consideraram que aumentar o consumo de açúcar e produtos açucarados durante a gravidez pode aumentar o risco de cárie dentária (98 %).

Tabela 17: Distribuição das respostas relativas à influência que a alimentação tem na saúde oral, durante a gravidez.

<i>Caracterização da Saúde oral na gravidez</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>Qual a influência que tem o tipo de dieta alimentar durante a gravidez para a saúde oral? (n = 139)</i>		
Nada influente	6	4,3
Pouco influente	8	5,8
Influente	41	29,5
Bastante Influente	45	32,4
Muito influente	39	28,1
Média:	3,7 ( $\pm 1,1$ )	
Mediana:	4,0	
Amplitude:	1 a 5	
<i>Considera que se aumentar o consumo de açúcar e produtos açucarados durante a gravidez pode aumentar o risco de cárie dentária? (n = 139)</i>		
Sim	136	97,8
Não	3	2,2

Relativamente aos meios considerados como eficazes para ter uma boa saúde oral (ver tabela 18), concluiu-se que as 3 opções mais vezes mencionadas pelas grávidas inquiridas foram: “Escova dentária” (98 %); “Fio dentário” (64 %) e “Elixir oral” (53 %). (Gráfico 6 em anexo IV)

Tabela 18: Distribuição das respostas relativas aos meios considerados como eficazes para uma boa saúde oral (n = 139).

<i>Caracterização da Saúde oral na gravidez</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>Qual(s) o(s) meio(s) que considera eficaz para uma boa saúde oral? (n = 139)</i>		
Escova dentária	136	97,8
Fio dentário	89	64,0
Elixir oral	74	53,2
Limpa-língua	23	16,5
Outro	5	3,6

Da observação da tabela 19, apura-se que a maioria das grávidas inquiridas considerava positivo escovar os dentes após um episódio de vômito (81 %). Consideravam muito importante (mediana = 5) a ausência de hábitos tabágicos para a saúde oral na gravidez

(as distribuições de frequências evidenciam que, aproximadamente, 71 % das grávidas inquiridas assinalaram como sendo bastante importante/muito importante). Cerca de 75 % consideravam que uma infecção na cavidade oral, nomeadamente nas gengivas, não podia causar um nascimento prematuro do bebé. Por sua vez, cerca de metade das grávidas inquiridas achava que medicamentos administrados à mulher grávida podem levar a algum tipo de alteração nos dentes da futura criança, enquanto as restantes (50 %) consideravam que não. Por fim, a larga maioria não considerava ser possível transmitir cárie ao filho (85 %).

Tabela 19: Distribuição das respostas relativas às questões sobre factores de risco.

<i>Caracterização da Saúde oral na gravidez</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>Se tiver enjoos e vômitos, considera positivo escovar os dentes após um episódio de vômito? (n = 139)</i>		
Sim	113	81,3
Não	26	18,7
<i>Considera importante a ausência de hábitos tabágicos para a saúde oral na gravidez? (n = 139)</i>		
Nada importante	3	2,2
Pouco importante	0	0,0
Importante	14	10,1
Bastante importante	23	16,5
Muito importante	99	71,2
Média:	4,5 ( $\pm 0,8$ )	
Mediana:	5,0	
Amplitude:	1 a 5	
<i>Considera que uma infecção na cavidade oral, nomeadamente nas gengivas, pode causar um nascimento prematuro do bebé? (n = 139)</i>		
Sim	35	25,2
Não	104	74,8
<i>Acha que medicamentos administrados à mulher grávida podem levar a algum tipo de alteração nos dentes da futura criança? (n = 139)</i>		
Sim	69	49,6
Não	70	50,4
<i>Considera que pode transmitir cárie ao seu filho? (n = 139)</i>		
Sim	21	15,1
Não	118	84,9

A observação da tabela 20, evidencia que cerca de 54 % das grávidas inquiridas teve informação sobre a sua saúde oral durante a gravidez e 46 %, sendo que, na larga

maioria dos casos, a informação foi fornecida durante o 1º trimestre de gravidez (86 %). Por sua vez, verifica-se que cerca de 64 % das grávidas inquiridas não tinham recebido informações sobre a saúde oral aquando do 1º exame pré-natal.

Tabela 20: Distribuição das respostas relativas à informação sobre saúde oral durante a gravidez.

<i>Caracterização da Saúde oral na gravidez</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>Teve informações sobre saúde oral durante a gravidez? (n = 139)</i>		
Sim	75	54,0
Não	64	46,0
<i>Quando teve informações sobre saúde oral durante a gravidez? (n = 77)</i>		
1º trimestre	66	85,7
2º trimestre	8	10,4
3º trimestre	3	3,9
<i>Deram-lhe informações sobre saúde oral aquando do 1º exame pré-natal? (n = 137)</i>		
Sim	50	36,5
Não	87	63,5

Por fim, verifica-se que a informação sobre a saúde oral durante a gravidez (ver tabela 21), foi essencialmente obtida através do médico dentista (42 %) e do médico de família (37 %). (Gráfico 7 em anexo IV)

Tabela 21: Distribuição das respostas relativas à fonte de informação sobre saúde oral durante a gravidez (n = 138).

<i>Caracterização da Saúde oral na gravidez</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>Onde foi dada a informação acerca da saúde oral na gravidez? (n = 139)</i>		
Médico dentista	39	41,9
Médico de família	34	36,6
Amigos	17	18,3
Revistas	17	18,3
Família	15	16,1
Outro	13	14,0
Enfermeiro	3	3,2

A tabela 22, revela que a maioria das grávidas inquiridas não consultaram o seu médico dentista quando decidiram engravidar (62 %), no entanto, quando souberam que estavam grávidas, cerca de 55 % consultaram o médico dentista contra 45 %, que não consultaram.

Tabela 22: Distribuição das respostas relativas à consulta ao médico dentista.

<i>Caracterização da Saúde oral na gravidez</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>Consultou o seu médico dentista quando decidi engravidar? (n = 118)</i>		
Sim	45	38,1
Não	73	61,9
<i>Consultou o seu médico dentista quando soube que estava grávida? (n = 112)</i>		
Sim	61	54,5
Não	51	45,5

Relativamente às razões apresentadas para não consultar o médico dentista (ver tabela 23), cerca de 66 % das grávidas inquiridas referiu que era porque não tinha achado necessário e 44 % porque não tinham tempo. (Gráfico 8 em anexo IV)

Tabela 23: Distribuição das respostas relativas às razões apresentadas para não consultar o médico dentista (n = 72).

<i>Caracterização da Saúde oral na gravidez</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>Qual a razão de não ter consultado o seu médico dentista quando decidi engravidar? (n = 72)</i>		
Porque não achou necessário	43	66,2
Porque não teve tempo	29	44,6

### iii. Cruzamentos das variáveis

Na comparação entre os “hábitos tabágicos” e o “grau de importância da ausência de hábitos tabágicos para a saúde oral na gravidez” (tabela 24), apura-se que foram encontradas diferenças significativas ( $p = 0,001$ ), tendo as grávidas que com hábitos tabágicos atribuído significativamente menos importância à ausência de hábitos tabágicos para a saúde oral durante a gravidez, relativamente às que não tinham hábitos tabágicos. (Gráfico 9 em anexo IV)

Tabela 24: Comparação dos valores da mediana do grau de importância da ausência de hábitos tabágicos para a saúde oral na gravidez de acordo com os hábitos tabágicos.

	Grau de importância da ausência de hábitos tabágicos para a saúde oral na gravidez?				Mann-Whitney (p_value)
	Média ( $\pm$ Dp)	Mediana	Mín.	Máx.	
<i>Hábitos tabágicos</i>					0,001
Sim (n = 30)	4,0 ( $\pm$ 1,2)	4,5	1	5	
Não (n = 109)	4,7 ( $\pm$ 0,7)	5,0	1	5	

Resultados com o teste de Mann-Whitney, a 95 % de confiança

Na análise da relação entre a “realização de consultas dentárias durante a gravidez” e a “consulta ao médico dentista quando decidiu engravidar”, os resultados evidenciam que não foram encontradas diferenças significativas ( $p > 0,05$ ), isto é, não existe uma relação de dependência entre a “realização de consultas dentárias durante a gravidez” e a “consulta ao médico dentista quando decidiu engravidar” (ver tabela 25).

Tabela 25: Comparação entre a “realização de consultas dentárias durante a gravidez” e a “consulta ao médico dentista quando decidiu engravidar” (n = 118).

	Consultou o seu médico dentista quando decidiu engravidar?				Teste de Fisher (p_value)*
	Sim		Não		
	n.º	%	n.º	%	
<i>Considera positivo realizar consulta dentária durante a gravidez?</i>					1,000
Sim	45	100,0	72	98,6	
Não	0	0,0	1	1,4	
Total	45	100,0	73	100,0	

\*Resultados de acordo com o teste do *Qui-quadrado* ( $\chi^2$ ), a 95 % de confiança. O resultado do teste do  $\chi^2$  não é fidedigno porque existem mais de 20% de células com frequência esperada inferior a 5, nomeadamente (50,0%). Uma vez que o cruzamento é 2x2, Aplicou-se o teste de Fisher.

Na comparação entre a classificação da saúde oral na gravidez de acordo com o grau de importância que atribuí a uma boa saúde oral na gravidez (ver tabela 26), apura-se que foram encontradas diferenças significativas ( $p = 0,000$ ), tendo as grávidas que atribuíram maior importância a uma boa saúde oral durante a gravidez atribuído significativamente uma melhor classificação à sua saúde oral, relativamente às que atribuíram uma menor importância.

Tabela 26: Comparação dos valores da mediana da classificação da saúde oral na gravidez de acordo com o grau de importância que atribui a uma boa saúde oral na gravidez.

	Classificação da saúde oral na gravidez				Mann-Whitney (p_value)
	Média ( $\pm$ Dp)	Mediana	Mín.	Máx.	
<i>Grau de importância que atribui a uma boa saúde oral na gravidez</i>					0,000
Nada Importante/Importante (n = 14)	3,7 ( $\pm$ 1,7)	4,0	0	6	
Bastante Importante/Muito Importante (n = 125)	5,4 ( $\pm$ 1,2)	5,0	1	7	

Resultados com o teste de Mann-Whitney, a 95 % de confiança

Na análise da relação entre se é o primeiro filho e algumas características do estudo, os resultados evidenciam que não foram encontradas diferenças significativas ( $p > 0,05$ ), isto é, não existe uma relação de dependência entre o facto de ser o 1º filho e cada uma das características em estudo (ver tabela 27). (Gráfico 10 em anexo IV)

Tabela 27: Comparação entre se é o primeiro filho e algumas características do estudo.

	É o seu primeiro filho?				Teste do Qui- quadrado ( <i>p</i> -value)
	Sim		Não		
	n.º	%	n.º	%	
<i>Considera que a gravidez prejudica a saúde oral (n = 139)</i>					0,848
Sim	53	66,3	40	67,8	
Não	27	33,8	19	32,2	
<i>Qual a influência que tem o tipo de dieta alimentar durante a gravidez para a saúde oral (n = 139)</i>					0,609
Nada influente/Pouco influente	7	8,8	7	11,9	
Influente	26	32,5	15	25,4	
Bastante Influente/Muito influente	47	58,8	37	62,7	
<i>Considera que pode transmitir cárie ao seu filho (n = 139)</i>					0,139
Sim	9	11,3	12	20,3	
Não	71	88,8	47	79,7	
<i>Teve informações sobre saúde oral durante a gravidez (n = 139)</i>					0,774
Sim	44	55,0	31	52,5	
Não	36	45,0	28	47,5	
<i>Consultou o seu médico dentista quando decidiu engravidar (n = 118)</i>					0,174
Sim	22	32,8	23	45,1	
Não	45	67,2	28	54,9	
<i>Consultou o seu médico dentista quando soube que estava grávida (n = 112)</i>					0,174
Sim	40	59,7	21	46,7	
Não	27	40,3	24	53,3	

Na análise da relação entre o grau de escolaridade e algumas características do estudo, Os resultados evidenciam que não foram encontradas diferenças significativas ( $p > 0,05$ ), isto é, não existe uma relação de dependência entre o grau de escolaridade e cada uma das características em estudo (ver tabela 28). (Gráfico 11 em anexo IV)

Tabela 28: Comparação entre o grau de escolaridade e algumas características do estudo.

	Escolaridade						Teste do Qui-quadrado ( <i>p_value</i> )
	1º - 3º ciclo		Ensino Secundário (10º - 12º ano)		Ensino Superior		
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	
<i>Qual a importância que dá para uma boa saúde oral na gravidez (n = 139)</i>							0,591
Nada Importante/Importante	3	10,0	4	9,3	7	10,6	
Bastante Importante/Muito Importante	27	90,0	39	90,7	59	89,4	
<i>Considera positivo realizar consulta dentária durante a gravidez (n = 139)</i>							0,591*
Sim	27	90,0	43	100,0	66	100,0	
Não	3	10,0	0	0,0	0	0,0	
<i>Qual a influência que tem o tipo de dieta alimentar durante a gravidez para a saúde oral (n = 139)</i>							0,637
Nada influente/Pouco influente	7	23,3	7	16,3	0	0,0	
Influente	10	33,3	16	37,2	15	22,7	
Bastante Influente/Muito influente	13	43,3	20	46,5	51	77,3	
<i>Considera que pode transmitir cárie ao seu filho (n = 139)</i>							0,139
Sim	4	13,3	7	16,3	10	15,2	
Não	26	86,7	36	83,7	56	84,8	
<i>Teve informações sobre saúde oral durante a gravidez (n = 139)</i>							0,774
Sim	12	40,0	22	51,2	41	62,1	
Não	18	60,0	21	48,8	25	37,9	
<i>Deram-lhe informações sobre saúde oral aquando do 1º exame pré-natal (n = 137)</i>							0,436
Sim	12	41,4	14	33,3	24	36,4	
Não	17	58,6	28	66,7	42	63,6	

\*Segundo o teste de Fisher com 95 % de confiança

## 8. Discussão

A gravidez não é uma situação patológica, nem causa directa de doença oral. A negligência com a higiene oral é que leva ao surgimento de cáries e doenças periodontais, podendo mesmo levar à perda de dentes, tal como em qualquer outra época da vida da pessoa (Andrade, 1999).

Contrariamente à evidência científica, verificou-se neste estudo que, cerca de 67% das grávidas, consideraram que a gravidez prejudica a Saúde Oral.

As mesmas referiram que as principais alterações na gravidez são relativas às alterações nas gengivas, estando estes resultados enquadrados em parte com a literatura, uma vez que as patologias orais normalmente associadas com a gravidez são a infecção das gengivas, o surgimento da gengivite gravídica e tumor gravídico, aumento da mobilidade dentária, aumento do número de cáries dentárias, erosão dentária. (Gajendra, 2004). A mais comum complicação oral na gravidez é a gengivite gravídica, que consiste num aumento marcado da inflamação gengival devido a uma resposta exagerada aos irritantes locais durante períodos de aumento da secreção de estrogénio e progesterona (Little, 1997).

A maioria das grávidas inquiridas no presente estudo (73%) considerou que os dentes enfraquecem durante a gravidez. A perda de cálcio para o bebé foi a principal razão por elas indicadas para esse acontecimento (83%), responsabilizando mais os aspectos não relacionados com a sua atitude.

Contudo, é errado pensar que existe perda de cálcio dos dentes para o bebé. Na comparação da composição mineral da dentina entre mulheres grávidas e mulheres não grávidas, não se encontram diferenças entre esses dois grupos (Laine, 2002), reforçando a noção de que os hábitos maternos são decisivos para a manutenção da Saúde Oral na gravidez.

Em relação à realização da consulta dentária durante a gravidez, a esmagadora maioria, 98% respondeu que considerava positivo, sendo a prevenção o principal motivo, revelando conhecimentos sobre a importância de medidas preventivas neste período.

De facto, o período de gravidez revela-se uma oportunidade única para prevenção de problemas e para educação em saúde. As grávidas são receptivas às mudanças e ávidas de conhecimento que assegurem o bem-estar do seu bebé. A ausência de visitas ao dentista durante a gravidez pode levar a um agravamento de problemas pré-existentes, levando a um aumento da actividade cariogénica, incidência de doenças periodontais e mesmo à perda de dentes (Konishi, 2002; Laine, 2002). Existe uma tendência a melhores condições de Saúde Oral em crianças cujas mães receberam orientação e educação sobre prevenção de doenças orais. Quanto mais cedo se iniciar a prevenção mais favoráveis serão os resultados (Zardetto, 1998).

No presente estudo, o 2º semestre foi considerado pela maioria das grávidas inquiridas como a melhor altura para o tratamento dentário durante a gravidez (37%). Sendo que 31% revela que será o 1º trimestre.

A melhor fase ou época para o atendimento e tratamento dentário da paciente grávida é o 2º trimestre de gravidez. Durante este período a organogénese está completa e o feto já desenvolvido. A grávida sente-se mais confortável nesta fase da gravidez que durante os estágios iniciais ou finais da gravidez. Existe contudo apenas o perigo de hipotensão postural se a paciente é tratada na posição supina e houver uma mudança brusca para a posição em pé (Andrade, 1999). A Associação Americana Dentária (ADA) sugere que tratamentos electivos devam ser evitado se possível entre o 1º trimestre e na ultima metade o 3º trimestre, no 1º trimestre por ser um período onde poderá haver maior risco de prejudicar o normal desenvolvimento do embrião, e na segunda metade do 3º trimestre onde existe um maior desconforto por parte da mãe e maior risco de parto pré-termo.

Verificou-se adicionalmente que, a larga maioria das grávidas considera perigoso fazer Rx durante a gravidez. Durante a gravidez o médico dentista deverá valorizar a anamnese e também o exame físico de forma a evitar ou reduzir ao máximo a utilização de exames de imagens. No entanto, em caso de extrema necessidade poderá efectuar

exames radiográficos, embora com as respectivas medidas de segurança (Little et al., 1997).

Com o avançar da gravidez, o risco de efeitos teratogénicos diminui, segundo alguns estudos em animais e humanos, é preciso mais que 5 cGy de exposição total à radiação no 1º trimestre para poder provocar retardo no crescimento e anomalias congénitas no feto, este número aumenta para um valor superior a 10cGy nos trimestres seguintes (Turner et al, 2006).

No estudo realizado, as grávidas inquiridas, indicaram grande influência da dieta alimentar durante a gravidez para a saúde oral. A esmagadora maioria (98%) considerou também que um aumento de açúcar e produtos açucarados durante a gravidez pode aumentar o risco de cárie dentária, revelando conhecimentos da interdependência dieta e Saúde Oral.

Uma óptima nutrição durante a gravidez é muito importante para uma boa saúde dentária da mãe e do feto. Uma vez que a má nutrição da mãe pode afectar severamente o desenvolvimento dentário do feto (Mills et al., 2001). O bebé necessita de uma correcta ingestão de nutrientes pois desempenham papel importante na divisão celular e desenvolvimento. Em relação à mãe essa correcta nutrição assegura a sua própria saúde, bem como a capacidade de produzir leite e amamentar o bebé (Konishi, 2002).

Na gravidez a dieta é predominantemente cariogénica (Bulhosa, 1998). Juntamente com uma pobre higiene oral durante a gravidez a grávida está propensa a um maior risco de desenvolvimento de cárie. (Laine, 2002, Gajendra, 2004)

A dieta e os hábitos de escovagem, são determinantes na optimização da Saúde Oral da grávida.

A utilização de escova dentária representa o meio mecânico mais eficiente para a remoção da placa bacteriana. A utilização do fio dentário como complemento, aumenta a eficácia da escovagem, levando a uma boa Higiene Oral (Garcia, et. al., 1998). Dentro dos meios utilizados para a Higiene Oral, a opção mais citada pelas grávidas inquiridas foi a escova dentária

Em relação aos episódios de vômito, 81% das grávidas consideraram positivo escovar os dentes após um episódio de vômito. Na gravidez a ocorrência de episódios de vômitos pode causar uma extensa erosão dentária. Nesta circunstância os autores aconselham o uso de elixires orais fluorídricos, devido á vulnerabilidade dentária sofrida pelos ácidos naturais dos vômitos. O uso do elixir oral vai proporcionar o endurecimento da dentina exposta e reduzir a sensibilidade. Imediatamente após o vômito não é recomendado a escovagem dentária de forma a evitar a sua abrasão (Gajendra, 2004).

Cerca de 20 a 30% das mulheres férteis são fumadoras, na amostra deste estudo 22% das mulheres grávidas inquiridas eram fumadoras, enquadrando-se assim nestes números. A existência de hábitos tabágicos durante a gravidez tem sido indicada como factor causal de diversas complicações e doenças tais como abortos espontâneos, parto pré-termo, restrição do desenvolvimento fetal, distúrbios no desenvolvimento neurológico, gravidez ectópica e defeitos palatinos (Grazuleviciene, 2009; Aguierre, 2007). Cerca de 71% das grávidas considerou muito importante a ausência de hábitos tabágicos durante a gravidez

Nos resultados deste estudo, 75% das grávidas, consideraram que a infecção nas gengivas não pode causar nascimento prematuro do bebé. Contudo, a doença periodontal, como doença infecto-inflamatória que é, tem sido indicada como possível factor de risco para prematuridade e baixo peso ao nascimento. (Santos et al., 2008). Num estudo de caso-controlo realizado com 124 mulheres grávidas ou puérpera Offenbacher et al., 1996 demonstrou que mulheres grávidas com problemas periodontais apresentam uma probabilidade 7 vezes maior de gerarem bebés de baixo peso e nascidos prematuramente do que grávidas que não apresentam os sinais clínicos de alterações inflamatórias dos tecidos periodontais.

Numa vertente relacionada com a cárie dentária, 85% das grávidas inquiridas não consideraram que podem transmitir cárie ao seu filho, desconhecendo a definição universal da doença. É aceite universalmente que a cárie dentária é uma doença multifactorial, infecciosa, transmissível. (Lima, 2007). As bactérias responsáveis pela cárie dentária são tipicamente adquiridas na infância através da transmissão salivar directa das suas mães.

Factores que influenciam a transmissão são o nível destas bactérias nos reservatórios salivares maternos, frequência e eficiência da transmissão, e a receptividade da criança à sua implantação, que é principalmente dependente da dieta (Boggess et al., 2006).

Em relação aos fármacos administrados à mulher grávida, apenas cerca de metade considera que podem levar a algum tipo de alteração nos dentes da futura criança.

As tetraciclinas estão classificadas na categoria D da FDA, estão contra-indicadas na gravidez e principalmente depois do quarto mês devido ao efeito tóxico que têm sobre o desenvolvimento dentário e ósseo. Podem causar inibição do crescimento ósseo e desenvolvimento fetal, tem efeitos adversos sobre a dentição fetal, provoca pigmentação amarelada ou cinzenta dos dentes, hipoplasia do esmalte, cáries. Podem causar graves danos na dentição, se a toma de tetraciclinas ocorrer durante a calcificação das coroas por volta do 5º mês (Resende, 1996; Bulhosa 1998; Little et al., 1997).

Quando questionadas sobre informação de Saúde Oral, 54% das grávidas inquiridas revelaram que tiveram informação durante a gravidez. Essa informação foi dada em grande parte durante o 1º trimestre (86%). Em relação a informações recebida aquando o 1º exame pré-natal, apenas 37% obtiveram essa informação. Durante o pré-natal os pais estão mais receptivos a informações, nomeadamente sobre Saúde Oral. Neste período revela-se uma oportunidade única para prevenção de problemas e para educação em saúde. As grávidas são receptivas às mudanças e ávidas de conhecimento que assegurem o bem-estar do seu bebé (Konishi, 2002). Neste aspecto, pensando-se na mãe como modelo no seio familiar, a própria idade da mãe é um factor que pode interferir nos cuidados com a sua saúde oral e também com a saúde oral de seus filhos, neste estudo a maioria das grávidas (44%) situava-se na faixa etária dos 30-35anos, seguindo a tendência da sociedade actual, onde as mulheres são mães cada vez mais tarde.

O médico dentista foi considerado neste estudo a principal fonte de informação sobre saúde oral durante a gravidez, seguindo-se do médico de família, enfatizando o papel da classe médica-dentária como agente de Saúde. Uma prática de promoção da Saúde Oral pressupõe muitas vezes a interdisciplinaridade entre as áreas da saúde que estão relacionadas com os cuidados necessários na gravidez (Cozzupoli, 1981). Nesse sentido

para que a informação passe para a grávida, deve haver uma acção conjunta entre médicos dentistas e médicos (Cordeiro et al., 1999; Costa et al., 2002).

Em relação à consulta do médico dentista a maioria das grávidas inquiridas não consulta o seu médico dentista quando decidiram engravidar (62 %), no entanto, quando souberam que estavam grávidas, cerca de 55 % consultaram o médico dentista. A principal razão para não consultar o médico dentista foi o facto de não acharem necessário.

A visita ao médico dentista deve ocorrer e a sua importância é inquestionável. A paciente pode ao contrário do que os mitos vaticinam, ser submetida a tratamento dentário durante a gravidez. O principal objectivo no tratamento dentário durante a gravidez será, o estabelecimento de um ambiente oral saudável e um óptimo nível de higiene oral (Andrade, 1999; Little et al., 1997).

É também importante ensinar correctamente técnicas de higiene oral, sendo importante verificar e controlar a eficácia da mesma. A grávida deverá receber conselhos dietéticos, dando ênfase ao controle da ingestão de hidratos de carbono (Little et al., 1997; Brambilla et al., 1998).

Na análise da relação entre o grau de escolaridade e algumas características do estudo, os resultados evidenciam que não foram encontradas diferenças significativas, isto é, não existe uma relação de dependência entre o grau de escolaridade e cada uma das características em estudo, salientando algumas divergências com a literatura que referem que o baixo nível de instrução e económico tem influência nos conhecimentos e informação durante a gravidez, diminuindo interesse e restringindo a melhoria das condições de higiene e alimentação, fundamentais para a melhoria da qualidade de vida (Chagas, 2001).

Na comparação entre os “hábitos tabágicos” e o “grau de importância da ausência de hábitos tabágicos para a saúde oral na gravidez”, foram encontradas diferenças significativas, tendo as grávidas com hábitos tabágicos atribuído significativamente menos importância à ausência de hábitos tabágicos para a saúde oral durante a gravidez,

relativamente às que não tinham hábitos tabágicos, revelando a necessidade de consciencialização para os perigos do tabaco.

O tabaco produz diversos malefícios sobre a Saúde geral, uns mais estudados e debatidos do que outros. A cavidade oral não foge à regra e também é afectada negativamente com o consumo de tabaco. Hoje em dia diversos artigos falam sobre a relação entre o consumo de tabaco e a periodontite. Diversos estudos relatam uma maior incidência e severidade de perda de inserção nos pacientes fumadores, relatando também uma resposta menos eficaz em relação ao tratamento periodontal. Uma das teorias para justificar essa acção, revela-se com o seu suposto efeito no aumento de citocinas inflamatórias e moléculas que actuam na degradação tecidual (Sallum et al., 2007).

Com a relação entre o consumo do tabaco e a doença periodontal, e sabendo-se da cada vez maior associação de doença periodontal e parto pré-termo, a ausência de hábitos tabágicos e a sua importância para a Saúde Oral ganha assim outro nível de importância.

Na comparação entre a classificação da saúde oral na gravidez de acordo com o grau de importância que atribui a uma boa saúde oral na gravidez apura-se que foram encontradas diferenças significativas, tendo as grávidas que atribuíram maior importância a uma boa saúde oral durante a gravidez atribuído significativamente uma melhor classificação à sua saúde oral, relativamente às que atribuíram uma menor importância.

O comportamento e cuidados de uma pessoa com a sua Saúde Oral estão directamente relacionados com a percepção da sua própria boca, a importância e valor que dá para a mesma em suma com a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral. O próprio hábito de ir ou não ao médico dentista está muitas vezes relacionado com a falta de percepção da necessidade dessa mesma ida (Steele et al., 1996).

### III. CONCLUSÃO

Na análise dos resultados observa-se que uma grande maioria das grávidas inquiridas consideram a gravidez prejudicial para a Saúde Oral, relatam que ocorre enfraquecimento dos dentes, indicando a perda de cálcio para o bebê como a principal causa desse enfraquecimento. Estes dados, corroboram no que respeita à existência de mitos, muitos deles de há várias gerações.

Aproximadamente 50% das grávidas inquiridas não obteve informações sobre Saúde Oral durante a gravidez. Isto revela a importância de promover os conhecimentos da grávida, fornecendo-lhe mais e melhor informação sobre Saúde Oral. Ficou ainda claro que a principal fonte de informação sobre Saúde Oral é o médico dentista. Muitas vezes, o primeiro local onde a grávida pode obter informações diversas sobre a gravidez é o Centro de Saúde, e aí deveria ser disponibilizada também informação sobre a Saúde Oral, podendo mesmo funcionar como uma triagem. O Plano Nacional de Promoção da Saúde Oral funciona exactamente nesse mecanismo, onde a interdisciplinaridade entre as diversas áreas da Saúde, deverá sobrepor-se ao individualismo, tudo isto em prol de uma melhor capacidade de resposta à mulher grávida.

A Saúde oral da grávida influencia o desenvolvimento embrionário/fetal. Contudo, cerca de 75% das grávidas não consideram que uma infecção nas gengivas pode causar nascimento prematuro do bebê. Ainda aproximadamente 50% não considera que medicamentos administrados à mulher grávida possa levar algum tipo de alteração nos dentes da futura criança e quase 85% das grávidas não sabe que pode transmitir cárie ao seu filho. Revela-se assim um profundo desconhecimento por parte das grávidas sobre as consequências de uma má Saúde Oral no desenvolvimento do bebê e na futura Higiene Oral da criança.

Mais de metade das grávidas não consultou o Médico Dentista quando decidiu engravidar ou quando soube que estava grávida. Esta observação, associada à falta de esclarecimento das grávidas enaltece o elevado risco de desenvolver patologia oral durante a gravidez.

A gravidez é muitas vezes caracterizada por diversos episódios de vômito. Cerca de 81% das grávidas considera que se deve escovar os dentes a seguir a um desses episódios. Os autores aconselham o uso de elixires orais fluorídricos, devido à vulnerabilidade dentária sofrida pelos ácidos naturais dos vômitos, sendo recomendado a escovagem dentária.

Verifica-se finalmente que a grande maioria das grávidas estão conscientes da importância de uma boa Saúde Oral, boa dieta alimentar, ausência de hábitos tabágicos, considerando a larga maioria positiva a ida ao Médico Dentista durante a gravidez. Estes dados revelam que as grávidas percebem e valorizam os bons hábitos, estando motivadas para adotarem medidas para uma boa Saúde Oral.

A maternidade/paternidade é referenciada por muitos casais como sendo uma experiência única quase que milagrosa, um fruto esperado de uma relação de amor e partilha. Para que este sentimento se generalize, é fundamental que se invista cada vez mais na educação para a saúde. Para obter o êxito que se pretende nos cuidados a estas pacientes, deve-se desenvolver competências relacionais, estar motivados e empenhados na melhoria do desempenho profissional, a fim de lhes proporcionar cuidados de alto nível de qualidade, tornando possível a reformação contínua dos actos médicos, de modo à satisfação dos que servimos e principalmente dos que são servidos.

#### IV. BIBLIOGRAFIA

Aguierre, Viviana. (2007). Tabaquismo durante el embarazo: Efectos en la salud respiratoria infantil. *Rev Chil Enf Respir*, v. 23, pp.173-178.

Andrade, E. D., Ronali, J. (1999). Pacientes que requerem cuidados especiais In: Andrade, Eduardo Dias *et alii*. *Terapêutica Medicamentosa em Odontologia*. Artes Médicas, pp. 93-119.

Bianchi, H. (1996). Promoción de salud bucal en la embarazada: predicción de riesgo en el neonato. *Odontol. Urug.*, v. 45, n. 1, p. 23-32.

Bogges, Kim A.; Edelstein, Burton L. (2006). Oral Health in Women During Preconception and Pregnancy: Implications for Birth Outcomes and Infant Oral Health. *Matern Child Health J*, 10,pp. 169-174.

Bortoletti, Fátima; Ferreira, Fátima. (2007). Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal. In: Bortoletti, Fatima. *et alii*. *Psicologia na pratica obstétrica:abordagem interdisciplinar*. SP, Barueri, pp.21-32.

Bulhosa, J.F. (1998). Saúde Oral e Gravidez. *Rev. Port. Estomat. Cir. Maxilof.*, v. 39, n. 4, pp.233-242.

Campos, P. R. B. *et alii*. (2000). Suplementos fluorados durante a gestação e lactação: verdades e mitos. *Rev. Odontol. Univ. St. Amaro*, v. 5, n. 2, pp. 84-89.

Carmo, T. A.; Nitrini, S. M. O. (2004). Prescrições de medicamentos para gestantes: um estudo farmacoepidemiológico. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 4, pp. 1004-1013.

Chagas, M.I.O. (2001). Gestação e trabalho: alegria e sofrimento, um enfoque cultural. *UVA*, pp.128.

Chung, K.C. *et alii.* (2000). Maternal cigarette smoking during pregnancy and the risk of having a child with cleft lip/palate. *Plast Reconstr Surg.*, v. 105, n. 2, pp.485-91.

Codato, Lucimar A.B.; Nakama, Luísa; Melchior, Regina. (2008). Percepção de Gestantes sobre atenção Odontológica durante a Gravidez. *Ciências e Saúde Colectiva*, v. 13, n. 3, pp.1075-1080.

Conceição, Ewerton Nocchi. (2000). Doença cárie: Manifestações clínicas, diagnóstico e terapêutica. In: Conceição, Ewerton Nocchi; Burnett, Luíz Hnerique. *Dentística, Saúde e Estética*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. pp- 25-37.

Cordeiro, C. C.; Costa, L. C. S. (1999). Prevenção odontológica associada às alterações hormonais. *Rev. Bras. Odontol.*, v. 56, n. 5, pp. 255-256.

Costa, I. C. C.; Saliba, O.; Moreira, A. S. (2002). Atenção odontológica à gestante na Concepção Médico-Dentista-Paciente: Representações sociais dessa interação. *RPG Rev. Pos Grad.*, v. 9, n. 3, pp. 232-243.

Cozzupoli, C. A. (1981). Odontologia na gravidez. In: Cozzupoli, C. A., *Odontologia na gravidez*. São Paulo, Panamed, pp.17-29.

Diaz, R. R. M. *et alii.* (1998). Mitos, prejuicios y realidades del tratamiento odontológico durante el embarazo: opinión médica. *Ginecol. & Obstet.*, v. 66, n. 12, pp. 507-511.

Direcção Geral de Saúde. (2005). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*. Direcção Geral de Saúde, Circular Normativa nº1/DSE, pp.1-5.

Direcção Geral de Saúde. (2005). *Texto de Apoio ao Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: Fluoretos*. Direcção Geral da Saúde: Divisão de Saúde Escolar, pp.10-11.

Direcção Geral de Saúde. (2008). *Alargamento do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: Grávidas e Idosos beneficiários do complemento solidário*. Direcção Geral de Saúde, Circular Informativa N°4/DSPPS/DCVAE, pp.1-3.

Division of Health Promotion, Education and Communications; Health Education and Health Promotion Unit. (1998). Health Promotion Glossary. World Health Organization, Geneva. [Em linha]. Disponível em <[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp\\_glossary\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf)> [Consultado em 12/02/09]

Gaffield, Mary lyn *et alii*. (2001). Oral Health during pregnancy. An analysis of information collected by the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. *JADA*, v. 132, pp.1009-1016.

Gajendra, Sangeeta; Kumar, Jayanth V.; (2004). Oral Health and Pregnancy: a review. *NYSDJ*. pp. 40-44.

Garbero, Irene; Delgado, Ana María; Cárdenas, Ida, L.B. (2005). Salud Oral en Enbarazadas: Conocimientos y Actitudes. *Acta Odontológica Venezolana*, v. 43, n. 2, pp. 86- 92.

Garcia, P.P.N.S.; Corona, S.A.M. Valsecky JR. (1998). A Educação e motivação: Impacto de um programa preventivo com ênfase na educação de hábitos de higiene oral. *Rev. Odontol. UNESP*, v. 27, n. 2, pp.394-403.

Giglio, James A. *et alii*. (2009). Oral Health Care for the Pregnant Patient. *JCDA*, v. 75, n. 1, pp.43-48.

Grazuleviciene, Regina *et alii*. (2009). Maternal Smoking, GSTM1 and GSTT1 Polymorphism and Susceptibility to Adverse Pregnancy Outcomes. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, v. 6, pp.1282-1297.

Guzman, Laura M.D.; Suárez, J.L. (2004). Lesiones de la mucosa bucal y comportamiento de la enfermedad periodontal en embarazadas. *Med Oral Pat Oral Circ Bucal*, v. 9, pp.430-437.

Hunter, L.; Hunter B. (1997). Oral and Dental Problems Associated with Pregnancy In: Hunter, L.; Hunter B. *Oral Healthcare in Pregnancy and Infancy*. Macmillan Press Ltd., London, pp.27-34.

Jeffcoat MK, *et alii*. (2001). Periodontal infection and preterm birth: results of a prospective study. *J Am Dental Assoc*, v. 132, pp.875-880.

Konishi, F.; Lima, P. A. (2002). Odontologia intra uterina: a construção da saúde bucal antes do nascimento. *Rev. Bras. Odontol.*, v. 59, n. 5, p. 294-295.

Koren, Giden. (2004). Special Aspects of Perinatal & Pediatric Pharmacology In: Katzung, Bertram G. Et al. *Basic and Clinical Pharmacology*. 8ª edição, Lange Medical Books, pp. 1025-1035.

Laine, M.A. (2002). Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta Odontol Scand*, v. 60, n. 5, pp.257-264.

Lalla, Evanthia *et alii*. (2003). Oral Infection With a Periodontal Pathogen Accelerates Early Atherosclerosis in Apolipoprotein E–Null Mice. *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.*, v. 23, pp.1405-1411.

Lima, José Eduardo Oliveira. (2007). Cárie Dentária: Um novo conceito. *R Dental Press Ortodon Ortop*, pp. 119-130.

Lindhle, Jan; Karring Thorkild; Lang, Niklaus. (2003). Microbiología de la enfermedad periodontal In: Lindhle, Jan; Karring Thorkild; Lang, Niklaus. *Periodontología clínica e implantología odontológica*. Editorial médica panamericana, pp. 191-278.

Little, J. *et alii.* (2004). Smoking and Orofacial Clefts: A United Kingdom–Based Case-Control Study. *Cleft Palate–Craniofacial Journal*, v. 41, n. 4, pp.381-386.

Little, J.W. *et alii.* (1997). Pregnancy and Breast-Feeding. In: Little, James W et al. *Dental Management of the Medically Compromised Patient*. 5ª edição, Mosby, pp.434-44.

Machuca, G. *et alii.* (1999). The influence of general health and sócio-cultural variables on the periodontal condition of pregnant women. *J periodontol.*, v. 70, n. 7, pp.779-785.

Menoli, Ana Paula V. *et alii.* (2003). Nutrição e Desenvolviemnto Dentário. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde*, v. 9, n. 2, pp.33-40.

Michalowicz, B.S. *et alii.* (2006). Treatment of periodontal disease and the risk of preterm birth. *N Engl J Med.*, v. 355, n. 18, pp.1885-1194.

Mills, Lisa W.; Moses, Donna T. (2002). Oral Health During Pregnancy. *MCN*, v. 27, n. 5, pp. 275-281.

Miranda, G.E.; Maia, F.B.F.; Vale, M.P.P. (2004). A Atuação dos Cirurgiões-Dentistas de Belo Horizonte, frente a orientação da Gestante, em relação à Saúde Bucal de seu bebê. *Arquivos em Odontologia, Belo Horizonte*, v. 40, n. 4, pp.329-339.

Miyazaki *et alii.* (1991). Periodontal condition of pregnant women assessed by CPTN. *J Periodont.* v. 18, pp.751-754.

Nascimento, Z. C.; Lopes, W. C. (1996) Gravidez na adolescência: enfoque odontopreventivo. *ROBRAC*, v. 6, n. 20, pp. 27-30.

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

Peres, S. H. C. S. *et alii.* (2001). Tratamento alternativo de controle da cárie dentária no período materno infantil. *Rev. APCD*, v. 55, n. 5, pp. 346-350.

Pestana, M. H & Gageiro, J. N. (2003). Análise de dados para as Ciências Sociais. A complementariedade do SPSS, 3ª ed., Lisboa, Edições Sílabo.

Portaria nº301/2009 (2009). Diário da República, 1ªsérie, nº58. [Em linha]. Disponível em <<http://dre.pt/pdf1s/2009/03/05800/0185801860.pdf>> [Consultado em 04/04/09].

Reis, Liane G. *et alii.* (2008). Women who smoke and stop during pregnancy: who are they? *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, v. 8, n. 2, pp.217-221.

Rezende, J. (2000). Efeitos iatrogénicos de medicamentos. Farmacodependência. Intoxicações. Acidentes. Infortunística. In: Rezende, J. *Obstetrícia fundamental*. 8. Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pp.597-630.

Rigueira, Itamar. (1996) Etiopatogenia: Placa bacteriana, In: Rigueira, Itamar. *Fundamentos de Periodontia: Morfologia, prevenção e terapêutica*. Revinter, Rio de Janeiro, pp.21-34.

Rodriguez, J.L. (1996). Consideraciones sobre el tratamiento odontológico integrado en la paciente gestante. *Revista Eur. Odonto-Estomatologia*, v. 2, pp.73-79.

Rompante, Paulo. (2006). Qual o papel e o valor dos suplementos sistémicos de flúor em medicina dentária. *Rev Port Clin Geral*, v. 22, pp. 349-355.

Rosell, F.L.; Montandon, A. B. P.; Valseck JR, A. (1999). Registro periodontal simplificado em gestantes. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 2, pp. 157-162.

Sallum, A.W.; Neto, J.B.C.; Sallum, E.J. (2007). Tabagismo e a Doença Peridontal. *R. Periodontia*, v. 17, n. 2, pp.45-51.

Sanchez, J.G. *et alii.* (2009) Granuloma Piogenico. Reporte de dos casos de aparición inusual y revisión de la literatura. *Acta Odontologica Venezolana*, v. 38, n. 2, pp.36-40.

Santos, Patricia A. *et alii.* (2008). Associação entre periodontite e parto pré-termo: estudo de caso-controlo numa população portuguesa. *JADA*, v. 8, n. 4, pp.13-18.

Sheiham, A. (1981). The role of health education in reducing sugar consumption. *N Z Dent J*, v.77, n.348, pp.49-56.

Shirmer, J. *et alii.* (2000). *Assistência pré -natal: Manual Técnico*. 3ª Edição. Brasília, Secretaria de Políticas de Saúde, pp.66.

Silk, Hugh *et alii.* (2008). Oral health during pregnancy. *American Family Physician*, v.77, pp.1139-1144.

Soames, J.V.; Southam, J.C. (2004). Cárie dentária In: Soames, J.V.; Southam, J.C. *Patologia Oral*, 4ª edição, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp.17-30.

Steele, J.G. *et alii.* (1996). Major clinical findings from a dental survey of elderly people in three different English communities. *Br Dent J*, v. 180, pp.17-23.

Tomita, N. E. (1994). Modelo integrado de assistência em saúde bucal. *Rev. Fac. Odontol. Bauru*, v. 2, n. 2, pp.51-58.

Turner, Michael D.; Singh, Fiza; Glickman, Robert S.; (2006). Dental Management of the Gravid Patient. *NYSDJ*, pp.22-27.

Unfer, Beatriz; Saliba Orlando. (2000). Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. *Rev. Saúde Pública*, v. 34, n. 2, pp.190-195.

Welgatch, Melissa K.M.; Samalea, Dulce M.V. (2008). Atenção Odontológica às Gestantes na Estratégia de Saúde de Família. *Revista de divulgação técnico-científica do ICPG* v.3, nº12, pp.73-79.

Zardetto, C.G.D.; Rodrigues C.R.M.D.; Ando T. (1998). Avaliação dos conhecimentos de alguns tópicos de Saúde Bucal de Gestantes de níveis socioeconômicos diferentes. *RPG*, v. 5, n. 1, pp.69-74.