

SAÚDE ORAL NA GRÁVIDA

ANDREIA ANTUNES, VITOR ROSETE, JORGE FAGULHA
Serviço de Obstetrícia. Hospitais da Universidade de Coimbra. Coimbra

RESUMO

Estudo descritivo com uma componente exploratória, dirigido às mulheres grávidas que acorreram à consulta externa da Maternidade Daniel de Matos durante a segunda semana de Junho de 1997. Foram seleccionadas aleatoriamente 80 gestantes, às quais se aplicou um questionário de modo a identificar o nível de conhecimentos relativamente à saúde oral e analisar o seu comportamento em relação a hábitos alimentares e de higiene oral antes e durante a gravidez. Foi também quantificado o índice de placa bacteriano pela utilização de um revelador de placa.

Os conhecimentos sobre saúde oral são globalmente insuficientes. Os hábitos alimentares desta população são predominantemente cariogénicos, embora haja tendência para diminuição do consumo de açúcar durante a gravidez. A procura de dentista durante a gravidez é baixa, particularmente nas mulheres com menos habilitações literárias. Os níveis de contaminação de placa bacteriana são, traduzindo uma má qualidade dos hábitos de higiene dentária.

Palavras-chave: Saúde Oral, gravidez, cáries dentárias, administração flúor

SUMMARY

Oral Health in Pregnant Woman

Descriptive study with an analytic component, on pregnant women that went for consultation to Maternidade Daniel de Matos (Coimbra, Portugal) during the second week of July 1997. 80 women were randomly selected and asked to answer a questionnaire, concerning level of knowledge towards oral health as well as dietary and oral hygiene habits before and during pregnancy. It was also quantified the dental plaque indicator by using a plaque staining method.

The knowledge about oral health is globally speaking, insufficient; dietary habits are mainly cariogenic although pregnant women tend to lower their sugar intake. During pregnancy women rarely go to see the dentist, especially the less educated ones. The dental plaque levels are globally high, indicating oral hygiene habits of low quality.

Key words: oral health, pregnancy, dental caries, fluoride administration

INTRODUÇÃO

Apesar das doenças orais constituírem um grave problema de Saúde pública – devido às elevadas taxas de morbilidade por cárie dentária e gengivite existentes na população e aos enormes custos inerentes ao seu tratamento – muitas pessoas não estão sensibilizadas para a importância de um problema que afecta aos 12 anos mais de 85% da população Portuguesa¹, pode atingir e lesar

outros órgãos, e que pode ser evitado com algumas medidas simples de prevenção².

É possível e desejável que cada vez mais pessoas possam usufruir dos benefícios que resultam da utilização de todos os dentes são durante toda a vida³.

A gravidez implica algumas alterações orgânicas, fisiológicas e de comportamento, que podem ter repercussão na cavidade oral. Assim a mulher grávida deve

ter maiores cuidados buco-dentários que a população em geral⁴.

O melhor tratamento é a prevenção, pelo que é preciso aumentar e reforçar os conhecimentos sobre saúde oral e complementá-los com visitas periódicas ao dentista⁵.

Idealmente deveria existir uma articulação entre os serviços de atendimento à mulher grávida (Centros de Saúde, maternidades, consultórios privados) e os serviços de Medicina Oral, de modo a que a grávida pudesse fazer um exame dentário e receber aconselhamento sobre as medidas de prevenção e os tratamentos necessários. Em Portugal não existe nenhuma organização estruturada a esse nível; cabe pois a cada médico a decisão de sensibilizar a grávida relativamente à importância da saúde oral, e transmitir informações necessárias sobre o assunto logo que a gravidez é confirmada⁶.

Quadro 1 – Dez normas básicas para o tratamento odontológico na grávida

1. Ponderar bem qualquer prescrição
2. Evitar auto-medicação, informando a grávida do risco que isso comporta
3. Usar sempre a dose mínima eficaz durante o menor tempo possível
4. Ser especialmente cuidadoso durante o 1º trimestre
5. Utilizar medicamentos de inocuidade reconhecida, evitando fármacos recentes
6. Limitar as prescrições farmacêuticas aos casos realmente necessários
7. Usar de preferência fármacos simples evitando as associações farmacológicas
8. Não usar medicamentos para adiar tratamentos dentários
9. Recordar que as medidas profiláticas de higiene e dietéticas podem prevenir situações de inflamação/ infecção, evitando assim tratamento farmacológico
10. Ter sempre em conta que uma mulher em idade fértil é uma gestante potencial

MANIFESTAÇÕES ORAIS NA GRAVIDEZ

GENGIVITE GRAVÍDICA (GG)

Esta doença periodontal surge na gravidez com uma frequência que oscila entre os 50% e 100%^{7,8}; é a manifestação oral mais frequente.

A GG ocorre quer em mulheres sem alterações periodontais prévias quer sobre a forma de agravamento de alterações inflamatórias pré-existent, estando o quadro final, segundo alguns autores⁹, em relação directa com o estado de saúde gengival e as condições de higiene oral. Não existem diferenças significativas relativamente à idade das gestantes atingidas.

Vários estudos demonstram ser a causa mais directa para o aparecimento de GG a placa dentária¹⁰; se se tomarem medidas higiénicas pertinentes para a sua eliminação e prevenção a GG não ocorre. No entanto autores como Loe afirmam que enquanto na gengiva normal existe uma relação directa entre o índice de placa e a inflamação gengival, tal não acontece durante a gravidez, o que sugere que embora a gravidez não seja causa directa de gengivite ocorrem várias alterações que a podem iniciar ou agravar:

• Alterações hormonais:

- Os estrogéneos e progestagéneos produzem na gengiva um aumento da vascularização e um aumento da permeabilidade capilar, que se traduzem numa resposta inflamatória exagerada e numa maior susceptibilidade dos tecidos aos irritantes locais.
- Os estrogéneos têm um certo efeito estimulante sobre o crescimento do epitélio oral¹¹.
- A progesterona influencia a microvascularização da gengiva, existindo uma relação directa entre os níveis desta hormona e a inflamação gengival.
- A progesterona actua no tecido gengival como agente imunodepressor, inibindo os processos reactivos agudos e propiciando os de tipo crónico. Originando assim uma exagerada inflamação gengival¹².

• Alterações imunológicas:

- A diminuição dos linfócitos T maternos condiciona uma diminuição da resposta imune celular a nível da gengiva¹³.
- A diminuição do nº total de linfócitos CD 3 e CD 4 e a diminuição da relação CD4/CD8 contribui para a inflamação gengival¹⁴. Estudos *in vitro* sugerem influências hormonais no PAI-2 (inibidor do activado do plasminogéneo tipo II) sendo este um importante inibidor da proteólise tecidular.

• Alterações na microflora subgengival¹⁵:

- Aumento de 6-7x da relação anaeróbios/aeróbios
- Aumento de 5x da quantidade de bacterióides melanogénicos, o que condiciona um aumento da resposta inflamatória gengival¹⁶.
- Aumento na frequência de ingestão e na quantidade de alimentos
- Alteração dos hábitos de higiene dentária.

EPULIDE GRAVÍDICA (EG)

Trata-se de uma área localizada de hipertrofia gengival, vulgarmente conhecida por *tumor da gravidez*.

Ocorre com frequência de 0,5-5% na gravidez.

Clinicamente manifesta-se pelo aparecimento de engrossamentos da gengiva, geralmente únicos, de cor vermelha intensa e facilmente sangrantes e são assintomáticos. A EG aparece no II trimestre, cresce durante toda a gravidez não alcançando geralmente um tamanho maior que 2 cm, a maioria diminui muito ou desaparece após o parto. Estão indicadas medidas conservadoras (melhorar a higiene oral) e só nos casos que apresentem hemorragia excessiva ou ulceração devem ser abordados cirurgicamente.

CÁRIES

A mulher grávida tem um maior risco de desenvolvimento de cárie.

Embora não exista consenso em relação à maior ou menor incidência de cáries na gravidez¹⁷, existe um consenso em relação à causa fundamental que provoca o aumento da actividade cariogénica na grávida e que são os factores locais:

- Alteração na composição da saliva e flora oral (aumento de *Streptococos melanogénicos*)
- Alteração nos hábitos dietéticos e higiénicos.
- Existência de vômitos de repetição e de regurgitação do conteúdo gástrico, que podem originar uma erosão ácida dos dentes e desmineralização da superfície lingual destes.

Uma vez que os factores locais são inespecíficos, a gravidez não é por si só uma causa de cárie.

APLICAÇÃO DE FLÚOR

Embora a acção preventiva do flúor em relação às cáries seja conhecida há mais de 90 anos, só após 1980 se começou a questionar acerca do uso de flúor pré-natal. Sendo um tema ainda controverso, existem investigadores que o aconselham e outros que o desaconselham.

FORMAÇÃO DO ESMALTE

Desde a quarta semana de vida embrionária invagina-se a proliferação epitelial que origina a lâmina dentária. Entre a 6ª e 8ª semanas aparecem os esboços dos dentes temporários.

É durante a fase de secreção da matriz proteica do esmalte que ocorre a mineralização, sendo o flúor incorporado desde o início desse processo (4º mês de vida intrauterina para os incisivos temporários, e 5º-6º mês para os molares e caninos temporários).

Já em relação à mineralização dos dentes definitivos não existe consenso sobre se esta se inicia antes ou depois do nascimento.

Foi demonstrado que o flúor se fixa sobretudo durante os três últimos meses de gravidez, período em que a fluorémia materna diminui¹⁸.

Existem cerca de 100 estudos referentes à passagem transplacentar do flúor, dos quais se depreende que este atravessa a placenta e se incorpora nos tecidos fetais em calcificação mas que a placenta regula a passagem do flúor limitando a sua passagem e protegendo o feto dos efeitos tóxicos.

FLÚOR TÓPICO/SISTÉMICO NA GRAVIDEZ; SIM OU NÃO?¹⁸⁻²¹

Os benefícios da aplicação tópica de flúor são inquestionáveis e deveriam ser reforçados durante a gravidez, quer pela aplicação profissional deste elemento, quer pelo uso de pastas dentífricas fluoretadas e/ou gel de flúor.

Estas medidas podem prevenir a desmineralização dos dentes e facilitar a remineralização.

Em relação ao uso de flúor sistémico na gravidez, relativamente à efectividade das preparações sistémicas deste elemento (embora não haja qualquer dúvida em relação à segurança destas), a Associação de alimentos e medicamentos dos EUA decidiu não autorizar a prescrição de comprimidos de flúor para a formação de cáries, até que se reunam as evidências necessárias para assegurar a efectividade do seu uso.

Também a Federação Dentária Internacional, em função destas mesmas razões, não recomenda o seu uso.

Em suma, **carece-se ainda de ensaios clínicos bem controlados que estabeleçam definitivamente o possível valor da administração pré-natal de suplementos de flúor.**

DESINFECÇÃO BUCAL COM CLOREXIDINA

Um ponto importante é evitar a infecção ou transmissão microbiana. O *Streptococos mutans* é transmitido da mãe para o filho segundo os padrões de infecção maternos. Assim, as grávidas com valores muito altos de *E. mutans* devem fazer um controle da placa bacteriana com Clorexidina para reduzir os níveis deste agente²².

RECOMENDAÇÕES GERAIS NO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DA GRÁVIDA

Actualmente já estão superados os critérios abstencionistas que recomendavam realizar na grávida só tratamentos de urgência e atrasar todo o tratamento dentário.

Os objectivos mais importantes para o planeamento do tratamento dentário na grávida são conseguir um ambiente oral saudável e níveis adequados de higiene, o que pode ser conseguido com um programa preventivo, consistindo em aconselhamento nutricional e controlo rigoroso da placa dentária.

A qualidade da dieta afecta a formação de cáries, a gengivite gravídica e as infecções orais; é também importante para o desenvolvimento da dentição fetal, uma vez que influencia a composição química, a erupção, a maloclusão, e a susceptibilidade para as cáries.

Um bom programa de controlo de placa deve ser instituído, para minimizar a exagerada resposta inflamatória dos tecidos gengivais, devendo esta tendência exagerada ser explicada á grávida para esta perceber a importância desse controlo.

Durante o primeiro trimestre e a primeira metade do 3º trimestre, não devem fazer-se outros tratamentos electivos além de um bom controlo de placa dentária. O segundo trimestre é o período mais seguro para efectuar os tratamentos de rotina, devendo no entanto tomar-se algumas precauções relativamente à prescrição, ao tempo de duração dos tratamentos, e a posição da grávida.

RAZÕES DO ESTUDO

Apesar da importância e simplicidade que determinados actos de conduta têm para o controle das doenças periodontais na grávida, quando se fazem inquéritos sobre os conhecimentos de saúde oral e métodos de prevenção e higiene entre as grávidas os resultados são desanimadores.

Mitos como os de *por cada filho um dente*, estão ainda vulgarizados; num estudo efectuado em 1974 em homens e mulheres desdentados, o principal motivo apontado pelas mulheres para justificarem dentes perdidos foi precisamente a gravidez.

Consideramos ainda que as consultas de vigilância de gravidez constituem oportunidades privilegiadas para informar e sensibilizar as mães

Geralmente a grávida é muito receptiva a qualquer informação referente ao bem estar do filho, além de estar motivada para uma gestação sã e segura.

O médico deve estar preparado para mediar toda a informação, pois uma grávida informada e motivada sobre a saúde dentária será um modelo excelente para os seus filhos²⁴.

Embora sejam vários os factores que contribuem para a gengivite gravídica, o principal é sem duvida a acumulação de placa dentária, pois quando se consegue a eliminação completa desta produz-se a resolução da

gengivite.

Julgamos por isso importante **Quantificar a placa bacteriana** das superfícies dentárias das grávidas incluídas no estudo²⁴.

OBJECTIVOS

- Identificar, nas mulheres grávidas que frequentam as consultas da M.D.M., o nível de conhecimentos em relação à saúde oral.
- Analisar o seu comportamento o seu comportamento relativamente a hábitos alimentares e de higiene antes da gravidez e na gravidez.
- Verificar objectivamente o grau de higiene oral através do índice de placa bacteriana.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi desenhado um estudo descritivo com uma componente interna de tipo analítico/ exploratório.

Analisando vários estudos sobre a prevalência de doenças periodontais em grávidas, vemos que esse valor se aproxima dos 100%. Deste modo optámos por considerar o valor de prevalência de 95%, com admissão de um erro de 5% ($p < 0,05$).

O valor encontrado para a amostra foi de 76.

Para aleatorizar os elementos da amostra, optou-se por sortear 20 grávidas por dia com uma duração do estudo de quatro dias (80 grávidas).

A informação foi recolhida através de:

1. **Questionário** aplicado por entrevista a cada grávida incluída na amostra.
2. Utilização de um **revelador de placa bacteriana** para quantificar o **índice de placa bacteriana**.

Avaliação da placa bacteriana

A placa bacteriana é uma massa, normalmente invisível, constituída por restos alimentares, produtos salivares e colónias de bactérias, que adere fortemente a todas as estruturas da boca.

O **Índice de Placa**²⁴. É utilizado para quantificar a placa bacteriana, e reflecte, ainda que indirectamente os hábitos de higiene oral dos indivíduos avaliados. É geralmente usado o **Índice de Placa simplificado** (IPS) que é mais fácil de determinar sendo o resultado final igualmente fiável.

Para se calcular o IPS, atribui-se um valor ao tamanho da placa bacteriana existente na superfície dos seis dentes:

- 1º Molar superior direito superfície vestibular
- 1º Molar superior esquerdo superfície vestibular
- 1º Molar inferior direito superfície lingual
- 1º Molar inferior esquerdo superfície lingual

- Incisivo central superior direito superfície vestibular
- Incisivo central inferior esquerdo superfície vestibular

Se o dente a analisar estiver obturado, procede-se à observação do imediatamente ao lado dentro do mesmo grupo. São excluídas da amostra as grávidas que em uma ou mais hemiarçadas dentárias não tenham nenhum molar e/ou nenhum incisivo. Para atribuir um valor ao tamanho da placa bacteriana existente em cada uma das superfícies dos dentes referidos, usou-se um revelador de placa (Eritrosina) para a corar e, dessa forma possibilitar a sua identificação e respectiva classificação.

A cada um dos dentes foi atribuído um dos seguintes valores:

- Valor 0 = superfície do dente não corada.
- Valor 1 = 1/3 da superfície do dente corada.
- Valor 2 = 1/2 da superfície do dente corada.
- Valor 3 = toda a superfície do dente corada.

Feito o registo da observação, verifica-se que o somatório dos valores pode variar entre 0 e 18; dividindo por 6 este somatório obtém-se o Índice de placa individual.

Variáveis

A caracterização individual foi efectuada através das variáveis: idade, semanas de gestação, habilitações literárias. Estudaram-se ainda os hábitos de higiene e dietéticos, as alterações desses mesmos hábitos durante a gravidez, e o nível de conhecimentos em relação à saúde oral quer da grávida quer dos seus filhos²⁴⁻²⁷.

Estudo dos hábitos dietéticos : foram classificados 3 tipos de dietas²⁶:

- Dieta acentuadamente cariogénica - alimentos açucarados adesivos ingeridos frequentemente no intervalo das refeições ou antes de deitar.
- Dieta moderadamente cariogénica - alimentos açucarados adesivos ou não adesivos (líquidos) ingeridos no intervalo das refeições ou muito raramente no intervalo delas.
- Dieta pouco cariogénica - alimentos açucarados ingeridos apenas às refeições e muito raramente.

Nota: açucarados adesivos (rebuçados, chocolates, bolachas, bolos, frutos secos e marmeladas); açucarados não adesivos (sumos e refrigerantes açucarados).

Foi elaborado um *questionário* de resposta fechada incluindo 17 questões, através das quais se procurou obter informação relativa às variáveis consideradas. (ver anexo)

Os dados foram apresentados segundo a sua distribuição de frequência em valor absoluto e percentagem. Posteriormente usou-se o teste do χ^2 para avaliar a associação e independência entre variáveis.

Considerou-se um nível de significância de $p < 0,05$ para 1 grau de liberdade.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

Das 80 grávidas entrevistadas, 65% pertenciam ao grupo etário dos 25-34 anos, 27% tinham menos de 25 anos, e 8% mais de 35 anos.

Média etária = 27 anos

Em relação à idade gestacional, 50% das entrevistadas encontravam-se no III trimestre de gravidez, 40% no II e 10% no I.

Relativamente ao nível literário, o inquérito revelou 47,5% da amostra com a escolaridade obrigatória ou superior, tendo 25% algum grau de especialização. A maioria das grávidas da amostra (52,5%) têm contudo um nível de formação inferior ao obrigatório.

Nível de conhecimentos relativamente à saúde oral na grávida

No que se refere à pergunta *A gravidez ocasiona perda de dentes?*, 61% responderam acertadamente com a negação da pergunta.

Relativamente à 2ª pergunta *Na gravidez ocorre descalcificação dentária?* apenas 32,5% responderam de forma correcta.

No que respeita à pergunta *Podem fazer-se tratamentos dentários durante a gravidez?* 60% das mulheres responderam correctamente.

O elemento carioprotector foi identificado por 57% das inquiridas, tendo 31,5% optado pelo cálcio e 11% pelo ferro.

Nível de conhecimentos em relação à saúde oral dos filhos

Questionadas sobre *a partir de que altura se deve começar a lavar os dentes à criança?*, responderam acertadamente 26% das mulheres, enquanto 20% disseram não saber e 54% optaram por respostas incorrectas.

Em relação *À altura a iniciar o suplemento de Flúor* apenas 16% responderam de forma adequada, tendo 54% afirmado não saber e 32% feito uma opção incorrecta.

Hábitos de higiene

No que se refere aos hábitos de higiene, 51% das inquiridas *consulta o dentista* menos que uma vez or ano.

Relativamente à *frequência de escovagem dentária*, não houve respostas *nunca* e embora 72% o façam mais que uma vez por dia, há ainda 13% que apenas escovam

os dentes ocasionalmente.

No que respeita ao *uso de flúor*, a maioria das inquiridas (58%) fá-lo, recorrendo à pasta dentífrica com flúor; mas 36% não fazem qualquer uso de flúor.

Hábitos dietéticos

Verificámos que infelizmente a maioria das inquiridas (55%) tem uma dieta muito cariogénica, e apenas 10% fazem uma dieta adequada- pouco cariogénica.

Alteração dos hábitos com a gravidez

Apenas 21% das inquiridas consultaram o *dentista* durante a gravidez.

Não se verificaram grandes alterações no que respeita à *frequência das escovagens* (9% escovam mais vezes e 2,5% escovam menos vezes) e ao *uso de flúor* (a percentagem de grávidas que não usam flúor diminuiu 3,5% pelo uso de gel fluretado).

Já em relação à *dieta* verificou-se uma melhoria no comportamento das grávidas da amostra, com uma diminuição para metade das que faziam uma dieta acentuadamente cariogénica .

Índice simplificado de placa bacteriana

Da análise deste índice verificámos graus elevados de contaminação (níveis 2 e 3) em 82% das grávidas, enquanto apenas 2,5% das inquiridas tinham ausência de placa (nível 0).

DISCUSSÃO

Embora este trabalho seja essencialmente descritivo, uma vez que se trata de um assunto pouco estudado procedeu-se a um estudo exploratório, de modo conhecer a realidade e se poderem estabelecer estratégias de actuação. Trabalhou-se a informação segundo as variáveis idade e nível literário. Uma vez que o componente analítico deste trabalho é do tipo análise bivariada, agrupámos os níveis etários e de habilitações literárias em três grupos cada um:

IDADE	HABILITAÇÕES LITERÁRIAS
GRUPO I = 15-24 anos	GRUPO A = Analfabetos+1ºciclo+2ºciclo
GRUPO II = 25-34 anos	GRUPO B = 3ºciclo + F. complementar + F. profissional
GRUPO III = 35-45 anos	GRUPO C = Curso médio + curso superior

Os dados foram introduzidos em tabelas 2x2 e comparados recorrendo-se ao teste do Qui-quadrado ($p < 0.05$).

Nível de conhecimentos em relação à saúde oral na gravidez

Analisando o nível de conhecimentos segundo o grupo etário, relativamente à questão *a gravidez ocasiona perda de dentes?* não existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos, rondando a percentagem de respostas acertadas os 60%. Também em relação à pergunta *a gravidez origina descalcificação dos dentes?* não há diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos etários, embora grávidas mais jovens obtivessem melhores resultados. Relativamente aos *tratamentos dentários na gravidez*, as respostas foram semelhantes nos três grupos; tendo o grupo mais idoso errado ligeiramente mais. O *elemento carioprotector* foi identificado correctamente por 83% das grávidas do segundo grupo etário e apenas por 24% das do primeiro grupo sendo essa diferença estatisticamente significativa.

Entrando em comparação com o nível literário, verificamos que curiosamente existe um melhor resultado em relação às duas primeiras questões por parte do grupo menos habilitado (grupo A), embora essa diferença não tenha significado estatístico. Já em relação aos *tratamentos dentários* e *elemento carioprotector* verifica-se o inverso, sendo a diferença estatisticamente significativa apenas para a questão *tratamentos dentários*.

Em suma, o conhecimento sobre saúde oral na gravidez é globalmente fraco independentemente da idade ou habilitações literárias; algumas crenças populares estão ainda fortemente enraizadas na população.

Nível de conhecimentos relativamente à saúde oral dos filhos

Salienta-se a existência de graves lacunas na informação indispensável à promoção da saúde oral nas crianças.

Relativamente aos grupos etários verifica-se um desconhecimento geral sobre esse assunto, sem diferenças estatisticamente significativas entre eles.

Na confrontação com o nível literário verificámos em relação ao início da escovagem dentária um melhor conhecimento das grávidas com um nível literário médio/superior, sendo a diferença significativa em relação aos outros dois grupos. No que respeita ao início de flúor os resultados foram semelhantes nos três grupos.

Foram poucas as inquiridas que responderam que os cuidados de higiene dentária devem começar quando os dentes erupcionam, e observou-se um quase total

desconhecimento da necessidade de se administrarem suplementos de flúor às crianças desde as primeiras semanas de vida.

Hábitos de higiene

No confronto da frequência da consulta ao dentista pelos três grupos etários, verificámos haver pequenas diferenças entre os grupos, com cerca de metade das inquiridas a consultarem o dentista mais que uma vez por ano. Já em relação ao nível literário verificámos haver diferença com significado estatístico entre o grupo mais habilitado e os outros dois.

Em relação à frequência de escovagem dentária compatível com um controlo da placa bacteriana (2x/dia), verifica-se que o grupo mais idoso tem um comportamento menos adequado que os outros dois, tendo essa diferença significado estatístico.

Apesar da grande disponibilidade de dentífricos fluretados no mercado e da publicidade sobre o seu benefício, o seu uso ainda não é generalizado, particularmente pelas grávidas de mais baixo nível literário, sendo essa diferença estatisticamente significativa em relação à dos outros grupos.

Concluindo, verificamos melhores hábitos de higiene oral por parte das grávidas com maior nível literário, diferenciando-se estatisticamente dos outros grupos, e um comportamento pior nos grupos etários extremos embora sem significado estatístico.

Hábitos dietéticos

Em todos os grupos etários e literários a dieta predominante é de longe a muito cariogénica. As poucas grávidas que fazem uma dieta pouco cariogénica pertencem sobretudo aos grupos I e A; não há contudo diferença com significado estatístico entre os valores obtidos pelos vários grupos.

Consulta ao dentista durante a gravidez

O grupo etário com maior número de grávidas a consultar o dentista foi o II (25-34 anos), embora não haja diferença estatística relativamente aos restantes grupos. Já em relação ao nível literário verifica-se uma muito baixa procura de consulta pelo grupo menos instruído, sendo essa diferença estatisticamente significativa.

Índice simplificado de placa bacteriana

Em relação aos valores obtidos segundo os grupos etários verificámos que existe uma maior contaminação (nível 3) nos grupos mais jovens. O nível 0 foi obtido predominantemente pelo grupo III (35-45 anos). As

diferenças encontradas não têm no entanto qualquer significado estatístico.

Relativamente ao **grau de instrução** verificamos existirem valores estatisticamente diferentes para o nível 3, para o grupo A (mais elevado) em relação aos outros 2. Também no grupo A não foi encontrada nenhuma grávida com nível 0 de placa, embora nesse nível de placa não exista diferença com significado estatístico entre qualquer dos grupos.

CONCLUSÃO

- Os conhecimentos manifestados são ainda manifestamente insuficientes para que a saúde oral seja uma responsabilidade individual.
- Determinados mitos estão ainda enraizados na população
- O conhecimento do elemento carioprotector é muito baixo, particularmente da população menos instruída.
- As futuras mães manifestam desconhecer as duas medidas essenciais de prevenção da cárie nas crianças.
- Existem melhores hábitos de higiene dentária nas mulheres mais instruídas. A gravidez não leva a alteração nos cuidados habituais de higiene dentária.
- A dieta da maioria é acentuada ou moderadamente cariogénica, embora na gravidez haja tendência para um maior cuidado no consumo de açúcar, comportamento que deverá ser fomentado
- A procura de dentista durante a gravidez é globalmente baixa em particular pelo grupo menos instruído
- A avaliar pelos elevados níveis de contaminação de placa que predominam, as medidas de higiene dentária usadas são independentemente do aspecto quantitativo, qualitativamente insuficientes.

AGRADECIMENTOS

A Manuela Costa, Escola de Medicina Dentária da Universidade de Coimbra pelo apoio concedido.

BIBLIOGRAFIA

1. DGCSP: Saúde oral em saúde infantil – Orientações técnicas, DGCSP, Lisboa, 1991
2. DGCSP: Dentição, doenças orais e medidas de prevenção: Divisão de Saúde Oral, Lisboa, 1992
3. DGCSP: Prevenção da Cárie Dentária: Divisão de Saúde Oral, Lisboa, 1991
4. CUENCA, C MAANAU, LL SERRA: Manifestaciones orales en el embarazo. Manual de odontologia preventiva e comunitaria. Barcelona. Masson. 1991
5. BEREK JS, ADASHI EY, HILLARD PA: Preventive and primary carw. Novaak's gynecology. 12th edition. Baltimore. Williams & Wilkins Company. 1996
6. PINTO G: Odontologia social e preventiva. São Paulo. Santos Editora, 1994

7. ROSE LF, KAYE D: Medicina Interna en Odontologia. Barcelona: Salvat Editores, 1991
8. LITTLE I. W, FALLACE DA: Embarazo e lactância; Odontologia en pacientes com patologia previa. Madrid: Medici 1986
9. FIORENTINI F, TROZI FF: Las manifestaciones gengivales durante la gestacion. Arvnac Odontoestomatologia 1991;7:741-5
10. CONDE JM, INGLÉS M, RÓLDON P: Enfermedad perodontal en el embarazo. Revision esp. Estomatology.1981;29:179-80
11. ARMAS L, SOTRES J, AFONSO N: Estudio de la enfermedad parodontal y la higiene bucal en un grupo de embarazadas. Revision Estomatologia 1987;24:173-81
12. HARRY MP, LEWAN L: Altered tissue metabolism of progesterone in pregnancy gingivitis and granuloma. J. clinic periodontal 1991;18:226-66
13. O'NEILL TCA: Maternal lymphocyte response and gingivitis in pregnancy. J. periodology 1979; April:178-84
14. RABER JE: CD4 to CD8 and in vitro lymphoproligerative responses during experimental gingivitis in pregnancy and post-partum. J Periodontology 1991;62:663-67
15. KINBY B, MATSSON L, LECANNDER I: Aggravation of gengival inflammatory symptoms during pregnancy associated with the plasminogen activator anhibitor type 2 (PAI2) in gengival fluid. J Periodontal Research; 1996;31(4):271-7
16. KANMAN RS, LOESCHEW Y: the subgengival microflora during pregnancy. J periodontal research 1980;15:111
17. ZISKEN DE: Effects of pregnancy mouth acidity and age of caries. J periodontal research1980;15:111
18. DOUNIT M, MAHAS M: Doit-on prescrire du Fluor aux Femmes encrintes? Actualités Odontoesmatologiques 1993;184:523-30
19. GELON Y: Prise du Fluor Pendant la Grosseuse: quelles benefits pour l'enfant? Rev Franc Ginecol-Obst 1992;87:127-34
20. DRISCOLL W: Review of clinical research on the use of prenatal Fluoride administration for prevention of dental caries. ASDC-1 Dent 1981;48:109-117
21. THYLSTREEP A: Is there a biological rationale for prenatal fluride administration? ACDS-1-Dent-Child 1981;48:103-8
22. CRUZ JP: Prevenção da cárie dentária. Acta Med Port 1994;12(7): 683-686
23. TAISITANO BF: The pregnant dental patient. Evaluation and management. General dentestry 1993;41:226-34
24. DGS: Saúde oral nas crianças em idade escolar. Divisão de Saúde Escolar 1996;Abr
25. LAENHIES GI: Actividades preventivas - cuidados dentales en la mujer embarazada. Revista enfermaria 1995;206:31-32
26. PEREIRA A: Contribuição para o estudo de prevalência e gravidade da cárie dentária em Portugal 1990
27. DGCSP: Manual da Saúde oral; Divisão de Saúde Escolar



ANEXO

Questionário**1- Identificação**

Idade cronológica ___ anos

Idade Gestacional ___ semanas

Habilitações Literárias:

Analfabeto 1º Ciclo 2º Ciclo E. Complementar 12º Ano Curso profissional Curso Médio Curso Superior **2- Nível de conhecimentos em relação à saúde oral na gravidez**A gravidez ocasiona perda de dentes Sim Não Na gravidez ocorre descalcificação dos dentes Sim Não Podem fazer-se tratamentos dentários durante a gravidez Sim Não Qual o elemento que é cariprotector Flúor Cálcio Ferro **3- Nível de conhecimentos em relação à saúde oral dos filhos**

A partir de que altura se devem começar a lavar os dentes à criança

Logo que estes nasçam Quando a criança o faz só Entre os 3-6 anos Não sabe

Quando se deve iniciar o suplemento oral de Flúor à criança

< 1 ano 1<x< 6 anos > 6 anos não sabe **4- Hábitos de higiene**

Frequência de consulta de dentista:

< 1/ano ≥ 1/ ano

Frequência de escovagem dos dentes

Nunca por vezes 1x dia > 1x dia

Utilização de Flúor

Pasta dentífrica Gel Fluretado Não usa Flúor **5- Hábitos dietéticos**Dieta acentuadamente cariogénica Dieta moderadamente cariogénica Dieta pouco cariogénica **6 - Alteração de hábitos de gravidez**

Hábitos de higiene:

Consulta de dentista: Sim Não Frequência de escovagem dos dentes: Menor Igual Maior Utilização de Flúor: Dentífrico com Flúor Gel Fluoretado Não usa

Dieta:

Acentuadamente cariogénica Moderadamente cariog. Pouco cariog. **7 - Índice simplificado de placa bacteriana**

	VALOR 0	VALOR 1	VALOR 2	VALOR 3
Superfície vestibular do 1º molar superior direito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
“ “ do incisivo central sup. Direito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
“ “ do 1º molar sup. Esquerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
“ lingual do 1º molar inferior esquerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
“ vestibular do incisivo central inf. Esquerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
“ lingual do 1º molar inf. direito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>