

RENATA TOLÊDO ALVES

**SAÚDE BUCAL E GESTAÇÃO: ATITUDES DE USUÁRIAS DO SERVIÇO PÚBLICO  
DE JUIZ DE FORA – MG**

Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde: área de concentração em Saúde Brasileira da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Rosângela Almeida Ribeiro

JUIZ DE FORA  
2009

RENATA TOLÊDO ALVES

Saúde bucal e gestação: atitudes de usuárias do serviço público  
de Juiz de Fora – MG

Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde: área de concentração em Saúde Brasileira da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor em Saúde.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Rosangela Almeida Ribeiro  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof. Dr. Silvio Issáo Myaki  
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – *Campus* São José dos Campos

---

Prof. Dr. Flávio de Freitas Mattos  
Universidade Federal de Minas Gerais

---

Profa. Dra. Cristina Lougon Borges de Mattos  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof. Dr. Luiz Cláudio Ribeiro  
Universidade Federal de Juiz de Fora

JUIZ DE FORA  
2009

*"... Brindo à casa*

*Brindo à vida*

*Meus amores*

*Minha família..."*

*(O Rappa)*

## AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos a todos que, de alguma forma, possibilitaram esse meu encontro com as *atitudes* e a compreensão dos seus sentidos e inúmeras possibilidades:

Aos meus pais, *Braz Alves Pereira* e *Maria Maristela Toledo Pereira*, pelos princípios, valores e exemplos e por fazerem seus os meus sonhos.

À *Profa. Dra. Rosangela Almeida Ribeiro*, minha orientadora e amiga, por oportunizar grandes momentos de construção do meu aprendizado como Odontopediatra, como docente e, principalmente, como ser humano.

Aos professores doutores *Luiz Cláudio Ribeiro* e *Isabel Cristina Gonçalves Leite*, pelas valiosas contribuições no desenvolvimento do estudo.

À querida amiga *Aline da Silva Oliveira*, pela inestimável ajuda na coleta de dados e por vestir de alegria e otimismo os dias difíceis.

Às amigas *Cristina Lougon Borges de Mattos* e *Fernanda Campos Machado*, pelo carinho e amizade em todos os momentos.

Aos *professores* e *colegas do Curso de Pós-Graduação em Saúde*, por compartilharem suas experiências e saberes. À *Capes*, pela bolsa de Doutorado.

À *Secretaria Municipal de Saúde* e aos *profissionais da saúde do serviço público*, por viabilizarem a realização do estudo. Às *gestantes voluntárias*, pela colaboração e confiança.

Aos meus *alunos e seus pequenos pacientes*, razão de tudo que faço profissionalmente.

A *Deus*, pela felicidade de ter uma família, tantos amigos e grandes oportunidades.

## RESUMO

Frente à necessidade de incluir aspectos comportamentais no diagnóstico das condições de saúde/doença bucal para grupos específicos, como as gestantes, a avaliação das atitudes torna-se imprescindível. Este estudo transversal construiu e validou um instrumento para avaliar as atitudes frente à saúde bucal de gestantes usuárias do serviço público de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, e verificou a associação entre as atitudes e características demográficas, socioeconômicas e a história gestacional da população. A metodologia qualitativa foi utilizada para gerar itens de atitudes em relação à saúde bucal na gestação. Após a validação aparente os itens deram origem a um instrumento fechado cujas respostas foram construídas numa escala tipo *Likert* de três pontos (Concordo; Não sei; ou Discordo). Este instrumento foi aplicado, por entrevista individual, a uma amostra representativa do município, constituída de 312 gestantes, com idade entre 13 e 43 anos. A análise estatística testou a confiabilidade do instrumento, pelo método da consistência interna, determinada pelo alfa (  $\alpha$  ) de *Cronbach* e verificou a associação entre a variável dependente (atitude) e variáveis independentes (características demográficas, socioeconômicas, história gestacional atual e pregressa), pelo teste de Mann-Whitney. O nível de significância de adotado foi 5%. A avaliação da confiabilidade do instrumento resultou em uma escala denominada Escala de Atitudes frente à Saúde Bucal (EA-SB) constituída de 55 itens de atitudes (  $\alpha = 0,82$  ), divididos em três subescalas: Dieta e higiene (  $\alpha = 0,71$  ); Relação bidirecional (  $\alpha = 0,74$  ); e Crenças e mitos (  $\alpha = 0,76$  ). O escore total para a EA-SB demonstrou que apenas 63,8% das gestantes apresentaram atitude favorável frente à saúde bucal e estas foram significativamente associadas às variáveis escolaridade (  $P=0,007$  ), número de gestações (  $P=0,028$  ), número de filhos (  $P=0,029$  ) e problema de saúde em gestações anteriores (  $P=0,010$  ). Os resultados obtidos demonstram que é possível construir um instrumento confiável e válido para avaliar as atitudes de gestantes em relação à saúde bucal e evidenciaram a necessidade de reforço às ações de promoção e proteção de saúde individual e/ou coletiva direcionadas a este grupo específico.

Palavras-chave: Atitudes. Gestação. Saúde bucal. Validação. Consistência interna.

## ABSTRACT

The evaluation of attitudes has become vital due to the necessity to include behavioral aspects to the diagnosis of oral health/disease conditions for specific groups, such as the group of pregnant women. This cross-sectional study developed and validated an instrument to evaluate the attitudes of pregnant women who use the public services of Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil, towards oral health and assessed the association between attitudes and demographic and socioeconomic characteristics as well as pregnancy history of the population. The qualitative methodology was used to create questions about attitudes related to oral health during pregnancy. After apparent validation, the questions gave origin to a closed instrument whose answers were developed in scale such as the three-point *Likert* Scale (Agree; Don't Know; and Disagree). This instrument was applied at interviews, individually, to a representative sample of the city constituted by 312 pregnant women with ages between 13 and 43. The statistical analysis tested the reliability of the instrument through the internal consistency method, determined by *Cronbach's alpha* ( ) and verified the association between the dependent variable (attitude) and the independent variables (demographic and socioeconomic characteristics and present and past history of pregnancy) using the Mann-Whitney Test. The level of significance adopted was 5%. The reliability evaluation of the instrument resulted in a scale called "Scale of Attitudes towards Oral Health" (SA-OH) made of 55 attitude questions (  $\alpha=0.82$ ), divided into three subscales: Diet and hygiene (  $\alpha=0.71$ ); Bidirectional relation (  $\alpha=0.74$ ) and Myths and beliefs (  $\alpha=0.76$ ). The total score for SA-OH showed that only 63.8% of pregnant women presented a favorable attitude towards oral health and these were significantly associated to the variables of level of education ( $P=0.007$ ), number of pregnancies ( $P=0.028$ ), number of children ( $P=0.029$ ), and health problems during previous pregnancies ( $P=0.010$ ). The results showed that it is possible to develop a reliable and valid instrument to evaluate the attitudes of pregnant women towards oral health. Results also showed the need to reinforce individual and/or collective actions of health promotion and protection which should be directed to this specific group.

Keywords: Attitudes. Pregnancy. Oral health. Validation. Internal consistency.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 1	Juiz de Fora, segundo Regiões Administrativas.....	57
Fluxograma 1	Fluxograma esquemático do estudo.....	58

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das unidades de assistência nas RA de Juiz de Fora – MG.....	57
Tabela 2	Número de gestantes (n) a serem incluídas, por RA de Juiz de Fora – MG.....	60

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
BBO	Bibliografia Brasileira de Odontologia
BDENF	Base de Dados da Enfermagem
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
COCHRANE	Revisões Sistemáticas da Colaboração Cochrane
CPO-D	Índice de dentes cariados, perdidos e obturados
CPO-S	Índice de superfícies cariadas, perdidas e obturadas
EA-SB	Escala de Atitudes frente à Saúde Bucal
EUA	Estados unidos da América
FO-UFJF	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora
H	Hora
ICNTP	Índice Comunitário de Necessidade de Tratamento Periodontal
IPC	Índice Periodontal Comunitário
IL	Interleucina
ISD	Índice de Saúde Dentária
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDCARIBE	Literatura do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	MEDLARS® <i>Management Section</i> on-line
Min	Minuto
OMS	Organização Mundial da Saúde
Ph	Potencial Hidrogeniônico
PG	Prostaglandina
PIG	Pequeno para Idade Gestacional
PRAMS	<i>Pregnancy Risk Assessment Monitoring System</i>
PSF	Programa de Saúde da Família

PUBMED	Base de dados da <i>U.S. National Library of Medicine and National Institutes of Health</i> – Estados Unidos
RA	Região Administrativa
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHOLIS	<i>World Health Organization Library database</i>

## LISTA DE SÍMBOLOS

=	Igual
%	Por Cento
>	Maior
<	Menor
±	Mais ou menos
	Maior ou igual
	Menor ou igual
	Alfa
	Beta
ml	Mililitro
mm	Milímetro
n	Tamanho da Amostra
OR	Razão de Chance
ORa	Razão de Chance Ajustada
$\mathcal{P}$	Nível de Significância
$r$	Coeficiente de Correlação
RR	Risco Relativo
RRa	Risco Relativo Ajustado
u.f.c./ml	Unidades formadoras de colônia por mililitro

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	17
2.1	SAÚDE BUCAL E GESTAÇÃO .....	17
<b>2.1.1</b>	<b>Doença periodontal</b> .....	17
2.1.1.1	Fatores de risco à doença periodontal .....	21
2.1.1.2	Repercussão da doença periodontal na evolução e desfecho da gestação .....	22
<b>2.1.2</b>	<b>Cárie dentária</b> .....	32
2.1.2.1	Fatores de risco à cárie dentária .....	34
2.1.2.2	Repercussão da cárie dentária na evolução e desfecho da gestação .....	37
<b>2.1.3</b>	<b>Utilização do serviço odontológico durante a gestação</b> .....	38
2.2	CONHECIMENTOS, ATITUDES, PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DE GESTANTES FRENTE À SAÚDE BUCAL .....	40
<b>2.2.1</b>	<b>Dieta e higiene bucal</b> .....	40
<b>2.2.2</b>	<b>Percepções da relação bidirecional entre saúde bucal e gestação</b> .....	44
<b>2.2.3</b>	<b>Crenças e mitos sobre saúde bucal e assistência odontológica na gestação</b> .....	46
<b>3</b>	<b>HIPÓTESE</b> .....	53
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	54
4.1	OBJETIVO GERAL .....	54
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	54
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	55
5.1	LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO .....	55
5.2	LOCAL DO ESTUDO .....	56
5.3	DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	58
5.4	CÁLCULO DA AMOSTRA .....	59
5.5	CASUÍSTICA .....	59
5.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	61
5.7	MATERIAL E MÉTODO .....	61

5.8	TRATAMENTO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS .....	64
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>66</b>
6.1	CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAR ATITUDES DE GESTANTES EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL .....	66
6.2	SAÚDE BUCAL E GESTAÇÃO: ATITUDES DE GESTANTES USUÁRIAS DO SERVIÇO PÚBLICO DE JUIZ DE FORA – MG....	84
6.3	ATITUDE DE GESTANTES USUÁRIAS DO SERVIÇO PÚBLICO FRENTE À SAÚDE BUCAL: ASSOCIAÇÃO COM VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS E HISTÓRIA GESTACIONAL .....	100
6.4	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E ATITUDINAL DE SAÚDE BUCAL DE GESTANTES USUÁRIAS DO SERVIÇO PÚBLICO DE JUIZ DE FORA, MG .....	118
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>138</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>139</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>151</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>163</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Em nenhum outro momento da vida da mulher ocorrem mudanças fisiológicas e comportamentais tão intensas quanto na gestação, a qual não deve, porém, ser responsabilizada pelas doenças bucais que ocorrem durante este período.

Os níveis elevados de estrógeno e progesterona, necessários para a manutenção da gestação, são responsáveis pelo aumento da mobilidade dentária, do fluido gengival, da profundidade do sulco gengival e da resposta inflamatória à ação de irritantes locais (SARTÓRIO; MACHADO, 2001).

Tem-se demonstrado que os níveis hormonais aumentados contribuem significativamente na etiologia e patogenia da doença periodontal. Mesmo com índices de biofilme semelhantes, as gestantes apresentaram índice gengival significativamente maior que não gestantes (TILAKARATNE et al., 2000).

As mulheres, durante a fase gestacional, parecem mais vulneráveis também ao desenvolvimento da doença cárie. Neste período, ocorre diminuição do pH e capacidade tampão da saliva, o que pode favorecer o crescimento e desenvolvimento bacteriano. Hábitos inadequados de dieta e higiene bucal contribuem para o acúmulo de biofilme e predispõem as gestantes ao desenvolvimento e/ou agravamento da doença (LAINE, 2002).

Para Segura et al. (2001), o impacto que condições sistêmicas exercem sobre a saúde bucal tem sido bem documentado. Nos últimos anos, estudos têm sugerido que a condição de saúde bucal pode desempenhar um papel importante na etiopatogenia de diversos acometimentos, entre eles, os efeitos adversos na gestação.

Tem sido sugerido que a doença periodontal em gestantes pode ser um fator associado ao nascimento prematuro e/ou de baixo peso (BOGGESS et al., 2006; DASANAYAKE, 1998; JEFFCOAT et al., 2001; LÓPEZ; SMITH; GUTIERREZ, 2002b; LÓPEZ et al., 2005; MOLITERNO et al., 2005; OFFENBACHER et al., 2001; OFFENBACHER et al., 2006a; ÚRBAN et al., 2006).

A assistência pré-natal constitui-se em um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de manter sob vigilância a evolução da gestação e promover a saúde da mãe e da criança (BRASIL, 1998). Desta forma, um

acompanhamento pré-natal adequado deve conceber a saúde bucal como parte integrante da saúde sistêmica.

O Ministério da Saúde preconiza que o período gestacional deve ser aproveitado para o desenvolvimento de ações educativas em saúde e acrescenta que as gestantes constituem um grupo ideal para que o processo de aprendizagem se realize. Segundo as normas e manuais técnicos adotados para a assistência pré-natal, todas as gestantes inscritas no pré-natal, por ocasião do primeiro atendimento, devem submeter-se à consulta odontológica para o exame clínico da cavidade bucal e estabelecimento de um plano de tratamento a ser desenvolvido neste período (BRASIL, 1998).

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal recomendam a organização e desenvolvimento de ações educativo-preventivas coletivas e a garantia do atendimento individual. A consulta odontológica deve incluir, minimamente, a orientação sobre possibilidade de atendimento durante a gestação; exame de tecidos moles e identificação de risco à saúde bucal; diagnóstico de cárie e/ou doença periodontal; e necessidade de tratamento e orientações sobre hábitos de dieta e higiene bucal (BRASIL, 2004a).

Apesar do aumento do risco destas pacientes para o desenvolvimento das doenças bucais e dos possíveis impactos destas doenças na saúde materno-infantil, alguns estudos demonstram que gestantes vão menos ao cirurgião-dentista que mulheres de grupo etário semelhante (GAFFIELD et al., 2001; LYDON-ROCHELLE et al., 2004; MANGSKAU; ARRINDELL, 1996).

A visita ao cirurgião-dentista durante a gestação pode estar associada à idade, raça, grau de escolaridade, estado civil, renda familiar (MANGSKAU; ARRINDELL, 1996) e à frequência de utilização do serviço antes da gestação (GAFFIELD et al., 2001). Finch et al. (1988) *apud* Albuquerque, Abegg e Rodrigues (2004) incluem as gestantes entre os grupos não alcançados pelos serviços de saúde e que não buscam o atendimento odontológico por iniciativa própria. Embora estas pacientes percebam as necessidades de tratamento, não se sentem seguras quanto à sua indicação formal. Para Costa, Saliba e Moreira (2002), há necessidade de atualização de conhecimentos para acabar com a exclusão, dificuldades de acesso e falta de oportunidades de tratamento que estas pacientes enfrentam nos serviços. É necessário investir nesta população para dirimir dúvidas e levar informações

concretas, reais e fundamentadas nas Ciências da Saúde, minimizando, assim, a fragilidade psicológica e as fortes influências culturais nas suas decisões.

A alta suscetibilidade das gestantes ao desenvolvimento/agravamento da cárie dentária e doença periodontal, as possíveis repercussões destas na evolução e desfecho da gestação e as barreiras ao tratamento odontológico que este grupo enfrenta relacionadas ao indivíduo e à prática dos profissionais, tornam fundamental o desenvolvimento de ações direcionadas a esta população. As gestantes precisam de acesso a informações relativas ao autocuidado, bem como às intervenções necessárias para o controle de fatores que possam colocar em risco a evolução e desfecho da gestação (ALVES, 2007).

Para Brandão (1998), o planejamento de estratégias de atuação deve ser precedido de um diagnóstico de saúde bucal que contemple, além dos aspectos biológicos envolvidos, os comportamentos do indivíduo, uma vez que a prevenção e controle das principais doenças bucais são altamente dependentes deste componente. Assim, poderão ser elaboradas estratégias que respeitem as características dos grupos aos quais serão aplicadas. Contudo, o estudo das atitudes requer instrumentos confiáveis e válidos (MORIYA, 1994).

Os poucos estudos até então conduzidos com instrumentos validados em populações de gestantes foram limitados a investigar a autopercepção das condições bucais e o impacto das mesmas sobre a qualidade de vida (ACHARYA; PARVATI, 2008; OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005; SILVA; ROSELL; VALSECKI JÚNIOR, 2006).

Frente ao exposto, este estudo se propõe a avaliar as atitudes de gestantes acerca da saúde bucal por meio de um instrumento validado.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

Este capítulo se propõe a revisar a literatura acerca de alguns aspectos relacionados à saúde bucal na gestação bem como dos conhecimentos, percepções, atitudes e práticas de gestantes frente à saúde bucal e assistência odontológica durante este período.

### **2.1 SAÚDE BUCAL E GESTAÇÃO**

A gestação provoca mudanças orgânicas e psicológicas próprias do processo fisiológico que caracteriza esta fase. As gestantes apresentam alterações nos fatores associados à instalação/agravamento da doença periodontal e cárie dentária, o que aumenta, neste grupo, a suscetibilidade a estas doenças.

#### **2.1.1 Doença periodontal**

A doença periodontal é um termo genérico para condições inflamatórias crônicas de origem bacteriana que se iniciam com a inflamação gengival, a gengivite, podendo ou não levar à extensão da inflamação aos tecidos de suporte dos dentes, a periodontite (SOCRANSKY, 1984). Entre as doenças crônicas infecciosas que atingem os seres humanos, a doença periodontal está entre as mais comuns (OFFENBACHER et al., 2001). No Brasil, o levantamento epidemiológico nacional Projeto SB Brasil 2003 (BRASIL, 2004b) utilizou o Índice Periodontal Comunitário (IPC) para determinar a prevalência de doença periodontal. O número médio de sextantes afetados e a respectiva proporção em cada sextante do IPC considerando a população adulta (35 a 44 anos) da Região Sudeste foram: sadio ( $n=2,2 - 36,54\%$ ); sangramento ( $n=0,6 - 9,97\%$ ); cálculo ( $n=1,25 - 20,76\%$ ); bolsa de 4 a 5mm ( $n=0,21 - 3,49\%$ ); bolsa de 6mm ou mais ( $n=0,05 - 0,83\%$ ).

As gestantes parecem particularmente suscetíveis ao comprometimento periodontal, em maior ou menor grau. Os estudos revisados demonstraram que a prevalência da doença periodontal em gestantes variou de 10,1% (RAMOS et al., 2006) a 100% (ROSELL; MONTANDON-POMPEU; VALSECKI JÚNIOR, 1999).

A condição periodontal de gestantes foi objeto de estudos em diversos países. Santibáñez et al. (1998) determinaram a prevalência de doença periodontal em um grupo de 100 gestantes mexicanas. Os resultados demonstraram que 81% da amostra apresentavam a doença, sendo esta classificada como leve em 52 mulheres, moderada em 19 e grave em 10 casos.

Entre as 100 gestantes espanholas examinadas por Machuca et al. (1999), a gengivite em consequência do acúmulo de biofilme, foi a alteração periodontal mais característica e associou-se ao nível de ocupação, grau de instrução e tratamento periodontal prévio.

A condição periodontal de 250 mulheres nigerianas durante o período gestacional foi avaliada por Agbelusi, Akinwande e Shutti (2000). O Índice Comunitário de Necessidade de Tratamento Periodontal (ICNTP) revelou que 50% das gestantes necessitavam de instruções de higiene bucal, alisamento e polimento radicular; 13% necessitavam apenas de instruções de higiene bucal; e 32,2% não requeriam tratamento.

Malavé, Salazar e Sánches (2001) avaliaram a prevalência da doença periodontal associada à classe social em 150 gestantes da Venezuela examinadas no terceiro e oitavo mês de gestação. A presença de gengivite foi observada em 52% das mulheres no terceiro mês e em 52,67% daquelas no oitavo mês. Os autores identificaram, ainda, uma associação significativa entre a classe social e a distribuição da doença entre as mulheres no terceiro mês de gestação. A gengivite foi diagnosticada em 18,18% na classe alta e 24,24% na classe média alta, em contraste com 47,92% na classe média baixa, 73,81% na classe operária e 87,50% na classe baixa. A doença manteve sua distribuição diferenciada por classes sociais também entre as gestantes no oitavo mês.

Em um estudo conduzido na Turquia, Yalcin et al. (2002) ressaltaram a influência positiva do maior nível educacional e melhores condições socioeconômicas sobre as condições periodontais de 61 gestantes. Os escores dos parâmetros clínicos adotados para a avaliação periodontal aumentaram gradualmente do primeiro ao

terceiro trimestre. O nível educacional mais baixo foi associado à pior condição periodontal ( $P < 0,05$ ).

Scheutz et al. (2002) avaliaram a presença de doença periodontal numa amostra estratificada pelo número de filhos e idade materna e composta por 500 gestantes da Tanzânia. A doença periodontal foi considerada como perda de inserção  $> 3\text{mm}$ . A análise de regressão logística múltipla evidenciou associação entre a doença periodontal e o número de filhos. Os valores para a razão de chance aumentaram em proporção ao número de crianças (2-3 filhos: OR=1,3; 4-6 filhos: OR=2,0; e 7-12 filhos: OR=3,3). Da mesma forma, a idade materna foi associada à destruição periodontal (30-37 anos: OR=1,5; 38-43 anos: OR=2,1; e 44-49 anos: OR=3,7).

A relação entre a idade materna e as condições periodontais associadas ou não a outras lesões bucais (úlceras inespecíficas, hiperplasia gengival, outras) também foi investigada por Lárez et al. (2005) na Venezuela. Os resultados encontrados demonstraram que 60,96% das gestantes apresentavam exclusivamente gengivite. Ao se avaliar a gengivite associada a outras lesões bucais, não se observou uma proporcionalidade crescente em relação à faixa etária. A maior prevalência foi encontrada no grupo etário de 20-29 anos ( $n=98$  – 39,04%) seguido pelo grupo de 30-39 anos ( $n=70$  – 27,89%). As menores prevalências foram encontradas nos grupos etários de 10-19 anos e 40-49 anos ( $n=64$  – 25,50%;  $n=19$  – 7,57%, respectivamente).

O estudo caso-controle (1:1) desenvolvido na Jordânia por Taani et al. (2003) comparou a prevalência de doença periodontal entre um grupo de 200 gestantes (caso) e outro de 200 mulheres não gestantes (controle). As gestantes apresentaram índices mais altos de sangramento gengival e perda de inserção clínica quando comparadas às não gestantes ( $P < 0,005$ ).

Alguns estudos brasileiros também avaliaram a condição periodontal de gestantes.

Oliveira e Oliveira (1999) determinaram a prevalência de doenças bucais em uma amostra de 100 gestantes de João Pessoa – PB. A gengivite foi a mais prevalente entre as doenças pesquisadas, atingindo 91,1% das gestantes, seguida do ressecamento dos lábios (5,4%), fístula (5,4%), e candidose (0,37%).

No estudo de Rosell, Montandon-Pompeu e Valsecki Júnior (1999), 100% das gestantes que frequentaram a Clínica de Prevenção da Faculdade de Odontologia de

Araraquara – SP apresentavam alguma alteração gengival. Destas, 29,2% necessitavam de tratamento periodontal mais complexo, que incluía, além da prevenção, raspagem e alisamento radicular e/ou eliminação de margens restauradoras defeituosas.

Das gestantes brasileiras examinadas por Scavuzzi, Rocha e Vianna (1999) em Salvador, Bahia, 95,1% apresentavam alguma alteração periodontal e 76% necessitavam de algum tipo de intervenção, incluindo raspagens supra ou subgengival (73,5%), raspagem profunda, curetagem ou intervenção cirúrgica (2,5%). Isto sugere a maior gravidade de comprometimento periodontal nessas mulheres.

No Rio de Janeiro – RJ, Sartório e Machado (2001) avaliaram a condição periodontal de 60 gestantes de nível educacional e socioeconômico baixo e demonstraram que 71,6% apresentaram gengivite.

Montandon et al. (2001) encontraram uma prevalência de 85,2% (n=92) de doença periodontal entre as 108 mulheres no período pré ou pós-parto examinadas em João Pessoa – PB. A gengivite com a presença de cálculo foi o acometimento mais comum (n=58; 53,7%), sendo seguida pela gengivite sem a presença de cálculo (n=24; 22,2%).

Zanata et al. (2003) avaliaram 64 gestantes num estudo prospectivo de 30 meses. O cálculo do ICNTP demonstrou que 95,4% das gestantes necessitavam de alguma intervenção periodontal. Medidas preventivas atenderiam as necessidades de 21,9% das pacientes; 64,1% apresentavam necessidade de raspagem e alisamento radicular; e 9,4% apresentavam necessidades de tratamentos mais complexos, não mencionados pelos autores.

Em 2006, Coutinho determinou a condição periodontal de 24 gestantes residentes em Pará de Minas – MG em outro estudo prospectivo. Pelos parâmetros clínicos adotados para a avaliação periodontal, 83% das gestantes apresentavam gengivite e/ou periodontite leve ou moderada.

A condição periodontal de gestantes de Aracaju – SE foi investigada por Ramos et al. (2006) por meio do Índice de Sangramento Gengival. A prevalência da doença encontrada foi muito inferior à maioria dos estudos revisados e atingiu apenas 10,1% das gestantes pesquisadas.

Ainda em 2006, Vogt determinou a prevalência de doença periodontal em 334 gestantes atendidas no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC/UNICAMP) – SP. Os resultados demonstraram a prevalência total de doença

periodontal com alguma perda de inserção (de 3 a 10mm ou mais) em 95,2% da amostra, sendo que em 48,2%, a periodontite foi classificada como leve (perda de inserção até 3mm).

Em 2007, Tonello, Zuchieri e Pardi avaliaram a condição periodontal de 88 gestantes brasileiras de Lucas do Rio Verde – MT por meio do IPC. Os resultados demonstraram que mais de 40% da amostra apresentaram escores superiores a 1, que corresponde ao sangramento após a sondagem e presença de cálculo.

#### 2.1.1.1 Fatores de risco à doença periodontal

As alterações periodontais em gestantes parecem estar associadas aos efeitos do estrógeno e progesterona, hormônios relacionados à manutenção da gestação e com potencial de aumentar a resposta aos efeitos irritantes locais, como o biofilme bacteriano, o que poderia resultar em maior risco ao desenvolvimento/agravamento da doença periodontal.

Essas alterações tendem a se agravar no decorrer da gestação, chegando à gravidade máxima no terceiro trimestre, período coincidente com os maiores níveis hormonais e tendem a diminuir após o parto. Ao examinar gestantes num intervalo de três em três meses, Tilakaratne et al. (2000) encontraram considerável aumento no Índice Gengival ( $P < 0,001$ ) durante o terceiro trimestre. Resultados semelhantes foram descritos por Lieff et al. (2004) ao avaliar gestantes na 26<sup>a</sup> semana de gestação e 48 horas após o parto. Os autores observaram aumento significativo da doença periodontal entre o período inicial e final ( $P < 0,001$ ), bem como aumento significativo da gravidade da doença, percebido pelo aumento na porcentagem de mulheres com quatro ou mais sítios de perda de inserção clínica  $\geq 2$ mm ( $P < 0,05$ ) ou  $\geq 3$ mm ( $P < 0,001$ ) entre o primeiro e o segundo exames. Estes resultados, contudo, contrariam os achados do estudo de Malavé, Salazar e Sanches (2001), no qual a prevalência da doença periodontal em mulheres no terceiro e oitavo mês gestacional apresentaram resultados muito semelhantes (52% e 52,67%, respectivamente).

Este incremento hormonal parece alterar outros aspectos relacionados à doença periodontal. Di Plácido et al. (1998) associam os hormônios circulantes à destruição dos mastócitos gengivais com consequente liberação de histamina e

enzimas proteolíticas, as quais podem contribuir para a resposta inflamatória exagerada aos irritantes locais. Acrescentam ainda que a depressão imunológica que a mulher experimenta neste período leva à diminuição das células T, que pode associar-se à sensibilidade alterada dos tecidos gengivais.

Para Jesen, Lijemark e Bloomquisr (1981), a microbiota do biofilme subgengival também é influenciada pelos níveis aumentados de estrógeno e progesterona. A bactéria anaeróbia gram-negativa, *Prevotella intermedia*, estreitamente associada ao início da doença periodontal, utiliza os hormônios circulantes no fluido gengival como fator de crescimento e é encontrada em maior proporção no período gestacional. Laine (2002) acrescenta que o estrógeno atua na proliferação e descamação epitelial, fornecendo melhores condições nutritivas para as espécies bacterianas, especialmente para as subgengivais. Respostas imunes alteradas somadas às fontes de nutrientes criam um ambiente propício à *Prevotella species*. Além disso, melhores condições anaeróbias no sulco gengival podem ser fornecidas pelo sangramento gengival e o aumento de volume da gengiva. Para o autor, estas mudanças relacionadas à microbiota periodontopatogênica são provisórias.

Apesar das fortes influências dos níveis aumentados do estrógeno e progesterona, nem todas as gestantes apresentam as alterações gengivais descritas. O fator etiológico primário e fundamental para o desenvolvimento da doença é o biofilme bacteriano. Uma mulher com superfície dentária livre de biofilme e uma gengiva saudável no início da gestação não mostra nenhum sinal de inflamação gengival se o controle do biofilme é adequado durante o período.

#### 2.1.1.2 Repercussão da doença periodontal na evolução e desfecho da gestação

As condições de saúde bucal podem desempenhar um papel importante na etiopatogenia de diversas condições. A partir da década de 90, a doença periodontal em gestantes vem recebendo atenção considerável como fator associado aos nascimentos prematuros e/ou de baixo peso.

O nascimento considerado prematuro é definido pela Organização Mundial da Saúde – OMS como idade gestacional inferior a 37 semanas (WHO, 1977). A definição internacional de baixo peso ao nascimento, ditada pela OMS inclui um peso

ao nascimento inferior a 2.500g, que pode ser resultado de um curto período gestacional (prematuridade) ou retardo do crescimento fetal (WHO, 1984).

A prematuridade e baixo peso ao nascer estão associados à elevada taxa de mortalidade no período pós-natal (28 dias a 11 meses de idade). Além do efeito significativo na taxa de mortalidade infantil, há evidência crescente para ligar esses eventos a outros problemas de saúde que podem incapacitar esta criança total ou parcialmente pelo resto da vida, o que torna este problema um dos mais relevantes em Obstetrícia (OFFENBACHER et al., 1998a). Estes nascimentos representam, também, um custo social e financeiro elevado devido a uma maior demanda por cuidados intensivos no período neonatal e pós-neonatal. Estes custos, no entanto, não devem ser medidos somente em termos de sobrevivência; os resultados em longo prazo devem ainda ser avaliados (OFFENBACHER et al., 1998a; OFFENBACHER et al., 2001).

Segundo dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a taxa de mortalidade infantil no Brasil ainda corresponde a quase 100 mil crianças mortas antes de completar um ano. Essa taxa é a terceira maior da América do Sul. Uma análise aprofundada do problema revela que, nos últimos anos, enquanto o número de óbitos a partir do segundo mês de vida caiu significativamente, a mortalidade de recém-nascidos se manteve relativamente estável. Esse processo inverteu a composição da taxa de mortalidade infantil brasileira: os óbitos neonatais, que eram proporcionalmente menos numerosos, passaram a representar mais de 60% do total. A alta proporção de óbitos neonatais está relacionada à evolução das causas de mortalidade nas últimas décadas. Houve redução na participação de doenças infecciosas e parasitárias, doenças respiratórias e desnutrição, e considerável aumento na participação das afecções perinatais (problemas originados até a primeira semana de vida). Nessa categoria, está incluída a prematuridade (UNICEF, 2006).

A possibilidade da doença periodontal em gestante ser um fator associado à prematuridade e baixo peso ao nascer gerou grande preocupação no meio científico e passou a ser investigada em várias partes do mundo em estudos de diversas naturezas, os quais foram desenvolvidos após o estudo pioneiro de Offenbacher et al. (1996). Estes autores determinaram se a prevalência de doença periodontal materna estaria associada à idade gestacional e peso ao nascimento. Após controlar outros fatores de risco conhecidos, os resultados demonstraram que a doença periodontal é

um fator de risco independente e significativo para nascimentos prematuros de baixo peso (OR=7,9).

Nos Estados Unidos, Dasanayake, em 1998, observou que as mães com melhor saúde periodontal tinham menores riscos para parto prematuro de baixo peso. Num estudo conduzido no Reino Unido, Davenport et al., em 1998, demonstraram que, entre as 800 parturientes examinadas, a prevalência de prematuridade e baixo peso ao nascimento estava dentro do esperado, ao contrário da extensão e gravidade da doença periodontal que foram mais altas que o previsto.

Nos Estados Unidos, um estudo prospectivo conduzido por Jeffcoat et al. (2001) testou a associação entre infecção periodontal crônica e nascimentos prematuros em 1.313 gestantes. Verificou-se uma associação entre a presença de periodontite entre a 21<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gestação e o conseqüente nascimento prematuro. No mesmo país e ainda em 2001, Offenbacher et al. determinaram se a doença periodontal materna contribui para o risco de prematuridade e baixo peso. Os resultados confirmaram a hipótese de que a doença periodontal materna é fator de risco independente para nascimentos prematuros, peso baixo ao nascimento e restrição do crescimento fetal. Mães de recém-nascidos prematuros apresentaram maior incidência e gravidade da doença periodontal.

Para examinar a relação entre nascimento prematuro e baixo peso e presença de doença periodontal na mãe, Davenport et al. (2002) desenvolveram um estudo caso-controle no Reino Unido. Os resultados não demonstraram nenhuma evidência de associação (OR=0,79). Romero et al. (2002) conduziram um estudo para avaliar a doença periodontal em mulheres grávidas e a correlação com condição nutricional de seus filhos recém-nascidos. Após controle das variáveis de confusão, a análise estatística demonstrou correlação significativa entre a gravidade da doença periodontal em mulheres venezuelanas e o peso ao nascimento ( $r=-0,49$ ;  $P<0,01$ ) e idade gestacional ( $r=-0,59$ ;  $P<0,01$ ).

Em um estudo caso-controle (1:2) conduzido na Arábia Saudita, por Mokeen, Mola e Al-Jewais (2004), observou-se associação da doença periodontal com nascimentos prematuros e de baixo peso, mesmo após controle para outros fatores de risco (OR=4,21). Um outro estudo caso-controle foi desenvolvido na Hungria, em 2004, por Radnai et al. para verificar se a periodontite localizada pode resultar em nascimento prematuro. Uma associação significativa foi demonstrada ( $P=0,001$ ). A razão de chance encontrada foi 5,46. O peso ao nascimento dos recém-nascidos do

grupo caso foi significativamente menor que o do grupo controle ( $P=0,047$ ). Estes resultados foram confirmados pelo achados do estudo caso-controle peruano (1:2) desenvolvido por Robles, Salazar e Proaño De Casalino (2004). Os autores avaliaram uma relação entre o retardo do crescimento intrauterino e doença periodontal materna, controlando outros fatores de risco obstétricos. A análise multivariada mostrou associação entre doença periodontal materna e retardo de crescimento.

A inter-relação entre prematuridade, baixo peso e aborto com a doença periodontal materna foi investigada por Moore et al. (2004) num estudo prospectivo realizado no Reino Unido. A análise dos resultados indicou que, nesta população, não existiu nenhuma relação significativa entre a gravidade da doença periodontal e o nascimento prematuro ou de baixo peso. Por outro lado, houve uma relação entre saúde periodontal pobre e experiência de aborto.

Em um estudo caso-controle (1:2) que incluiu 156 gestantes peruanas Lizarraga e Proaño De Casalino (2005) encontraram associação entre nascimento prematuro de baixo peso e a perda de inserção periodontal, mesmo após controle de outros fatores de risco. Mães com perda de inserção periodontal tiveram mais que o dobro de chance de darem à luz a recém-nascidos prematuros de baixo peso. A razão de chance ajustada (ORa) foi 2,14.

No estudo de Marin et al. (2005), que incluiu 152 gestantes francesas, a presença de sangramento gengival e bolsa periodontal foram significativamente maiores em mulheres que deram à luz a recém-nascido com peso inferior a 2.500g ( $P=0,009$ ), quando comparadas às mulheres cujos recém-nascidos tinham peso entre 2.500-3.499g. A doença periodontal em gestantes foi estatisticamente associada com a redução de peso infantil ao nascimento.

A hipótese de não haver associação entre a doença periodontal e o nascimento de bebês prematuros de baixo peso foi testada por Rajapakse et al. (2005) em um estudo prospectivo em mulheres do Sri Lanka. Após a determinação de um ponto de corte, as gestantes foram classificadas em expostas ( $n=66$ ) e não expostas ( $n=161$ ) à doença periodontal. Após o nascimento e coleta dos dados, foi verificada a relação entre a exposição ou não exposição ao fator de risco (doença periodontal) e a prematuridade com baixo peso. Após ajuste para variáveis independentes, a razão de chances destes nascimentos em relação à exposição ao risco foi 1,9, sugerindo a associação da doença periodontal materna com o nascimento de prematuros de baixo peso.

Em outro estudo prospectivo realizado nos Estados Unidos, Boggess et al. (2006) investigaram se a doença periodontal está associada a nascimentos de crianças pequenas para a idade gestacional (PIG). A condição periodontal foi categorizada como: saúde, doença periodontal leve, doença periodontal moderada e doença periodontal grave com base em parâmetros clínicos. A criança foi considerada PIG quando o peso ao nascimento foi menor que o percentil 10 para idade gestacional. Das 1.017 mulheres participantes do estudo, 67 (6,6%) deram à luz a recém-nascidos PIG e 143 (14,3%) apresentavam doença periodontal moderada ou grave. A taxa de nascimentos de crianças PIG foi mais alta entre as mulheres portadoras de doença periodontal moderada ou grave quando comparadas àquelas com saúde periodontal ou doença periodontal leve ( $P < 0,001$ ). A doença periodontal moderada ou grave foi associada ao nascimento de crianças PIG mesmo após ajustes para idade, fumo, drogas, estado civil e seguro saúde (ORa=2,3).

Meurman et al. (2006) estudaram 207 parturientes finlandesas por meio do Índice de Saúde Dentária (ISD). A condição periodontal foi avaliada pelo IPC. Os resultados não evidenciaram diferenças entre valores médios do ISD entre mães de recém-nascidos prematuros de baixo peso e mães de recém-nascidos a termo de peso normal.

Offenbacher et al. (2006a) avaliaram a possibilidade de a doença periodontal materna atuar como preditiva de nascimentos prematuros (menos de 37 semanas) ou muito prematuros (menos de 32 semanas), por meio de um estudo prospectivo realizado nos Estados Unidos. O modelo preditivo foi desenvolvido para estimar se a exposição materna à doença periodontal (antes de 26 semanas) e/ou a progressão da doença periodontal durante a gestação, determinada pelos exames antes e depois do parto, poderia prever nascimentos prematuros ou muito prematuros mesmo após ajustes para outros fatores de risco. A doença periodontal moderada ou grave antes do parto foi associada à incidência de nascimentos prematuros espontâneos (RRa=2,4). A progressão da doença periodontal durante a gestação foi um preditor da gravidade deste efeito adverso (recém-nascidos de muito baixo peso), independente de fatores de risco obstétricos e de domínio social.

No Brasil, os estudos que investigaram a possível associação entre a doença periodontal e os desfechos mencionados foram desenvolvidos a partir do estudo de Cardoso (1999). No intuito de avaliar se mulheres portadoras de doença periodontal apresentavam o risco de parto prematuro de recém-nascidos de baixo peso, este

autor conduziu um estudo caso-controle. Os resultados indicaram que não há uma associação significativa entre doença periodontal de gravidade baixa à moderada e prematuridade e/ou baixo peso.

Em 2003, Dias realizou um levantamento epidemiológico com a finalidade de relacionar a presença de doença periodontal e o trabalho de parto pré-termo. A amostra incluiu 41 mulheres com idade gestacional entre 28 e 37 semanas (grupo caso) e 41 mulheres com idade gestacional maior que 37 semanas (grupo controle). O índice gengival e a gravidade da doença apresentaram associação significativa com o parto prematuro ( $P=0,029$  e  $P=0,017$ , respectivamente). Em outro estudo epidemiológico conduzido no mesmo ano por Furquim, observou-se que entre as 82 mulheres examinadas, aquelas com trabalho de parto prematuro apresentaram índices de perda de inserção e gravidade da doença periodontal significativamente maiores em comparação com aqueles registrados entre as mulheres com parto a termo ( $P<0,05$ ).

Glesse et al. (2004) realizaram um estudo caso-controle (1:1) com 162 mulheres para avaliar se a doença periodontal representa risco para a prematuridade. Tanto a extensão quanto a gravidade da doença periodontal foram significativamente maior em mães de recém-nascidos prematuros ( $P<0,001$ ). O valor estimado para a razão de chances indicou que estas apresentaram 12,16 vezes mais chance de terem filhos prematuros que as mães de recém-nascidos a termo.

Cota (2005) avaliou a associação entre a doença periodontal materna e intercorrências gestacionais (parto pré-termo e baixo peso ao nascimento) num estudo transversal com alinhamento interno para caso-controle. A análise multivariada demonstrou associação entre a doença periodontal e trabalho de parto prematuro ( $ORa=2,0$ ). No estudo caso-controle (1:2) realizado por Cruz et al., em 2005, as 302 gestantes foram divididas, de acordo com o peso de nascimento do recém-nascido, em dois grupos: grupo caso ( $n=102$ ; nascidos vivos de baixo peso) e grupo controle ( $n=200$ ; nascidos vivos de peso normal). A análise de regressão logística indicou associação positiva entre a doença periodontal e o baixo peso ao nascer ( $OR=2,15$ ), especialmente entre as mães com escolaridade quatro anos ( $ORa=3,98$ ).

A ligação entre a doença periodontal materna e o baixo peso ou a prematuridade ao nascimento foi testada por Lunardelli e Peres (2005) num estudo transversal com 449 parturientes. Três eventos foram investigados: prematuridade, baixo peso ao nascimento e prematuridade e/ou baixo peso ao nascimento. A

presença de bolsa periodontal em um sítio chegou a ser associada à prematuridade, mas após ajuste para outros fatores de risco, esta associação desapareceu. A hipótese de associação entre doença periodontal e os três eventos pesquisados foi rejeitada neste estudo.

Outro estudo caso-controle (1:1) brasileiro realizado no Rio de Janeiro por Moliterno et al. (2005) verificou a possível associação entre a periodontite e o nascimento prematuro de baixo-peso em 151 mulheres examinadas após o parto natural. Demonstrou-se uma associação significativa (OR=3,48). O estudo conduzido por Santana et al. (2005), no entanto, não demonstrou associação doença periodontal materna e a prematuridade e baixo peso ( $P=0,660$ ).

Alves e Ribeiro (2006) avaliaram a condição periodontal de 59 puérperas e determinaram sua possível associação com nascimentos prematuros e/ou de baixo peso. Os resultados demonstraram uma associação significativa entre a presença de doença periodontal e esses nascimentos (OR=8,9;  $P=0,001$ ).

Em uma amostra de 124 gestantes incluídas no estudo transversal realizado por Pereira (2006), a periodontite crônica, caracterizada pela perda de inserção clínica, elevou o risco para trabalho de parto prematuro (OR=4,7), parto pré-termo (OR=4,9) e recém-nascido de baixo peso (OR=4,2).

Numa coorte de 327 gestantes, Vogt (2006) estimou o risco de resultados desfavoráveis na gestação (parto pré-termo, recém-nascido de baixo peso, recém-nascido PIG e amniorrexe prematura) em função da condição periodontal. Demonstrou-se associação entre doença periodontal e parto pré-termo (RR=3,47), baixo peso ao nascimento (RR=2,93) e amniorrexe prematura (RR=2,48) após a análise multivariada.

Alguns autores que avaliaram a associação entre a doença periodontal e nascimentos prematuros e/ou de baixo peso e tentaram identificar quais bactérias relacionadas à patogênese periodontal poderiam influenciar o desenvolvimento fetal e a idade gestacional ou exercer algum papel nesta associação.

Mitchell-Lewis et al. (2001) avaliaram amostras de biofilme subgengival de 145 mulheres para 12 espécies de bactérias. Nenhuma diferença na situação periodontal clínica foi observada entre mães de recém-nascidos prematuros e mães de recém-nascidos a termo. Entretanto, as mães de prematuros de baixo peso apresentaram contagens bacterianas médias significativamente mais altas de *Bacteroides forsythus*, *Campylobacter rectus*, *Eikenella corrodens* e *Eubacterium nodatum*.

Com o propósito de avaliar a possível associação entre a infecção periodontal e nascimentos prematuros de baixo peso por meio de dados clínicos e microbiológicos no pós-parto, Buduneli et al. (2005) desenvolveram um estudo caso-controle com um total de 181 mulheres. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos quanto aos parâmetros periodontais adotados ( $P > 0,05$ ). De acordo com a análise de regressão logística múltipla o *Porphyromonas micros* e *Campylobacter rectus* foram associados ( $P < 0,01$  e  $P < 0,05$ , respectivamente) significativamente. Sugeriu-se que estes micro-organismos podem desempenhar algum papel no aumento do risco de prematuridade e baixo peso ao nascer.

Um estudo caso-controle foi desenvolvido por Úrban et al. (2006) para avaliar a existência de uma associação entre a condição periodontal de 161 gestantes, a composição da microbiota do espaço periodontal e o nascimento prematuro. Os resultados demonstraram profundidade de bolsa periodontal significativamente maior ( $P = 0,001$ ) em mulheres com recém-nascidos prematuros de baixo peso (caso) em comparação às mulheres com recém-nascidos a termo de peso normal (controle). Houve associação entre o número de bactérias anaeróbias e a presença de periodontite significativa. As contagens de patógenos periodontais estavam significativamente mais altas entre as mães do grupo caso ( $P = 0,001$ ). Os dados revelaram uma possível associação entre a periodontite, causada por bactérias anaeróbias gram-negativas (*Tannerella forsythensis*, *Fusobacterium nucleatum*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Fingoldia magna*, *Porphyromonas gingivalis*) e nascimentos prematuros de baixo peso.

Outros estudos sugerem que a associação entre doença periodontal materna, prematuridade e baixo peso ao nascimento pode ser mais bem indicada pelos níveis de mediadores inflamatórios no fluido gengival, tais como prostaglandina E<sub>2</sub> (PG-E<sub>2</sub>) e interleucina 1 beta (IL-1 ).

Offenbacher et al. (1998b) mediram os níveis de PG-E<sub>2</sub> e IL-1 no fluido gengival, a fim de determinar se os níveis desses mediadores relacionaram-se ao resultado da gestação. Os resultados indicaram que os níveis de PG-E<sub>2</sub> são significativamente mais altos em mães de recém-nascidos prematuros e de baixo peso, em comparação com mães de recém-nascidos com peso normal ( $P = 0,02$ ). Segundo os autores, os resultados sugerem que o aumento da PG-E<sub>2</sub> no fluido gengival como um marcador de atividade de doença periodontal durante a gestação associada à diminuição do peso ao nascimento.

Konopka et al. (2003) avaliaram os níveis de PG-E<sub>2</sub> e IL-1 no fluido gengival e no soro sanguíneo entre 84 mães de prematuros de baixo peso (grupo caso) e entre 44 mães com recém-nascidos a termo de peso normal (grupo controle). Na população estudada, em mulheres com periodontite grave e/ou generalizada, houve uma possibilidade 3,9 vezes maior de nascimento prematuro de baixo peso em comparação a mulheres com o periodonto sadio. Em mães do grupo caso, houve uma concentração significativamente mais alta de PG-E<sub>2</sub> e IL-1 no fluido gengival bem como concentrações mais altas PG-E<sub>2</sub> no soro em comparação às mães do grupo controle.

Carta et al. (2004) também determinaram os níveis de PG-E<sub>2</sub> e IL-1 no fluido gengival de 92 gestantes num estudo caso-controle. Os resultados indicaram que os níveis de PG-E<sub>2</sub> e IL-1 foram significativamente mais altos em mães de recém-nascidos prematuros de baixo peso ( $P < 0,05$ ).

Ao avaliarem os níveis de IL-6 e PG-E<sub>2</sub> no líquido amniótico em 36 mulheres com risco de complicações na gestação Dörtbudak et al. (2005) demonstraram níveis significativamente mais altos ( $P < 0,001$ ) de ambos os mediadores inflamatórios em mães de recém-nascidos prematuros quando comparados aos níveis encontrados entre mães de recém-nascidos a termo.

Alguns estudos de intervenção testaram a hipótese de que o tratamento periodontal na gestante reduziria os nascimentos prematuros e/ou de baixo peso.

Michell-Lewis et al. (2001), ao compararem os grupos com terapia periodontal durante a gestação e com terapia periodontal após o parto, constataram que não houve diferença estatisticamente significativa na frequência de doença periodontal entre mães de recém-nascidos pré-termo ou a termo. Porém, os próprios autores revelaram que a terapia periodontal antes do parto reduz a incidência de nascimentos prematuros e de baixo peso. No grupo tratado, estes nascimentos corresponderam a 13,5%; no grupo não tratado, corresponderam a 18,9%. López, Smith e Gutierrez (2002a) obtiveram resultados mais expressivos. Para os autores, o tratamento periodontal antes do parto resultou numa incidência de nascimentos prematuros de baixo peso de 1,84% no grupo tratado contra uma incidência de 10,11% nas gestantes não tratadas. Em outro estudo randomizado e controlado dos mesmos autores (LÓPEZ et al., 2005), a incidência de prematuridade e baixo peso no grupo tratado foi de 2,14% e no grupo não tratado de 6,71%. Esta diferença pode ser

justificada pelo fato de, no primeiro estudo, não ter sido investigado o possível efeito de fatores de confusão.

O tratamento periodontal não cirúrgico e o efeito sobre a prematuridade foram investigados num estudo caso-controle (1:1) realizado por Michalowicz et al. (2006). O grupo tratado (caso) incluiu 413 pacientes que receberam raspagem, alisamento e polimento radicular antes do parto. O grupo controle (n=410) foi submetido ao tratamento após o parto. Na comparação entre grupos, o tratamento periodontal não diminuiu o nascimento prematuro ( $P=0,70$ ) e não contribuiu para a redução dos nascimentos de baixo peso ( $P=0,64$ ) nesta amostra.

O benefício potencial da intervenção periodontal durante o segundo trimestre gestacional na redução da prematuridade ao nascer foi avaliado por Offenbacher et al. (2006b). A amostra incluiu 67 gestantes que foram submetidas à terapia periodontal no período proposto. Os resultados preliminares demonstraram que o tratamento periodontal durante a gestação reduziu 3,8 vezes o nascimento prematuro. Sadatmansouri, Sedighpoor e Aghaloo (2006) relataram redução da taxa de nascimento pré-termo de baixo peso e atribuíram esta diminuição à realização de terapia periodontal durante a gestação. Não houve nascimento de prematuros de baixo peso no grupo tratado e, no grupo não tratado, estes nascimentos representaram 26,7%. Porém, os resultados deste estudo podem ter sua validade externa questionada devido ao reduzido tamanho da amostra.

Os dados até então apresentados destacam a alta prevalência de doença periodontal, entre gestantes, bem como o elevado risco que estas mulheres apresentam ao desenvolvimento e/ou agravamento da doença. Cumpre ressaltar que poucos estudos epidemiológicos têm sido conduzidos nos últimos anos nesta população. Os estudos que avaliaram as possíveis implicações da condição periodontal sobre a evolução e desfecho da gestação apresentaram resultados heterogêneos, mas a maioria deles converge para a possível associação entre a doença periodontal e a prematuridade e/ou baixo peso ao nascer. Destaca-se, assim, a importância de medidas educativas, preventivas e/ou de controle da doença periodontal direcionadas a este grupo populacional específico.

### 2.1.2 Cárie dentária

A cárie é, por definição, uma doença crônica, infecto-contagiosa e de alta prevalência que atinge os tecidos mineralizados dos dentes. Um diagrama proposto por Keyes (1960) para evidenciar a etiologia da doença sugere a interação de três fatores: microbiota (micro-organismos), dente (hospedeiro) e substrato (dieta). Newbrun (1978) acrescentou um quarto fator (tempo) afirmando que o desenvolvimento da lesão necessita do desequilíbrio destes fatores por um determinado período. Aspectos sociais e culturais relacionados às atitudes, comportamentos e respostas imunológicas dos indivíduos podem atuar como modificadores dos fatores anteriormente mencionados conferindo particularidade ao risco à doença (THYLSTRUP; FEJERSKOV, 1995).

Segundo o levantamento epidemiológico nacional Projeto SB Brasil 2003 (BRASIL, 2004b), o grupo etário estabelecido como padrão para avaliação das condições de saúde bucal em adultos é de 35 a 44 anos. A prevalência de cárie foi estimada pelo índice CPO-D (C: cariado; P: perdido; O: obturado; D: dente). O valor médio para esta faixa etária, considerando apenas a Região Sudeste, foi 20,3. Cumpre ressaltar que a amostra que constituiu este grupo etário, segundo o sexo, foi predominantemente feminina (67,59%).

A incidência e/ou prevalência de cárie em gestantes foi investigada em estudos conduzidos em diversos países e também em estudos brasileiros. A avaliação da doença pelo índice CPO-D variou, em valores médios de 2 a 27 (ROSA et al., 2007). Pelo índice CPO-S (C: cariado; P: perdido; O: obturado; S: superfície), esta variação foi de 27,3 (SILVA, 2001) a 61,10 (VIEGAS, 1970). Estes resultados demonstram a maior prevalência da doença entre as gestantes brasileiras.

Entre os estudos conduzidos no Brasil, Viegas (1970) não encontrou diferenças significativas entre gestantes e não gestantes quanto à incidência de cárie. As mulheres (82 gestantes e 40 não gestantes) foram submetidas a dois exames clínicos num período aproximado de seis meses para determinação do índice CPO-S. A comparação entre grupos demonstrou médias muito próximas de incidência da doença entre gestantes e não gestantes (61,10 e 68,75, respectivamente).

Em um estudo transversal conduzido por Torres et al. (1999), os índices CPO-D e CPO-S foram utilizados para avaliar a condição bucal de 50 gestantes de Bauru – SP. O CPO-D médio foi 14 e o CPO-S médio foi 37,1.

No estudo de Montandon et al. (2001), a doença cárie foi a mais prevalente entre as 108 gestantes examinadas, atingindo 96,4% da amostra (104/108). Os autores relataram, ainda, que o índice CPO-D médio foi 11,2, sendo que 82,4% (89/108) apresentaram pelo menos um elemento dental perdido ou com extração indicada. Dados quanto à incidência da doença na gestação demonstraram que 62 mães apresentaram novas lesões durante este período.

O estudo retrospectivo de Rosell (2001) avaliou os prontuários clínicos de 120 gestantes de Araraquara – SP, das quais 40% apresentavam alta frequência de cárie (40% dos dentes atingidos) e 15% tinham lesões de mancha branca ativas.

Em um estudo de natureza quali-quantitativa, Silva (2001) determinou os índices CPO-D e CPO-S de 10 gestantes de em Campo Grande – MS. Os resultados demonstraram um CPO-D médio de 12,7, com o componente cariado correspondendo a 25,98%. O índice CPO-S médio foi de 27,3 superfícies, sendo o componente cariado responsável por 19,64% das superfícies avaliadas.

Rosa et al. (2007) investigaram se a prevalência de cárie em gestantes estaria associada à idade. O estudo foi conduzido em Porto Alegre – RS. Entre as 63 gestantes incluídas no estudo, a prevalência de cárie, avaliada pelo índice CPO-D, apresentou média de 2 e valor máximo igual a 9 nas mulheres até os 19 anos. Em gestantes adultas (de 20 a 40 anos ou mais), a média encontrada foi de 8, com valor máximo de CPO-D igual a 27. Os achados de Tonello, Zuchieri e Pardi (2007) corroboram estes resultados. Os autores observaram também uma correlação positiva entre o incremento de cárie e a idade, demonstrada pelo valor obtido pelo coeficiente de correlação de Spearman ( $r=0,404$ ).

Em um estudo prospectivo de 30 meses, Zanata et al. (2003) avaliaram 64 gestantes divididas, de acordo com a atividade de cárie, em dois grupos. O grupo experimental foi constituído por 34 gestantes com doença ativa e o grupo controle por 30 gestantes com doença inativa. O índice CPO-D médio para o grupo experimental foi igual a 14,3; para o grupo controle foi 13,6. O CPO-D médio para o total da amostra foi 14, indicando alta prevalência da doença entre as gestantes.

Em 2005, Coutinho et al. avaliaram as condições bucais de 24 gestantes por meio dos índices CPO-D e CPO-S. Os resultados demonstraram valores médios de

12,87 ( $\pm$  8,06) para o CPO-D e 31,54 ( $\pm$  30,79) para o CPO-S. Entre as gestantes examinadas, 11 apresentaram lesões de mancha branca ativa.

Ramos et al. (2006) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o índice de cárie (CPO-D) de 170 gestantes de baixo nível socioeconômico residentes em Aracaju – SE. Os resultados revelaram um CPO-D médio de 10,43. Apenas duas gestantes apresentaram CPO-D igual a zero. Para os autores, os resultados obtidos demonstraram a precariedade das condições bucais deste grupo.

O estudo realizado por Tonello, Zuchieri e Pardi (2007) avaliou o índice CPO-D para 88 gestantes. Os resultados demonstraram que 57% das gestantes obtiveram valores superiores a 10. O CPO-D médio para o total da amostra foi 11,08. Para os autores, a maioria das gestantes apresentou alta experiência de cárie.

A cárie dentária em gestantes também foi objeto de estudo em outros países.

No México, o estudo transversal descritivo de Santibáñez et al. (1998), revelou que, entre as 100 gestantes examinadas, 76 apresentaram cárie. Neste mesmo país, León, García e Guerrero (2002) realizaram um estudo prospectivo utilizando como amostra 103 mulheres. As gestantes foram submetidas ao exame clínico para determinação do índice CPO-D. Os resultados demonstraram que 99% apresentavam experiência de cárie. O índice CPO-D médio foi 13,8. O componente cariado correspondeu a 7,1; o perdido a 2,4; e o obturado a 4,3. Houve correlação positiva entre o índice CPO-D de gestantes e o aumento da idade ( $r=0,35$ ).

Scheutz et al. (2002) avaliaram se a presença de cárie está associada ao número de filhos (0-1; 2-3; 4-6; 7-12) e à idade materna (24-29; 30-37; 38-43; 44-49) em 500 gestantes africanas. Utilizou-se como referência o número de filhos de 0-1 e a idade materna 24-29 para a análise estatística estratificada por regressão logística múltipla. Os resultados não evidenciaram associação entre o número de filhos e a presença de cárie (OR de 1,2; 1,1; e 1,4 para os estratos amostrais subsequentes). Também não houve associação entre a idade materna e a presença de cárie (OR de 1,0; 1,0; e 1,3 para os estratos amostrais subsequentes), contrariando outros autores que encontraram uma relação entre a cárie e a idade.

Entre as 251 gestantes venezuelanas avaliadas por Lárez et al. (2005), o índice CPO-D variou de acordo com o grau de instrução da mãe. Os maiores índices foram alcançados pelas gestantes com curso técnico superior universitário (CPO-D=19,92), ensino secundário (CPO-D=18,21) e ensino primário (CPO-D=15,05). As gestantes analfabetas (CPO-D=14,16) e universitárias (CPO-D=14,00) obtiveram os menores

índices. Para os autores, não existe uma relação direta estabelecida entre a gestação e a cárie.

Em 2007, Herrera et al. determinaram a prevalência de cárie em 51 gestantes chilenas pelo índice CPO-D. A análise clínica demonstrou um índice CPO-D de  $10,2 \pm 4,7$  o que, segundo os autores, indica história de cárie em cerca de 30% dos dentes.

#### 2.1.2.1 Fatores de risco à cárie dentária

As alterações fisiológicas e comportamentais comuns entre gestantes também podem repercutir no aumento do risco à doença cárie nestas mulheres.

Alguns estudos investigaram os efeitos da gestação sobre a composição da saliva, pH e fluxo salivar.

As concentrações de cálcio e fósforo na saliva foram investigadas por Salvolini et al. (1998). Para os autores, as concentrações destes íons contribuem para a estabilidade dos tecidos duros dos dentes e a queda destas concentrações pode incrementar a incidência de cárie. Numa amostra de 60 mulheres, os resultados evidenciaram queda nas concentrações salivares de cálcio e fósforo ao compararem gestantes (grupo caso; n=45) e não gestantes (grupo controle; n=15) durante a 21<sup>a</sup> e 40<sup>a</sup> semana de gestação, sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $P < 0,05$ ).

Os estudos relacionados ao fluxo salivar durante a gestação apresentaram resultados controversos. Alguns não demonstraram nenhuma mudança significativa no fluxo salivar durante a gestação (LAINE; PIENIHÄKKINEN, 2000; LAINE et al., 1988; SEWÓN; LAINE, 2000). Outros, ao contrário, demonstraram redução do fluxo salivar. Torres et al. (1999) avaliaram o fluxo salivar em 50 gestantes. Os autores concluíram que as gestantes apresentaram taxas de secreção salivar média de 1,32ml/min, sendo que 17 (34%) apresentaram taxas inferiores a 1,0ml/min, 26 (52%) apresentaram valores entre 1,0 e 2,0ml/min e sete (14%), valores acima de 2,0ml/min. Gonzáles, Montes de Oca e Jiménez (2001) avaliaram, comparativamente, o fluxo salivar de gestantes (n=50) e não gestantes (n=50). A média de fluxo salivar do grupo de gestantes foi inferior à média do grupo de não gestantes ( $0,87 \pm 0,49$ ml/min e  $0,94 \pm 0,49$ ml/min, respectivamente). No estudo de Coutinho et al. (2005), 37,5% da amostra de 24 gestantes apresentaram fluxo salivar considerado alto, 12,5%

apresentaram taxas dentro dos padrões considerados normais e 50% apresentaram fluxo salivar reduzido.

Os valores de pH salivar e/ou capacidade tampão da saliva também foram investigados. O pH salivar mais baixo em gestantes foi relatado por Orosz et al., em 1980. Laine et al. (1988) e Laine e Pienihäkkinen (2000) afirmaram que o pH salivar e a capacidade tampão da saliva encontram-se reduzidos no período gestacional.

Gonzáles, Montes de Oca e Jiménez (2001) também identificaram diferenças significativas ( $P < 0,0001$ ) nos valores médios de pH salivar. Entre as gestantes ( $n=50$ ), o pH foi menor que em não gestantes ( $n=50$ ). Os valores médios obtidos foram  $6,6 \pm 0,19$  e  $7,09 \pm 0,19$ , respectivamente. Ao comparar a capacidade tampão da saliva em nove mulheres no pré e pós-parto, Kivelä et al. (2003) demonstraram significativo aumento da capacidade tampão da saliva da primeira para a segunda coleta ( $P=0,028$ ).

Num estudo prospectivo, Zanata et al. (2003) avaliaram a capacidade tampão em mulheres durante a gestação e 6 e 12 meses após o parto. Os autores relataram que o valor obtido foi diferente em cada avaliação. Valores crescentes foram registrados nos períodos avaliados.

A microbiota associada ao desenvolvimento da doença cárie também parece sofrer modificações durante a gestação. Tenovuo, Laine e Lehtonen (1987) encontraram níveis mais elevados de *Streptococcus mutans* em gestantes durante o terceiro trimestre de gestação e lactação. Torres et al. (1999) avaliaram 50 gestantes brasileiras quanto ao nível de infecção pelos *Streptococcus mutans*. Altas contagens salivares do micro-organismo ( $>250.000$  u.f.c./ml) foram observadas em 60% das gestantes. No estudo de Villagrán, Linossier e Danoso (1999) as gestantes apresentaram contagens mais elevadas que as puérperas do grupo controle. No entanto, não houve diferenças entre as contagens do micro-organismo das gestantes, quando examinadas nos três trimestres gestacionais. Das 51 gestantes investigadas por Herrera et al. (2007), 70,6% exibiram altos níveis de infecção pelos *Streptococcus mutans* ( $>500.000$  u.f.c./ml). Do ponto de vista microbiológico, os níveis encontrados representam um alto risco ao desenvolvimento da doença cárie.

Para Ojanotko-Harri, Laine e Tenovuo (1991), os *Streptococcus mutans* podem utilizar o estrogênio em seu metabolismo, o que poderia justificar o maior nível deste micro-organismo durante o terceiro trimestre gestacional demonstrado no estudo de Tenovuo, Laine e Lehtonen (1987). Segundo Laine (2002) e Sartório e Machado

(2001), este trimestre gestacional corresponde ao período de maior elevação dos níveis hormonais durante a gestação. Porém, de acordo com Tenovuo, Laine e Lehtonen (1987), a elevação dos níveis de *Streptococcus mutans* não ocorre em função das alterações hormonais e sim devido às mudanças de hábitos de dieta que ocorrem em função da maior demanda energética da lactação, o que pode favorecer o crescimento de micro-organismos acidogênicos também após o parto.

Outros fatores parecem contribuir no aumento do risco à cárie em gestantes. No primeiro trimestre gestacional são comuns as náuseas matinais que podem expor o esmalte dentário ao conteúdo ácido do estômago e alterar o pH da saliva, tornando-o mais ácido. Os enjoos podem resultar em dificuldades relacionadas à higiene bucal aumentando, neste grupo, a predisposição ao desenvolvimento da doença (OLIVEIRA, 1990).

Godín et al. (2001) avaliaram a náusea e vômito quanto à frequência, fase gestacional e fatores desencadeantes em 200 gestantes colombianas. Os resultados demonstraram a alta frequência da sintomatologia (64,5%), principalmente em primíparas (43,4%) e pela manhã (78,3%). Um total de 55,8% das gestantes investigadas relatou os sintomas no primeiro trimestre, mas 29,5% das mulheres apresentaram náuseas e vômito durante toda a gestação. Os autores relataram, ainda, que a higiene bucal foi fortemente associada à experiência dos sintomas. Entre as gestantes inquiridas por Silva (2001), 66,67% relataram enjoo ou vômito durante a gestação. No estudo de Coutinho et al. (2005), a maioria das gestantes (75%) relatou episódios de náuseas durante a gestação, sendo estes, na maioria das vezes, espontâneos (56%) e durante a higiene bucal (39%).

Outra mudança fisiológica citada por Oliveira (1990) ocorre no terceiro trimestre gestacional. O decréscimo da capacidade gástrica em resposta ao período de maior crescimento fetal leva à ingestão de menor quantidade de alimentos por vez, porém, com maior frequência (refeições intermediárias às refeições principais). Também é observada neste período a negligência com a higiene bucal (não correspondente ao número de refeições diárias). O hábito de refeições constantes e com alimentos cariogênicos somado à negligência com a higiene bucal pode resultar no aumento da incidência da doença cárie que é atribuída à gestação. Adicionalmente, Chala e Santana (2003) destacaram que a dieta cariogênica e a alta frequência alimentar promovem substrato adicional para o crescimento e desenvolvimento das bactérias acidogênicas.

### 2.1.2.2 Repercussões da cárie na evolução e desfecho da gestação

Ainda é reduzido o número de estudos que investigaram uma possível repercussão da doença cárie sobre o desenvolvimento fetal e/ou parto.

Dasanayake, em 1998, avaliou o efeito da cárie dentária sobre a idade gestacional e peso do recém-nascido. Concluiu-se que o índice CPO-D não foi associado à prematuridade e peso baixo dos recém-nascidos (OR=1,1;  $P=0,17$ ).

Os níveis médios dos micro-organismos bucais (*Streptococcus mutans*, *Streptococcus sobrinus*, *Streptococcus sanguinus*, *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus casei* e *Actinomyces naeslundii* *genospecies* 1 e 2) foram investigados no estudo realizado por Dasanayake et al. (2005), que incluiu 297 gestantes africanas. Investigou-se também a associação entre estes micro-organismos e a idade gestacional e peso dos recém-nascidos. A análise multivariada demonstrou associação negativa entre os altos níveis salivares de *Actinomyces naeslundii* *genospecies* 2, idade gestacional ( $P=0,05$ ) e peso ao nascimento ( $P=0,04$ ). Os níveis elevados de *Lactobacillus casei* apresentaram associação positiva com os eventos pesquisados ( $P=0,04$  e  $P=0,03$ ). Os autores concluíram que além das bactérias periodontopatogênicas, outras espécies bacterianas bucais também podem ser relacionadas com a gestação.

A doença cárie foi investigada por Meurman et al. (2006) por meio do ISD. A doença foi avaliada pelo índice CPO-D em 207 gestantes. Os valores obtidos entre mães de recém-nascidos prematuros de baixo peso (15,3) não foi estatisticamente diferente de mães de recém-nascidos a termo de peso normal (12,9). Pelos parâmetros utilizados, os autores concluíram não existir associação entre a cárie e complicações na evolução e desfecho gestacional.

Morency et al. (2006) investigaram se a invasão por micro-organismos orais da cavidade amniótica exerce algum efeito no trabalho de parto prematuro. Os autores relataram o caso de uma mulher que apresentou ameaça de parto prematuro à 25<sup>a</sup> semana de gestação cujos *Streptococcus mutans* foram erradicados do líquido amniótico por meio do uso parenteral de medicação antibiótica. O parto ocorreu na 34<sup>a</sup> semana de gestação. Os autores concluíram que o uso da medicação no combate à infecção por este micro-organismo pode prolongar a gestação.

Embora a literatura demonstre um interesse em investigar uma possível associação entre a cárie dentária e a evolução e desfecho gestacional, o número de estudos ainda é muito reduzido e os resultados pouco conclusivos. Não existem evidências científicas que indiquem maior prevalência de cárie dentária em gestantes que em não gestantes. Entretanto, a gestação parece aumentar o risco ao desenvolvimento e/ou agravamento da doença. Desta forma, justifica-se a inserção de medidas educativas, preventivas e/ou de controle direcionadas aos fatores associados à cárie dentária neste período.

### **2.1.3 Utilização do serviço odontológico durante a gestação**

Embora a fase gestacional seja propícia à aquisição de novos conhecimentos e hábitos, em especial aqueles que poderão favorecer a saúde do recém-nascido, este grupo apresenta alguma resistência à procura pela atenção odontológica durante este período. Mangskau e Arrindel (1996) demonstraram que gestantes vão menos ao cirurgião-dentista que mulheres de grupo etário semelhante.

Alguns estudos demonstraram que gestantes utilizam inadequadamente serviço odontológico. Em 1996, Mangskau e Arrindell investigaram a utilização de serviços odontológicos por gestantes e demonstraram que 43,2% da amostra procuraram um cirurgião-dentista neste período. A principal razão alegada pelas gestantes para não buscarem o tratamento odontológico durante este período foi a ausência de problemas bucais. Gaffield et al. (2001) avaliaram os dados de um Sistema de Avaliação e Monitoramento de Gestações de Risco (*Pregnancy Risk Assessment Monitoring System – PRAMS*) em quatro Estados americanos. Os resultados demonstraram que entre 22,7 a 34,7% das mulheres relataram utilizar o serviço odontológico durante a gestação. Entre aquelas que relataram problemas bucais durante o período, somente 44,7% a 59,4% procuraram tratamento.

Lyndon-Rochele et al. (2004) analisaram os fatores associados aos cuidados odontológicos durante a gestação por meio de informações do PRAMS do Estado de Washington – EUA. Os dados demonstraram que 58% das mulheres não receberam cuidados odontológicos durante a gestação. Entre os fatores associados à não

utilização do serviço, a falta de orientações sobre saúde bucal foi o fator mais fortemente associado à falta de tratamento odontológico durante a gestação (OR=26,42).

No estudo conduzido por Habashneh et al. (2005), a taxa de utilização dos serviços entre as gestantes pesquisadas foi de 49%. As visitas ao cirurgião-dentista durante a gestação foram significativamente associadas aos fatores pessoais (ser casada, apresentar maior frequência de utilização do serviço quando não estava grávida) e financeiros (ter seguro odontológico) e ao conhecimento da conexão entre a saúde bucal e os resultados da gestação ( $P$  0,05).

O relatório do PRAMS também foi utilizado por Ressler-Maerlender, Krishna e Robison (2005) para descrever os esforços do Centro de Controle e Prevenção de Doenças – Divisão Saúde Bucal em compreender a utilização dos serviços odontológicos pelas gestantes. Foram incluídos dados de 12 Estados americanos. Os resultados demonstraram que a maioria das gestantes não frequenta os serviços odontológicos e entre as que relatam problemas bucais neste período, metade não procura tratamento. Para os autores, a gestação modifica as percepções das mulheres quanto à saúde bucal e cuidados odontológicos. Isto pode contribuir para a evasão deste grupo à assistência durante este período.

A resistência que as gestantes apresentam ao tratamento odontológico fundamenta-se, segundo Ressler-Maerlender, Krishna e Robison (2005), em crenças e mitos que sugerem que as doenças bucais são comuns no período gestacional e que o tratamento odontológico pode representar um dano potencial ao feto em desenvolvimento. Para Leal (2006), esta resistência é real e está fundamentada em crenças populares que são transmitidas pelos relatos familiares. Os cuidados com a atenção odontológica parecem fazer parte de um sistema de significados negativos e, por esse motivo, a falta de atenção aos cuidados bucais fica mais evidente durante a gestação.

## 2.2 CONHECIMENTOS, ATITUDES, PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DE GESTANTES FRENTE À SAÚDE BUCAL

Neste subcapítulo serão apresentados os estudos relacionados aos conhecimentos, atitudes, percepções e práticas de gestantes em relação à saúde bucal. Para melhor compreensão do tema proposto, esta revisão será subdividida nos seguintes aspectos: dieta e higiene bucal; relação bidirecional entre saúde bucal e gestação; e crenças e mitos relacionados à assistência odontológica na gestação.

### 2.2.1 Dieta e higiene bucal

Alguns estudos avaliaram os conhecimentos e atitudes de gestantes frente à dieta e higiene bucal.

Num estudo de natureza qualitativa, Bernd e Souza (1992) aprofundaram o conhecimento sobre a percepção popular em saúde bucal de gestantes e puérperas. Os resultados demonstraram que a origem da cárie é entendida como resultado de alimentos “ruins” e como uma doença inevitável. Os hábitos de dieta, entretanto, não são alterados. Segundo os autores, a dificuldade em mudar hábitos alimentares é explicada pelos aspectos socioeconômicos (baixo custo dos carboidratos) e culturais (associação do açúcar ao prazer e afeto). Quanto aos hábitos de higiene, todas as entrevistadas relataram escovar os dentes regularmente, mas admitiram “esquecimentos”.

Numa amostra de 150 gestantes, Menino e Bijella (1995) detectaram que a cárie foi o problema de saúde bucal mais conhecido (91,3%), seguida pela doença periodontal (34,0%). Entre as causas dos problemas bucais, o consumo de doces e os resíduos de alimentos foram as mais citadas (48,7%), seguidas pela má escovação e falta de tratamento (42,04%). Quase todas as gestantes entrevistadas (98,7%) reconheceram que a higiene bucal, redução do açúcar e visitas ao cirurgião-dentista podem evitar a cárie. Quanto aos hábitos de higiene bucal, os resultados demonstraram que a maior frequência de escovação foi três vezes ao dia (45,3%). Os

principais métodos adotados para a higiene bucal foram escovação (49,3%) e uso do fio dental (42,0%).

Brandão (1998) avaliou as atitudes relacionadas à saúde bucal de 410 gestantes. A cárie foi a doença bucal identificada como a mais comum (n=111; 27,1%), seguida pela gengivite (n=28; 6,8%). Mais da metade das gestantes (n=222) não soube identificar a doença bucal mais comum. A relação da cárie com a presença de micro-organismos foi identificada por 39,4% da amostra respondente (n=137); 32,8% (n=45) relacionaram-na às alterações físicas na superfície dentária; e 26,3% (n=26,3) estabeleceram relação entre a cárie e má higiene bucal. Para a maioria das gestantes, a higiene bucal é a forma de controlar ou prevenir a doença (n=229; 65,6%). Outros fatores foram associados à prevenção da cárie: visitas ao cirurgião-dentista (n=175; 50,1%); redução do consumo de açúcar (n=42; 12,0%); e uso do flúor/selante (n=12; 3,4%). Quanto à doença periodontal, a maioria das entrevistadas relatou que a inflamação gengival é decorrente da má higiene bucal (n=336; 81,9%). As gestantes possuíam hábitos de dieta cariogênicos, com ingestão de alimentos com sacarose entre as refeições principais (n=231; 82,5%). Em relação aos hábitos de higiene bucal, 144 gestantes (35,1%) afirmaram não utilizar o fio dental; 240 (58,5%) disseram realizar a escovação três vezes ao dia.

Santibáñez et al. (1998) determinaram os hábitos alimentares e higiênicos de 100 gestantes mexicanas. A alimentação foi considerada pelos autores como inadequada em 64% das pacientes; em 87% dos casos, se observou ingestão abundante de açúcares. Em relação à higiene bucal, 36% das mulheres realizaram a escovação pelo menos três vezes ao dia e em quatro casos a higiene bucal foi suspensa em função dos enjoos.

Ao investigar a percepção de 100 gestantes quanto aos hábitos de dieta e higiene bucal, Barroso (1999) observou que a grande maioria (82%) passou a utilizar “merendas” ricas em sacarose entre as refeições principais e apresentou o hábito de escovar os dentes três vezes ao dia (78%). A doença cárie não foi identificada como infecto-contagiosa por 58% das entrevistadas.

No mesmo ano, Oliveira e Oliveira relataram que a frequência alimentar de gestantes, em relação ao período pré-gestacional, foi mantida em 46% dos casos, enquanto que em 38% esta frequência aumentou. A frequência da higiene bucal durante a gestação manteve-se similar ao período anterior à gestação em 74% das mulheres e 14% reduziram esta frequência.

Os resultados obtidos por Antunes, Rosete e Fagulha (2001) indicaram que 72% das gestantes escovam os dentes mais de uma vez ao dia; 13% escovam ocasionalmente. A maioria das inquiridas (55%) apresentava dieta cariogênica. Contrariando outros autores, os achados deste estudo não demonstraram alterações no que diz respeito à frequência de escovação e indicaram melhora no comportamento das gestantes com uma diminuição pela metade no número daquelas que tinham uma dieta acentuadamente cariogênica.

No estudo de Rosell (2001), a análise de diário alimentar preenchido por gestantes permitiu verificar que 79,2% apresentavam dieta cariogênica (ingestão de carboidratos fermentáveis entre as refeições a duas vezes ao dia). Três escovações diárias foram relatadas por 61,7% da amostra. Mais da metade das gestantes entrevistadas (58,3%) não utilizava o fio dental; 29 (24,2%) utilizavam o fio dental três vezes ao dia; e 21 (17,5%), quatro vezes ao dia.

Silva (2001) demonstrou que 59,38% das gestantes aumentaram a frequência alimentar e 68,75% consumiam açúcar com frequência. Os hábitos de higiene bucal do período pré-gestacional foram mantidos pela maioria das gestantes (80,21%) e 52,08% usaram recursos adicionais à escova e creme dental, durante a higiene bucal.

No estudo de Bernardes et al. (2002), os dados sobre a frequência de consumo de açúcar na dieta indicaram que 41% da amostra ingeriam grande quantidade de açúcar. Quanto ao número de escovações ao dia, 49% das participantes escovavam seus dentes três vezes ao dia. Pouco mais da metade da amostra declarou não ter o fio dental como hábito diário.

Num estudo comparativo do nível de conhecimento sobre saúde bucal entre gestantes do serviço público e privado, realizado por Hapner (2002), verificou-se que as gestantes de consultórios particulares apresentaram maior conhecimento sobre o assunto que as do serviço público (73,7% e 50,8%, respectivamente). A escolaridade foi a única variável que se associou ao nível mais alto de conhecimento das gestantes.

Mais de 30% da amostra de gestantes incluídas no estudo de Martins e Martins (2002) citou a cárie como o problema bucal mais conhecido e associou doença bucal à falta de higiene bucal. Mais de 60% das gestantes disseram comer mais no período gestacional e mais de 40% afirmaram “beliscar” o dia todo. A higiene bucal três vezes ao dia foi a mais frequente. Mais de 60% das gestantes utilizavam o fio dental.

No estudo de Christensen, Jeppe-Jensen e Petersen (2003) o hábito de escovar os dentes pelo menos duas vezes ao dia foi o mais frequente na amostra (96%). O uso de palitos foi relatado por 31% das gestantes, ao menos uma vez por semana. O uso do fio dental, ao menos uma vez por semana, ocorreu em 43% da amostra.

De acordo com os resultados obtidos por Tiveron, Benfatti e Bausells (2004), a falta de higiene e o excesso de ingestão de doces são as principais causas de problemas bucais para 67,6% das gestantes entrevistadas. Quase metade da amostra (46,5%) declarou escovar os dentes três vezes ao dia.

No estudo de Coutinho et al. (2005), 50% das gestantes escovavam os dentes três vezes ao dia e 38% mais de três vezes ao dia. Todas utilizavam creme dental. O uso diário de fio dental foi rotina apenas para 25% das respondentes.

Entre os cuidados quanto à higiene bucal realizados pelas 625 gestantes que compuseram a amostra do estudo de Habashneh et al. (2005), 408 (66%) afirmaram usar o fio dental, sendo que 71% (n=298) não o utilizavam diariamente.

Honkala e Al-Ansari (2005) avaliaram a autopercepção de gestantes quanto à saúde bucal e os hábitos de higiene. A maioria escovava os dentes mais de uma vez ao dia (64%) e a principal razão foi a prevenção da cárie. Entre outros artifícios utilizados para a higiene bucal, o fio dental foi o mais citado (42%), mas a maioria das mulheres disse não utilizar nenhum método adicional.

As gestantes incluídas no estudo qualitativo de Codato (2005) relataram mudança nos hábitos de higiene bucal durante o período gestacional e apresentaram comportamentos diferentes quanto à higiene, a qual foi intensificada por algumas e reduzido por outras.

Os conhecimentos de gestantes do serviço público em relação à própria saúde bucal foram investigados por Araújo et al. (2005). A análise dos dados permite verificar que o problema bucal mais conhecido pelas gestantes é a cárie (35,71%) e 21,42% conhecem a cárie e gengivite. A falta de higiene bucal, má escovação e exagero de açúcares foram identificados como causas das doenças bucais.

Ramos et al. (2006), a fim de avaliar as condições bucais e os hábitos de higiene bucal de gestantes, demonstraram que 99 (58%) escovavam os dentes três vezes ao dia e usavam creme dental. O fio dental não foi utilizado pela maioria (n=112; 66%), e 95 (56%) faziam uso de palitos para a limpeza interdental. Somente 16 mulheres (9%) relataram o uso de bochechos para a higiene bucal.

No estudo conduzido por Venâncio (2006) para verificar os hábitos de dieta e higiene bucal, 44,4% das 260 gestantes entrevistadas preferiam alimentos ricos em carboidratos; 76,9% escovavam os dentes pelo menos três vezes ao dia; e 62% utilizavam o fio dental.

### **2.2.2 Percepções da relação bidirecional entre saúde bucal e gestação**

A relação entre a gestação e os problemas bucais foi investigada Menino e Bijella (1995). Os resultados demonstraram que 44% das gestantes acreditam que a gestação pode ocasionar problemas bucais e 6,7% relataram não saber. Os problemas bucais associados à gestação foram: enfraquecimento dos dentes pela remoção de cálcio pelo feto (37,9%), aumento na incidência de cárie (25,8%), dor de dente (16,7%), sangramento da gengiva (15,2%), e aumento de cárie associado ao sangramento gengival e halitose (4,5%).

No estudo de Brandão (1998), 62,2% das gestantes acreditavam na possibilidade de as doenças bucais afetarem a saúde geral. Dentre estas, 43,1% (n=110) afirmaram que isto se deve ao processo infeccioso. Mais da metade acreditava que a gestação pode causar dor de dente (45,5%), cárie (40,5%), sangramento gengival (22%), aumento na salivação (4%), halitose (4%). Estes resultados foram confirmados por Costa et al. (1998). A maioria das gestantes (95%) acreditava que os problemas bucais afetam a saúde como um todo. Posteriormente, contudo, os resultados obtidos por Barroso (1999) demonstraram que 62% das gestantes não associavam saúde bucal como parte integrante da saúde geral.

As gestantes investigadas por Diáz Romero et al. (2001) relataram que a “perda de cálcio para o feto” (43%), a cárie e perdas de elementos dentários (17%) são os problemas mais frequentemente causados pela gestação.

Entre as gestantes entrevistadas por Silva (2001), 58,33% afirmaram que a gestação traz problemas para os dentes. Os problemas percebidos mais frequentemente foram: sangramento gengival (28%); queda de restaurações (27%); dor (25%); e enfraquecimento dos dentes (24%).

No estudo de Bernardes et al. (2002), 39% das gestantes relataram problemas bucais durante a gestação. Resultados semelhantes foram obtidos por Martins e

Martins (2002). A gestação foi responsabilizada pelos problemas bucais em aproximadamente 40% amostra.

O estudo qualitativo realizado por Oliveira (2002) demonstrou representações diferentes quanto à relação entre a gestação e problemas bucais. Esta relação obteve representações positivas, negativas e desconhecidas no grupo abordado.

Em outro estudo da mesma natureza, Albuquerque, Abegg e Rodrigues, em 2004, concluíram que as gestantes percebem a dor de dente como um evento normal durante este período.

No estudo conduzido por Tiveron, Benfatti e Bausells, em 2004, 60 gestantes (35,2%) afirmaram que a gestação causa problemas bucais. Destas, 39,8% citaram a dor de dente como o maior problema que a gestação pode causar.

Entre os problemas bucais associados à gestação investigados por Coutinho et al. (2005), o sangramento gengival foi o mais percebido pelas gestantes (54%), especialmente durante a higiene bucal.

Garbero et al. (2005) relataram que a presença de cárie foi atribuída, em 50% das gestantes investigadas à ingestão de doces e à debilidade física. As alterações hormonais, a má higiene bucal e a presença de lesões de cárie em estágio avançado foram consideradas, pela maioria, responsáveis pelo sangramento gengival durante este período.

No estudo realizado por Habashneh et al. (2005), 43% da amostra concordaram que pode haver uma relação entre a saúde bucal e os resultados da gestação, não sendo, estes, especificados pelos autores.

No estudo qualitativo de Codato (2005), as gestantes atribuíram à gestação algumas alterações bucodentais, tais como a perda de elementos dentários, dor de dente, alterações na cor dos dentes, gosto amargo na boca, aumento no risco de cárie e presença de alterações gengivais.

Entre as 70 gestantes investigadas por Araújo et al. (2005), 91% relataram que os problemas bucais podem causar disfunções na saúde geral. Em 35% da amostra, os problemas bucais (dor de dente, aumento de cárie e sangramento gengival) foram atribuídos à gestação. Mais de 20% acreditam na retirada do cálcio dos dentes pelo feto. O sangramento gengival também foi citado como decorrente da gestação e percebido como “normal” pelas gestantes no estudo de Leal (2006).

Os resultados obtidos por Silva, Rosell e Valsecki Júnior. (2006) demonstraram que 46% das gestantes avaliaram sua condição bucal como regular. A maioria (70%)

declarou não ter problemas com os dentes, mas 58,7% acreditavam que possuíam algum problema na gengiva. A dor e/ou desconforto foram os eventos mais percebidos nesta amostra.

Venâncio (2006) verificou que 81,5% das gestantes que compuseram sua amostra acreditavam que os problemas bucais afetam a saúde geral e 32,7% responsabilizavam a gestação por problemas bucais como: sangramento gengival, enfraquecimento dos dentes e dor de dente.

Das 104 gestantes do serviço privado investigadas por Oliveira Júnior et al. (2007), 90% não identificaram problemas nos dentes e gengiva durante este período. Somente duas afirmaram perceber os dentes mais fracos após a gestação.

No estudo de Rosa et al. (2007) sobre autopercepção de saúde bucal de 63 gestantes, verificou-se que a maioria classificou sua saúde bucal como regular (44,4%). Mais de 30% delas reportaram muita dor de dente durante este período.

### **2.2.3 Crenças e mitos sobre saúde bucal e assistência odontológica na gestação**

Bernd e Souza (1992), ao avaliarem as percepções das gestantes frente ao tratamento odontológico, demonstraram que a prática odontológica se reflete como uma experiência desagradável, marcada pelo medo associado à dor. Duas crenças populares quanto ao tratamento odontológico foram marcantes: relatos de cirurgiões-dentistas, familiares e amigos sobre a impossibilidade da gestante submeter-se ao tratamento e o dano potencial que o tratamento pode ocasionar à criança.

Menino e Bijella (1995) observaram que, durante a gestação, apenas 17,3% das gestantes incluídas no estudo procuraram por atendimento odontológico. Entre estas, 42,3% buscaram tratamento de urgência. Entre aquelas que não se submeteram à consulta odontológica, 52,4% disseram não precisar; 20,2% alegaram a gestação como motivo; 15,3% responderam ser por falta de condições financeiras; e 12,1% por falta de tempo.

Somente 30% (n=123) das gestantes investigadas por Brandão (1998) relataram visitas regulares ao cirurgião-dentista nas frequências de uma vez/ano (44%), duas vezes/ano (48%) e três vezes ou mais/ano (17,0%). A dor foi o principal

motivo pela procura ao cuidado odontológico (60,5%). Entre as 81 gestantes que disseram não irem ao cirurgião-dentista, 83,9% alegaram medo de prejudicar ou perder a criança e cinco foram desaconselhadas por seus médicos a buscarem tratamento durante este período.

Entre as 100 gestantes investigadas por Santibáñez et al. (1998), 17 relataram a perda de pelo menos um elemento dentário durante a gestação e 37% destas mulheres consideraram esta situação como normal. Ao mesmo tempo, 68% das gestantes mencionaram que procurariam o cirurgião-dentista em caso de necessidade.

Ao investigar a percepção das gestantes quanto à submissão ao tratamento odontológico, Barroso (1999) constatou que 46% receavam ou temiam o tratamento durante a gestação. A crença de que a gestação enfraquece os dentes estava presente em 54% das gestantes; 46% delas acreditavam que as restaurações caíam durante o período.

Em 1999, Oliveira e Oliveira investigaram a procura pelo acompanhamento odontológico em 100 gestantes. A maioria das respondentes (72%) não se sentiu motivada a procurar um acompanhamento odontológico. Entre aquelas que se submeteram ao tratamento odontológico neste período (28%), a procura foi motivada pela presença de dor (12%), pela cárie (11%) e para prevenção (5%).

Em 1999, Vieira, Amorim e Orioli verificaram as principais dúvidas das gestantes em relação à Odontologia. Das 53 dúvidas identificadas, 29 referiam-se à submissão ao tratamento odontológico (anestesia local, realização de exodontia, tratamento endodôntico e tratamento odontológico em geral); 10 foram relacionadas ao exame radiográfico (submeter-se ao exame e riscos ocupacionais). Herpes labial, uso de vitaminas com flúor, medicamentos e vacina para hepatite B também foram mencionados.

As crenças de 80 gestantes foram pesquisadas por Antunes, Rosete e Fagulha, no ano de 2001. De acordo com os resultados, 61% das respondentes não acreditavam que a gestação cause perda de dentes. Para mais da metade, ocorre “perda de cálcio dentário” durante o período. No que diz respeito à possibilidade de realização de tratamento odontológico durante a fase gestacional, somente 30% responderam que as gestantes não podem submeter-se ao tratamento.

Gaffield et al. (2001) investigaram as experiências e comportamentos de gestantes de três Estados americanos. Cuidados odontológicos durante a gestação

foram relatados por 22,7 a 34,7% das mulheres. Entre as mulheres que apresentaram problemas bucais durante a gestação (12,2 a 25,4%), quase a metade procurou o cirurgião-dentista neste período.

Ao avaliar as atitudes que influenciam a demanda de serviços odontológicos durante a gestação, Diáz Romero et al. (2001) relataram que a procura pelo tratamento odontológico foi considerada adequada por 30% das gestantes; 28% acreditavam em problemas relacionados ao tratamento; e 24% que a consulta era necessária para o controle da perda de cálcio. Quanto ao tratamento odontológico, 64% das gestantes não estavam seguras de que o mesmo não representava potencial dano para o feto e 20% acreditavam que radiografias e anestesia poderiam ser danosas ao feto.

Rosell (2001) avaliou 120 prontuários de gestantes que frequentaram a Clínica de Prevenção da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP. Os resultados demonstraram que o segundo trimestre gestacional foi o período em que as gestantes mais procuraram o atendimento odontológico (52,5%), sendo seguido pelos terceiro (27,5%) e primeiro trimestre (20,0%).

Buscando saber a frequência de visita ao cirurgião-dentista e os motivos para esta frequência, Silva (2001) demonstrou que somente 29,17% das gestantes realizaram consultas odontológicas após a gestação sendo a dor o principal motivo para a consulta (35,42%). Mais da metade da amostra (57,29) acredita que a gestante não pode ir ao cirurgião-dentista. A crença de que o feto pode “roubar” cálcio dos dentes das mães foi citada por 36,84% das gestantes; 28,42% afirmaram não saber.

Bernardes et al. (2002) investigaram a frequência da procura pelo tratamento odontológico durante a gestação. Os resultados indicaram que 55% (n=59) não procuraram o cirurgião-dentista neste período. Ao serem indagadas a respeito do tratamento odontológico em caso de necessidade, 45% das gestantes afirmaram que esperariam o nascimento da criança.

Costa, Saliba e Moreira (2002), num estudo quali-quantitativo, identificaram as concepções de gestantes acerca do atendimento odontológico. Somente 6,79% da amostra (n=30) apresentaram concepções desfavoráveis ao tratamento durante esta fase. A imagem do tratamento odontológico pelas gestantes foi identificada, em ordem decrescente, pelas seguintes expressões: “prevenção”; “medo”; “higiene”; “anestesia”; “o tratamento faz bem à gestante”.

A visita ao cirurgião-dentista foi relatada por aproximadamente 20% das gestantes investigadas por Martins e Martins (2002). Os principais motivos alegados para esta atitude foi o medo de prejudicar o feto. Entre as multigestas, 29% acreditam que o feto pode “roubar” cálcio dos dentes da mãe e que esta é a causa do enfraquecimento dos dentes.

Oliveira (2002) avaliou a percepção de gestantes num estudo qualitativo. A análise dos discursos mostrou que a não procura pelo atendimento foi representada pelas ideias centrais de que gestante não pode realizar tratamento odontológico, dificuldade em obter tratamento nos postos de saúde, falta de condições financeiras, descuido ou não identificar necessidade, e falta de tempo.

Entre as 1935 gestantes que compuseram a amostra do estudo de Christensen, Jeppe-Jensen e Petersen (2003), 92% declararam ter consultado um cirurgião-dentista nos últimos 12 meses. Nos cinco anos anteriores ao estudo, 88% da amostra disseram ter consultado um cirurgião-dentista anualmente.

Albuquerque, Abegg e Rodrigues (2004) desenvolveram um estudo qualitativo com o objetivo de identificar se existem barreiras ao atendimento odontológico e qual a sua natureza. A análise dos dados demonstrou que as barreiras relacionadas são: a baixa percepção da necessidade de tratamento associada à crença cultural que desaconselha o tratamento odontológico. O tratamento odontológico representava riscos quanto à anestesia, hemorragias e perigos para o feto. O medo e a ansiedade frente ao tratamento odontológico foram identificados.

As crenças e o medo ao tratamento odontológico também foram identificadas por Tiveron, Benfatti e Bausells (2004). Do total de gestantes (n=170), 141 não procuraram o cirurgião-dentista durante o pré-natal. Os motivos alegados foram: os dentes pareciam bons e não havia dor (56,7%); a anestesia faz mal ao feto (17,0%); e não se pode tratar de dente durante a gestação (17,0%).

Das 24 gestantes avaliadas por Coutinho et al. (2005), aproximadamente 54% declararam que foram submetidas ao tratamento odontológico nos últimos 12 meses. O principal motivo para a presença das gestantes à consulta odontológica foi o encaminhamento pelo serviço de pré-natal, sendo a consulta espontânea pouco numerosa.

Um estudo transversal realizado em 2005 por Garbero, Delgado e Cárdenas teve como propósito explorar os conhecimentos e atitudes de gestantes do serviço privado (Grupo I) e do serviço público (Grupo II). Foi significativamente maior o

número de gestantes do Grupo I que reconheciam que poderiam receber tratamento odontológico sem riscos durante a gestação ( $P < 0,01$ ), bem como o número de gestantes que recebeu atenção odontológica neste período ( $P < 0,0001$ ). Em contrapartida, o Grupo II apresentou maior frequência de encaminhamento ao serviço de Odontologia pelo médico ginecologista/obstetra ou equipe de pré-natal ( $P < 0,01$ ). A crença de um possível efeito nocivo ao feto em função do tratamento odontológico estava presente em 26,5% das gestantes do serviço privado e 54,7% das gestantes do serviço público.

Ao investigar a utilização do serviço odontológico durante a gestação, Habashneh et al. (2005) demonstraram que 49% visitaram o cirurgião-dentista durante este período. As principais razões para não consultarem um cirurgião-dentista foram: não apresentar problemas (89%); e preferir submeter-se à consulta após a gestação. Entre as gestantes que participaram do estudo, 53% não acreditavam que perderiam cálcio dos dentes para o desenvolvimento do feto.

Honkala e Al-Ansari (2005) relataram que pouco mais da metade (52%) da amostra de gestantes frequentou o consultório odontológico durante o período. As principais razões apontadas para a visita ao cirurgião-dentista foram: necessidade de tratamento (50%); experiência de dor de dente (30%); “limpeza” (10%); e consulta de rotina (7%).

As gestantes incluídas no estudo qualitativo de Codato (2005) acreditavam que a gestação leva à perda de cálcio dos dentes e faz as restaurações caírem. A assistência odontológica durante a gestação parece estar relacionada à oportunidade de atenção específica e não com uma necessidade durante o período. As gestantes mostraram-se abertas ao tratamento de problemas bucais inadiáveis, desde que autorizado pelo médico. Algumas apontaram restrições ao tratamento odontológico em função dos riscos que este pode representar para o feto.

Leal (2006) também demonstrou com seus resultados que a busca pelo serviço odontológico pelas gestantes se dá quase sempre mediante os sinais e/ou sintomas bucais. O autor ressaltou que muitas gestantes temem o tratamento por medo que certos procedimentos possam interferir na saúde fetal e transferir sensações de dor ou sofrimento para a criança. Este medo é reforçado por pessoas com quem a gestante convive. O enfraquecimento dos dentes pela gestação, a perda de elementos dentários e a retirada do cálcio dos dentes da mãe para o feto são outras crenças comuns durante esta fase.

Embora 80,76% das gestantes (n=260) investigadas por Venâncio (2006) acreditassem necessitar de tratamento odontológico, e 69,9% delas afirmarem que tinham algum problema bucal, a maioria não procurou o cirurgião-dentista. Os principais motivos alegados para esta conduta variaram de medo à falta de acesso.

Entre as gestantes usuárias do serviço privado que constituíram a amostra do estudo de Oliveira Júnior et al. (2007), 58% responderam que procurariam atendimento odontológico durante a gestação e 42% afirmaram que só o fariam após a criança nascer.

Rosa et al. (2007) investigaram o acesso aos serviços odontológicos em 63 gestantes. A maioria das participantes (n=55; 87,3%) declararam terem ido ao cirurgião-dentista pelo menos uma vez na vida. Foi também encontrado que 12,7% (n=8) nunca tinham ido ao cirurgião-dentista.

Os estudos revisados demonstraram que as gestantes identificaram a cárie dentária e doença periodontal como as doenças bucais mais comuns. Os hábitos de dieta parecem modificar-se neste período, tornando-se mais frequentes. Em contrapartida, os resultados da maioria dos estudos indicaram que os hábitos de higiene bucal são mantidos.

É sugerido na literatura que a maior parte das gestantes percebe problemas bucais neste período (cárie, sangramento gengival, dor de dente, perda de restaurações e elementos dentários) e relaciona a saúde bucal à saúde geral. No entanto, até o momento, nenhum estudo parece ter investigado os conhecimentos e as atitudes acerca da possível associação entre os problemas bucais e evolução e desfecho da gestação.

Apesar de as gestantes identificarem os problemas bucais e perceberem alterações na cavidade bucal, elas ainda não incorporaram a assistência odontológica durante a gestação como prática sistemática. As crenças populares relacionadas à condição bucal e ao tratamento odontológico interferem de maneira negativa na procura espontânea por atendimento. Em sua maioria, os temores das gestantes com relação ao tratamento odontológico associam-se aos possíveis danos que o mesmo pode acarretar ao feto.

### **3 HIPÓTESES**

- Os hábitos de dieta e higiene bucal das gestantes são inadequados.
- As gestantes desconhecem a relação bidirecional entre saúde bucal e gestação.
- As gestantes possuem crenças e mitos relacionados à saúde bucal e assistência odontológica na gestação.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar as atitudes de gestantes usuárias do serviço público de Juiz de Fora – MG frente à saúde bucal.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Construir e validar um instrumento para mensurar as atitudes das gestantes frente à saúde bucal.
- Identificar atitudes favoráveis e desfavoráveis frente à dieta e higiene bucal, relação bidirecional entre a saúde bucal e gestação e crenças e mitos acerca da saúde bucal e assistência odontológica entre as gestantes entrevistadas.
- Verificar a associação entre as características demográficas, socioeconômicas e história gestacional atual e pregressa e atitude do grupo de gestantes pesquisado.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

Os trabalhos citados foram selecionados por meio de pesquisa bibliográfica de textos indexados na base de dados BIREME:

- MEDLINE.
- SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*).
- Pubmed.
- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).
- Bibliografia Brasileira de Odontologia (BBO).
- Base de Dados da Enfermagem (BDENF).
- Literatura do Caribe em Ciências da Saúde (MEDCARIBE).
- Sistema de Informação da Biblioteca da OMS (WHOLIS).
- Revisões Sistemáticas da Colaboração Cochrane (COCHRANE).

Também foi realizada pesquisa bibliográfica de fontes não indexadas (busca ativa) em revistas, livros e trabalhos monográficos.

Os unitermos utilizados na pesquisa bibliográfica, listados abaixo, foram utilizados isoladamente e/ou combinados entre si:

- Atitudes – Attitudes.
- Conhecimentos – Knowledge.
- Crenças – Beliefs.
- Mitos – Myths.
- Percepção em saúde – Health perception.
- Práticas – Practices.
- Comportamento – Behaviour.
- Qualidade de vida – Quality of life.
- Questionários – Questionnaire.
- Validação – Validation.
- Consistência interna – Internal consistency.
- Confiabilidade – Reliability.

- Validade – Validity.
- Promoção de saúde – Health promotion.
- Fatores socioeconômicos – Socio-economic factors.
- Fatores culturais – Cultural factors.
- Condições sociais – Social conditions.
- Indicadores demográficos – Demographic indicators.
- Acesso aos serviços de saúde – Access to health services.
- Saúde bucal – Oral Health.
- Odontologia – Dentistry.
- Gestação – Pregnancy.
- Doença periodontal – Periodontal disease.
- Cárie dentária – Dental caries.
- *Streptococcus mutans* – *Streptococcus mutans*.
- Saliva – Saliva.
- Prematuridade – Prematurity.
- Recém-nascido de baixo peso – Infant, low birth weight.
- Interleucina – Interleukin.
- Prostaglandina – Prostaglandin.
- Fatores de risco – Risk factors.

## 5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na cidade de Juiz de Fora, no Estado de Minas Gerais, Região Sudeste do Brasil. A área territorial do município é de 1.437km<sup>2</sup> e a população estimada em 01/04/2007 de 513.348 habitantes (IBGE, 2000).

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município (JUIZ DE FORA, 2004), a organização dos serviços de saúde tem base territorial com a regionalização da rede assistencial que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS). O município é subdividido em oito Regiões Administrativas (RA). Destas, sete localizam-se na área urbana (RA Norte, RA Nordeste, RA Leste, RA Centro, RA Oeste, RA Sul,

RA Sudoeste) e uma na área rural (RA do Campo) do município (Mapa 1). A cada RA cabe um espaço geográfico, populacional e administrativo de sua abrangência.



Mapa 1 – Mapa de Juiz de Fora, segundo regiões administrativas.  
(Fonte: Atlas Social, 2006).

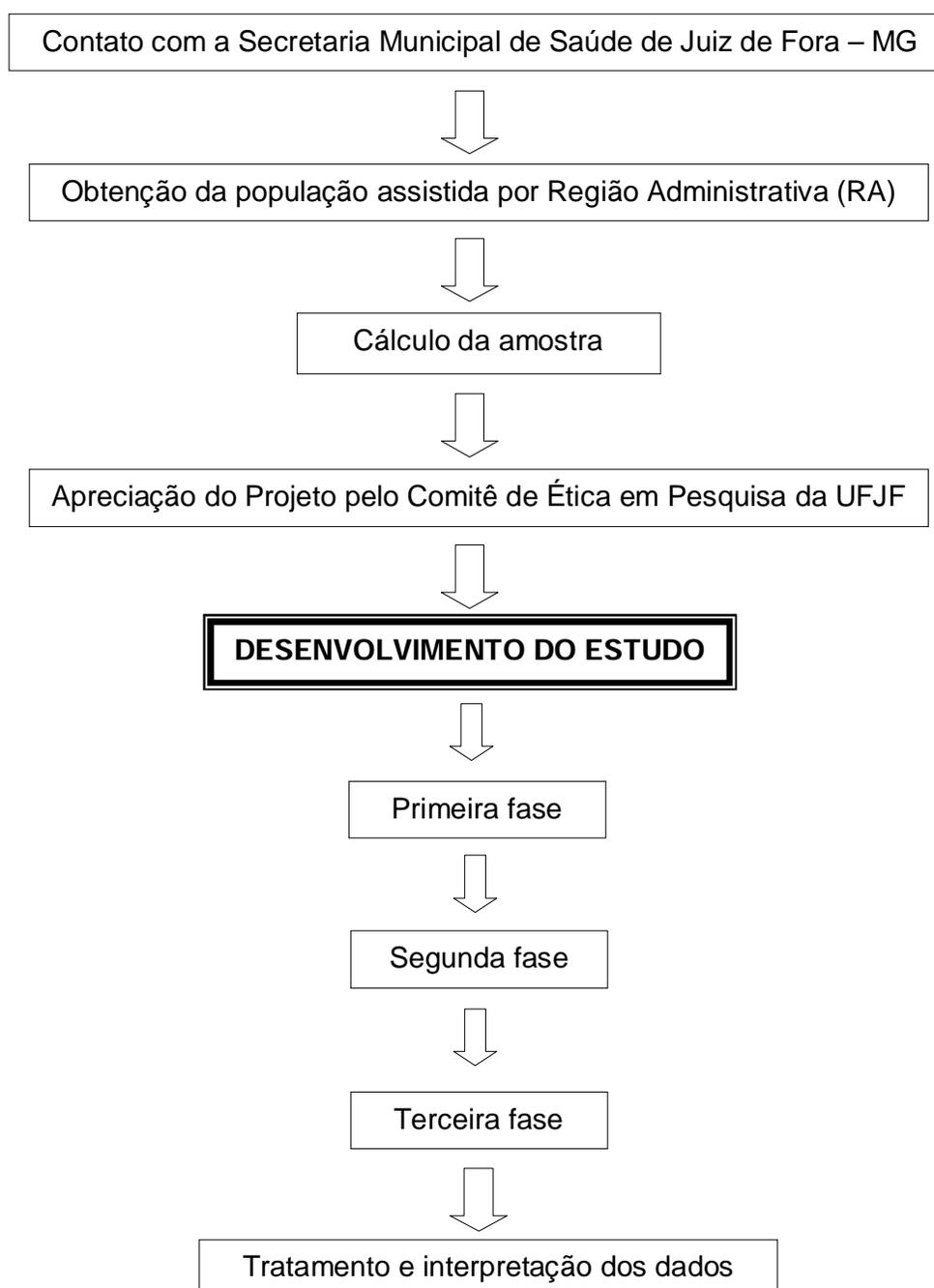
Em média, 23 unidades de assistência fazem parte de uma RA, constituída de Unidades Básicas de Saúde (UBS), Equipes de Programa de Saúde da Família (PSF), Hospitais e Unidades de Referência. Atualmente, a Rede Municipal de Saúde de Juiz de Fora conta com 57 UBS, 82 Equipes de PSF, 13 Hospitais e oito Unidades de Referência. A distribuição das unidades de assistência nas RA do município é apresentada abaixo (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das unidades de assistência nas RA de Juiz de Fora – MG

Região Administrativa (RA)	Área	UBS (N)	PSF (N)	Hospital (N)	Unidade de Referência (N)
RA Norte	Urbana	11	23	1	-
RA Nordeste	Urbana	5	7	2	-
RA Leste	Urbana	8	21	1	-
RA Centro	Urbana	3	3	7	8
RA Oeste	Urbana	3	2	-	-
RA Sul	Urbana	5	10	1	-
RA Sudoeste	Urbana	7	13	1	-
RA Campo	Rural	15	3	-	-
<b>Total</b>	-	<b>57</b>	<b>82</b>	<b>13</b>	<b>8</b>

### 5.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo, do tipo transversal, foi desenvolvido conforme o fluxograma esquemático apresentado a seguir (Fluxograma 1).



Fluxograma 1 – Fluxograma esquemático do estudo.

## 5.4 CÁLCULO DA AMOSTRA

O número de gestantes necessárias para o estudo foi determinado por cálculo amostral, por meio da utilização da fórmula de cálculo de expectativa populacional para a ocorrência de doenças, proposta por Jekel, Katz e Elmore (2005) e descrita abaixo:

$$n = \frac{N Z^2 p (1 - p)}{d^2 (N - 1) + Z^2 p (1 - p)}$$

onde:

- N: total da população
- Z: intervalo de confiança
- p: proporção da população com o evento pesquisado
- d: efeito do desenho

Para o cálculo amostral foram utilizados os dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC/JF) do ano 2004. Considerou-se o total de 6.729 nascimentos ao ano. Destes, 73,3% ocorreram no serviço público do município. A partir destes dados, foi estimada uma gestante para cada nascido vivo, resultando no total da população de 4.937 gestantes.

Como evento pesquisado, considerou-se a prevalência de doença periodontal em gestantes (70%). A precisão requerida foi de 95% (1 - ) e erro admissível de 5%. Obteve-se, assim, o número mínimo (n) de 303 gestantes.

## 5.5 CASUÍSTICA

A população estudada incluiu gestantes atendidas nas UBS do SUS de Juiz de Fora – MG localizadas na área urbana do município.

Foram incluídas as gestantes que consentiram na sua participação no estudo, sem distinção de raça, idade, nível socioeconômico ou escolaridade. Foram excluídas as gestantes portadoras das seguintes alterações: diabetes, imunossupressão em

decorrência de comprometimentos sistêmicos, usuárias de medicamentos anticonvulsivantes ou ansiolíticos, e aquelas submetidas a tratamento ortodôntico.

As participantes foram selecionadas por meio de uma distribuição de amostragem proporcional à real distribuição da população atendida nas RA de Juiz de Fora – MG, segundo os dados fornecidos pela SMS (SILVA, 2006).

A SMS forneceu a frequência absoluta referente à população e aos nascidos vivos, no ano de 2005 (SINASC/JF), em cada RA localizada na área urbana do município. A obtenção do número de gestantes incluídas por RA considerou uma gestante por nascido vivo e seguiu a distribuição proporcional por RA (Tabela 2).

Tabela 2 – Número de gestantes (N) a serem incluídas, por RA de Juiz de Fora – MG

Região Administrativa (RA)	População (N)	%	Nascidos vivos (N)	%	Gestantes (N)
RA Norte	100141	20	1631	25	76
RA Nordeste	53342	11	631	10	30
RA Leste	87479	18	1252	19	58
RA Centro	103117	21	1011	15	46
RA Oeste	29452	6	431	7	21
RA Sul	55693	11	841	13	39
RA Sudoeste	60607	13	735	11	33
Total	489831	100	6532	100	303

Inicialmente, foram selecionadas, por meio de sorteio aleatório, UBS de todas as RA para a coleta dos dados (SILVA, 2006). Após o sorteio, foi realizado, conforme solicitado pela Secretaria Municipal de Saúde, um contato com o gerente de cada UBS, a fim de obter sua autorização para a coleta de dados, bem como o agendamento de local, data e horário para sua realização.

No decorrer do estudo, foram incluídos outros locais para agilizar a coleta de dados sem, contudo, comprometer a distribuição proporcional de amostragem por RA. A Santa Casa de Misericórdia, o Instituto de Saúde da Mulher e o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus foram incluídos por concentrarem grande parte das consultas de pré-natal do SUS, no município de Juiz de Fora, após autorização escrita de seus responsáveis legais.

## 5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo seguiu as normas e diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Após a apreciação do Projeto de Pesquisa pelo Secretário Municipal de Saúde, foi obtida a autorização para a realização do estudo na Instituição. A folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos foi assinada no dia 23 de julho de 2007 (Anexo 1).

Em seguida, o Projeto de Pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora – MG, tendo sido aprovado em 16 de agosto de 2007 (Parecer 256/2007 – Anexo 2).

O processo de investigação foi conduzido após as gestantes selecionadas, ou seus responsáveis legais, receberem as informações relativas ao estudo e concordarem com sua participação, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

Todas as gestantes participantes do estudo foram encaminhadas ao projeto de extensão “Projeto Só-Riso – Atenção Materno-Infantil”, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora – MG. Este projeto atende gestantes usuárias do serviço público do município e região e é desenvolvido na Sala de Clínica nº 06 da FO-UFJF, às segundas-feiras, das 13:00h às 17:00h e às para quartas-feiras 13:00h às 17:00h. As gestantes que procuraram o Projeto Só-Riso tiveram a garantia de tratamento, em nível de atenção primária, neste local e horário, respeitando-se a ordem de inscrição. Os recém-nascidos destas mulheres também foram incluídos no respectivo projeto para o acompanhamento e tratamento odontológico, em todos os níveis de atenção, de 0 aos 3 anos de idade, segundo os mesmos critérios adotados para as gestantes.

## 5.7 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo foi desenvolvido em três fases, a saber:

- Primeira fase

A primeira fase teve como objetivo a criação de itens para um formulário fechado destinado a avaliar as atitudes das gestantes frente à saúde bucal. Para isto, foi elaborado um Roteiro de Entrevista com base na literatura visando o objeto do estudo (Apêndice 2). Este roteiro de entrevista apresentou questões abertas e fechadas relativas aos dados sociodemográficos e questões abertas norteadoras relacionadas à história gestacional, hábitos de dieta e higiene bucal, relação entre saúde bucal e gestação e assistência odontológica na gestação.

O roteiro de entrevista foi construído visando avaliar qualitativamente as atitudes das gestantes frente aos itens propostos. Para Minayo (2004), a pesquisa qualitativa preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Para o autor, a pesquisa qualitativa é importante para compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos.

Esta fase do estudo foi desenvolvida utilizando como casuística as gestantes atendidas no “Projeto Só-Riso – Atenção Materno-Infantil”, apresentado anteriormente. Somente gestantes agendadas para a primeira consulta foram convidadas a participarem do estudo, a fim de evitar vieses e possíveis direcionamentos de respostas em função das orientações recebidas como rotina do respectivo projeto.

O Roteiro de Entrevista foi aplicado às gestantes, individualmente, por meio de entrevistas realizadas em uma sala destinada a este fim. É importante ressaltar que as questões norteadoras puderam adaptar-se aos conteúdos manifestos pelos sujeitos de pesquisa, não seguindo, necessariamente, uma sequência uniforme (CODATO, 2005). Segundo Bauer e Gaskell (2003), o objetivo da entrevista é a compreensão detalhada de crenças, atitudes, valores e motivações relacionadas ao comportamento de pessoas, em contextos sociais específicos, nos quais as perguntas funcionam como um convite ao entrevistado para refletir e falar sobre determinado assunto.

As entrevistas foram gravadas pela pesquisadora em aparelho MP3. Para Shraiber (1995), o uso do gravador permite a ampliação do poder de registro, pois capta um conjunto amplo de elementos de comunicação como pausas de reflexão, dúvidas, entonação de voz, expressões de crítica, entusiasmo e surpresa que auxiliam na compreensão da própria narrativa.

O número de entrevistas foi determinado pelo critério de saturação dos dados ou redundância dos conteúdos expressos pelas gestantes (CODATO, 2005).

As entrevistas foram transcritas pela pesquisadora de forma integral e literal, com o objetivo de manter a maior fidelidade possível das expressões, termos e conteúdos manifestados pelas entrevistadas. Em seguida, foram realizadas leituras e audições simultâneas visando identificar e corrigir possíveis falhas de transcrição.

No momento seguinte, o material foi lido e analisado e todo seu conteúdo foi transformado em itens para a elaboração do formulário fechado (MORANDINI, 2006). A análise qualitativa das entrevistas gerou um instrumento com 29 questões relativas aos dados sociodemográficos e com 112 itens de atitudes frente à saúde bucal (Apêndice 3).

- Segunda fase

Um comitê de juízes constituído por quatro pesquisadores com experiência no atendimento de gestantes realizou a análise da validade aparente dos itens gerados na etapa anterior. Embora esta avaliação seja subjetiva, é importante para identificar se os itens gerados estão realmente avaliando as características que o investigador deseja (CUMMINGS; STEWART; HULLEY, 2006). Os pesquisadores também opinaram sobre o agrupamento dos itens segundo os aspectos que julgaram importantes na avaliação da saúde bucal de gestantes.

As opções de resposta para os itens de atitude foram construídas numa escala tipo *Likert*. Para Günther (2003), este tipo de mensuração é especialmente utilizado em levantamentos de atitudes, opiniões e avaliações. Segundo Oppenheim (1992), a escala tipo *Likert* é uma escala unidimensional, ou seja, avalia atitudes do indivíduo como um *continuum* para cada afirmação. Luiz, Costa e Nadanovsky (2005) acrescentam, ainda, que tal medida reconhece a oposição entre contrários, a direção de crescimento (gradiente) e o conceito de intermediário.

As escalas tipo *Likert* geralmente usam quatro ou cinco alternativas, embora se encontrem também itens com duas, três ou até nove alternativas. Quanto ao número de alternativas utilizadas, o importante é que estejam balanceadas, isto é, que existam alternativas positivas, negativas e um “ponto do meio” nem positivo nem negativo. Este cuidado evita uma avaliação enviesada em direção positiva ou negativa (GÜNTHER, 2003). Neste estudo, para cada item formulado as gestantes responderam conforme uma das três possibilidades: Concordo; Não sei; ou Discordo.

A análise da validade aparente resultou na eliminação de 27 itens. Este procedimento resultou na versão inicial do instrumento, composto por 29 questões relativas aos dados sociodemográficos e 85 itens de atitudes relacionados aos hábitos de dieta e higiene bucal, relação bidirecional entre saúde bucal e gestação e crenças e mitos acerca da saúde bucal e assistência odontológica (Apêndice 4).

- Terceira fase

Na terceira fase do estudo, realizou-se a coleta dos dados. A versão inicial do instrumento foi aplicada à casuística descrita anteriormente por meio entrevista individual realizada pela pesquisadora, nas UBS selecionadas e em outros locais incluídos.

## 5.8 TRATAMENTO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Para criação do banco de dados, foi utilizado o programa Excel para Windows. Os dados de cada variável foram revisados procurando-se identificar potenciais *outliers* e os erros identificados foram corrigidos. A análise estatística dos dados foi realizada por meio do pacote estatístico SPSS para Windows (versão 10).

Os dados obtidos foram tabulados e utilizados para a validação do formulário por meio do método da consistência interna determinado pelo alfa de *Cronbach* ( de *Cronbach*). Esta propriedade diz respeito à existência de correlação entre os diferentes itens que compuseram o instrumento e entre cada item com a pontuação total, isto é, diz respeito à homogeneidade do instrumento de pesquisa. A confiabilidade está relacionada à clareza e consistência de uma medida e representa a probabilidade de obtenção dos mesmos resultados se o instrumento for novamente aplicado (LUIZ; COSTA; NADANOVSKY, 2005).

A análise da consistência interna, realizada mediante avaliação do comportamento de cada item foi importante para definir quais itens deveriam ser mantidos ou removidos no instrumento para as análises finais.

Para a análise das atitudes das respondentes (variável dependente), as repostas para os itens de atitudes foram transformadas em escores. O escore mais alto foi atribuído à resposta mais favorável para o item, numa escala de 1 a 3. A

somatória dos escores obtidos para cada uma das afirmativas resultou no escore total de cada participante.

Para verificar a associação entre as variáveis independentes (características demográficas, socioeconômicas e história gestacional atual e pregressa) e a atitude (variável dependente) foi utilizado o teste de Mann-Whitney que comparou grupos por meio de postos ou *ranks* (ALVES, 2007). O nível de significância adotado foi de 5% ( $\alpha=0,05$ ;  $P < 0,05$ ).

## 7 CONCLUSÕES

De acordo com a metodologia utilizada e análise dos resultados obtidos, pôde-se concluir que:

- É possível construir um instrumento confiável e válido para mensurar as atitudes de gestantes usuárias do serviço público de Juiz de Fora, MG, frente à saúde bucal.
- As gestantes apresentaram atitudes desfavoráveis em relação à dieta acompanhadas por atitudes favoráveis relativas à higiene bucal, exceto quanto ao uso do fio dental.
- As gestantes demonstraram atitudes favoráveis relacionadas à influência da gestação na condição bucal e desfavoráveis quanto à possível associação da condição bucal e desfechos adversos à gestação.
- As atitudes desfavoráveis das gestantes frente às crenças e mitos indicam que algumas alterações bucais são, erroneamente, atribuídas à gestação e a maioria das participantes desconhece as possibilidades de tratamento odontológico e temem que procedimentos possam colocar o feto em risco.
- O cálculo do escore total para a Escala de Atitudes frente à Saúde Bucal (EA-SB) demonstrou que 63,8% das gestantes apresentaram atitude favorável frente à saúde bucal.
- As atitudes das gestantes frente à saúde bucal foram significativamente associadas às variáveis, escolaridade ( $P=0,007$ ); número de gestações ( $P=0,028$ ); número de filhos ( $P=0,029$ ); e problema de saúde em gestações anteriores ( $P=0,010$ ).
- A avaliação das atitudes das gestantes usuárias do serviço público de Juiz de Fora, MG frente à saúde bucal evidenciam a necessidade de reforço às ações de promoção e proteção de saúde individual e/ou coletiva direcionadas a este grupo específico.

## REFERÊNCIAS<sup>1</sup>

- ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil/2003**. Disponível em:  
<[http://www.abep.org/codigosguias/ABEP\\_CCEB.pdf](http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf)> Acesso em: 27 jun. 2007.
- ACHARYA, S.; PARVATI, B. V. Oral-health-related quality of life during pregnancy. **J Publ Health Dent**, Raleigh, n. 69, v. 2, p. 74-77, Jan. 2008.
- AGBELUSI, G. A.; AKINWANDE, J. A.; SHUTTI, T. O. Oral health status and treatment needs of pregnant women in Logos State. **Niger Postgrad Med**, Nigerian, v. 7, n. 3, p. 96-100, Sept. 2000.
- ALBUQUERQUE, O. M. R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C. S. Percepção de gestantes do programa de saúde da família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 789-796, mai./jun. 2004.
- ALVES, R.T. **Doença periodontal na gestação**: atitudes de profissionais de saúde do serviço público de Goiânia – GO. 2007. 101f. Dissertação (Mestrado em Clínica Odontológica) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2007.
- ALVES, R. T.; RIBEIRO, R. A. Relationship between maternal periodontal disease and preterm low birth weight babies. **Braz Oral Res**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 318-323, July/Sept. 2006.
- ANTUNES, A.; ROSETE, V.; FAGULHA, J. Saúde oral na grávida. **Acta Med Port**, Lisboa, v. 14, n. 4, p. 358-393, jul./ago. 2001.
- ARAÚJO, I.C. et al. Condições de saúde bucal das gestantes atendidas em instituições de saúde do bairro do Guamá no município de Belém. **Odontologia.com.br**, 18 abr. 2005. Disponível em:  
<<http://www.Odontologia.com.br/artigos>>. Acesso em: 12 dez. 2006.
- ATLAS SOCIAL. **Juiz de Fora: diagnóstico**. Prefeitura de Juiz de Fora, 2006. Disponível em: < <http://www.atlassocialjf.pjf.mg.gov.br>>. Acesso em: 05 jul. 2009.
- BARROSO, S. P. **Visão perceptiva da gestante quanto à submissão no tratamento odontológico em unidade básica de saúde do município de Niterói**. 1999. 89f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 1999.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

---

<sup>1</sup> Formatação segundo Normas de Elaboração de Trabalhos Acadêmicos da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2006 (Disponível em <http://www.ufjf.br/>).

BERNARDES, R. P. C. et al. Avaliação dos conhecimentos sobre saúde bucal de gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde de Uberlândia – MG. Disponível em: <[www.propp.ufu.br/revisyaeletronica/edicao2002/h/avaliacao%20.pdf](http://www.propp.ufu.br/revisyaeletronica/edicao2002/h/avaliacao%20.pdf)> Acesso em: 17 out. 2002.

BERND, B.; SOUZA, C.B. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. 34, p. 33-39, jan./abr.1992.

BOGGESS, K.A. et al. Maternal periodontal disease in early pregnancy and risk for a small-for-gestational-age infant. **Am J Obstet Gynecol**, St Louis, v. 194, n. 5, p. 127-141, May 2006.

BRANDÃO, I.M.G. **Avaliação do conhecimento e de atitudes relacionadas à saúde bucal**. 1998. 126f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araraquara, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BUDUNELI, N. et al. Periodontal infections and pre-term low birth weight: a case-control study. **J Clin Periodontol**, Copenhagen, v. 32, n. 2, p. 174-181, Feb. 2005.

CARDOSO, E. O. C. **Estudo das doenças periodontais em gestantes e seu impacto no nascimento de crianças prematuras e/ou baixo peso**. 1999. 87f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

CARTA, G. et al. Periodontal disease and poor obstetrical outcome. **Clin Exp Obstet Gynecol**, Padua, v. 31, n. 1, p. 47-49, July 2004.

CHALA, H. E. R.; SANTANA, M. L. El embarazo. Su relación com la salud bucal. **Rev Cuba Estomatol**, Habana, v. 40, n. 2, abr. 2003.

CHRISTENSEN, L. B.; JEPPE-JENSEN, D.; PETERSEN, P. E. Self-reported gingival conditions and self-care in the oral health of Danish women during pregnancy. **J Clin Periodontol**, Copenhagen, v. 30, p. 949-953, Nov. 2003.

CODATO, L. A. B. **Pré-natal odontológico e saúde bucal: percepções e representações de gestantes**. 2005. 131f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2005.

COSTA, I. C. C. et al. A gestante como agente multiplicador de saúde. **RPG Rev Pos-grad**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 87-92, abr./jun. 1998.

COSTA, I. C. C.; SALIBA, O.; MOREIRA, A. S. P. Atenção odontológica à gestante na concepção médico-dentista-paciente: representações sociais dessa interação. **RPG Rev Pos-grad**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 232-243, jul./set. 2002.

COTA, L. O. M. **Associação entre doença periodontal materna e intercorrências gestacionais**: parto pré-termo, baixo peso ao nascimento e pré-eclâmpsia. 2005. 220f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

COUTINHO, N. N. **Estudo das doenças cárie e periodontal em mulheres durante o período gestacional**. 2006. 88f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

COUTINHO, N. R. et al. Control de la enfermedad periodontal y caries em gestantes. **Rev Fundac Juan Jose Carraro**, Buenos Aires, v. 10, n. 21, p. 33-39, sep./oct. 2005.

CRUZ, S. S. et al. Doença periodontal materna como fator associado ao baixo peso ao nascer. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 782-787, out. 2005.

CUMMINGS, S. R.; STEWART, A. L.; HULLEY, S. B. Elaboração de questionários e instrumento de coleta de dados. In: HULLEY, S. B.; CUMMINGS, R. S.; BROWNER, W. S., GRADY, D.; HEARST, N.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 265-281.

DASANAYAKE, A. P. Poor periodontal health of the pregnant woman as a risk factor for low birth weight. **Ann Periodontol**, Chicago, v. 3, n. 1, p. 216-212, July 1998.

DASANAYAKE, A. P. et al. Salivary *Actinomyces naeslundii* genospecies 2 and *Lactobacillus casei* levels predict pregnancy outcomes. **J Periodontol**, Indianapolis, v. 76, n. 2, p. 171-177, Feb. 2005.

DAVENPORT, E. S. et al. The East London study of maternal chronic periodontal disease and preterm low birth weight infants: study design and prevalence data. **Ann Periodontol**, Chicago, v. 3, p. 206-212, July 1998.

DAVENPORT, E. S. et al. Maternal periodontal disease and preterm low birthweight: case control study. **J Dent Res**, Washington, v. 81, n. 5, p. 313-318, May 2002.

DIAS, R. J. M. **Doença Periodontal em mulheres com parto pré-termo**: levantamento epidemiológico na Maternidade Escola Januário Cicco no Município de Natal – RN. 2003. 99f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante) – Faculdade de Odontologia, Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic, Campinas, 2003.

DIÁZ ROMERO, R.M. et al. Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación. **Rev ADM**, México, v. 18, n. 2, p. 68-73, mar./abr. 2001.

DI PLÁCIDO, G. et al. Gingival hyperplasia in pregnancy II. Etiopathogenic factors and mechanisms. **Minerva Stomatol**, Torino, v. 47, n. 5, p. 223-229, May 1998.

DÖRTBUDAK, O. et al. Periodontitis, a marker of risk in pregnancy for preterm birth. **J Clin Periodontol**, Copenhagen, v. 32, n. 1, p. 45-52, Jan. 2005.

FURQUIM, S. V. **Prevalência da doença periodontal em mulheres com parto pré-termo**: levantamento epidemiológico no Hospital Santa Casa na cidade de Limeira – SP. 2003. 91f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante) – Faculdade de Odontologia, Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic, Campinas, 2003.

GAFFIELD, M. L. et al. Oral health during pregnancy: an analysis of information collected by the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 132, n. 7, p. 1009-1016, July 2001.

GARBERO, I., DELGADO, A. M., BENITO DE CÁRDENAS, I. Salud oral en embarazadas: conocimientos y actitudes. **Acta Odontol Venez**, Caracas, v. 43, n. 2, ago. 2005.

GLESSE, S. et al. Influência de doença periodontal no trabalho de parto pré-termo. **RGO**, Porto Alegre, v. 52, n. 5, p. 326-330, nov./dez. 2004.

GODÍN, R. L. R. et al. Respuesta nauseosa durante el cepillado em mujeres embarazadas de Bogotá, D.C., Colombia. **Univ Odontol**, Bogotá, v. 21, n. 46, p. 41-46, dic. 2001.

GONZÁLES, M.; MONTES DE OCA, L.; JIMÉNEZ, G. Cambios en la composición de la saliva de pacientes gestantes y no gestantes. **Perinatol Reprod Hum**, Mexico, v. 15, n. 3, p. 195-201, jul./sep. 2001.

GÜNTHER, H. **Como elaborar um questionário** (série: planejamento de pesquisa nas ciências sociais, nº 1). Brasília, DF: UnB, Laboratório de Psicologia ambiental, 2003.

HABASHNEH, R. et al. Factors related to utilization of dental service during pregnancy. **J Clin Periodontol**, Copenhagen, v. 32, n. 7, p. 815-821, July 2005.

HAPNER, A. V. P. **Estudo comparativo do nível de conhecimento de gestantes sobre saúde bucal entre dois grupos sócio-econômicos de Curitiba - P.** 2002. 149f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

HERRERA, C. L. G. et al. Diagnóstico microbiológico y molecular de bacterias cariogénicas em mujeres embarazadas de la región de La Araucanía, Chile. **Rev Chil Infect**, Santiago, v. 24, n. 4, p. 270-275, ago. 2007.

HONKALA, S.; AL-ANSARI, J. Self-reported oral health, oral hygiene habits, and dental attendance of pregnant women in Kuwait. **J Clin Periodontol**, Copenhagen, v. 32, n. 7, p. 809-814, July 2005.

IBGE. O Brasil município por município. Censo demográfico 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 jul. 2007.

JEFFCOAT, M. K. et al. Periodontal infection and preterm birth: results of a prospective study. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 137, n. 7, p. 875-880, July 2001.

JEKEL, J. F.; KATZ, D. L.; ELMORE, J. G. Tamanho da amostra, randomização e teoria da probabilidade. In:\_\_\_\_\_. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

JESEN, J.; LIJEMARK, W.; BLOOMQUISR, C. The effect of female sex hormones on subgingival plaque. **J Periodontol**, Indianapolis, v. 52, n. 10, p. 599-602, Oct. 1981.

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal. Departamento de Planejamento e Gestão Estratégica. **PDL: Plano de Desenvolvimento Local**. Juiz de Fora, MG, jun. 2004, p.17.

KEYES, P. H. The infectious and transmissible nature of experimental dental caries. **Arch Oral Biol**, Exeter, v. 1, n. 1, p. 304-320, Mar. 1960.

KIVELÄ, J. et al. Salivary carbonic anhydrase VI and its relation to salivary flow rate buffer capacity in pregnant and non-pregnant women. **Arch Oral Biol**, Exeter, v. 48, n. 8, p. 547-551, Aug. 2003.

KONOPKA, T. et al. The secretion of prostaglandin E<sub>2</sub> and interleukin 1-beta in women with periodontal diseases and preterm low-birth-weight. **Bull Group Int Rech Sci Stomatol Odontol**, Bruxelas, v. 45, n. 1, p. 18-28, Jan./Apr. 2003.

LAINE, M. A. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. **Acta Odontol Scand**, Oslo, v. 60, n. 5, p. 257-264, Oct. 2002.

LAINE, M. et al. Pregnancy-related changes in human whole saliva. **Arch Oral Biol**, Exeter, v. 33, n. 12, p. 913-917, Dec. 1988.

LAINE, M.; PIENIHÄKKINEN, K. Salivary buffer effect in relation to late pregnancy and postpartum. **Acta Odontol Scand**, Oslo, v. 58, n. 1, p. 8-10, May 2000.

LÁREZ, L. et al. Lesiones bucales vistas en la embarazada. **Rev Obstet Ginecol Venezuela**, Caracas, v. 65, n. 1, p. 9-13, mar. 2005.

LEAL, N. P. **Saúde bucal de gestantes: conhecimentos, práticas e representações do médico, do dentista e da paciente**. 2006. 93f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) – Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2006.

LEÓN, G. R; GARCÍA, R. G; GUERRERO, R. R. Relación entre la prevalencia de caries dental y embarazo. **Rev ADM**, México, v. 59, n. 1, p. 5-9, ene. 2002.

LIEF, S. et al. The oral condition and pregnancy study: periodontal status of a cohort of pregnant women. **J Periodontol**, Indianapolis, v. 75, n. 1, p. 116-126, Jan. 2004.

LYNDON-ROCHELLE, M. et al. Dental care use and self-reported dental problems in relation to pregnancy. **Am J Public Health**, New York, v. 94, n. 5, p. 765-771, May 2004.

LIZARRA, A.M.C.; PROAÑO DE CASALINO, D. La enfermedad periodontal como factor de riesgo de parto pretérmino y bajo peso al nacer en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2002-2003. **Rev Med Hered**, Lima, v. 16, n. 3, p. 172-177, jul./sep. 2005.

LÓPEZ, N. J.; SMITH, P. C.; GUTIERREZ, J. Higher risk of preterm and low birth weight in women with periodontal disease. **J Dent Res**, Washington, v. 81, n. 1, p. 58-63, jan. 2002b.

LÓPEZ, N. J.; SMITH, P. C.; GUTIERREZ, J. Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial. **J Periodontol**, Indianapolis, v. 73, n. 8, p. 911-924, Aug. 2002a.

LÓPEZ, N. J. et al. Periodontal therapy reduces the rate of preterm low birth weight in women with pregnancy – associated gingivitis. **J Periodontol**, Indianapolis, v. 76, n. 11, p. 2144-2153, Nov. 2005.

LUIZ, R. R.; COSTA, A. J. L.; NADANOVSKY, P. **Epidemiologia e bioestatística na pesquisa odontológica**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

LUNARDELLI, A. N.; PERES, M. A. Is there an association between periodontal disease, prematurity and low birth weight? **J Clin Periodontol**, Copenhagen, v. 32, n. 9, p. 938-946, Sept. 2005.

MACHUCA, G. et al. The influence of general health and socio-cultural variables on the periodontal condition of pregnant women. **J Periodontol**, Indianapolis, v. 70, n. 7, p. 779-785, July 1999.

MALAVÉ, L. M.; SALAZAR, C. R.; SÁNCHEZ, G. R. Estrato Social y prevalencia de gingivitis en gestantes, Estado Yaracuy, Municipio San Felipe. **Acta Odontol Venez**, Caracas, v. 39, n. 1, p. 19-27, ene. 2001.

MANGSKAU, K. A.; ARRINDELL, B. Pregnancy and oral health: utilization of oral health care system by pregnant woman in North Dakota. **Northwest Dent**, St Paul, v. 75, p. 23-28, Nov./Dec. 1996.

MARIN, C. et al. Correlation between infant birth weight and mother's periodontal. **J Clin Periodontol**, Copenhagen, v. 32, n. 3, p. 299-304, Mar. 2005.

MARTINS, R. F. O.; MARTINS, Z. I. O. O que as gestantes sabem sobre a cárie: uma avaliação dos conhecimentos de primigestas e multigestas quanto à própria saúde bucal. **Rev ABO Nac**, São Paulo, v. 10, n. 5, p. 278-284, out./nov. 2002.

- MENINO, R. T. M.; BIJELLA, V. T. Necessidades de saúde bucal em gestantes dos núcleos de saúde de Bauru: conhecimentos com relação à própria saúde bucal. **Rev Fac Odont Bauru**, Bauru, v. 3, n. 1/4, p. 5-16, jan./dez. 1995.
- MEURMAN, J. H. et al. Oral health in women with pregnancy and delivery complications. **Clin Oral Invest**, New York, v. 10, n. 2, p. 96-101, Feb. 2006.
- MICHALOWICZ, B. S., et al. Treatment of periodontal disease and risk of preterm birth. **N Engl J Med**, Boston, v. 355, n. 18, p. 1885-1894, Nov. 2006.
- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2004.
- MITCHELL-LEWIS, D. et al. Periodontal infections and pre-term birth: early findings from a cohort of young minority women in New York. **Eur J Oral Sci**, Göteborg, v. 109, n. 1, p. 34-39, Feb. 2001.
- MOKEEN, S. A.; MOLA, G. N.; AL-JEWAIS, T. S. The prevalence and relationship between periodontal disease and preterm low birth weight infants at King Khalid University Hospital in Riyadh, Saudi Arabia. **J Contemp Dent Pract**, v. 5, n. 2, p. 251-258, May 2004.
- MORIYA, T. M.; GIR, E.; HAYASHIDA, M. Escala de atitudes frente à AIDS: uma análise psicométrica. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 37-53, jul. 1994.
- MOLITERNO, L. F. M. et al. Association between periodontitis and low birth weight: a case-control study. **J Clin Periodontol**, Copenhagen, v. 32, p. 886-890, Mar. 2005.
- MONTANDON, E. M. et al. Hábitos dietéticos e de higiene bucal em mães no período gestacional. **JBP J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 2, n. 18, p. 170-173, out./nov. 2001.
- MOORE, S. et al. A prospective study to investigate the relationship between periodontal disease. **Br Dent J**, London, v. 197, n. 5, p. 251-258, Sept. 2004.
- MORANDINI, W. J. **Percepção de desfechos relacionados à prótese dentária em indivíduos desdentados**. 2006. 99f. Dissertação (Mestrado em Clínica Odontológica) – Faculdade de Odontologia, Universidade de Goiás, Goiânia, 2006.
- MORENCY, A. M.; RALLU, F. LAFERRIÈRE, C. et al. Eradication of intra-amniotic *Streptococcus mutans* in a woman with a short cervix. **J Obstet Gynaecol Can**, Vancouver, v. 28, n. 10, p. 898-902, Oct. 2006.
- NEWBRUN, E. **Cariology** – Baltimore: Williams & Wilkins, 1978.
- OFFENBACHER, S. et al. Role of periodontitis in systemic health: spontaneous preterm birth. **J Dent Educ**, Washington, v. 62, n. 10, p. 852-858, Oct. 1998a.

OFFENBACHER, S. et al. Potential pathogenic mechanisms of periodontitis-associated pregnancy complications. **Ann Periodontol**, Chicago, v. 3, n. 1, p. 233-250, July 1998b.

OFFENBACHER, S et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. **J Periodontol**, Indianapolis, v. 67, n. 10, p. 1103-1113, oct. 1996.

OFFENBACHER, S. et al. Maternal periodontitis and prematurity. Part I: Obstetric outcome of prematurity and growth restriction. **Ann Periodontol**, Chicago, v. 6, n. 1, p. 164-174, dec. 2001.

OFFENBACHER, S. et al. Progressive periodontal disease and risk of very preterm delivery. **Obstet Gynecol**, Hagerstown, v. 107, n. 1, p. 29-36, Jan. 2006a.

OFFENBACHER, S. et al. Effects of periodontal therapy during pregnancy on periodontal status, biologic parameters, and pregnancy outcomes: a pilot study. **J Periodontol**, Indianapolis, v. 77, n. 11, p. 2011-2024, Dec. 2006b.

OJANOTKO-HARRI, A.; LAINE, M.; TENOVUO, J. Metabolism of <sup>17</sup>β-estradiol by oral *Streptococcus mutans*, *Streptococcus sanguis*, *Bacillus cereus* and *Candida albicans*. **Oral Microbiol Immunol**, Copenhagen, v. 6, n. 2, p. 126-128, Nov. 1991.

OLIVEIRA, M. A. M. **Atendimento odontológico na gravidez**: considerações clínicas e emprego de medicamentos. 1. ed. São Paulo: Santos, 1990.

OLIVEIRA, R. S. R. G. **Percepção sobre saúde bucal e atendimento odontológico por gestantes em programas de assistência pré-natal, no município de Santo André – SP**. 2002. 81f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 33, n. 4, p. 307-314, Aug. 2005.

OLIVEIRA, A. C. A. P.; OLIVEIRA, A. F. B. Saúde bucal em gestantes: um enfoque educativo-preventivo. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 2, n. 7, p.182-185, mai./jun. 1999.

OLIVEIRA JÚNIOR, O. B. et al. **Contribuição para a eficácia de programas de prevenção**. Identificando o conhecimento e os mitos sobre saúde bucal em gestantes de classe média de Araraquara. Disponível em:  
<<http://www.odontologia.com.br/imprimir.asp?id=175&idesp=12>> Acesso em: 05 out. 2007.

OPPENHEIM, A. N. **Questionnaire design, interviewing and attitude measurement**. London: Printer, 1992. 303p.

OROSZ, M. et al. Changes in salivary pH and lactobacilli count in pregnant women. **Proc Finn Dent Soc**, Helsinki, v. 76, n. 4, p. 204-207, 1980.

PEREIRA, S. A. S. **Periodontite crônica, trabalho de parto e parto pré-termo em gestantes brasileiras**. 2006. 127f. Tese (Doutorado em Tocoginecologia) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

RADNAI, M. et al. A possible association between preterm birth and early periodontitis: pilot study. **J Clin Periodontol**, Copenhagen, v. 31, p. 736-771, Sept. 2004.

RAJAPAKSE, P. S. et al. Periodontal disease and prematurity among non-smoking Sri Lankan women. **J Dent Res**, Washington, v. 84, n. 3, p. 274-277, Mar. 2005.

RAMOS, T. M. et al. Condições bucais e hábitos de higiene oral em gestantes de baixo nível sócio-econômico no Município de Aracaju – SE. **Pesq Bras Odontoped Clin Integ**, João Pessoa, v. 6, n. 3, p. 229-235, set./dez. 2006.

RESSLER-MAERLENDER, J.; KRISHNA, R.; ROBISON, V. Oral health during pregnancy: current research. **J Womens Health**, New Rochelle, v. 14, n. 10, p. 880-882, Dec. 2005.

ROBLES, J. J.R.; SALAZAR, F.S.; PROAÑO DE CASALINO, D. Enfermedad periodontal como factor de riesgo de retardo del crecimiento intrauterino. **Rev Estomatol Hered**, Lima, v. 14, n. 1/2, p. 27-34, ene./dic. 2004.

ROMERO, B.C. et al. Relationship between periodontal disease in pregnant women and the nutritional condition of their newborns. **J Periodontol**, Indianapolis, v. 73, n. 10, p. 1177-1183, Oct. 2002.

ROSA, P.C. et al. Indicadores de saúde bucal de gestantes vinculadas ao programa de pré-natal em duas unidades básicas de saúde em Porto Alegre, RS. **Arq Odontol**, Belo Horizonte, v. 1, n. 43, p. 36-46, jan./mar. 2007.

ROSELL, F. L. **Prevalência de fatores clínicos do risco de cárie em gestantes**. 2001. 119f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2001.

ROSELL, F. L.; MONTANDON-POMPEU, A. A. B.; VALSECKI JÚNIOR, A. Registro periodontal simplificado em gestantes. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 157-162, mar./abr. 1999.

SADATMANSOURI, S.; SEDIGHPOOR, N.; AGHALOO, M. Effects of periodontal treatment phase I on birth term and birth weight. **J Indian Soc Pedod Prev Dent**, Karnataka, v. 24, n. 1, p. 26-23, Jan. 2006.

SALVOLINI, E. et al. Biochemical modification of human whole saliva induced by pregnancy. **Br J Obstet Gynaecol**, London, v. 105, n. 6, p. 656-660, June 1998.

SANTANA, F. C. M. et al. A doença periodontal como fator de risco em gestantes com bebê prematuros de baixo peso ao nascer. **Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integ**, João Pessoa, v. 5, n. 3, p. 247-252, set./dez. 2005.

- SANTIBÁÑEZ, M. P. F. et al. Frecuencia de caries y enfermedad periodontal em embarazadas. **Rev Fac Med UNAM**, México, v. 41, n. 4, p. 141-144, jul./ago. 1998.
- SARTÓRIO, M. L.; MACHADO, W. A. S. A doença periodontal na gravidez. **Rev Bras Odontol**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 5, p. 306-308, set./out. 2001.
- SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. B. S.; VIANNA, M. I. P. Estudo da prevalência de doença periodontal em gestantes brasileiras residentes em Salvador – BA. **ROBRAC**, Goiânia, v. 8, n. 25, p. 40-45, ago. 1999.
- SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexos metodológicos do relato oral e da produção de narrativas em estudo sobre profissão médica. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 63-74, jan./fev.1995.
- SEWÓN, L.; LAINE, M. The effect of pregnancy on salivary calcium levels. In: 16TH INTERNATIONAL CONFERENCE ON ORAL BIOLOGY; SALIVA IN HEALTH AND DISEASE, Chantilly, Virginia, USA. **Abs 11**, 2000 p. 9-12.
- SEGURA, R. C. F. et al. Doença periodontal e alterações sistêmicas – um novo paradigma. **JBE J Bras Endodontia**, Curitiba, v. 2, n. 5, p. 119-123, mai./jun. 2001.
- SHEUTZ, F. et al. Motherhood and dental disease. **Community Dent Health**, Copenhagen, v. 19, n. 2, p. 67-72, June 2002.
- SILVA, A. D. M. **Saúde bucal de gestantes: uma abordagem de gênero**. 2001. 175f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Odontologia – Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Mato Grosso do Sul, 2001.
- SILVA, A. M. **Contribuição da Saúde Bucal na integralidade da atenção ao paciente diabético**. 2006. 150f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.
- SILVA, S. R. C.; ROSELL, F. L.; VALSECKI JÚNIOR, A. Percepções das condições de saúde bucal por gestantes atendidas em uma unidade de saúde no município de Araraquara, São Paulo, Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v. 6, n. 4, p. 405-410, out./dez. 2006.
- SOCRANSKY, S. S. New concepts of destructive periodontal disease. **J Clin Periodontol**, Copenhagen, v. 11, n. 1, p. 21-32, Jan. 1984.
- TAANI, D. Q. et al. The periodontal status of pregnant women and its relationship with socio-demographic and clinical variables. **J Oral Rehabil**, Siena, v. 30, n. 4, p. 440-445, Apr. 2003.
- TENOVUO, J.; LAINE, M.; LEHTONEN, O.P. Salivary IgA antibodies reacting with *Streptococcus mutans* in relation to changes in salivary *S. Mutans* counts: a longitudinal study in humans. **Proc Finn Dent Soc**, Helsinki, v. 83, n. 2, p. 55-59, 1987.

- THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. **Cariologia Clínica**. 2. ed. São Paulo: Santos, 1995.
- TILAKARATNE, A. et al. Periodontal disease status during pregnancy and 3 months post-partum, in a rural population of Sri-Lankan women. **J Clin periodontol**, Copenhagen, v. 27, n. 10, p. 787-792, Oct. 2000.
- TIVERON, A. R. F.; BENFATTI, S. V.; BAUSELLS, J. Avaliação do conhecimento das práticas de saúde bucal em gestantes do município de Adamantina – SP. **JBP rev Ibero-am odontopediatr odontol bebê**, Curitiba, v. 7, n. 35, p. 66-77, jan./fev. 2004.
- TONELLO, A. S.; ZUCHIERI, M. A. B. O.; PARDI, V. Assessment of oral health status of pregnant women participating in family health program in the city of Lucas do Rio Verde – MT – Brazil. **Braz J Oral Sci**, Piracicaba, v. 20, n. 6, p. 1265-1268, Jan./Mar. 2007.
- TORRES, S.A. et al. Níveis de infecção de estreptococos do grupo mutans em gestantes. **Rev Odontol Univ São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 225-231, jul./set.1999.
- UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação da Infância Brasileira 2006**. O direito à sobrevivência e ao desenvolvimento. Brasília: UNICEF, 2006. 233 p. Disponível em: <<http://www.unicef.org.br/>> Acesso em: 26 mar. 2007.
- ÚRBAN, E. et al. Distribution of anaerobic bacteria among pregnant periodontitis patients who experience preterm delivery. **Anaerobe**, Amsterdam, v. 12, n. 1, p. 52-57, Feb. 2006.
- VENÂNCIO, E. Q. **Avaliação dos conhecimentos e práticas de saúde bucal de gestantes, usuárias do SUS, no município de Dourados – MS**. 2006. 73f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social e Preventiva) – Faculdade de Odontologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.
- VIEGAS, Y. Gestação e cárie dental. **Rev Saúde Pública São Paulo**, v. 4, n. 1, p. 71-77, jun. 1970.
- VIEIRA, A. R.; AMORIM, M. R.; ORIOLI, I. M. Principais dúvidas das gestantes em relação à Odontologia. **JBP rev Ibero-am odontopediatr odontol bebê**, Curitiba, v. 2, n. 5, p. 32-35, jan./fev. 1999.
- VILLAGRÁN, E.; LINOSSIER, A.; DANOSO, E. Recuento de *Streptococci mutans* em la saliva de mujeres embarazadas de la región metropolitana: estudio transversal. **Rev Med Chile**, Santiago, v. 127, n. 2, p. 165-170, feb.1999.
- VOGT, M. **Doença periodontal e resultados perinatais adversos em uma coorte de gestantes**. 2006. 87f. Dissertação (Mestrado em Clínica Odontológica) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The incidence of low birth weight: an update. **Weekly Epidemiology Record**, v. 59, p. 205-211, 1984.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International classification of disease**. 1975 revision. v. 1. Geneva: WHO, 1977.

YALCIN, F. et al. The effect of sociocultural status on periodontal condition in pregnancy. **J Periodontol**, Indianapolis, v. 73, n. 2, p. 178-182, fev. 2002.

ZANATA, R. L. et al. Effect of caries preventive measures directed to expectant mothers on caries experience in their children. **Braz Dent J**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 75-81, Sept. 2003.

<b>APÊNDICES</b>	
<b>APÊNDICE 1</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>APÊNDICE 2</b>	Roteiro de Entrevista
<b>APÊNDICE 3</b>	Instrumento obtido após a análise qualitativa das entrevistas
<b>APÊNDICE 4</b>	Versão inicial do instrumento

## APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, em uma pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir. No caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UFJF (Protocolo nº 256/2007) e, em caso de dúvida, você pode procurar esse Comitê pelo telefone 3229-3788.

### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

#### 1. Pesquisadora responsável

§ Renata Tolêdo Alves – Odontopediatra, Doutoranda em Saúde Brasileira pela Universidade Federal de Juiz de Fora - MG.

§ Contatos: (32) 3218-1144 - (32) 9102-4603.

#### 2. Pesquisadora participante

§ Profa. Dra. Rosangela Almeida Ribeiro, Professora Titular da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG.

§ Contatos: (32) 3213-5714 - (32) 9987-7093.

#### 3. Objetivo

Esta pesquisa tem como objetivo identificar as atitudes de gestantes atendidas no serviço público de Juiz de Fora – MG frente à saúde bucal na gestação.

Se você resolver participar, você deverá responder a uma entrevista que será realizada pela pesquisadora responsável para que sejam anotadas as suas respostas. A entrevista constituirá de questões fechadas (múltipla escolha) e abertas sobre aspectos do tema da pesquisa, isto é, questões relativas à história gestacional, hábitos de dieta e higiene bucal, efeitos da saúde bucal sobre a gestação e da gestação sobre a saúde bucal e assistência odontológica durante a gestação.

#### 4. Benefício

Como benefício indireto por participar deste estudo, você contribuirá para o levantamento de aspectos importantes para a saúde materno-infantil e para o desenvolvimento de programas de educação e/ou atenção odontológica às gestantes com o objetivo de preservar a saúde materna, a sanidade gestacional e a saúde do bebê.

**5. Risco**

O único risco previsto para você, como participante desta pesquisa, é a possibilidade eventual de você se sentir constrangida, pessoalmente, frente ao conhecimento sobre o tema. Todavia garanto que você não será identificada por meio do formulário preenchido.

Adicionalmente, você tem a garantia de que receberá respostas às suas perguntas e esclarecimentos das dúvidas sobre o estudo sempre que preciso.

**6. Penalidade**

Nenhuma penalidade lhe será imposta caso você não queira participar ou desista, em qualquer momento, de continuar contribuindo no estudo.

**7. Ressarcimento**

Como este estudo não implica em gastos financeiros para você, sujeito participante, não está prevista nenhuma forma de ressarcimento.

**8. Consentimento livre e esclarecido:**

Eu, \_\_\_\_\_, RG/CPF nº \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar, como sujeito, do estudo que tem como objetivo identificar as atitudes de gestantes atendidas no serviço público de Juiz de Fora – MG frente à saúde bucal na gestação. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora responsável sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade.

Juiz de Fora, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da voluntária



Assinatura Dactiloscópica

\_\_\_\_\_  
Renata Tolêdo Alves

Pesquisadora responsável (C.I. M-6.516.156 SSPMG)

## APÊNDICE 2 – Roteiro de Entrevista

### 1 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1.1 Idade: \_\_\_\_\_ anos

1.2 Etnia: ( ) branca ( ) negra ( ) outra: \_\_\_\_\_

1.3 Estado Civil: ( ) solteira ( ) casada ( ) união estável ( ) outro: \_\_\_\_\_

1.4 Escolaridade: (segundo critérios da ABEP)

( ) Analfabeto ou primário incompleto

( ) Primário completo (quarta série do primeiro grau completa)

( ) Ginásio completo (primeiro grau completo)

( ) Colegial completo (segundo grau completo)

( ) Superior completo

1.5 Trabalha fora de casa? ( ) sim ( ) não

Em que? \_\_\_\_\_

1.6 Grau de Instrução do chefe de família: (segundo critérios da ABEP)

( ) Analfabeto ou primário incompleto

( ) Primário completo (quarta série do primeiro grau completa)

( ) Ginásio completo (primeiro grau completo)

( ) Colegial completo (segundo grau completo)

( ) Superior completo

1.7 Dos itens abaixo, qual(is) você possui? (segundo critérios da ABEP)

( ) Televisor em cores ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 +

( ) Rádio ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 +

( ) Banheiro ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 +

( ) Automóvel ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 +

( ) Empregada ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 +

1.8 Dos eletrodomésticos abaixo, qual(is) você possui?(segundo critérios da ABEP)

Aspirador de pó ( ) sim ( ) não

Máquina de lavar roupa ( ) sim ( ) não

Videocassete ( ) sim ( ) não

Geladeira ( ) sim ( ) não

### 2 ATITUDES

#### 2.1 HISTÓRIA GESTACIONAL

Fale um pouco sobre sua gravidez atual e as anteriores. (Número de filhos, problemas durante as gestações, medicamentos, complicações no parto e acompanhamento pré-natal)

#### 2.2 HÁBITOS DE DIETA E HIGIENE BUCAL

Quanto à alimentação, você percebeu alguma mudança de hábito depois de ficar grávida? (Preferências, freqüência, quantidade, náusea, vômito)

Quanto à higiene bucal, você manteve os mesmos hábitos antes e depois da gestação? (Freqüência, creme dental, fio dental, flúor, dificuldades).

#### 2.3 CONHECIMENTOS DOS EFEITOS DA GESTAÇÃO NA SAÚDE BUCAL

Você acredita que o fato de estar grávida exerce algum efeito sobre sua saúde bucal? (cárie, doença periodontal, perda de elementos dentários e/ou obturações)

#### 2.4 CONHECIMENTOS DOS EFEITOS DA SAÚDE BUCAL NA GESTAÇÃO

Você acha que suas condições de saúde bucal podem influenciar na saúde do bebê? (desenvolvimento do feto, parto, transmissibilidade)

#### 2.5 ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NA GESTAÇÃO

Em relação ao tratamento odontológico, como você se comportou antes e depois de engravidar? (Freqüência, dificuldades, medos, crenças)

## APÊNDICE 3 – Instrumento obtido após a análise qualitativa das entrevistas

### A CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

- 1 Idade em anos
- 2 Etnia 1( )branca 2( )negra 3( )outra
- 3 Estado Civil 1( )solteira 2( )casada 3( )união estável 4( )outra
- 4 Trabalha fora? 1( )sim 2( )não Em que?
- 5 Idade Gestacional
- 6 Altura
- 7 Peso antes de engravidar
- 8 Peso atual
- 9 Número de gestações 1( )1 2( )2 3( )3 4( )4 5( )5+
- 10 Problema de saúde em gestações anteriores? 1( )sim 2( )não
- 1( )hipertensão
- 2( )hipotensão
- 3( )diabete
- 4( )anemia
- 5( )ameaça de aborto
- 6( )infecção geniturinária
- 7( )outro
- 11 Problema em parto anterior? 1( )sim 2( )não Qual?
- 12 Perdeu algum bebê? 1( )sim 2( )não
- 13 Prematuro anterior? 1( )sim 2( )não
- 14 Bebê de baixo peso anterior? 1( )sim 2( )não
- 15 Faz pré-natal? 1( )sim 2( )não
- 16 Desde quando? 1( )1 2( )2 3( )3 4( )4 5( )5 6( )6 7( )7 8( )8 9( )9
- 17 Número consultas 1( )1 2( )2 3( )3 4( )4 5( )5 6( )6 7( )7 8( )8 9( )9+
- 18 Fumou durante a gestação? 1( )sim 2( )não Quanto?
- 19 Bebeu durante a gestação? 1( )sim 2( )não Quanto?
- 20 Outras drogas 1( )sim 2( )não Quanto?
- 21 Problema de saúde na gestação atual? 1( )sim 2( )não
- 1( )hipertensão
- 2( )hipotensão
- 3( )diabete
- 4( )anemia
- 5( )ameaça de aborto
- 6( )infecção geniturinária
- 7( )outro
- 22 Uso de medicamento? 1( )sim 2( )não
- 1( )ácido fólico
- 2( )sulfato ferroso
- 3( )antiemético
- 4( )antibiótico
- 5( )antiinflamatório
- 6( )antiespasmódico
- 7( )analgésico
- 8( )outro
- 23 Queda ou pancada durante esse período? 1( )sim 2( )não
- 24 Alguma situação de estresse nessa gestação? 1( )sim 2( )não
- 25 Foi ao dentista após a gestação? 1( )sim 2( )não

### B CLASSIFICAÇÃO ABEP

- 1 Escolaridade (segundo critérios ABEP)
- 1( )analfabeto ou primário incompleto
- 2( )primário completo (quarta série do primeiro grau completa)
- 3( )ginásio completo (primeiro grau completo)
- 4( )colegial completo (segundo grau completo)
- 5( )superior completo

**2 Grau de instrução do chefe da família (segundo critérios ABEP)**

- 1( ) analfabeto ou primário incompleto  
 2( ) primário completo (quarta série do primeiro grau completa)  
 3( ) ginásio completo (primeiro grau completo)  
 4( ) colegial completo (segundo grau completo)  
 5( ) superior completo

**3 Dos itens abaixo, qual você possui? (segundo critérios ABEP)**

- 1( ) televisão em cores      1( ) 0 2( ) 1 3( ) 2 4( ) 3 5( ) 4 6( ) 5 7( ) 6+  
 2( ) rádio                      1( ) 0 2( ) 1 3( ) 2 4( ) 3 5( ) 4 6( ) 5 7( ) 6+  
 3( ) banheiro                 1( ) 0 2( ) 1 3( ) 2 4( ) 3 5( ) 4 6( ) 5 7( ) 6+  
 4( ) automóvel                1( ) 0 2( ) 1 3( ) 2 4( ) 3 5( ) 4 6( ) 5 7( ) 6+  
 5( ) empregada                1( ) 0 2( ) 1 3( ) 2 4( ) 3 5( ) 4 6( ) 5 7( ) 6+

**4 Quais eletrodomésticos você possui? (segundo critérios ABEP)**

- 1( ) aspirador de pó      1( ) sim 2( ) não  
 2( ) máquina de lavar    1( ) sim 2( ) não  
 3( ) videocassete        1( ) sim 2( ) não  
 4( ) geladeira             1( ) sim 2( ) não

**C ATITUDES**

01 Meu apetite aumentou durante a gestação
02 Procuro ingerir alimentos saudáveis por causa do bebê
03 Passei a preferir alimentos doces e massas
04 Passei a ingerir mais alimentos ácidos
05 Como mais vezes durante o dia agora que estou grávida
06 Como mais quantidade por refeição agora que estou grávida
07 Tive enjôo durante a gravidez
08 Na época do enjôo eu chegava a vomitar
09 Quando tinha enjôo comia toda hora
10 Na época dos enjôos eu não conseguia comer nada
11 Senti queimação/azia durante a gravidez
12 Evito certos alimentos por causa do ganho de peso
13 Costumo comer entre as refeições principais
14 Entre as refeições principais eu como frutas
15 Entre as refeições principais eu como guloseimas
16 Depois que engravidei passei a comer mais guloseimas
17 Passei a comer mais frutas e verduras depois de engravidar
18 A alimentação da mãe pode influenciar os dentes do feto
19 Antes de ficar grávida escovava os dentes mais vezes ao dia
20 Passei a escovar menos os dentes por causa do enjôo
21 A pasta de dentes dá enjôo
22 Continuo escovando os dentes as mesmas vezes que antes
23 Escovo os dentes todas as vezes que como
24 Como passei a me alimentar menos, escovo menos os dentes
25 Uso apenas escova e pasta para a higiene bucal
26 Uso escova, pasta e fio dental
27 Uso escova, pasta, fio dental e bochecho
28 Uso menos o fio dental que usava antes de engravidar
29 Passei a usar menos o fio dental por causa do enjôo
30 Continuo usando o fio dental as mesmas vezes que antes
31 Uso o fio dental todas as vezes que eu como
32 Uso fio dental pelo menos uma vez ao dia
33 Não tenho o hábito de usar o fio dental
34 Só uso o fio dental de vez em quando
35 Faço uso de bochechos

36 Parei de usar os bochechos por causa do bebê
37 Flúor serve para clarear os dentes
38 Flúor serve para limpar os dentes
39 Flúor serve para deixar os dentes mais fortes
40 Flúor serve para prevenir a cárie
41 Somente crianças precisam usar o flúor
42 Adultos precisam usar o flúor
43 Nunca usei flúor
44 Só usei flúor quando era criança
45 Só uso flúor quando vou ao dentista
46 Meu médico passou flúor pra eu tomar por causa do bebê
47 O flúor não pode ser usado em excesso
48 Tenho o hábito de escovar a língua
49 Passei a não escovar a língua por causa dos enjôos
50 Percebi mudanças na minha boca depois de ficar grávida
51 Depois que engravidei, passei a salivar mais
52 Minha gengiva passou a sangrar depois de ficar grávida
53 Minha gengiva já sangrava antes de ficar grávida, mas piorou
54 Minhas obturações caíram depois que fiquei grávida
55 Passei a ter mais cárie depois da gravidez
56 Meus dentes estragaram mais depois da gravidez
57 Eu acredito que a gravidez altera minha saúde bucal
58 Depois de engravidar meus dentes ficaram mais sensíveis
59 Depois da gravidez tive mais tártaro
60 A gravidez fez meus dentes doerem
61 Meus dentes sangram na hora da alimentação
62 Meus dentes sangram na hora do fio dental
63 Meus dentes sangram sozinhos
64 Os remédios da gravidez estragaram meus dentes
65 Meus dentes ficaram bambos depois da gravidez
66 Passei a mastigar os alimentos mais de um lado que do outro
67 A gravidez pode fazer a mulher perder dentes
68 O feto pode tirar cálcio dos dentes da mãe
69 A gravidez enfraquece os dentes
70 Minha saúde bucal pode influenciar o desenvolv. do feto
71 Minha saúde bucal pode influenciar o meu parto
72 A infecção na boca pode atingir o feto
73 A mãe pode transmitir doenças bucais ao feto
74 A mãe pode transmitir doenças bucais ao bebê
75 A mãe pode transmitir doenças bucais através da alimentação
76 A mãe pode transmitir doenças bucais ao feto
77A mãe pode transmitir doenc. bucais ao bebê pela respiração
78 A mãe pode transmitir doenças bucais ao bebê pelo beijo
79 A doença da gengiva na mãe pode diminuir o peso do feto
80 A doença da gengiva na mãe pode levar ao parto prematuro
81 A cárie na mãe pode diminuir o peso do feto
82 A cárie na mãe pode levar ao parto prematuro
83 A doença da gengiva pode fazer com que eu perca meu bebê
84 A cárie pode fazer com que eu perca meu bebê
85 A infecção de um dente pode fazer com q/ eu perca meu bebê
86 A infecção de um dente na mãe pode diminuir o peso do feto
87 A infecção de um dente pode levar ao parto prematuro
88 A gestante pode tratar os dentes
89 Eu procurei o dentista durante a gestação
90 Médico disse que não posso tratar meus dentes
91 Dentista disse que não posso tratar meus dentes
92 Outras pessoas disseram que não posso tratar meus dentes
93 Gestantes só pode fazer limpeza

<b>94 Gestantes não pode tomar anestesia</b>
<b>95 A anestesia pode também anestesiar o feto</b>
<b>96 Eu fiz tratamento odontológico durante a gestação</b>
<b>97 Gestante não pode tirar raio-X</b>
<b>98 É melhor tratar os dentes depois do bebê nascer</b>
<b>99 Gestante não pode fazer cirurgia/extração</b>
<b>100 Eu consigo dentista facilmente nas UBS</b>
<b>101 A anestesia pode causar defeito no bebê</b>
<b>102 Tirar raio-X pode causar defeito no bebê</b>
<b>103 Tenho medo de tratar meus dentes e prejudicar o bebê</b>
<b>104 A anestesia pode fazer com que eu perca o bebê</b>
<b>105 Tirar raio-X pode fazer com que eu perca o bebê</b>
<b>106 Não fui ao dentista antes por falta de condições financeiras</b>
<b>107 Acho que o tratamento odontológico pode incomodar o bebê</b>
<b>108 Não sei dizer o que a gestante pode ou não fazer no dentista</b>
<b>109 Cuidar dos dentes é importante para minha saúde</b>
<b>110 Cuidar dos dentes é importante para o feto</b>
<b>111 Cuidar dos dentes é importante para o bebê</b>
<b>112 Meus dentes sangram na hora que escovo</b>

## APÊNDICE 4 – Versão inicial do instrumento

### A CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

- 1 Idade \_\_\_\_\_ anos
- 2 Etnia 1( )branca 2( )negra 3( )parda 4( )outra
- 3 Estado Civil 1( )solteira 2( )casada 3( )união estável 4( )outra
- 4 Trabalha fora? 1( )sim 2( )não 4.1 Em que? \_\_\_\_\_
- 5 Idade Gestacional \_\_\_\_\_
- 6 Altura \_\_\_\_\_
- 7 Peso antes de engravidar \_\_\_\_\_
- 8 Peso atual \_\_\_\_\_
- 9 Número de gestações 1( )1 2( )2 3( )3 4( )4 5( )5+
- 10 Problema de saúde em gestações anteriores? 1( )sim 2( )não
- 10.1 Qual? 1( )hipertensão  
2( )hipotensão  
3( )diabete  
4( )anemia  
5( )ameaça de aborto  
6( )infecção geniturinária  
7( )outro \_\_\_\_\_
- 11 Problema em parto anterior? 1( )sim 2( )não 11.1 Qual? \_\_\_\_\_
- 12 Perdeu algum bebê? 1( )sim 2( )não
- 13 Prematuro anterior? 1( )sim 2( )não
- 14 Bebê de baixo peso anterior? 1( )sim 2( )não
- 15 Faz pré-natal? 1( )sim 2( )não
- 16 Desde quando? 1( )1 2( )2 3( )3 4( )4 5( )5 6( )6 7( )7 8( )8 9( )9
- 17 Número consultas 1( )1 2( )2 3( )3 4( )4 5( )5 6( )6 7( )7 8( )8 9( )9+
- 18 Fumou durante a gestação? 1( )sim 2( )não 18.1 Quanto? \_\_\_\_\_
- 19 Bebeu durante a gestação? 1( )sim 2( )não 19.1 Quanto? \_\_\_\_\_
- 20 Outras drogas 1( )sim 2( )não 20.1Qual? \_\_\_\_\_ 20.2 Quanto? \_\_\_\_\_
- 21 Problema de saúde na gestação atual? 1( )sim 2( )não
- 21.1 Qual? 1( )hipertensão  
2( )hipotensão  
3( )diabete  
4( )anemia  
5( )ameaça de aborto  
6( )infecção geniturinária  
7( )outro \_\_\_\_\_
- 22 Uso de medicamento? 1( )sim 2( )não
- 22.1 Qual? 1( )ácido fólico  
2( )sulfato ferroso  
3( )antiemético  
4( )antibiótico  
5( )antiinflamatório  
6( )antiespasmódico  
7( )analgésico  
8( )outro \_\_\_\_\_
- 23 Queda ou pancada durante esse período? 1( )sim 2( )não
- 24 Alguma situação de estresse nessa gestação? 1( )sim 2( )não
- 25 Foi ao dentista após a gestação? 1( )sim 2( )não

### B CLASSIFICAÇÃO ABEP

- 1 Escolaridade (segundo critérios ABEP)
- 1( )analfabeto ou primário incompleto
- 2( )primário completo (quarta série do primeiro grau completa)
- 3( )ginásio completo (primeiro grau completo)
- 4( )colegial completo (segundo grau completo)
- 5( )superior completo

**2 Grau de instrução do chefe da família (segundo critérios ABEP)**

- 1( ) analfabeto ou primário incompleto  
 2( ) primário completo (quarta série do primeiro grau completa)  
 3( ) ginásio completo (primeiro grau completo)  
 4( ) colegial completo (segundo grau completo)  
 5( ) superior completo

**3 Dos itens abaixo, qual você possui? (segundo critérios ABEP)**

- 3.1( ) televisão em cores                    0( ) 0 2( ) 1 3( ) 2 4( ) 3 5( ) 4 +  
 3.2( ) rádio                                    0( ) 0 1( ) 1 2( ) 2 3( ) 3 4( ) 4 +  
 3.3( ) banheiro                                0( ) 0 2( ) 1 3( ) 2 4( ) 3 4( ) 4 +  
 3.4( ) automóvel                              0( ) 0 2( ) 1 4( ) 2 5( ) 3 5( ) 4 +  
 3.5( ) empregada                              0( ) 0 2( ) 1 4( ) 2 4( ) 3 4( ) 4 +

**4 Quais eletrodomésticos você possui? (segundo critérios ABEP)**

- 4.1( ) aspirador de pó                    1( ) sim 0( ) não  
 4.2( ) máquina de lavar                    1( ) sim 0( ) não  
 4.3( ) videocassete                        2( ) sim 0( ) não  
 4.4( ) geladeira                              2( ) sim 0( ) não

**Classificação:**

- A1 – 30/34 pontos – 1% pop. Bras. – Renda Média - 7.793,00
- A2 – 25/29 pontos – 5% pop. Bras. – Renda Média - 4.648,00
- B1 – 21/24 pontos – 9% pop. Bras. – Renda Média - 2.804,00
- B2 – 17/20 pontos – 14% pop. Bras. – Renda Média - 1.669,00
- C – 11/16 pontos – 36% pop. Bras. – Renda Média - 927,00
- D – 6/10 pontos – 31% pop. Bras. – Renda Média - 424,00
- E – 0/5 pontos – 4% pop. Bras. – Renda Média - 207,00

**C ATITUDES**

- Respostas: 1 – Concordo  
 2 – Não sei  
 3 – Discordo

ATITUDES	RESPOSTAS		
	1	2	3
DIETA E HIGIENE			
01 Meu apetite aumentou durante a gestação			
02 Passei a preferir alimentos doces e massas			
03 Passei a ingerir mais alimentos ácidos			
04 Passei a comer mais legumes/verduras depois de engravidar			
05 Depois que engravidei passei a comer mais guloseimas			
06 Como mais vezes durante o dia agora que estou grávida			
07 Tive enjôo durante a gravidez			
08 Na época do enjôo eu chegava a vomitar			
09 Quando tinha enjôo comia toda hora			
10 Quando tinha enjôo não conseguia comer nada			
11 Eu evito doces e massas por causa do ganho de peso			
12 Costumo comer entre as refeições principais			
13 Entre as refeições principais eu como frutas			
14 Entre as refeições principais eu como guloseimas			
15 Escovo os dentes todas as vezes que como			
16 Como passei a me alimentar menos, escovo menos os dentes			
17 Continuo escovando os dentes as mesmas vezes que antes			
18 Continuo usando o fio dental as mesmas vezes que antes			
19 Uso o fio dental todas as vezes que como			
20 Tenho o hábito de escovar a língua			
21 Passei a escovar menos os dentes por causa do enjôo			
22 A pasta dá enjôo e, por isto, escovo menos os dentes			
23 Passei a usar menos o fio dental por causa do enjôo			

24 Passei a não escovar a língua por causa do enjôo			
25 Uso apenas escova e pasta para a higiene bucal			
26 Uso escova, pasta e fio dental			
27 Não tenho o hábito de usar o fio dental			
28 Só uso o fio dental de vez em quando			
29 Uso fio dental pelo menos uma vez ao dia			
30 Uso escova, pasta, fio dental e bochecho			
31 Faço uso de bochechos			
<b>RELAÇÃO BIDIRECIONAL</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
32 Depois que engravidei, passei a salivar mais			
33 Minha gengiva passou a sangrar mais depois de ficar grávida			
34 Minha gengiva já sangrava antes de ficar grávida, mas piorou			
35 Passei a ter mais cárie depois da gravidez			
36 Meus dentes estragaram mais depois da gravidez			
37 Depois de engravidar meus dentes ficaram mais sensíveis			
38 Depois da gravidez tive mais tártaro			
39 Meus dentes sangram na hora da alimentação			
40 Meus dentes sangram na hora que eu escovo			
41 Meus dentes sangram na hora do fio dental			
42 Meus dentes sangram sozinhos			
43 Meus dentes ficaram bambos depois da gravidez			
44 Minha saúde bucal pode influenciar o desenvolvimento do feto			
45 Minha saúde bucal pode influenciar o meu parto			
46 A infecção na boca pode atingir o feto			
47 A mãe pode transmitir doenças bucais ao feto			
48 A doença da gengiva na mãe pode diminuir o peso do feto			
49 A doença da gengiva na mãe pode levar ao parto prematuro			
50 A doença da gengiva pode fazer com que eu perca meu bebê			
51 A cárie na mãe pode levar ao parto prematuro			
52 A cárie na mãe pode diminuir o peso do feto			
53 A cárie pode fazer com que eu perca meu bebê			
54 A infecção de um dente na mãe pode diminuir o peso do feto			
55 A infecção de um dente na mãe pode levar ao parto prematuro			
56 A infecção de um dente pode fazer com que eu perca meu bebê			
57 Cuidar dos meus dentes é importante para o feto			
58 Se soubesse que a saúde bucal pode repercutir no feto e parto eu iria ao CD			
<b>CRENÇAS E MITOS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
59 Eu acho que a gravidez faz as obturações caírem			
60 Eu acredito que a gravidez altera a saúde bucal			
61 A gravidez faz os dentes doerem			
62 Os remédios da gravidez podem estragar os dentes			
63 A gravidez pode fazer a mulher perder dentes			
64 A gravidez enfraquece os dentes			
65 O feto pode tirar cálcio dos dentes da mãe			
66 A gestante pode tratar os dentes			
67 Meu médico disse que não posso tratar meus dentes			
68 O dentista me disse que não posso tratar meus dentes			
69 Outras pessoas disseram que não posso tratar meus dentes			
70 Acho que o tratamento odontológico pode incomodar o bebê			
71 Não sei o que a gestante pode ou não fazer no dentista			
72 Gestante só pode fazer limpeza			
73 Gestante não pode tomar anestesia			
74 A anestesia pode também anestesiá-lo feto			
75 A anestesia pode causar defeitos no bebê			
76 A anestesia pode fazer com que eu perca meu bebê			
77 Gestante não pode fazer cirurgia/extração			
78 Gestante não pode tirar raio-X			

<b>79 O raio-X pode causar defeitos no bebê</b>			
<b>80 O raio-X pode fazer com que eu perca meu bebê</b>			
<b>81 Tenho medo de tratar meus dentes e prejudicar o bebê</b>			
<b>82 Eu consigo dentista facilmente nas UBS</b>			
<b>83 Eu fiz tratamento odontológico durante a gestação</b>			
<b>84 Não fui ao dentista antes por falta de condições financeiras</b>			
<b>85 Cuidar dos dentes é importante para minha saúde</b>			

<b>ANEXOS</b>	
<b>ANEXO 1</b>	Folha de Rosto
<b>ANEXO 2</b>	Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa
<b>ANEXO 3</b>	Aceite para publicação do Manuscrito: Perfil epidemiológico e atitudinal de saúde bucal de gestantes usuárias do serviço público de Juiz de Fora, MG.

## ANEXO 1 – Folha de Rosto



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Conselho Nacional de Saúde  
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 146006	
Projeto de Pesquisa Saúde bucal e gravidez: atitudes de gestantes do serviço público de Juiz de Fora - MG.					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.02 - Odontologia - Preve.				Grupo Grupo III	Nível Prevenção
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos Saúde bucal, gestantes, atitudes					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 303	Total Brasil 303	Nº de Sujeitos Total 303	Grupos Especiais		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NAO	Wash-out NAO	Sem Tratamento Especifico NAO	Banco de Materiais Biológicos NAO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Renata Tolêdo Alves		CPF 898.491.596-34	Identidade M-6516156		
Área de Especialização ODONTOPEDIATRIA		Maior Titulação MESTRE	Nacionalidade BRASILEIRA		
Endereço R. DR. JOSÉ MURILO NETO, 54		Bairro GRANBERY	Cidade JUIZ DE FORA - MG		
Código Postal	Telefone /(32)3218-1144	Fax	Email retoledojf@terra.com.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.					
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.					
Data: 06/07/07		Assinatura <i>R. Alves</i>			
Instituição Onde Será Realizado					
Nome Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora		CNPJ .-/-	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Órgão Sub-Secretaria de Saúde em Atenção Básica		Participação Estrangeira NAO	Projeto Multicêntrico NAO		
Endereço		Bairro	Cidade - AC		
Código Postal	Telefone	Fax	Email		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: José Gerardo de Oliveira		Assinatura <i>J. Gerardo de Oliveira</i> Dr. José Gerardo de Oliveira Subsecretaria de Saúde em Atenção Básica (SUBAB) SSDA - JF			
Data: 23/07/2007					

## ANEXO 2 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
PRO-REITORIA DE PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF  
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

### Parecer nº 256/2007

Protocolo CEP-UFJF: 1164.210.2007      FR: 146006      CAAE: 2059.0.000.180-07

Projeto de Pesquisa: "Saúde bucal e gravidez: atitudes de gestantes do serviço público de Juiz de Fora – MG"

Pesquisador Responsável: Renata Tolêdo Alves

Pesquisador Participante: Rosângela Almeida Ribeiro

Instituição: Faculdade de Odontologia/Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira

#### Sumário/comentários

O CEP analisou o Protocolo, **1164.210.2007**, Grupo III, e considerou que:

- A autora do projeto apresenta um estudo onde se pretende avaliar as atitudes de gestantes acerca da saúde bucal na gravidez. Pela revisão de literatura apresentada foi relatado que na gravidez, o aumento dos níveis hormonais, contribui significativamente na etiologia e patogenia da doença periodontal e no desenvolvimento de cáries. Da mesma forma foi demonstrado que, a condição de saúde bucal das gestantes, pode desempenhar um papel importante na etiopatogenia de diversas condições, entre elas, efeitos adversos na gestação como prematuridade, retardo de crescimento intra-uterino (RCIU) e pré-eclâmpsia. A justificativa para a realização do trabalho prende-se ao fato de que por meio da identificação das possíveis barreiras na utilização dos serviços odontológicos pelas gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS), será possível promover programas de educação e/ou atenção odontológica às gestantes com o objetivo de preservar a sanidade gestacional orientando-as a adotar medidas de auto-cuidado para a instituição de hábitos saudáveis para a saúde bucal do bebê.
- Objetivo Geral: Avaliar as atitudes de gestantes atendidas no serviço público de Juiz de Fora - MG frente à saúde bucal na gestação. Objetivos específicos: Determinar a frequência de utilização dos serviços odontológicos durante a gestação. Verificar a associação entre as atitudes das gestantes e resultado e desfecho da gestação. Correlacionar as características demográficas e comportamentais das gestantes com a frequência de utilização dos serviços odontológicos, bem como com as atitudes avaliadas. Os objetivos citados estão compatíveis com a proposta de trabalho.
- Trata-se de um estudo do tipo transversal a ser realizado com 303 gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Juiz de Fora/MG. O tamanho da amostra foi determinado por cálculo amostral que levou em conta o número médio de gestantes/ano atendidas no serviço público do município e a prevalência de doença periodontal em gestantes relatada na literatura. Os critérios de inclusão e exclusão foram apresentados no protocolo da pesquisa e estão bem delineados. As participantes serão selecionadas por meio de uma distribuição de amostragem proporcional a real distribuição das gestantes nas Regiões Administrativas de Juiz de Fora e as UBS serão selecionadas através de sorteio (randomizados). O estudo será dividido em duas fases. Na primeira fase - estudo piloto, um grupo de gestantes será entrevistado, seguindo um roteiro pré-elaborado, até a saturação dos dados. Esta etapa tem como objetivo a geração de itens para a elaboração de um formulário fechado, que será em seguida validado em entrevista feita a um grupo de 30 gestantes. A validação do formulário (instrumento da pesquisa) possibilitará a construção da versão final do instrumento de coleta de dados. Na segunda fase do estudo – coleta de dados propriamente dita, serão entrevistadas 303 gestantes. A análise estatística dos dados será realizada utilizando-se o programa SPSS para Windows.
- Foi apresentado que a amostra consistirá de 303 gestantes atendidas em UBS de Juiz de Fora/MG. **Como o estudo apresenta uma fase inicial, chamada de estudo piloto, o número de sujeitos dentro do contexto da pesquisa é maior do que o apresentado na Folha de Rosto do SISNEP e na metodologia do trabalho. Recomendamos a pesquisadora rever o número de sujeitos na pesquisa.**
- A revisão da literatura e as referências bibliográficas listadas sustentam os objetivos do estudo.
- O orçamento foi apresentado de forma detalhada e será custeado pela pesquisadora responsável pelo projeto.
- O cronograma apresentado mostra que a pesquisa tem início previsto para acontecer em março de 2008 e tem término previsto para dezembro de 2009. A coleta de dados está prevista para

Dra. Angélica Golline  
Coordenadora CEP - UFJF



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
 PRO-REITORIA DE PESQUISA  
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF  
 36036900- JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

acontecer entre os meses de maio e dezembro de 2008 e foi condicionada à aprovação do projeto pelo CEP.

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE está em linguagem adequada, clara para compreensão das gestantes. Contém os objetivos da pesquisa, a descrição do procedimento e os benefícios esperados. Informa as participantes que o TCLE foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará de posse das pesquisadoras e a outra em seu poder e que se trata de um estudo com risco mínimo. Informa, igualmente, a forma de fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF (CEP/UFJF) e com as pesquisadoras participantes da pesquisa. **Recomendamos a pesquisadora acrescentar um título ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguindo modelo apresentado na página do Comitê disponível no site da UFJF, não fazer referência a “anexo” neste documento e numerar as páginas do mesmo.**
- A pesquisadora responsável possui experiência profissional que a qualifica para desenvolver o projeto de pesquisa proposto.
- Salientamos que a pesquisadora deverá encaminhar a este comitê o relatório final da pesquisa encaminhando junto com este, o questionário definitivo a ser utilizado como instrumento de pesquisa na segunda fase do projeto.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do protocolo de pesquisa proposto, com as recomendações mencionadas, em negrito no parecer, devendo ser cumpridas para posterior início da pesquisa.

**Situação:** Projeto aprovado com recomendação.

Juiz de Fora, 16 de agosto de 2007

Prof. Dra. Angela Maria Gollner  
 Coordenadora – CEP/UFJF

**ANEXO 3 - Aceite para publicação do Manuscrito: Perfil epidemiológico e atitudinal de saúde bucal de gestantes usuárias do serviço público de Juiz de Fora, MG.**



## Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada

João Pessoa, 13 de outubro de 2009.

Ilmo(a)s Sr.(a)s.

**Renata Tolêdo Alves**

**Aline da Silva Oliveira**

**Isabel Cristina Gonçalves Leite**

**Luiz Cláudio Ribeiro**

**Rosângela Almeida Ribeiro**

Servimo-nos da presente para informar que o artigo **“Perfil epidemiológico e atitudinal de saúde bucal de gestantes usuárias do serviço público de Juiz de Fora, MG”**, submetido à apreciação da Comissão Editorial desta Revista, foi **ACEITO** para publicação e será publicado em 2010.

Aproveitamos para reiterar os votos de protesto e estima.

**Profa. Ana Maria Gondim Valença**  
Editora Assistente

**APESB – Associação de Apoio à Pesquisa em Saúde Bucal**