

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA – MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: CLÍNICA INTEGRADA

MILENA CORREA DA LUZ

SAÚDE BUCAL DE GESTANTES DE ALTO RISCO ATENDIDAS NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL

PONTA GROSSA

2018

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA – MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: CLÍNICA INTEGRADA

MILENA CORREA DA LUZ

SAÚDE BUCAL DE GESTANTES DE ALTO RISCO ATENDIDAS NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL

Dissertação apresentada como pré-requisito para obtenção do título de Mestre na Universidade Estadual de Ponta Grossa, no curso de mestrado em Odontologia – Área de concentração: Clínica Integrada. Linha de Pesquisa: Epidemiologia.

Orientadora Prof^a. Dr^a. Ana Claudia Chibinski

Co-orientadora Prof^a Dr^a. Marcia Helena Baldani Pinto

PONTA GROSSA

2018

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Setor de Tratamento da Informação BICEN/UEPG

Luz, Milena Correa da
L979 Saúde bucal de gestantes de alto risco
 atendidas no Sistema Único de Saúde em um
 Município do Sul do Brasil/ Milena Correa
 da Luz. Ponta Grossa, 2018.
 95f.

 Dissertação (Mestrado em Odontologia -
 Área de Concentração: Clínica Integrada),
 Universidade Estadual de Ponta Grossa.

 Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Cláudia
 Chibinski.

 Coorientadora: Prof^a Dr^a Marcia Helena
 Baldani Pinto.

 1.Saúde bucal. 2.Gravidez. 3.Gravidez
 de alto risco. 4.Sistema Único de Saúde.
 I.Chibinski, Ana Cláudia. II. Pinto,
 Marcia Helena Baldani. III. Universidade
 Estadual de Ponta Grossa. Mestrado em
 Odontologia. IV. T.

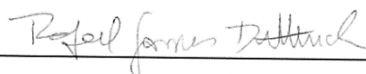
CDD: 617.601

MILENA CORREA DA LUZ

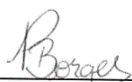
Saúde bucal em gestantes de alto risco acompanhadas no Sistema Único de Saúde em um município do sul do Brasil.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto sensu em Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Odontologia, área de concentração em Clínica Integrada, linha de pesquisa de Epidemiologia, diagnóstico e intervenção em saúde bucal.

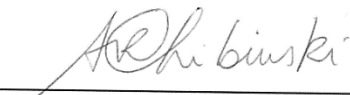
Ponta Grossa, 23 de fevereiro de 2018.



Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich
Universidade Federal do Paraná



Prof^a. Dr^a. Pollyana Kassia de Oliveira Borges
Universidade Estadual de Ponta Grossa



Prof^a. Dr^a. Ana Cláudia Rodrigues Chibinski
Universidade Estadual de Ponta Grossa

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo dom da vida, por iluminar meu caminho e por abençoar cada passo dado.

Aos meus pais, **Anaise** e **Vladimir**, pelo apoio incondicional, aos quais, além do agradecimento, dedico este trabalho e todas as minhas conquistas. Obrigada por sempre acreditarem em mim.

Ao meu companheiro de vida e de caminhada **Alexandre**. Obrigada pela paciência, pelo apoio e por sempre estar disposto a me ajudar quando precisei.

Ao meu amado filho **Pedro**, que, mesmo sem saber, é o maior incentivador da minha vida. São por ele e para ele todas as minhas lutas e conquistas.

Aos meus sogros, **Neusi** e **José Mário**, pelo incentivo e por sempre estarem dispostos a me ajudar no que fosse preciso.

À Dr^a. **Lúcia** e a **Solange**, por me acolherem no Centro Municipal da Mulher – CMM, dando-me a oportunidade de realizar a coleta de dados, às quais agradeço imensamente o tempo que dispuseram a me ajudar e me apoiar no que fosse preciso, oportunizando-me, com este trabalho, a aquisição de duas grandes amigas para o resto da vida. Muito obrigada por tudo.

À minha amiga **Mayara**, por se disponibilizar a me ajudar na coleta de dados e no que mais fosse preciso, para a consecução do meu objetivo.

Às alunas do PIBIC **Rayssa** e **Luany**, pela ajuda e colaboração no trabalho.

À **Bianca**, funcionária da Pós-Graduação, por toda ajuda e paciência.

Às **gestantes**, que participaram da pesquisa, meu sincero agradecimento.

À **todas as pessoas** que de alguma forma me apoiaram para a realização deste trabalho e torceram por mim.

À minha orientadora, professora **Ana Claudia Chibinski**, por todo aprendizado, orientação e ajuda.

E por fim, especialmente à minha co-orientadora, professora **Marcia Helena Baldani Pinto**, por toda dedicação, paciência, tempo doado e aprendizado transmitido. Com toda certeza este trabalho só foi possível graças à ajuda dela, a quem agradeço eternamente.

RESUMO

LUZ MC. Saúde bucal de gestantes de alto risco atendidas no Sistema Único de Saúde em um município do sul do Brasil. [Dissertação - Mestrado em Odontologia. Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa; 2018]

Este estudo teve como objetivo identificar e caracterizar a condição de saúde bucal e a necessidade de tratamento odontológico de gestantes de alto risco atendidas na Rede de Atenção Materno Infantil de Ponta Grossa - PR. O estudo teve como população-alvo gestantes classificadas com gravidez de alto risco que fizeram o pré-natal no Sistema Único de Saúde no município. A pesquisa se deu por meio de um formulário estruturado, contendo questões sobre características sociodemográficas, impacto da condição bucal na qualidade de vida através do Índice OHIP, ansiedade frente ao tratamento odontológico pelo Índice DAS, necessidade referida e uso de serviços odontológicos. E uma avaliação clínica, sendo identificadas a experiência de cárie através do Índice CPOD, condição periodontal pelo Índice CPI, presença de biofilme pelo Índice IHOS e necessidade de tratamento. Foram entrevistadas e responderam ao questionário 268 gestantes, sendo que 99 dessas não aceitaram passar pela avaliação clínica de saúde bucal. Dessa forma, a amostra do estudo foi constituída de 169 gestantes. A maioria das participantes eram adultas jovens, entre 20 e 35 anos, brancas, casadas ou em união estável, com baixa renda familiar e com o ensino médio completo ou mais de escolaridade, já possuíam outros filhos e estavam no terceiro trimestre da gestação. Com relação ao risco gestacional, o maior número de gestantes foi classificado como alto risco para o pré-natal por endocrinopatia (24,6%), hipertensão (20,6%) e dependência de drogas (lícitas e ilícitas) (19,4%). Mais da metade das gestantes apresentou nenhum ou baixo nível de ansiedade frente ao tratamento odontológico. Porém 12,4% das entrevistadas se mostraram muito ansiosas. Não houve impacto da condição bucal na qualidade de vida das entrevistadas, sendo que a média do OHIP-14 foi de 5,5. Com relação à experiência de cárie, o CPO-D médio das gestantes foi de 9,4 sendo que praticamente todas as gestantes apresentam histórico de cárie (94,7%) e apenas 4,7% da amostra possuía todos os dentes hígidos. Com relação à condição periodontal, apenas 23,2% apresentou gengiva e periodonto hígidos, sendo o sangramento gengival a condição mais frequente (53,8%). Quanto à presença de biofilme, 66,7% das gestantes apresentaram higiene bucal ótima ou boa. Conclui-se que a maioria das gestações do estudo é classificada como alto risco por hipertensão, endocrinopatias e dependências de drogas lícitas e ilícitas. A utilização de serviços de saúde bucal recente ou durante a gestação é maior do que a referida por outros estudos no Brasil. A maioria das gestantes apresentou-se pouco ansiosa e com baixo impacto da condição bucal na qualidade de vida, apesar de perceberem necessidade de tratamento odontológico. Os resultados indicaram condições satisfatórias de saúde bucal entre as gestantes de alto risco, no que se refere à experiência de cárie, condição periodontal e necessidade de tratamento, com maiores prevalências naquelas com pior condição social.

Palavras-chave: Saúde bucal. Gravidez. Gravidez de alto risco. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

LUZ MC. Oral health of high-risk pregnant women treated without a Single Health care System in a city in the south of Brazil. [Dissertation - Master in Dentistry. Ponta Grossa: State University of Ponta Grossa; 2018]

The objective of this study was to identify and characterize the oral health condition and the need for dental treatment of high risk pregnant attending the Ponta Grossa - PR Maternal and Child Care Network. The design of this study is cross-sectional observational. The target population was 268 pregnant women classified as high risk pregnancies who underwent prenatal care in the Unified Health System in the county. The pregnant were invited to answer to a structured formulary containing questions about sociodemographic characteristics, aspects of pregnancy, impact of oral condition on quality of life through OHIP Index, anxiety about dental treatment by DAS index, reported need and use of dental services. After the interview, the pregnant were invited to do an oral examination, and the caries experience was identified through the CPOD Index, periodontal condition by the CPI Index, biofilm presence by the IHOS Index and the need for treatment. 268 pregnant were interviewed and answered to the questionnaire, until now, 99 of whom did not agree to undergo a clinical evaluation of oral health. Through this, the study sample consists of 169 pregnant. The majority of the participants were young adults between 20 and 35 years of age, white, married or in stable union, with low family income and with high school education or more of scholarship, they had other children and were in the third trimester of pregnancy. With regard to gestational risk, the highest number of pregnant women was classified as high risk for prenatal care due to endocrinopathies (24.6%), hypertension (20.6%) and drug dependence (legal and illicit) (19,4% %). More than half of the pregnancies presented no or low anxiety level regarding dental treatment. However, 12,4% of the women were very anxious. There was no impact of the oral condition on the quality of life of the interviewees. Regarding the caries experience, the average CPO-D of the pregnant women was 9,4, with practically all pregnant having a history of caries (94.7%) and only 4,7% of the sample had all healthy teeth. Regarding the periodontal condition, only 23,2% had healthy gum and periodontium, and gingival bleeding was the most frequent condition (53,8%). Complementing, regarding the presence of biofilm, 66,7% of the pregnant presented excellent or good oral hygiene. The conclusion is that most of the pregnancies in the study are classified as high risk for hypertension, endocrinopathies and dependence of licit and illicit drugs. The use of recent oral health services or during pregnancy is greater than reported by other studies in Brazil. Most of the pregnant women presented little anxious and low impact of the buccal condition in the quality of life, although they realized that dental treatment is necessary. The results indicated satisfactory oral health conditions among high risk pregnant women, in what refers to the experience of caries, periodontal condition and need for treatment, with higher prevalences in those with worse social status.

Keywords: Oral health. Pregnancy. High risk pregnancy. Health Unic System

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Códigos utilizados durante o exame para realização do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S).	35
Quadro 2	Códigos utilizados para o diagnóstico da condição periodontal segundo o Índice Periodontal Comunitário (CPI)	35
Quadro 3	Códigos utilizados durante o exame de condição bucal para o cálculo do índice CPO-D, demonstrando a condição do elemento dentário	38
Quadro 4	Códigos utilizados para a classificação da necessidade de tratamento durante exame clínico.	39
Figura 1	Distribuição das condições clínicas de risco gestacional. Gestantes de alto risco atendidas no Centro Municipal da Mulher de Ponta Grossa, 2017-2018	44
Figura 2	Distribuição dos agravos de risco mais prevalentes entre as gestantes que aceitaram passar pelo exame clínico odontológico e as que não aceitaram.	45
Figura 3	Frequência de impacto da condição bucal na qualidade de vida, segundo dimensão do OHIP-14. Gestantes de alto risco atendidas no Centro Municipal da Mulher de Ponta Grossa, 2017-2018.	48
Figura 4	Distribuição da amostra segundo o total de dentes cariados, perdidos por cárie e restaurados (CPO-D). Gestantes de alto risco atendidas no Centro Municipal da Mulher de Ponta Grossa, 2017-2018.	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Valores do kappa na calibração das examinadoras durante o estudo piloto em 2016.	40
Tabela 2	Características da amostra. Gestantes de alto risco atendidas no Centro Municipal da Mulher de Ponta Grossa, 2017-2018	42
Tabela 3	Características sócio-demográficas comparativas entre as gestantes que aceitaram passar pelo exame clínico e as que não aceitaram. Gestantes de alto risco atendidas no Centro Municipal da Mulher de Ponta Grossa, 2017-2018	43
Tabela 4	Distribuição da amostra segundo utilização de serviços odontológicos, percepção de necessidade e ansiedade frente ao tratamento. Gestantes de alto risco atendidas no Centro Municipal da Mulher de Ponta Grossa, 2017-2018.	46
Tabela 5	Distribuição comparativa entre as gestantes que aceitaram submeter-se a exame clínico e as que não aceitaram, segundo utilização de serviços odontológicos, percepção de necessidade e ansiedade frente ao tratamento.	47
Tabela 6	Distribuição da amostra segundo a condição bucal e necessidade de tratamento. Gestantes de alto risco atendidas no Centro Municipal da Mulher de Ponta Grossa, 2017-2018.	49
Tabela 7	Estatísticas descritivas das variáveis clínicas contínuas. Gestantes de alto risco atendidas no Centro Municipal da Mulher de Ponta Grossa, 2017-2018.	50
Tabela 8	Matriz de correlações de Spearman. Associação entre as variáveis de condição de saúde bucal. Gestantes de alto risco atendidas no Centro Municipal da Mulher de Ponta Grossa, 2017-2018.	52
Tabela 9	Associação entre experiência de cárie dentária e características sócio-demográficas, risco gestacional, utilização de serviços odontológicos, percepção de necessidade e ansiedade frente ao tratamento.	53
Tabela 10	Associação entre condição periodontal, sangramento gengival, cálculo e quantidade de biofilme presente e características sócio-demográficas,	54

risco gestacional, utilização de serviços odontológicos, percepção de necessidade e ansiedade frente ao tratamento.

Tabela 11 Análise de regressão logística múltipla entre a presença de dentes 55
cariados, de sangramento gengival e de biofilme dental e as variáveis
explicativas selecionadas.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CD	Cirurgião Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CMM	Centro Municipal da Mulher
CPI	Índice Periodontal Comunitário
CPOD	Índice de dentes cariados, perdidos e obturados
DAS	Dental Anxiety Scale
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
DP	Doença Periodontal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
I-HOS	Índice de Higiene Oral Simplificado
O-HIP	Oral Health Impact Profile
PBI	Índice de Sangramento de papilas
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PP	Parto Prematuro
RMM	Razão da Mortalidade Materna
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SPSS	Statistical Package for the Social Science
UEPG	Universidade Estadual de Ponta Grossa

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1. SAÚDE BUCAL NA GESTAÇÃO	14
2.1.1. MANIFESTAÇÕES ORAIS COMUNS DURANTE A GESTAÇÃO	16
2.1.2. CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL EM GESTANTES NO BRASIL	19
2.2. DETERMINANTES DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS DO RISCO GESTACIONAL	20
2.3. GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	22
2.4. SAÚDE BUCAL NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	24
3. PROPOSIÇÕES	29
3.1. PROPOSIÇÃO GERAL	29
3.2. PROPOSIÇÕES ESPECÍFICAS	29
4. MATERIAIS E MÉTODOS	30
4.1. LOCAL DO ESTUDO	30
4.2. DELINEAMENTO DO ESTUDO E AMOSTRAGEM	30
4.3. DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS	31
4.3.1. DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS	31
4.3.2. CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO	32
4.3.3. USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS	32
4.3.4. ASPECTOS PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS A SAÚDE BUCAL	33
4.3.5. CONDIÇÕES BUCAIS	34
4.4. ESTUDO PILOTO E CALIBRAÇÃO	39
4.5. SELEÇÃO DAS VARIÁVEIS E ANÁLISES ESTATÍSTICAS	40
4.6. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	41
5. RESULTADOS	42
5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	42
5.2. ANÁLISES DE ASSOCIAÇÃO	51
6. DISCUSSÃO	57
7. CONCLUSÃO	63
8. REFERÊNCIAS	64
APENDICE A – TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	76
APENDICE B – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO	81
APENDICE C – FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA	82
APENDICE D – ORAL HEALTH IMPACT PROFILE	86
APENDICE E – DENTAL ANXIETY SCALE	89

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA	91
ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO CONCEDIDA PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PONTA GROSSA	96

1. INTRODUÇÃO

A gestação é um período delicado e único que promove muitas mudanças, tanto fisiológicas quanto comportamentais na vida da mulher. As mudanças hormonais são percebidas desde as primeiras semanas de gestação, seguidas de alterações metabólicas, anatômicas e cardiovasculares. Dentre as alterações estão: o aumento da volemia, do débito e da frequência cardíaca, diminuição da resistência vascular e da pressão arterial até o início do terceiro trimestre, seguida por um leve aumento da mesma após esse período e durante o trabalho de parto (Neves Avila e Neves ¹ 2009; Nogueira et al. ² 2001). Também é notado durante a gestação um estado de hipercoagulabilidade, além de ocorrer o aumento da frequência respiratória devido às maiores demandas por oxigênio (O₂) e hiperventilação (Gualandro et al. ³ 2011).

As alterações fisiológicas, sociais e emocionais provocadas pela gestação, fazem parte do processo natural do organismo feminino, sendo considerada uma gravidez saudável, quando sua evolução não implica negativamente à mulher e ao feto/recém-nascido. No entanto, quando ocorre o contrário, conceitualmente temos instalada uma gestação de alto-risco. (BRASIL ⁴ 2012). Quando a gestante é também portadora de uma ou mais condições patológicas, os cuidados devem ser somados ao tipo de patologia sistêmica e implicam diversas restrições, principalmente em relação aos medicamentos prescritos (Passarelli et al. ⁵ 2005).

Mulheres que apresentam determinados problemas de saúde geral (por exemplo, doenças cardíacas, pressão alta, doenças renais, doenças sexualmente transmissíveis, diabetes mellitus e cancro), usuárias de drogas, álcool e tabaco, aquelas com gravidez múltipla ou de gravidez de alto risco anterior, gestantes com idade superior a 35 ou com os problemas ginecológicos apresentam experiência de alto risco gestacional mais frequente do que a população em geral. (Merglova et al. ⁶ 2012).

Baseado em todas as alterações decorrentes da gravidez é esperado um aumento no risco ou agravamento de doenças bucais (Gomes Soares e Catão ⁷ 2014). Mulheres grávidas costumam mudar seus hábitos alimentares, sendo que a ingestão de alimentos ácidos e ricos em carboidratos se torna mais comum, o

pH salivar diminuiu e as náuseas e vômitos se tornam frequentes. Tendo em vista todos esses eventos, gestantes que não possuem cuidado e higiene bucal regular podem sofrer erosões do esmalte dentário e desenvolver novas lesões de cáries dentárias, bem como alterações periodontais (Merglova et al. ⁶ 2012). Estudos recentes têm evidenciado que as infecções periodontais podem além de promover alterações bucais, também influenciar para a ocorrência de alterações sistêmicas (Trentin et al. ⁸ 2007). A Academia Americana de Periodontia recomenda que mulheres que pretendam engravidar ou que já estejam grávidas, sejam submetidas a uma avaliação de saúde bucal e que, se for detectado algum problema, recebam tratamento adequado. (Tarannum et al. ⁹ 2013).

Objetivando garantir o bem-estar da gestante e procurando orientá-la quanto aos cuidados odontológicos, o Ministério da Saúde recomenda, em seu manual de assistência à saúde que durante o pré-natal (BRASIL ¹⁰ 2005), que a mulher grávida deve ser referenciada ao atendimento odontológico como uma ação complementar. Preservando uma boa saúde bucal, a mulher protege sua saúde geral e melhora sua qualidade de vida (Chisholm e Ferguson¹¹ 2010).

Diante das condições sistêmicas das gestantes de alto risco, a atenção à saúde nesse grupo se torna ainda mais necessária, devido ao risco de desfechos desfavoráveis da gestação. Estudos sobre essa população específica na área da atenção odontológica ainda são escassos, tanto na literatura nacional como internacional. Partindo do exposto, a presente pesquisa tem como objetivo identificar a condição de saúde bucal e a necessidade de tratamento odontológico de gestantes de alto risco atendidas na Rede de Atenção Materno Infantil de Ponta Grossa - PR.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SAÚDE BUCAL NA GESTAÇÃO

As gestantes constituem um grupo que necessita de atenção e de cuidados específicos quanto à saúde bucal, tendo em vista as alterações fisiológicas decorrentes e as mudanças de hábitos características ao seu estado gestacional, as quais podem representar um risco de deterioração à saúde bucal (Laine ¹² 2002; Kumar e Samelson ¹³ 2009). A mudança na atividade hormonal, o aumento do débito cardíaco, a variação da pressão arterial, a anemia, as alterações gastrointestinais e respiratórias e o diabetes gestacional são transtornos ou intercorrências que podem ser consideradas transitórias, mas também importantes no curso da gravidez (Ritter e Southerland ¹⁴ 2007).

A preservação da saúde bucal durante a gravidez vem sendo reconhecida como um importante desafio da Saúde Pública Mundial (George et al. ¹⁵ 2013), tendo em vista os registros já encontrados da presença frequente de inflamação gengival entre gestantes (Rakchanok et al. ¹⁶ 2010; Gupta et al. ¹⁷ 2015). Segundo o estudo do tipo metanálise de Cruz et al. ¹⁸ (2016), a chance de gestantes com doença periodontal terem um filho prematuro e/ou de baixo peso ao nascer aumenta em torno de 60%, quando comparado a mulheres grávidas sem essa infecção bucal (Cruz et al. ¹⁸ 2016). Dessa forma, há possibilidade de que infecções periodontais maternas possam influenciar de forma negativa o desfecho da gestação, já que bacteremias transitórias são comuns nas inflamações gengivais, tendo associação ao acúmulo de placa bacteriana. Dessa maneira, por via hematogênica, as bactérias bucais poderiam atingir os fluídos amnióticos, afetando os tecidos materno-fetais (George et al. ¹⁵ 2013).

Entretanto, existem estudos que discordam dessa associação (Davenport ¹⁹ 2002). O parto-prematuro (PP) é caracterizado pelo nascimento que ocorre entre 23 e 37 semanas de gestação (Huck et al. ²⁰ 2011), pode trazer consequências graves às crianças, como maior risco de doenças neurológicas, distúrbios comportamentais, deficiências e elevados índices de problemas de saúde crônicos (Huck et al. ²⁰ 2011). Baixo peso ao nascer e/ou prematuridade constituem não apenas um dos maiores problemas obstétricos e de comprometimento do desenvolvimento do bebê, bem como estão associados ao maior risco de apresentarem alterações bucais, como hipoplasia do esmalte

dental e maior prevalência de cárie na infância (Chacko et al. ²¹ 2013). Embora estudos não demonstrem um claro efeito do tratamento da doença periodontal na diminuição das condições patológicas descritas, o Ministério da Saúde preconiza que a higiene bucal deve ser incentivada durante a gestação, de modo a prevenir os riscos à gestante e ao bebê e garantir uma melhor condição de saúde sistêmica (BRASIL ²² 2010).

Ainda que o Ministério da Saúde recomende, em seu manual de assistência à saúde durante o pré-natal (Brasil ¹⁰ 2005), que a mulher grávida deve ser referenciada ao atendimento odontológico como uma ação complementar, na maioria dos casos, o cuidado pré-natal odontológico é deixado para segundo plano. Dados recentes indicam que aproximadamente 50% das mulheres grávidas não visitam um dentista (May et al. ²³ 2014) ou o visitam com menos frequência do que as mulheres não grávidas (Martins et al. ²⁴ 2014) mesmo quando percebem a necessidade de tratamento.

Várias razões têm sido citadas como barreiras à procura de serviços de saúde bucal, entre as quais o medo e a ansiedade provocados pelo tratamento, a baixa percepção de problemas dentários e de necessidade de tratamento, e os equívocos sobre os efeitos adversos do tratamento dental no desenvolvimento do feto (Saddki et al. ²⁵ 2010). Nesse contexto existem muitas crenças populares e mitos envolvendo o tratamento odontológico no pré-natal, dentre elas de que o tratamento odontológico é prejudicial à saúde do bebê e da mãe. A maioria dos medos, embora sem suporte científico, contribuem para o distanciamento da gestante à atenção odontológica (Codato et al. ²⁶ 2008). Como consequência desse medo, no momento em que a saúde da mulher se torna ainda mais importante por dela depender também a saúde e a vida de outro ser, as gestantes não buscam tratamento odontológico, chegando a interrompê-lo e abandoná-lo por conta própria ao saberem estar grávidas (Finkler Oleinisk e Ramos. ²⁷ 2004).

Apesar dos avanços no controle da dor em todo o mundo, dados sobre a prevalência de ansiedade frente ao atendimento odontológico ainda estão na proporção de 10-15% (Chanpong Haas e Locker. ²⁸ 2005; Skaret et al. ²⁹ 1998), permanecendo como um obstáculo significativo a uma parte consistente da

população, ocasionando evasão de cuidados dentários (Cohen Fiski e Newton. ³⁰ 2000; Sharif. ³¹ 2010).

Estudos relatam ainda a dificuldade para o agendamento de consultas odontológicas como sendo uma das barreiras relacionadas ao acesso ao tratamento, seja por questões administrativas do serviço ou ainda por atitude individual do próprio dentista, que se recusa a prestar atendimento às gestantes por falta de conhecimento científico ou informação atualizada, tendendo a adiar ou mesmo a recusar o atendimento (Moimaz et al. ³² 2007).

Sabe-se, atualmente, que nenhuma necessidade odontológica da gestante deve ser negligenciada por medo de colocar em risco a saúde do bebê ou da gestante. O atendimento odontológico é seguro, principalmente no segundo e no terceiro trimestres da gravidez (Silveira Abraham e Fernandes. ³³ 2016). A escolha do período gestacional para o tratamento odontológico eletivo deve evitar a fase de embriogênese, na qual o feto está em formação (até 10ª semana da gravidez) e a fase próxima ao término da gestação, pelo desconforto à mãe e eventual risco do trabalho de parto desencadeado pela ansiedade (Neves. ³⁴ 2007). Entretanto, diante de situações de urgência odontológica, como nos casos de dor decorrente de pulpíte ou pericementite, pericoronarite, abscesso agudo, ou outros, o tratamento necessário deve ser realizado, independentemente do período no qual a gestante se encontra, tomando-se os devidos cuidado (Barbosa. ³⁵ 2003).

2.1.1 MANIFESTAÇÕES ORAIS COMUNS DURANTE A GESTAÇÃO

a) Gengivite grávida

A gengivite é um dos agravos bucais mais comuns durante a gravidez, afetando cerca de 60% a 75% das mulheres grávidas. Os efeitos da gravidez sobre a inflamação gengival podem ser percebidos a partir do segundo mês de gestação (FCDA ³⁶ 2010; Niessen. ³⁷ 2012).

O agravamento da resposta inflamatória estaria associado à elevação dos níveis plasmáticos dos hormônios estrogênio e progesterona e a ligação destes a receptores específicos, aumentando a permeabilidade vascular e edema dos tecidos gengivais (Tunes e Rapp. ³⁸ 1999; Yalcin et al. ³⁹ 2002).

Outro fator possivelmente associado, seria as diversas mudanças do sistema imunológico materno, originando redução da resposta dos tecidos gengivais contra fatores irritantes locais gengivais (Lapp Thomas e Lewis. ⁴⁰ 1999; Scavuzzi Rocha e Viana. ⁴¹ 1999; Bastiani et al. ⁴² 2010).

A gengivite gravídica pode ser prevenida e desaparecer alguns meses após o parto desde que alguns cuidados sejam tomados, como a remoção do biofilme dental por meio de higiene bucal adequada e/ou profilaxia profissional, fazendo com que irritantes locais sejam controlados (Jeffcoat et al. ⁴³ 2003; Lopes et al. ⁴⁴ 2004; López et al. ⁴⁵ 2005; Macones et al. ⁴⁶ 2010).

b) Cárie dentária

A relação entre cárie dentária e gravidez não está bem definida. Alterações na composição salivar no final da gravidez e durante a lactação pode predizer temporariamente para a doença cárie, bem como para erosão dental (FCDA ³⁶ 2010; Laine. ¹² 2002). Não há dados convincentes, no entanto, para mostrar que a incidência de cárie dental aumenta durante a gravidez ou no período pós-parto (FCDA ³⁶ 2010; Laine. ¹² 2002).

A gravidez frequentemente é acompanhada por mudanças alimentares, como a “Síndrome da perversão do apetite”, a qual determina um aumento da frequência alimentar e um acréscimo do apetite por alimentos açucarados, o que determina o aumento do nível de bactérias cariogênicas (Granville et al. ⁴⁷ 2007).

Segundo a Oral Health Care é necessário que todas as pacientes grávidas sejam aconselhadas a reforçar a rotina diária de higiene bucal (OHC ⁴⁸ 2012).

c) Erosão dentária

Algumas gestantes podem apresentar uma forma mais grave de náusea e vômito que ocorre em 0,3% a 2% de mulheres grávidas, podendo levar à perda de esmalte superficial ou descalcificações do esmalte dos dentes, principalmente em faces palatinas e linguais, além de hipersensibilidade dentinária (Neves. ³⁴ 2007) devido ao ácido presente na composição do vômito (FCDA ³⁶ 2010; Ismail e Kenny. ⁴⁹ 2007; Pirie et al. ⁵⁰ 2007).

As gestantes que apresentam experiências frequentes de náuseas e vômitos devem ser instruídas a enxaguar a boca imediatamente após, fazendo uso de uma colher de chá de bicarbonato de sódio dissolvido em um copo de água, o que pode evitar a desmineralização dental (FCDA ³⁶ 2010).

d) Tumor gravídico

A gravidez também pode ocasionar tumores semelhantes a tumores gengivais, referidos como: tumor de gravidez, epulis gravídico ou granuloma de gravidez. Observado em 0,2% a 9,6% das pacientes grávidas, geralmente durante o segundo ou terceiro trimestre (Amar e Chung. ⁵¹ 2000).

Essas lesões ocorrem mais frequentemente em uma área de mucosa gengival inflamada ou outras áreas de irritação recorrente, ou como resultado a um trauma (OHC ⁴⁸ 2012; Demir Demir e Aktep. ⁵² 2004). Muitas vezes aumenta de tamanho rapidamente, embora raramente se torne maior do que 2 cm em diâmetro. Frequentemente há depósitos de placa e de cálculo nos dentes adjacentes à lesão (OHC⁴⁸ 2012; Niessen. ³⁷ 2012).

O epulis de gravidez é uma lesão sésica ou pedunculada que geralmente é indolor. A cor varia de vermelho a azul profundo, dependendo da vascularização da lesão. A superfície da lesão pode ser ulcerada e coberta por exsudato amarelado, e a manipulação da massa induz facilmente à hemorragia. A destruição óssea é raramente observada (Niessen.³⁷ 2012).

Em casos de grande desconforto para a paciente, prejuízo no alinhamento dos dentes ou sangramento exacerbado durante a mastigação, recomenda-se a excisão cirúrgica durante a gestação (OHC⁴⁸ 2012; Niessen.³⁷ 2012).

Em geral, o granuloma de gravidez vai regredir pós-parto, contudo, a excisão cirúrgica pode ser necessária para a completa resolução (Niessen.³⁷ 2012).

e) Mobilidade dentária

A mobilidade dentária generalizada em gestantes é provavelmente relacionada à presença e ao grau de severidade de doenças periodontais pré

existentes, as quais comprometem o sistema periodontal e as mudanças minerais na lâmina dura (OHC⁴⁸ 2012; Niessen.³⁷ 2012). Em alguns casos, a progressão da periodontite durante a gravidez pode ser permanente. (OHC⁴⁸ 2012; Moss e Beck.⁵³ 2005).

2.1.2 CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM GESTANTES NO BRASIL

O estudo de Rares et al.⁵⁴ (2016), avaliou a condição de saúde bucal em 75 gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde – SUS, no município de Imperatriz/MA. Em relação à doença periodontal, o estudo mostrou a presença de DP em 32,6% das gestantes, sendo o sangramento gengival a alteração mais frequente, seguido do cálculo dental (Rares et al.⁵⁴ 2016). Gestantes no segundo trimestre gestacional apresentaram maior percentual de sangramento gengival, quando comparadas aos demais semestres. Quanto à prevalência de bolsa periodontal profunda dentre as gestantes, o índice foi baixo, o que condiz com a condição transitória proporcionada pela gestação, conforme discutido por outros estudos (Moimaz et al.³² 2006; Jeremias et al.⁵⁵ 2010).

No estudo de Moura et al.⁵⁶ (2010), foi realizada uma investigação epidemiológica sobre cárie dentária em gestantes adolescentes atendidas no SUS, no município de Porto Velho/RO. Os resultados mostraram um CPO-D médio igual a 8,4 com amplitude de (0-18), sendo que o número médio de dentes cariados por gestante foi igual a 5,2 (0-10) e o de dentes extraídos com média igual a 1,7 (0-9). Foi observada ainda a média de 0,7 (0-4) dentes com extração indicada e 0,8 (0-8) dentes obturados (restaurados). Apenas uma gestante (3,8%) apresentou índice CPO-D igual a zero (Moura et al.⁵⁶ 2010).

No que se refere à atividade de cárie no momento da realização das pesquisas (cárie ativa), o estudo de Moura et al.⁵⁶ (2010) encontrou um índice percentual de 96,1% das gestantes com pelo menos um elemento dental cariado. Em relação à perda dentária (extração) 84,6 % das gestantes apresentaram pelo menos um elemento dental perdido ou com extração indicada (Moura et al.⁵⁶ 2010).

O estudo de Rosell et al.⁵⁷ (2013), analisou a condição bucal de 69 gestantes que procuraram atendimento na Clínica de Odontologia Preventiva da

FOAr-UNESP, no município de Araraquara-SP. Em relação à condição periodontal, a maioria, 70,6%, das gestantes apresentava cálculo dental, 7,8% tinham sangramento à sondagem, 11,8% possuíam bolsa periodontal de 4-5 mm, 5,9% tinham bolsa com 6 mm ou mais e 3,9% apresentaram sextantes saudáveis. Assim, 96,1% das gestantes examinadas apresentavam alguma necessidade de tratamento periodontal (Rosell et al.⁵⁷ 2013).

Alterações e doenças bucais impactam negativamente a qualidade de vida das gestantes, manifestando-se na forma de dor, de sofrimento e de comprometimento da função. O padrão da doença bucal reflete as condições de vida, comportamentais, de fatores ambientais e de acesso aos serviços de saúde (Petersen.⁵⁸ 2014).

Os conceitos de saúde e de qualidade de vida são abstratos e difíceis de definir, porém, sabe-se que a qualidade de vida dos indivíduos é altamente influenciada por sua condição de saúde, incluindo a saúde bucal (Pereira⁵⁹ 2015).

Cornejo et al.⁶⁰ (2013) investigaram uma relação entre condições de saúde bucal e qualidade de vida em mulheres grávidas, de populações socialmente desfavorecidas. A maioria dos impactos foram notificados nos domínios: desconforto psicológico (59,9% = preocupação frequente sobre problemas dentários) e limitação funcional (51,1% = percepção frequente de que "um dente não parecia bom"). Foram os fatores relacionados à saúde bucal que tiveram maior impacto na qualidade de vida das gestantes (Cornejo et al.⁶⁰ 2013).

Lamarca et al.⁶¹ (2014) avaliaram pelo OHIP-14, a qualidade de saúde bucal em gestantes e puérperas, de níveis sócio econômico cultural diferentes, no primeiro trimestre gestacional. Os autores identificaram que as condições sociais das gestantes e/ou puérperas eram importantes para determinar melhor qualidade de vida relacionada à saúde bucal do que as condições do bairro onde residem (Lamarca et al.⁶¹ 2014).

2.2 DETERMINANTES DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS DO RISCO GESTACIONAL

De acordo com o Manual Técnico da Gestação de Alto Risco a baixa escolaridade pode caracterizar um fator de risco especialmente por estar relacionada ao menor acesso   informação e ao baixo interesse e limitado entendimento da importância dos cuidados com a saúde (BRASIL. ⁴ 2012). Além disso, no Estado do Paraná os determinantes sociais e demográficos foram utilizados para orientar a estratificação de risco intermediário em gestantes, a partir de dados epidemiológicos e séries históricas de mortalidade materna e infantil no Estado entre 2006 e 2010 (PARANÁ. ⁶² 2013), a saber:

a) raça e/ou  tnia da mãe: no período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil de mães negras e indígenas foi de 25,17 óbitos por mil nascidos vivos enquanto nas mães brancas foi de 12,35 óbitos por mil nascidos vivos, o que representa um risco relativo de morte de 2,03 vezes maior para negros e indígenas em relação às mães brancas (PARANÁ. ⁶² 2013);

b) idade da mãe: no período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil para crianças cujas mães tinham idade abaixo de 20 anos e maior de 40 anos foi de 20,75 óbitos, sendo que para o grupo entre 20 a 40 anos foi 10,52 óbitos, o que indica um risco relativo de 1,97 vezes maior para menores de 20 anos e acima de 40 anos (PARANÁ. ⁶² 2013);

c) grau de escolaridade da mãe: no período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil para crianças cujas mães eram analfabetas ou tinham menos de 3 anos de estudo foi de 22,64 óbitos por mil nascidos vivos enquanto que nas mães com mais de 12 anos de estudo foi de 9,05 óbitos por mil nascidos vivos, indicando um risco relativo de morte de 2,5 vezes maior para filhos com mães de baixa escolaridade (PARANÁ. ⁶² 2013);

d) mães com pelo menos um filho morto em gestação anterior: no período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil para crianças cujas mães tinham pelo menos um filho anterior morto foi de 26,25 óbitos enquanto que naquelas que não tiveram nenhum filho morto foi de 11,91 óbitos por mil nascidos vivos, representando um risco relativo para as mães que tiveram filhos mortos de 2,2 vezes maior para aquelas que não tiveram filho morto (PARANÁ. ⁶² 2013);

e) mães que tiveram pelo menos 3 filhos vivos em gestações anteriores: no período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil para crianças cujas mães tinham

mais de 3 filhos vivos foi de 29,61 enquanto que naquelas que tiveram menos de 3 filhos vivos foi de 12,59 óbitos por mil nascidos vivos, representando um risco relativo para as mães que tiveram mais de 3 filhos vivos de 2,3 vezes maior em relação às mulheres com menos de 3 filhos (PARANÁ.⁶² 2013);

2.3 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

As gestantes denominadas “gestantes de alto risco”, possuem uma situação limítrofe que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto, sendo definida a gestação de alto risco como “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido tem maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada” (BRASIL.²² 2010; Almeida et al.⁶³ 2005).

Dentre os fatores de riscos gestacionais, têm-se aqueles que podem se desenvolver na gestação, como agravos obstétricos diretos, exemplificados pela hipertensão arterial, hemorragia, infecção puerperal e aborto (BRASIL.⁴ 2012). Por outro lado, existem as causas obstétricas indiretas representadas por fatores anteriores à gravidez e caracterizadas por condições sociodemográficas desfavoráveis, perfil individual, história reprodutiva anterior e patologias preexistentes. O primeiro caso pode levar à morte materna obstétrica direta e no segundo, à indireta, sendo apontados na América Latina como causas de óbito mais prevalentes a hipertensão, sepsis e abortos especialmente no período puerperal (BRASIL.⁴ 2012; Kassebaum et al.⁶⁴ 2013).

A classificação usual divide os fatores de risco em relação às condições pré-existentes (hipertensão, obesidade, pneumopatias, por exemplo) e as que se manifestam ao longo da gravidez (doenças infecciosas adquiridas, diabetes gestacional, deslocamento de placenta, por exemplo) conferindo responsabilidades à equipe de saúde em todos os níveis de atenção, a fim de identificar precocemente as possíveis alterações, realizar os registros e encaminhamentos necessários, além de desenvolver ações educativas direcionadas aos agravos individuais (BRASIL.⁴ 2012).

Houve uma diminuição de 3,7% da Razão da Mortalidade Materna (RMM) no Brasil entre os anos de 1990 a 2011. Embora tenha ocorrido essa redução, estudos enfatizam que os resultados não devem ser considerados animadores,

uma vez que cada óbito materno necessita ser compreendido como falha do sistema de saúde e como transgressão aos direitos humanos de reprodução (Szwarcwald et al. ⁶⁵ 2014).

Com base nos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), a partir de dados disponíveis no sítio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), percebe-se que houve redução também na RMM no Paraná, dado que as taxas caíram de 51,7 em 2011, para 39 por 100.000 nascidos vivos em 2012, e os dados preliminares indicam para uma taxa próxima a 33,4 em 2014. Segundo um estudo recentemente publicado, houve queda na RMM mundial entre os anos 1990 a 2013 (Forouzanfar et al. ⁶⁶ 2013). No entanto, apesar da considerável redução da mortalidade materna, ainda se faz necessária a realização de ações de saúde pública e sociais mais efetivas (Szwarcwald et al. ⁶⁵ 2014).

Com relação a isso, ainda que o governo federal tenha implementado a Rede Cegonha a partir da portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 como forma de complementar o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), o Estado do Paraná sentiu a necessidade de elaborar em 2013 o Programa Rede Mãe Paranaense, que constitui um conjunto de ações para o acolhimento precoce da gestante (BRASIL. ⁶⁷ 2011; Martinelli. ⁶⁸ 2014). O Programa conta com acompanhamento pré-natal de no mínimo sete consultas, realização de 17 exames, classificação de risco das gestantes e das crianças, segurança de atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças, e também do parto através de um sistema de vinculação ao hospital segundo o risco gestacional (PARANÁ. ⁶⁷ 2013; Huçulak e Peterlini. ⁶⁹ 2014).

Segundo o Programa Rede Mãe Paranaense, a estratificação de risco para a gestante consiste em risco habitual, intermediário e alto risco. Esta classificação teve início após o estudo da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, que foi realizado com o objetivo de identificar mortalidade materna e infantil entre os anos de 2006 a 2010 no Estado. Foram constatadas as principais causas de mortes e os fatores de risco que favorecem para a mortalidade materna e infantil (PARANÁ. ⁶⁷ 2013).

Todas as ações da Rede Materno Infantil do Estado, relacionadas ao acompanhamento das gestantes e dos bebês, são fundamentadas em um documento denominado Linha Guia Mãe Paranaense (PARANA ⁶⁷ 2013). Segundo a Linha Guia, são consideradas gestantes de alto risco aquelas que apresentam condições clínicas pré-existentes, como hipertensão, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, dependência de drogas lícitas e ilícitas, endocrinopatias, hemopatias, epilepsia, doenças infecciosas, doenças autoimunes, ginecopatias, neoplasias, obesidade mórbida, cirurgia bariátrica e psicose e depressão grave, além de gestantes que apresentam intercorrências clínicas, como doenças infectocontagiosas vividas durante a gestação, doença hipertensiva específica da gestação, doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez durante a gestação, retardo do crescimento intrauterino, trabalho de parto prematuro, placenta prévia, amniorrexe prematura, sangramento de origem uterina, isoimunização RhD, mal formação fetal confirmada, macrosomia do concepto com patologias (PARANA. ⁶⁷ 2013).

Com relação a esse quadro de gestação de risco, a literatura destaca que o acompanhamento pré-natal é fundamental para garantir a gestação segura e saudável, além de esclarecimentos de dúvidas das futuras mães e de um parto seguro (Morse et al. ⁷⁰ 2013). Um pré-natal de qualidade, com eficiência e eficácia em suas ações, proporciona às gestantes uma redução de morbidades que podem persistir mesmo após o final da gestação, como também evita mortalidade materna, baixo peso do recém-nascido, entre outras complicações (Peixoto et al. ⁷¹ 2011).

2.4 SAÚDE BUCAL EM GESTANTES DE ALTO RISCO

A condição sistêmica desfavorável desse grupo faz com que seja necessária uma maior atenção no acompanhamento pré-natal, do mesmo modo ocorre com a condição de saúde bucal, visando minimizar riscos à saúde da mãe e do bebê. (Moimaz et al. ¹¹¹ 2011)

Martins, Ghermel e Ghermel. ⁷² (2017) realizaram um estudo observacional transversal com 87 gestantes de alto risco atendidas no Hospital Universitário Lauro Wanderley-UFPB, em João Pessoa –PB. Entre os problemas de saúde alegados pelas gestantes no estudo a cárie dentária foi o segundo mais citado

(49,4%, n=43), ficando atrás apenas de “dores nas costas” (82,8%, = 72), seguida pelo sangramento gengival (29,9%, n=26). Com relação a condição sistêmica das gestantes desse estudo a hipertensão arterial foi o problema mais prevalente, seguido de diabetes mellitus (Martins Ghersel e Ghersel. ⁷² 2017).

O estudo de Merglovaa et al. ⁶ (2012), constatou que gestantes de alto risco apresentaram valores maiores nos índices de sangramento de papilas (PBI) e nos índices salivares de *streptococcus mutans* do que as gestantes de risco habitual. Nesse estudo foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no índice PBI e na necessidade de tratamento odontológico. Mulheres com intercorrências durante a gravidez tiveram gengivite grave e necessitavam de tratamento odontológico com mais frequência do que as mulheres com gravidez normal. (Merglovaa et al. ⁶ 2012)

Por outro lado, o estudo clínico-microbiológico de Avila et al. ⁷³ (2011), constatou que a frequência da doença periodontal em gestantes de alto risco, portadoras de uma doença valvular reumática não apresentou diferença quando comparadas às gestantes de risco normal (Avila et al. ⁷³ 2011).

É preconizado que, assim que a gestante inicie o seu pré-natal, o médico, enfermeiro ou agente comunitário de saúde deve realizar o encaminhamento para o atendimento odontológico com o cirurgião dentista, afim de que o atendimento e acompanhamento seja feito de maneira integral por todos. A integração da equipe com o CD é de extrema importância para o diagnóstico precoce das condições patológicas orais, a exemplo das doenças periodontais, que podem desencadear um parto prematuro. (BRASIL. ⁴ 2012).

Quando a gestante é considerada de alto risco, os cuidados básicos devem ser somados aos cuidados específicos de cada patologia sistêmica (Ebrahim et al. ⁷⁴ 2014).

a) Gestante cardiopata e hipertensa

A incidência da doença cardíaca na gravidez varia entre 1 e 7%, sendo a quarta principal causa de mortalidade materna e a causa de morte não-obstétrica mais frequente (Neves Avila e Neves. ¹ 2009). A realização de procedimentos odontológicos em pacientes cardíacos é imprescindível, uma vez que a presença de focos infecciosos na cavidade bucal (dentre os quais doença periodontal,

cáries e lesões endodônticas) pode representar um fator de complicação pós-operatória e aumenta significativamente a incidência de bacteremia (Gualandro et al. ³ 2011).

Estudos epidemiológicos têm sugerido a existência de relação entre os agravos bucais e hipertensão (Hujoel et al. ⁷⁵ 2000; Holmlund et al. ⁷⁶ 2006; Desvarieux et al. ⁷⁷ 2010; Tsakos et al. ⁷⁸ 2010; Nesse et al. ⁷⁹ 2010; Iwashima et al. ⁸⁰ 2014). Também foram encontradas alterações no fluxo e no pH da saliva, importante fator de proteção da saúde bucal (Kagawa et al. ⁸¹ 2013).

A doença periodontal vem sendo apontada como fator de risco para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (Iwashima et al. ⁸⁰ 2014; Leong et al. ⁸² 2014). É bem conhecido que a HAS e periodontite compartilham fatores de risco comuns, como o tabagismo, o estresse, a idade e os fatores socioeconômicos. Esses fatores de risco podem confundir a associação entre hipertensão e periodontite (Castro ⁸³ 2015). Entretanto, de acordo com a American Heart Association (AHA), estudos observacionais apoiam uma associação entre a doença periodontal e a doença cardiovascular, independente de fatores de risco comuns (Lockhart et al. ⁸⁴ 2012; Leong et al. ⁸² 2014).

Estudos associaram a maior ocorrência da doença periodontal às gestantes, tendo até 4,95 vezes mais chances do desenvolvimento da doença, quando comparadas com gestantes sem hipertensão (Timerman et al. ⁸⁵ 2007; Pralhad et al. ⁸⁶ 2013). Alguns fármacos, como os anti-hipertensivos, podem ocasionar alterações bucais, como a diminuição do fluxo salivar (ou xerostomia), a qual acarreta um aumento de risco odontológico nestas gestantes. (Moimaz et al. ⁸⁷ 2009)

b) Gestante diabética

Dentre os achados bucais mais evidentes no paciente diabético estão o ressecamento e a irritação da mucosa oral, a diminuição do fluxo salivar e as alterações de flora, com predomínio de *Candida albicans* (Maia et al. ⁸⁸ 2005).

Existem maior prevalência e severidade de DP em pacientes diabéticos, sendo a diabetes mellitus (DM) uma das condições sistêmicas que agravam a resposta do periodonto à placa bacteriana. Em adição, foi observado que

pacientes com melhora do índice de sangramento gengival apresentam diminuição dos índices de hemoglobina glicosilada, ou seja, o controle da DP auxilia no controle da DM (Maia et al. ⁸⁸ 2005). As periodontopatias estão, portanto, relacionadas ao agravamento da DM, e vice-versa, indicando a necessidade de terapia conjugada (Maia et al. ⁸⁸ 2005).

O caráter crônico inflamatório apresentado tanto pela DP como pela DM, torna possível a existência de uma relação bidirecional entre ambas, na qual o DM mal controlado é um fator de risco que agrava e favorece a progressão da DP (Mealey e Oates. ⁸⁹ 2006; Mealey e Ocampo. ⁹⁰ 2000; Queiroz et al. ⁹¹ 2011), enquanto a DP, se não tratada, pode contribuir para um pior controle glicêmico nos pacientes diabéticos, bem como elevar o risco de desenvolvimento de complicações sistêmicas decorrentes dele, como as cardiovasculares e renais (Mealey e Oates. ⁸⁹ 2006; Mealey e Ocampo. ⁹⁰ 2000; Queiroz et al. ⁹¹ 2011).

O diabetes mellitus gestacional (DMG) é definido como sendo a redução da tolerância aos carboidratos, diagnosticado durante a gestação. Do total de gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde, com mais de 20 anos de idade, 7,6% são diagnosticadas com diabetes gestacional (BRASIL. ²² 2010). Diante da relação bidirecional entre DM e DP, parece ser relevante a relação entre DMG e DP, de modo que já tem sido verificado que gestantes com DMG apresentaram mais gengivite e periodontite do que aquelas que não apresentam a doença (Chapman et al. ⁹² 2005). Assim, parece que este processo inflamatório pode contribuir para uma maior prevalência de complicações gestacionais, bem como para uma pior qualidade de vida e de saúde bucal dessas parturientes (Oliveira. ⁹³ 2015).

Xiong et al. ⁹⁴ (2009), em estudo caso-controle realizado com 53 mulheres grávidas com DMG e 106 gestantes sem diabetes gestacional, encontrou periodontite em 77,4% no grupo caso e 57,5% no grupo controle. Após ajuste das variáveis maternas a periodontite foi associada com um aumento significativo do risco de diabetes gestacional (Xiong et al. ⁹⁴ 2009). Por outro lado, Xie et al. ⁹⁵ (2013) ao acompanhar 39 mulheres por período médio de 22 meses, após a resolução da gestação, concluiu que independente da história prévia de DMG, a gravidez é que poderia estar associada ao maior risco de DP (Xie et al. ⁹⁵ 2013).

c) Gestante fumante

Além de prejudicar à saúde geral, o tabagismo também afeta a saúde bucal (CDCP ¹⁰⁸ 2010; IADR ⁹⁷ 2010). Já é descrita através de estudos, a associação do hábito de fumar ao aumento de risco de câncer bucal, leucoplasia, gengivite ulcerativa necrosante aguda, candidíase bucal, insucesso de implantes dentais e doença periodontal, além de interferir no resultado de terapias periodontais cirúrgicas e não cirúrgicas (Lee Marron e Benhamou. ⁹⁸ 2009; Davis et al. ⁹⁹ 2010).

Fumar resulta em vasoconstrição periférica e, conseqüentemente, afeta negativamente na cicatrização de feridas na boca (Lee Marron e Benhamou ⁹⁸ 2009). Causa também descoloração nos dentes e nas restaurações dentais, prejudica os sentidos do olfato e do paladar, e frequentemente provoca halitose (Lee Marron e Benhamou. ⁹⁸ 2009; Davis et al. ⁹⁹ 2010).

Estudos epidemiológicos revelaram uma maior prevalência e gravidade da doença periodontal em fumantes quando comparados aos não fumantes, indicando a ação direta do tabaco nos tecidos da cavidade oral (Lee Marron e Benhamou. ⁹⁸ 2009; Tanaka et al. ¹⁰⁰ 2010).

O tabagismo materno durante o período gestacional tem sido associado a diversas intercorrências durante a gestação como: abortos espontâneos, nascidos mortos, parto prematuro, restrição do crescimento e distúrbios neurológicos fetais, câncer, síndrome da morte súbita do lactente, complicações placentárias e fenda orofacial. Além disso, filhos de mulheres que fumaram durante a gravidez podem apresentar maior risco de doenças respiratórias, hospitalização e diminuição da função pulmonar (Aguirre. ¹⁰¹ 2007).

3. PROPOSIÇÕES

3.1 PROPOSIÇÃO GERAL

Identificar a condição de saúde bucal e a necessidade de tratamento odontológico de gestantes de alto risco atendidas na Rede de Atenção Materno Infantil de Ponta Grossa - PR.

3.2 PROPOSIÇÕES ESPECÍFICAS

1. Descrever as características demográficas e socioeconômicas das gestantes de alto risco acompanhadas no Sistema Único de Saúde.
2. Realizar o levantamento das principais condições clínicas sistêmicas que caracterizam a gestação de alto risco no município.
3. Identificar o uso de serviços odontológicos no período gestacional e fatores psicossociais relacionados à saúde bucal (impacto na qualidade de vida e ansiedade perante ao tratamento odontológico).
4. Realizar diagnóstico situacional sobre as condições bucais e necessidades de tratamento odontológico entre gestantes de alto risco atendidas no Sistema Único de Saúde.
5. Investigar se há associação entre a condição de saúde bucal e características de gestação, fatores demográficos, socioeconômicos, psicossociais e uso de serviços odontológicos.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Ponta Grossa, que está situado na região centro-sul do Estado do Paraná. A população estimada em 2017 é de 344.332 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A coleta dos dados se deu no Centro Municipal da Mulher - CMM, local onde todas as usuárias do Sistema Único de Saúde do município que são classificadas como de alto risco gestacional fazem o acompanhamento do pré-natal. Na rede atenção Materno Infantil do município, o local está classificado como serviço de média complexidade (atenção secundária) e é a unidade de referência especializada para atendimentos de gestações de alto risco. O atendimento para a mulher no centro inclui uma divisão de ginecologia e obstetrícia, ambulatório ginecológico, ultrasonografia, cardiotocografia, mamografia e planejamento familiar. A unidade realiza, ainda, outros procedimentos necessários para manter a saúde da mulher como: coletas de material, retirada de pontos, injeções, curativos, atendimento farmacêutico, e atendimento odontológico, que conta com uma cirurgiã dentista e uma técnica em saúde bucal. O CMM conta com nove médicos especialistas, uma assistente social, uma enfermeira, seis técnicos de enfermagem, quatro funcionários administrativos e uma zeladora. (Dados da Secretaria Municipal de Saúde, em 2017).

A gestante é inserida na Rede Odontológica Pública do município através dos serviços da Atenção Primária, sendo oferecidos os serviços odontológicos de baixa complexidade na Unidade de Saúde do bairro onde reside. As gestantes de alto risco são encaminhadas pelo cirurgião dentista responsável pela Unidade de Saúde a realizarem o acompanhamento odontológico no Centro Municipal da Mulher, a fim de concentrar o atendimento e acompanhamento das gestantes desse grupo em um só local. Para facilitar o acesso e trabalhando como equipe multiprofissional, as consultas odontológicas e médicas das gestantes são agendadas para o mesmo dia. Após o término da gestação, o serviço odontológico de referência para as puérperas volta a ser a Unidade de Saúde do bairro.

4.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO E AMOSTRAGEM

O desenho deste estudo é observacional do tipo transversal. Teve como população-alvo gestantes classificadas com gravidez de alto risco que fizeram o pré-natal no Sistema Único de Saúde no município de Ponta Grossa-PR. Os dados foram coletados de fevereiro de 2017 a janeiro de 2018, em dias aleatórios durante a semana, das sete às dez horas da manhã, período em que as mulheres aguardavam a consulta do pré-natal com o médico de referência. Todas as gestantes, presentes no local da coleta, foram entrevistadas, tendo como fator de exclusão aquelas que não eram residentes no município, as que não realizavam todo pré-natal no sistema público, as que não estavam classificadas como de alto risco no cartão da gestante, as portadoras de deficiências que as impedissem de responder ao questionário e as que não aceitaram participar da pesquisa.

O cálculo do tamanho amostral foi realizado para possibilitar inferência estatística para essa população-alvo (gestantes de alto risco) em Ponta Grossa, considerando-se margem de erro de 5%, intervalo de confiança de 95%, prevalência do agravo de 50%, para uma população estimada em 887 gestantes de alto risco em Ponta Grossa para o ano de 2016, o que resultou em uma amostra de 268 mulheres. Esse tamanho de população foi definido segundo os parâmetros para cálculo de conformação da Rede Materno Infantil estabelecidos na Portaria MS nº 650/2011 (BRASIL ⁶⁷ 2011): o total estimado de gestantes no município corresponde ao número de nascidos vivos no ano anterior mais 10% e, desse total, 15% é previsto como gestação de alto risco.

As gestantes eram convidadas a participar do estudo enquanto aguardavam a consulta médica na sala de espera. Aquelas que aceitavam participar assinavam um termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice A), e eram entrevistadas com um formulário estruturado (apêndice B), que foi pré-validado em estudo piloto, contendo questões sobre características sociodemográficas, aspectos da gravidez, impacto da condição bucal na qualidade de vida, ansiedade frente ao tratamento odontológico, necessidade referida e uso de serviços odontológicos. Estes dados eram coletados por quatro pesquisadoras treinadas.

Após a entrevista, as gestantes eram convidadas a se submeter a exame bucal, sendo identificadas a experiência de cárie, condição periodontal, presença de biofilme e necessidade de tratamento (apêndice C). O mesmo era realizado por duas examinadoras, previamente calibradas, no consultório odontológico do local.

4.3. DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

4.3.1. DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS

Faziam parte do questionário perguntas como: a) cor autoreferida b) idade; c) estado civil; d) escolaridade; e) profissão.

Para fins de organização, os dados foram classificados em categorias para posterior análise estatística. Com relação à cor autoreferida, foram classificadas em dois grupos: a) “brancas” ou b) “não brancas”. A idade das gestantes foi classificada de duas formas: a) segundo a estratificação etária na gravidez, em < 20 anos (adolescente), 20 – 35 anos (adulta) e > 35 anos (gravidez tardia); b) para fins de análise de regressão, em dois grupos divididos pela mediana da variável. No que diz respeito ao estado civil, dois grupos foram criados: a) “casadas ou em união estável” e b) “solteiras, divorciadas ou viúvas”. Para classificar a escolaridade das gestantes, as respostas foram divididas em: a) “ensino fundamental completo ou menos” e b) ensino médio completo ou mais”.

O questionário socioeconômico permitiu identificar às seguintes variáveis: a) aglomeração domiciliar (número de indivíduos residentes no domicílio/ número de cômodos que servem de dormitório permanente para os moradores); b) classe social; c) renda familiar mensal. A renda familiar mensal foi dicotomizada em: a) até dois salários mínimos ou b) mais que dois salários mínimos. Os dados foram classificados dessa forma para fins estatísticos.

4.3.2. CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO

Para obtenção de dados referentes as características da gestação, foram abordadas as seguintes variáveis: a) período de gestação; b) risco gestacional segundo a Linha Guia da Rede Mãe Paranaense (PARANA ⁶² 2013) c) número de filhos.

Os períodos de gestação foram classificados em trimestres: a) primeiro, b) segundo e c) terceiro. Com relação ao risco gestacional, foi dividido em três grupos: a) condições pré-existentes à gestação b) intercorrências ocorridas durante a gestação c) condições classificadas como risco intermediário na Linha Guia, porém que necessitam de cuidados como alto risco gestacional (idade, abortos, outras condições clínicas) As respostas com relação à quantidade de filhos foram utilizadas para classificar as gestantes em a) primigestas ou b) não.

4.3.3. USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

A utilização de serviços odontológicos foi aferida a partir das variáveis: a) qual foi a última consulta odontológica? b) consultou o dentista durante a gestação? c) motivo da consulta; d) onde ocorreu o atendimento odontológico; e) seu problema foi solucionado? f) quem a encaminhou para a consulta? g) está com algum problema bucal atualmente? h) acha que necessita de tratamento odontológico atualmente?

4.3.4. ASPECTOS PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS À SAÚDE BUCAL

O impacto da condição bucal na qualidade de vida foi aferido a partir do instrumento *Oral Health Impact Profile* – OHIP, em sua versão curta, com 14 questões. Trata-se de um indicador subjetivo aplicável a indivíduos maiores de 11 anos de idade, o qual foi desenvolvido por (Slade e Spencer ¹⁰² 1994). Tendo sua versão em português validada por Oliveira e Nadanovsky ¹⁰³ (2005). Este instrumento apresenta 14 questões que abrangem situações referentes a limitações funcionais, interações sociais, conforto, dor e satisfação com a aparência (Slade e Spencer ¹⁰² 1994).

As questões do OHIP-14 se referem a problemas com dentes, boca ou prótese ocorridos nos últimos seis meses (apêndice D). As respostas possíveis para cada questão, dispostas em escala Lickert de cinco pontos, são: nunca (valor 0), quase nunca (valor 1), ocasionalmente (valor 2), pouco frequente (valor 3) e muito frequente (valor 4). Ao final, realiza-se o somatório dos valores obtidos em cada questão e o índice OHIP apresentará, então, um valor total que pode variar

de 0 a 56. Quanto maior a pontuação obtida pelo índice, maior é o impacto que a condição bucal está exercendo na qualidade de vida do indivíduo

. O nível de ansiedade foi avaliado por meio da Dental Anxiety Scale - DAS, em sua versão validada para o português do Brasil (Hu, Gorenstein e Fuentes. ¹⁰⁴ 2007) (apêndice E) A DAS é conhecida como um instrumento para avaliar as manifestações da ansiedade odontológica desde a década de 1970, sendo amplamente utilizada em várias línguas, por permitir reconhecer objetivamente o nível de ansiedade através da soma das respostas fornecidas pelas perguntas multi-itens. Segundo o estudo de Hu, Gorenstein e Fuentes ¹⁰⁴ (2007), as propriedades psicométricas da versão em português da escala de ansiedade, mostraram ser um instrumento de boa consistência interna e confiabilidade teste-reteste. (Hu, Gorenstein e Fuentes ¹⁰⁴ 2007). Para efeito de interpretação do grau de ansiedade, pacientes cuja soma das respostas foi inferior a 5 pontos, são considerados muito pouco ansiosos; entre 6 a 10 pontos, levemente ansiosos; entre 11 a 15 pontos, moderadamente ansiosos; e somas superiores a 15 pontos, extremamente ansiosos (Freeman ¹⁰⁵ 1985).

A necessidade de tratamento auto referida foi identificada através da pergunta: “a) você acha que precisa de tratamento bucal atualmente?”

4.3.5. CONDIÇÕES BUCAIS

a) Presença de biofilme dentário

Para realização do exame clínico, a gestante era convidada a se dirigir ao consultório odontológico do CMM, onde era conduzida até a cadeira odontológica. O exame clínico foi realizado por duas examinadoras previamente calibradas, intercalando entre a realização do exame e o preenchimento da ficha clínica. Foi utilizada luz artificial e jogo clínico contendo: espelho bucal, sonda exploradora, sonda periodontal (OMS) e pinça clínica, bem como algodão e evidenciador de placa (Visuplac ®) para realização da avaliação de biofilme dentário.

Para avaliação da presença de biofilme nas superfícies dos dentes, foi utilizado o Índice de Higiene Oral Simplificado - IHOS. Esse índice, proposto por Greene e Vermilion. ¹⁰⁶ (1964), é subdividido para avaliar a presença de biofilme e a presença de cálculo que, somados, resultam no IHOS. Entretanto, para o

presente estudo foi utilizado apenas o índice de placa (biofilme). O IHOS é considerado simplificado porque avalia apenas as superfícies vestibular (dentes 16, 11, 26 e 31) e lingual (dentes 36 e 46) de seis dentes, que representam todos os segmentos posteriores e anteriores da cavidade bucal. O cálculo do índice é feito com base em critérios quantitativos, com escores que variam de 0 a 3 (quadro 1), em que a soma da quantidade de placa por superfícies de dentes é dividida pelo número de superfícies examinadas. Os critérios qualitativos podem ser classificados em: bom (resultado entre 0-1), regular (resultado entre 1-2), ruim (resultado entre 2-3) ou muito ruim (resultado >3) (Greene e Vermilion.¹⁰⁶ 1964).

Quadro 1: Códigos utilizados durante o exame para realização do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S).

Escore	Placa
0	Ausência de placa
1	Presença de placa até 1/3 da superfície
2	Presença de placa até 2/3 da superfície
3	Presença de placa em mais de 2/3 da superfície

Fonte: Greene e Vermilion¹⁰⁶ (1964)

b) Condição periodontal

A condição periodontal foi identificada por meio do Índice Periodontal Comunitário - CPI, que permite avaliar a condição periodontal quanto à higidez, ao sangramento e à presença de cálculo ou bolsa, seguindo o protocolo do Projeto SB Brasil 2010 (BRASIL¹⁰⁷ 2009). Para essa avaliação foi utilizada a sonda periodontal preconizada pela OMS, denominada 'sonda CPI' ou 'ball-point'. A cavidade bucal foi dividida em sextantes, sendo que a presença de dois ou mais dentes sem indicação de exodontia (por exemplo, comprometimento de furca, mobilidade etc.), foi pré-requisito para o exame do sextante. Não foi considerado o terceiro molar na contagem de dentes presentes no sextante. Os dentes índices para cada sextante foram: 16, 11, 26, 36, 31 e 46. Os resultados foram aferidos segundo a classificação indicada no quadro 2.

Quadro 2: Códigos utilizados para o diagnóstico da condição periodontal segundo o Índice Periodontal Comunitário (CPI)

Índice Código	SANGRAMENTO	CÁLCULO	BOLSA
0	Ausência	Ausência	Ausência
1	Presença	Presença	Presença de Bolsa Rasa
2	-	-	Presença de Bolsa Profunda
X	Sextante Excluído	Sextante Excluído	Sextante Excluído
9	Sextante Não Examinado	Sextante Não Examinado	Sextante Não Examinado

Fonte: BRASIL ¹¹⁷(2009)

Pelo menos seis pontos foram examinados em cada um dos dentes-índices, nas superfícies vestibulares e linguais, abrangendo as regiões mesial, média e distal. Os procedimentos de exame foram iniciados pela área disto-vestibular, passando-se para a área média e para a área mésio-vestibular. Após, inspecionou-se as áreas linguais, percorrendo de distal para mesial. A sonda foi introduzida levemente no sulco gengival ou na bolsa periodontal, permanecendo ligeiramente inclinada em relação ao longo eixo do dente e seguindo a configuração anatômica da superfície radicular. Movimentos de vai-e-vem vertical, de pequena amplitude, foram realizados, tendo por parâmetro as recomendações do Projeto SB Brasil 2010, que estabelece que a força de sondagem seja inferior a 20 gramas (BRASIL ¹⁰⁷ 2009).

Para o registro final da condição periodontal, foram considerados os códigos 1 para sangramento, 2 para cálculo, 3 para bolsa rasa e 4 para bolsa profunda. Esses códigos foram registrados de acordo com a pior condição encontrada nos sextantes avaliados, considerando-se a seguinte escala de gravidade: sangramento < cálculo < bolsa rasa < bolsa profunda.

c) Experiência de cárie dentária e necessidade de tratamento

Com relação à cárie dentária, o índice CPO-D foi a ferramenta utilizada, seguindo os padrões do Projeto SB Brasil 2010 (BRASIL ¹⁰⁷ 2009). O exame foi realizado após uma limpeza prévia com algodão e água, seguida por secagem nos dentes. Ao mesmo tempo era anotada a necessidade de tratamento, também

segundo os critérios do Projeto SB Brasil 2010. Um dente foi considerado presente na boca quando apresentava qualquer parte visível ou que pudesse ser tocada com a ponta da sonda sem deslocar ou perfurar tecido mole indevidamente.

Com relação ao diagnóstico de cárie (quadro 3), o código “0” foi atribuído aos elementos dentários considerados hígidos. Também foram classificados hígidos os elementos dentários que apresentavam as seguintes características: manchas esbranquiçadas; manchas rugosas resistentes à pressão da sonda OMS; sulcos e fissuras do esmalte manchados, mas que não apresentassem sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda OMS; áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa; lesões que fossem resultado de abrasão.

Para os elementos dentários cariados foi atribuído o código “1”, e a essa categoria foram incluídos dentes que apresentaram sulco, fissura ou superfície lisa com cavidade evidente, ou tecido amolecido na base, ou descoloração do esmalte ou de parede. Elementos com restauração temporária (exceto ionômero de vidro) também foram considerados cariados e de código “1”. A sonda OMS foi empregada para confirmar evidências visuais de lesão cariosa nas superfícies oclusal, vestibular e lingual e quando houve dúvida, o dente foi considerado hígido. Na presença de cavidade originada por cárie, mesmo sem doença no momento do exame, o elemento foi considerado cariado.

O código “2” foi atribuído aos elementos que apresentaram coroa restaurada, mas acometida de lesão cariosa, já para os elementos que apresentaram a coroa restaurada e não cariada, o código atribuído foi o “3”. Ao código “4” foram incluídos os elementos que haviam sido extraídos devido ao acometimento de lesão cariosa e ao “5” os que foram extraídos por outras razões. Os elementos que apresentavam selante foram incluídos ao grupo de escore “6”. Os dentes que viessem a se apresentar como apoio de prótese, eram classificados com código “7”. Quando o elemento dentário ainda não havia erupcionado na cavidade bucal, ele recebia o código “8” e os elementos excluídos da amostra, por não poderem ser examinados (exemplo: elementos dentários com bandas ortodônticas, com hipoplasia severa, etc), receberam código “9”. Os

elementos acometidos de traumatismos dentários receberam como identificação, o código “T”

Quadro 3: Códigos utilizados durante o exame de condição bucal para o cálculo do índice CPO-D, demonstrando a condição do elemento dentário

CÓDIGO	CONDIÇÃO DO ELEMENTO DENTÁRIO
0	Hígido
1	Cariado / Restauração provisória
2	Restaurado com lesão cariosa
3	Restaurado sem lesão cariosa
4	Extraído devido à doença cárie
5	Extraído por outras razões
6	Com selante
7	Apoio de prótese
8	Não erupcionado
9	Excluído da amostra
T	Traumatizado

Fonte: BRASIL ¹⁰⁷ 2009

Após os exames, para o cálculo do índice CPO-D, considerou-se: a) para o parâmetro “C” (cariados), a soma do total de elementos codificados com os escores 1 e 2; b) para o parâmetro “P” (perdidos) os codificados com o escore 4; e c) para o código “O” (obturados), os codificados com o escore 3

Para avaliação da necessidade de tratamento (quadro 4) foram considerados com código “0” os dentes hígidos, que não precisavam de nenhuma intervenção, para os dentes que apresentavam mancha branca foi considerado o código “P” (cuidados preventivos / aplicação de carióstático). Para os dentes cariados que necessitavam de restauração de apenas uma face foi considerado o código “1” e para os que necessitavam de restauração de duas faces ou mais, o código “2”. Quando o dente necessitava de uma coroa, seja por qualquer motivo, era considerado o código “3” e quando necessitava receber facetas laminadas, era considerado código “4”. Indicação para tratamento endodôntico e restauração, era considerado como código “5” e caso a extração fosse necessária, era considerado o código “6”. Demais cuidados eram classificados como código “7” e quando o dente não estava presente, era considerado o código “9” (sem registro).

Quadro 4: Códigos utilizados para a classificação da necessidade de tratamento durante exame clínico.

CÓDIGO	TRATAMENTO
0	Nenhum
P	Cuidado preventivo / carioestático
1	Restauração 1 face
2	Restauração 2 ou mais faces
3	Coroa por qualquer motivo
4	Faceta laminada
5	Tratamento pulpar e restauração
6	Extração
7	Outros cuidados
9	Sem registro

Fonte: BRASIL ¹⁰⁷ 2009

4.4 ESTUDO PILOTO E CALIBRAÇÃO

Para realização do estudo piloto foram aplicados 20 questionários no Centro Municipal da Mulher, por três pesquisadoras participantes do estudo. As gestantes selecionadas para o piloto foram escolhidas aleatoriamente enquanto esperavam a consulta pré-natal com o médico, no período das sete às dez horas da manhã em dois dias aleatórios da semana. Após a aplicação dos questionários houve uma reunião entre as participantes da pesquisa para discussão sobre as dificuldades encontradas e possíveis melhorias na estrutura dos questionários.

Com relação ao exame clínico, as examinadoras participaram de um treinamento teórico clínico para a calibração. Exames clínicos em duplicata foram realizados em uma amostra de 20 mulheres com idade entre 18 e 40 anos na Universidade Estadual de Ponta Grossa, para permitir o cálculo das concordâncias. Os exames em duplicata foram realizados com o intervalo de uma hora para a coleta de IHO-S e de uma semana para cárie dentária, condição periodontal, presença de cálculo e erosão dentária. Os índices avaliados com seu valor de Kappa correspondente, para avaliação da concordância, estão apresentados na tabela 1:

Tabela 1: Valores do kappa na calibração das examinadoras durante o estudo piloto em 2016.

Índice	Intra examinador 1 (Índice Kappa)	Intra examinador 2 (Índice Kappa)	Inter examinador (Índice Kappa)
Carie e necessidade de tratamento (CPO-D)	0,948	0,913	0,902
Condição periodontal (CPI)	0,76	0,96	0,74
Índice de Higiene Oral (IHO-S)	1,00	1,00	0,92

Os exercícios de calibração e a concordância para todas as condições foram realizados segundo o Manual de Calibração de Examinadores do Projeto SB Brasil 2010 (BRASIL ¹⁰⁸ 2009).

4.5 SELEÇÃO DAS VARIÁVEIS E ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Os dados obtidos foram tabulados e armazenados em planilha Excel do *Microsoft Office*. Para as análises foram utilizados os softwares SPSS for Windows, versão 15.0 e Stata versão 11.0.

Inicialmente foram obtidas estatísticas descritivas de todas as variáveis, comparando-se os grupos de gestantes que aceitaram se submeter à etapa do exame clínico e as que não aceitaram. Para as comparações foram utilizadas estatísticas não paramétricas. Na sequência foram conduzidas análises bivariadas, buscando identificar as associações independentes entre cada variável de condição bucal (de desfecho) com os indicadores investigados. As associações entre variáveis categóricas foram realizadas com o teste Qui-quadrado e teste Exato de Fisher. Após teste de Shapiro Wilk para normalidade, as variáveis contínuas foram analisadas por estatísticas não paramétricas: teste Mann-Whitney e coeficiente de correlação de Spearman. As associações foram consideradas significativas quando os valores de p foram menores ou iguais a 0,05 (nível de significância de 5%). As associações que obtiveram valor de $p \leq 0,10$ foram selecionadas para a etapa seguinte.

A partir dos resultados obtidos, foram conduzidas análises de regressão logística bruta e ajustada, com cálculo de razão de chances (odds ratio) e intervalo de confiança de 95%. A condição dos dentes e periodontal, a necessidade de tratamento e a quantidade de biofilme dental foram consideradas variáveis dependentes. Dentre todas estas, apenas as que apresentaram duas ou mais associações significativas ao nível de 5% na análise bivariada foram selecionadas

para essa etapa. Foram obtidos dois modelos ajustados para cada variável dependente (desfecho): um deles apenas com as variáveis explicativas previamente selecionadas (com $p \leq 0,10$) e outro ajustado pelas demais condições bucais previamente associadas.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Ponta Grossa (CAAE: 63167516.0.0000.0105) (anexo A) e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa. (anexo B)

As gestantes convidadas a participar da pesquisa receberam informações prévias sobre a natureza do trabalho, a forma de divulgação dos resultados e a garantia de anonimato. Foi assegurada total liberdade para recusarem-se a participar ou se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso acarrete em prejuízo do atendimento. Em todos os momentos da pesquisa foram tomados os devidos cuidados a fim de minimizar este fator de vulnerabilidade. Sendo assim, os integrantes do Centro Municipal da Mulher não participaram da coleta de dados, a qual aconteceu apenas na presença da equipe de pesquisadores. Após a entrevista, as gestantes eram orientadas sobre cuidados em saúde e esclarecidas quaisquer dúvidas. As gestantes que necessitaram de atendimento odontológico foram direcionadas para atendimento na unidade de saúde que eram referenciadas ou no próprio CMM pela dentista responsável. Quando detectada a necessidade de tratamento especializado, eram encaminhadas para o CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) da cidade ou para atendimento na Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). As gestantes que concordaram em participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

5. RESULTADOS

A amostra do estudo foi constituída de 268 gestantes que foram entrevistadas e responderam ao questionário. Dessas, 169 (63,0%) aceitaram passar pela avaliação clínica de saúde bucal. Os motivos alegados pelas gestantes que recusaram o exame clínico foram falta de tempo, indisposição ou até mesmo falta de interesse.

5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Na tabela 2 observa-se a caracterização da amostra. A maioria das participantes eram adultas jovens, entre 20 e 35 anos (idade média de 27,6 anos, desvio padrão de 6,5, mediana de 27 anos), brancas, casadas ou em união estável, com baixa renda familiar e com o ensino médio completo ou mais de escolaridade, já possuíam outros filhos e estavam no terceiro trimestre da gestação (idade gestacional média de 29,8 semanas, desvio padrão de 7,3).

Tabela 2. Características sócio-demográficas da amostra. Gestantes de alto risco atendidas no Centro Municipal da Mulher de Ponta Grossa, 2017-2018 (n = 268)

	N	(%)	IC 95%
Idade (n=268)			
< 20 anos	28	10,4	7,1 – 14,2
20 – 35 anos	189	70,5	64,6 – 75,7
> 35 anos	51	19,0	14,6 – 23,9
Estado civil (n=264)			
Casadas/união estável	207	78,4	72,7 – 83,0
Solteiras/divorciadas/viúvas	57	21,6	14,6 – 23,3
Cor/etnia (n=264)			
Brancas	188	71,2	65,5 – 76,5
Não brancas	76	28,8	23,5 – 34,5
Escolaridade (n=268)			
Fundamental completo ou menos	124	46,3	39,9 – 52,6
Médio completo ou mais	144	53,7	47,4 – 60,1
Renda familiar (262)			
Até dois salários mínimos	153	58,4	51,9 – 64,5
Mais de dois salários mínimos	109	41,6	35,5 – 48,1
Trimestre da gestação (n=268)			
Primeiro (1 a 13 semanas)	6	2,2	0,7 – 4,1
Segundo (14 a 26 semanas)	84	31,3	25,4 – 36,9
Terceiro (27 a 40 semanas)	178	66,4	60,5 – 72,4
Primigesta (primeiro filho) (n=268)			
Sim	77	28,7	23,9 – 33,6
Não	191	71,3	66,4 – 76,1

A tabela 3 demonstra a comparação entre as gestantes que aceitaram participar do exame de avaliação bucal e as que não aceitaram, quanto às características socioeconômicas e demográficas. Observa-se que os dois grupos são similares, diferindo apenas quando à renda familiar mensal, que foi maior no grupo de gestantes que se recusou a participar do exame clínico.

Tabela 3. Características sócio-demográficas comparativas entre as gestantes que aceitaram passar pelo exame clínico odontológico e as que não aceitaram. Teste qui-quadrado de Pearson. Gestantes de alto risco atendidas no Centro Municipal da Mulher de Ponta Grossa, 2017-2018 (n = 268).

	Com exame clínico		Sem exame clínico		p
	N	(%)	N	(%)	
Idade (n=268)					
< 20 anos	19	11,2	9	9,1	0,801
20 – 35 anos	117	69,2	72	72,7	
> 35 anos	33	19,5	18	18,2	
Estado civil (n=264)					
Casadas/união estável	134	81,2	73	73,3	0,153
Solteiras/divorciadas/viúvas	31	18,8	26	26,3	
Cor/etnia (n=264)					
Branças	121	73,3	67	67,7	0,326
Não brancas	44	26,7	32	32,3	
Escolaridade (n=268)					
Fundamental completo ou menos	78	46,2	46	46,5	0,961
Médio completo ou mais	91	53,8	53	53,5	
Renda familiar (262)					
Até dois salários mínimos	104	63,3	48	50,0	0,036
Mais de dois salários mínimos	62	36,7	48	50,0	
Trimestre da gestação (n=268)					
Primeiro (1 a 13 semanas)	6	3,6	0	0,0	0,537 ^a
Segundo (14 a 26 semanas)	50	29,6	34	34,3	
Terceiro (27 a 40 semanas)	113	66,9	65	65,7	
Primigesta (primeiro filho) (n=268)					
Sim	50	29,6	27	27,3	0,686
Não	119	70,4	72	72,7	

*Teste qui-quadrado de Pearson; ^a Comparação entre segundo e terceiro trimestres apenas.

Na figura 1 observa-se a distribuição da amostra quanto ao risco gestacional. O maior número de gestantes foi classificado como alto risco para o pré-natal por endocrinopatia (dentre as quais figura a diabetes) (24,6%),

hipertensão (20,6%) e dependência de drogas (lícitas e ilícitas) (19,4%). Foram classificadas como “outros” riscos gestacionais as gestantes que apresentavam fatores de risco classificados como intermediários na Linha Guia da Rede Mãe Paranaense (idade, abortos prévios, outras doenças). Não foi possível identificar o risco gestacional de sete participantes.

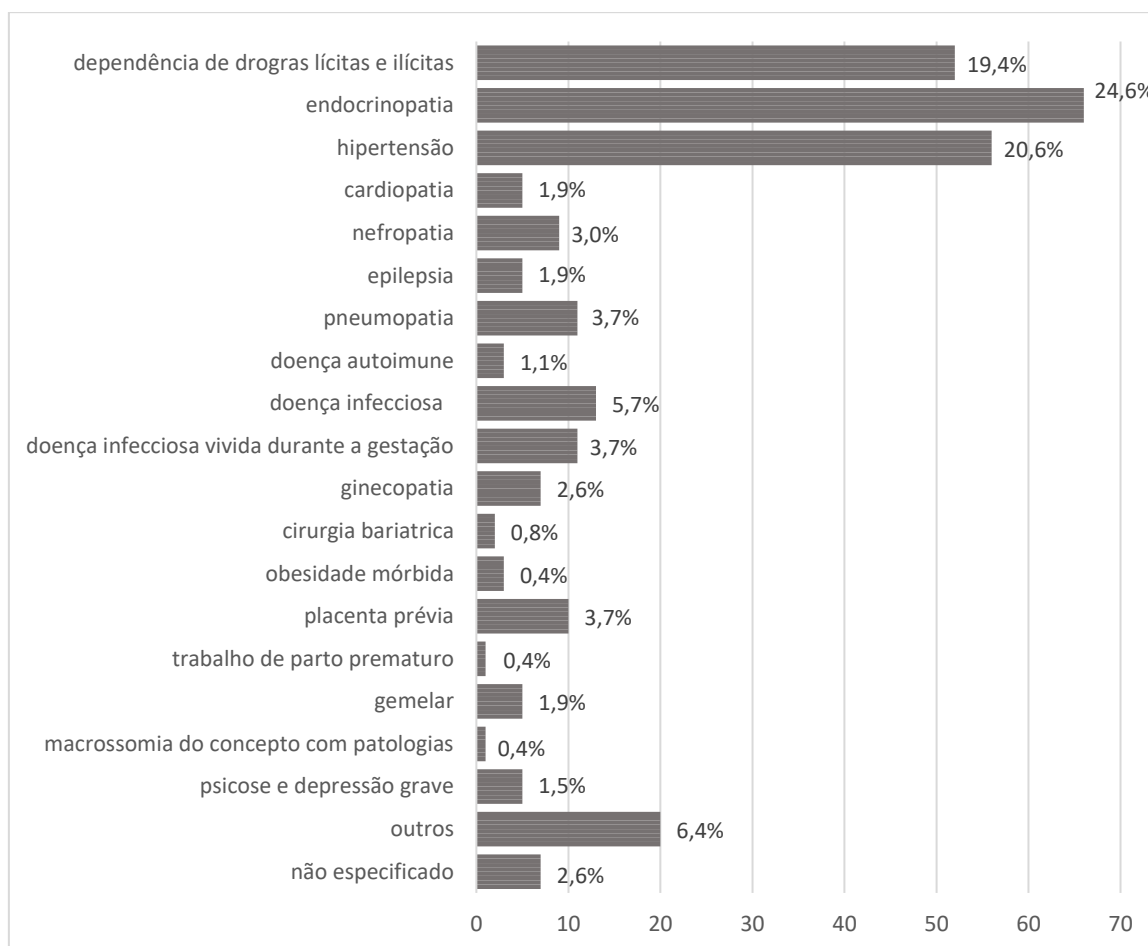


Figura 1. Distribuição das condições clínicas de risco gestacional. Gestantes de alto risco atendidas no Centro Municipal da Mulher de Ponta Grossa, 2017-2018 (n = 268).

Comparando os principais agravos de risco gestacional entre as gestantes que aceitaram e não aceitaram submeter-se ao exame clínico odontológico (figura 2), verifica-se que as diferenças não foram estatisticamente significantes, apesar de a hipertensão ser mais prevalente no grupo que aceitou participar e as endocrinopatias e o uso de drogas lícitas ou ilícitas ser mais frequente no outro grupo.

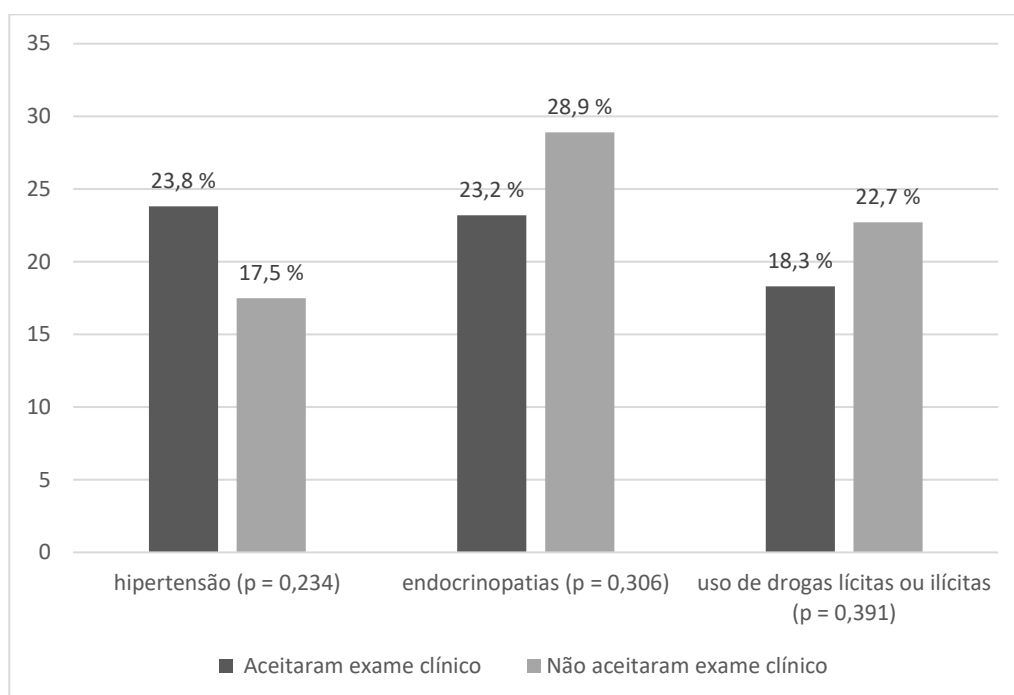


Figura 2. Distribuição dos agravos de risco mais prevalentes entre as gestantes que aceitaram passar pelo exame clínico odontológico e as que não aceitaram. Teste qui-quadrado de Pearson. Gestantes de alto risco atendidas no Centro Municipal da Mulher de Ponta Grossa, 2017-2018 (n = 268)

Na tabela 4 observa-se que cerca de 74,9% das entrevistadas consultaram o dentista no ano anterior à entrevista, sendo que 64,9% delas o fizeram durante a gravidez. O número de consultas durante a gravidez variou de 0 (nenhuma) a 10, com média de 1,5 consultas por gestante (desvio padrão de 1,8).

Dentre as que consultaram o dentista, 60,9% o fizeram por rotina/prevenção (39,6% da amostra total), porém houve relato de consulta por dor, tratamento e extração. A maioria das gestantes que consultaram o dentista durante a gravidez foi encaminhada pelo médico ou enfermeiro, o que reforça a importância do acompanhamento multiprofissional. Dentre as gestantes, 38,1% perceberam que apresentavam problemas bucais e 53,0 % acreditavam necessitar de tratamento odontológico (tabela 4).

Segundo os critérios do Índice DAS (tabela 4), mais da metade das entrevistadas apresentou nenhum ou baixo nível de ansiedade frente ao tratamento odontológico. Porém 12,4% das entrevistadas se mostraram muito ansiosas.

Tabela 4. Distribuição da amostra segundo utilização de serviços odontológicos, percepção de necessidade e ansiedade frente ao tratamento. Gestantes de alto risco atendidas no Centro Municipal da Mulher de Ponta Grossa, 2017-2018 (n = 268).

	n	%	IC 95%
Última consulta ao dentista (n=267)			
Menos de um ano	200	74,9	69,7 – 80,1
De um a dois anos	49	18,4	13,9 – 23,2
Três anos ou mais	18	6,7	4,1 – 10,1
Consultou o dentista durante a gravidez (n=268)			
Sim	174	64,9	59,3 – 70,5
Não	94	35,1	29,5 – 40,7
Profissional que encaminhou para o dentista (n=268)			
Médico/ enfermeiro	108	40,3	34,7 – 46,3
Foi por conta própria	66	24,6	20,2 – 30,2
Não foi ao dentista	94	35,1	29,1 – 39,9
Motivo da consulta ao dentista (n=268)			
Revisão, prevenção, rotina	106	39,6	33,6 – 45,1
Dor	17	6,3	3,7 – 9,3
Tratamento	48	17,9	13,4 – 22,8
Extração	1	0,4	0,0 – 1,1
Outro	2	0,7	0,0 – 1,9
Não foi ao dentista	94	35,1	29,1 – 41,0
Relata que apresenta problemas bucais (n=268)			
Sim	102	38,1	32,1 – 44,0
Não	166	61,9	56,6 – 67,9
Acredita necessitar de tratamento odontológico (n=268)			
Sim	142	53,0	47,0 – 59,0
Não	126	47,0	41,0 – 53,0
Impacto da condição bucal na qualidade de vida (n = 268)*			
Algum impacto (OHIP ≥ 1)	172	64,2	58,6 – 70,1
Nenhum impacto (OHIP = 0)	96	35,8	36,1 – 49,5
Relato de dor nos 6 meses anteriores (n = 267)**			
Sim	153	57,3	50,9 – 63,3
Não	114	42,7	36,7 – 49,1
Ansiedade frente ao tratamento odontológico (n=268)***			
Muito pouco	15	5,6	3,0 – 8,6
Levemente	141	52,6	46,6 – 58,6
Moderada	79	29,5	24,3 – 35,4
Exacerbada	33	12,3	8,6 – 16,0

*Índice OHIP-14 (Oral Health Impact Profile); ** Questão 3 do OHIP-14; *** Índice DAS – Dental Anxiety Scale

Na tabela 5 observa-se que as gestantes que se submeteram ao exame clínico odontológico e as que recusaram apresentaram características semelhantes quanto à utilização de serviços odontológicos, motivo da última consulta, percepção de necessidade de tratamento, relato de dor nos seis meses anteriores à entrevista e ansiedade frente ao atendimento odontológico medida pelo Índice DAS. No entanto, foram verificadas maiores proporções de gestantes que procuraram o dentista por conta própria, referiram serem portadoras de

problemas bucais e relataram impacto da condição bucal em sua qualidade de vida no grupo das que aceitaram participar dos exames clínicos da pesquisa.

Tabela 5. Distribuição comparativa entre as gestantes que aceitaram submeter-se a exame clínico e as que não aceitaram, segundo utilização de serviços odontológicos, percepção de necessidade e ansiedade frente ao tratamento. Teste qui-quadrado de Pearson. Gestantes de alto risco atendidas no Centro Municipal da Mulher de Ponta Grossa, 2017-2018 (n = 268).

	Aceitaram exame clínico		Recusaram exame clínico		p-valor
	n	%	n	%	
Última consulta ao dentista (n=267)					
Menos de um ano	126	74,9	74	74,7	0,986
De um a dois anos	31	18,4	18	18,2	
Três anos ou mais	11	6,7	7	7,1	
Consultou o dentista durante a gravidez (n=268)					
Sim	106	64,9	68	68,7	0,323
Não	63	35,1	31	31,3	
Profissional que encaminhou para o dentista (n=268)					
Médico/ enfermeiro	59	34,9	49	49,5	0,030 ^a
Foi por conta própria	47	27,8	19	19,2	
Não foi ao dentista	63	37,3	31	31,3	
Motivo da consulta: revisão, prevenção, rotina (n=268)					
Sim	61	36,1	45	45,5	0,130
Não	108	63,9	54	54,5	
Motivo da consulta: dor (n = 268)					
Sim	12	7,1	5	5,1	0,506
Não	157	92,9	94	94,9	
Motivo da consulta: tratamento (n = 268)					
Sim	30	17,8	18	18,2	0,929
Não	139	82,2	81	81,8	
Relata que apresenta problemas bucais (n=268)					
Sim	73	43,2	29	29,3	0,024
Não	96	57,8	70	70,7	
Acredita que necessita de tratamento odontológico (n=268)					
Sim	97	57,4	45	45,5	0,059
Não	72	42,6	54	54,5	
Impacto da condição bucal na qualidade de vida (n = 268)*					
Algum impacto (OHIP ≥1)	117	69,2	55	55,6	0,024
Nenhum impacto (OHIP = 0)	52	30,8	44	44,4	
Relato de dor nos 6 meses anteriores (n = 267)**					
Sim	76	45,0	38	38,8	0,324
Não	93	55,0	60	61,2	
Ansiedade frente ao tratamento odontológico (n=268)***					
Muito pouco	10	5,9	5	5,1	0,742
Levemente	91	53,8	50	50,5	
Moderada	50	29,6	29	29,3	
Exacerbada	18	10,7	15	15,2	

Quanto ao impacto da condição bucal na qualidade de vida, o menor valor obtido para o Índice OHIP-14 foi zero (nenhum impacto) e o maior foi 39, com média de 5,5 (desvio padrão 7,4). O teste Mann Whitney não detectou diferenças significativas nos valores de OHIP-14 entre as gestantes que aceitaram participar do exame clínico odontológico e as que não aceitaram ($p = 0,843$).

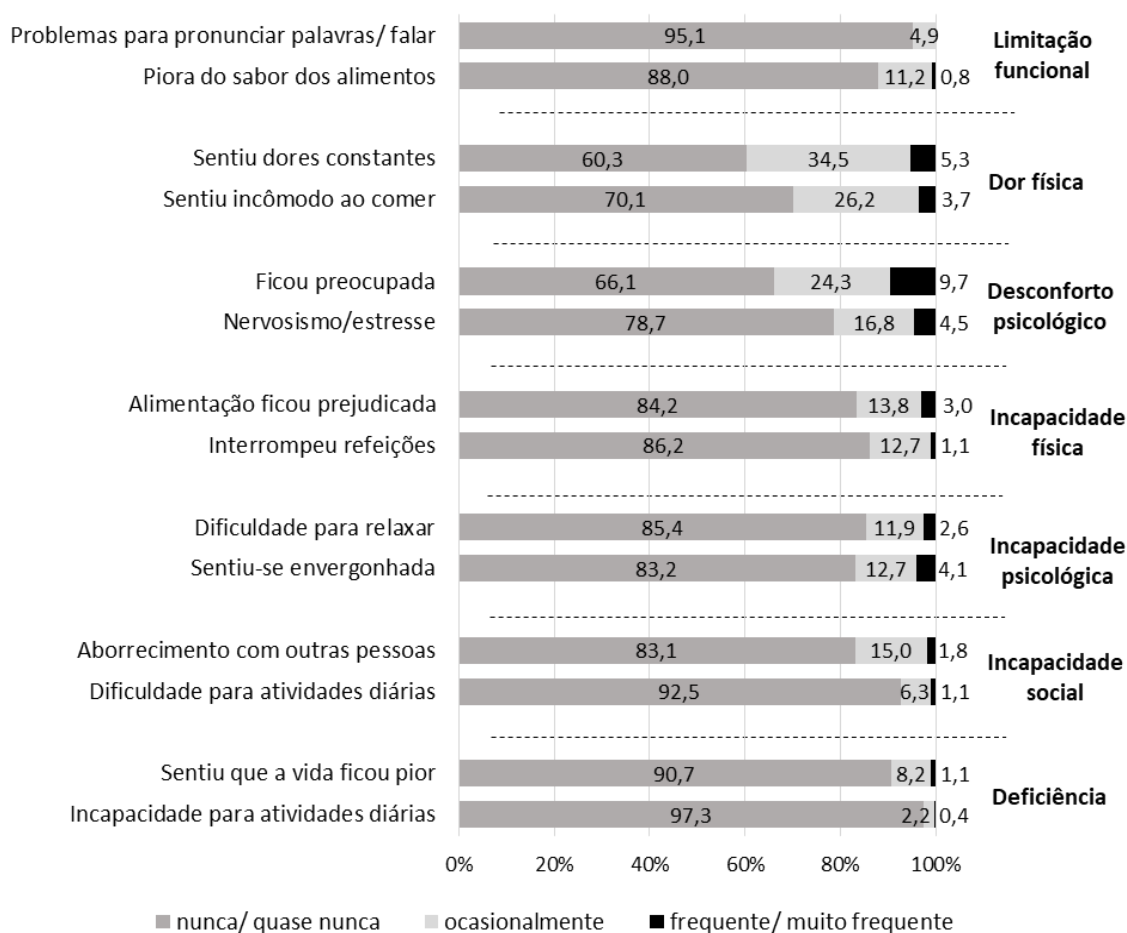


Figura 3. Frequência de impacto da condição bucal na qualidade de vida, segundo dimensão do OHIP-14. Gestantes de alto risco atendidas no Centro Municipal da Mulher de Ponta Grossa, 2017-2018 (n = 268).

Na figura 3 nota-se que a maioria das gestantes referiu não apresentar as limitações ou intercorrências descritas nas dimensões do OHIP-14. Observa-se que o maior impacto sentido foi com relação à preocupação com os dentes (9,7% respondeu que sente frequentemente ou muito frequentemente), dor (5,3% sendo frequente ou muito frequente), desconforto psicológico em razão do estresse devido aos dentes (4,5 muito frequente ou frequentemente) e limitação psicológica

de sentir-se envergonhada dos dentes ou boca (5% muito frequente ou frequentemente).

As características clínicas das gestantes que foram examinadas estão apresentadas na tabela 6. Praticamente todas apresentaram histórico de cárie, sendo que 41,4% possuíam dentes cariados não tratados, e necessitavam restaurações (40,8%), exodontias (4,1%) e próteses superiores (20,1%) ou inferiores (31,4%). Um pouco menos da metade da amostra possuía dentes perdidos (48,5%).

Tabela 6. Distribuição da amostra segundo a condição bucal e necessidade de tratamento. Gestantes de alto risco atendidas no Centro Municipal da Mulher de Ponta Grossa, 2017-2018 (n = 169)

	n	%	IC 95%
Experiência de cárie (CPO-D $\geq$ 1) (n=169)			
Presente	161	94,7	93,3 – 99,3
Ausente	8	4,7	1,8 – 7,7
Dentes cariados não tratados (componente C) (n=169)			
1 ou mais	70	41,4	34,3 – 48,5
Nenhum	99	58,6	51,5 – 65,7
Dentes perdidos (componente P) (n=169)			
1 ou mais	82	48,5	40,8 – 56,2
Nenhum	87	51,5	43,8 – 59,2
Dentes restaurados (componente O) (n=169)			
1 ou mais	152	89,9	85,2 – 94,7
Nenhum	17	10,1	5,3 – 14,8
Presença de sangramento gengival (n=169)			
Sim	91	53,8	45,6 – 61,5
Não	78	46,2	38,5 – 54,4
Presença de cálculo (n=169)			
Sim	72	42,6	35,5 – 50,9
Não	97	57,4	49,1 – 64,5
Presença de bolsa periodontal (n=169)			
Sim	18	10,7	6,5 – 15,4
Não	151	89,3	84,6 – 93,5
Higiene bucal (IHO-S) (n=167)			
Ótima	24	14,4	9,6 – 20,4
Boa	89	52,3	46,1 – 60,5
Ruim	54	32,3	25,7 – 39,5
Muito ruim	0	0,0	0,0 – 1,8
Necessidade de tratamento (n=169)			
Sim	117	69,2	61,5 – 75,7
Prevenção/mínima intervenção	12	7,1	3,6 – 11,4
Restauração	69	40,8	33,7 – 48,8
Endodontia	0	0,0	0,0 – 0,0
Exodontia	7	4,1	1,2 – 7,8
Prótese superior (fixa ou removível)	34	20,1	15,1 – 26,5
Prótese inferior (fixa ou removível)	53	31,4	24,7 – 39,2
Prótese total	0	0	0,0 – 0,0
Não	52	30,8	24,3 – 38,5

Com relação à condição periodontal, apenas 23,2% apresentava gengiva e periodonto hígidos, sendo o sangramento gengival a condição mais frequente (53,8%). Complementando, quanto à presença de biofilme, 66,7% das gestantes apresentaram higiene bucal ótima ou boa. Considerando a necessidade de tratamento, clinicamente 69,2% (n = 117) da amostra necessitavam de algum tipo de intervenção, a maioria tratamento restaurador ou protético, chama a atenção o fato de ninguém precisar de endodontia – tabela 6.

Tabela 7. Estatísticas descritivas das variáveis clínicas contínuas. Gestantes de alto risco atendidas no Centro Municipal da Mulher de Ponta Grossa, 2017-2018 (n = 169).

	Mín.	Máx.	Mediana	Intervalo interquartil	Média	Desvio padrão
IHOS*	0	3	1,7	0,7	1,8	0,6
Sextantes com periodonto hígido	0	6	5,0	1,0	4,3	1,5
Sextantes com sangramento gengival	0	5	1,0	2,0	1,0	1,2
Sextantes com cálculo dental	0	2	0,0	1,0	0,4	0,5
Sextantes com bolsa periodontal rasa ou profunda	0	3	0,0	0,0	0,2	0,5
CPO-D**	0	21	9,0	8,0	9,4	5,1
C (dentes cariados)	0	8	0,0	1,0	0,9	1,4
P (dentes perdidos por cárie)	0	14	0,0	2,0	1,4	2,1
O (dentes restaurados)	0	18	7,0	8,0	7,1	4,7

* IHOS – Índice de Higiene Oral Simplificado; ** Índice de dentes cariados (C), perdidos (P) e obturador (O).

A tabela 7 apresenta os resultados da análise descritiva das variáveis contínuas. Observa-se que até 50% da amostra apresentou ao menos 5 dos 6 sextantes analisados pelo índice CPI completamente hígidos, e a condição que acomete maior número de sextantes é o sangramento gengival à sondagem. Com relação à experiência de cárie, o CPO-D médio das gestantes foi de 9,4, com pequena variação em relação ao valor da mediana. Destaca-se o fato de apenas 4,7% (n=8) das gestantes apresentarem todos os dentes hígidos, não restaurados e presentes na boca. Ao analisar a distribuição dos componentes do índice CPO-D, observa-se que 75,5% do total de dentes acometidos por cárie em algum momento da vida estavam restaurados, 14,9% haviam sido extraídos e 9,6% necessitavam de tratamento restaurador.

A figura 4 indica que 88% das gestantes possuía 4 ou mais dentes cariados, perdidos ou obturados, sendo que 3,6% possuía de 19 a 21 dentes com experiência da doença.

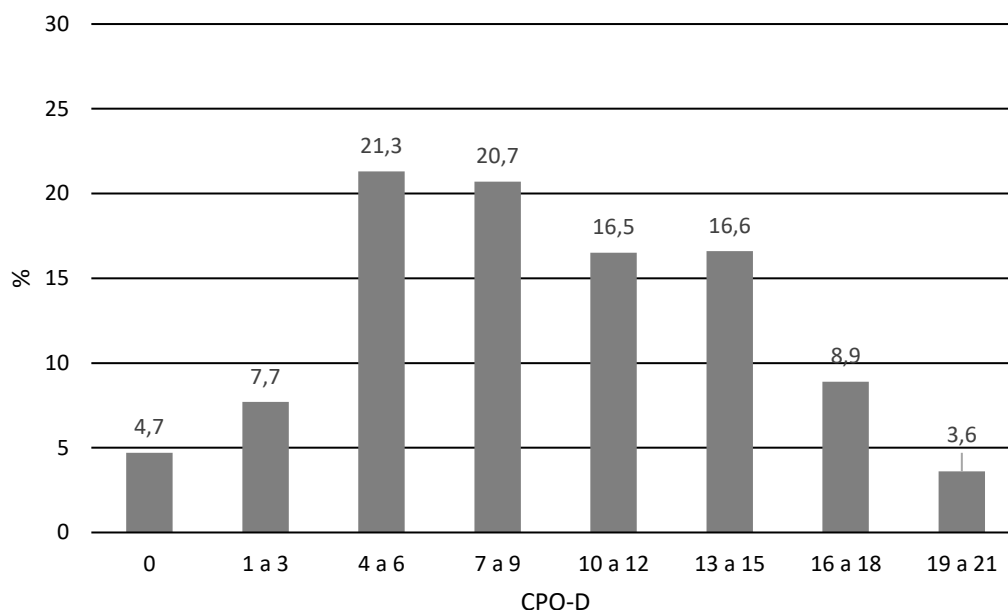


Figura 4. Distribuição da amostra segundo o total de dentes cariados, perdidos por cárie e restaurados (CPO-D). Gestantes de alto risco atendidas no Centro Municipal da Mulher de Ponta Grossa, 2017-2018 (n = 169).

5.2. ANÁLISES DE ASSOCIAÇÃO

A tabela 8 apresenta as associações entre as variáveis de saúde bucal, quanto à experiência de cárie, necessidade de tratamento, presença de biofilme/higiene bucal e condição periodontal. Observa-se que quanto maior o índice de higiene oral (pior higiene bucal) menor o número de sextantes com periodonto hígido, maior a quantidade de sextantes com sangramento gengival, maior o número de dentes cariados e maior o número de dentes com necessidade de tratamento (preventivo, restaurador, exodontias ou próteses). Quanto maior a quantidade de sextantes hígidos (sem sangramento, cálculo ou bolsa periodontal), menor a quantidade de dentes cariados e menor a necessidade de tratamento. Quanto maior o número de sextantes com sangramento, maior o número de dentes cariados. Observa-se também uma correlação entre o número de sextantes com bolsa periodontal em relação ao número de dentes cariados e perdidos. Quanto maior o número de dentes cariados menor o número de dentes restaurados, bem como quanto maior o número de dentes perdidos maior o valor total do índice CPO-D. Como esperado, há associação inversa entre o CPO-D,

total e os componentes cariados e perdidos, e o número de dentes que não necessitam nenhum tratamento.

Tabela 8. Matriz de correlações de Spearman. Associação entre as variáveis de condição de saúde bucal. Gestantes de alto risco atendidas no Centro Municipal da Mulher de Ponta Grossa, 2017-2018 (n = 169).

	IHOS	Sextantes hígidos	Sextantes sangram.	Sextantes cálculo	Sextantes bolsa periodontal	C	P	O	CPO-D
IHOS*	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Sextantes hígidos	-0,238^a	1,0	-	-	-	-	-	-	-
Sextantes com sangramento	0,219^a	-0,789^a	1,0	-	-	-	-	-	-
Sextantes com cálculo	0,009	-0,360^a	-0,091	1,0	-	-	-	-	-
Sextantes com bolsa periodontal	0,078	-0,336^a	-0,027	0,087	1,0	-	-	-	-
C (cariados)	0,206^a	-0,275^a	0,260^a	-0,118	0,230^a	1,0	-	-	-
P (perdidos por cárie)	0,120	-0,090	-0,020	-0,133	0,202^a	0,052	1,0	-	-
O (obturados)	-0,038	0,077	-0,041	-0,022	-0,121	-0,283^a	0,171	1,0	-
CPO-D**	0,056	-0,086	0,072	-0,076	-0,017	-0,036	0,528^a	0,839^a	1,0
Dentes sem necessidade de tratamento	-0,264^a	0,164^a	-0,125	-0,152^a	-0,232^a	-0,442^a	-0,584^a	0,148	-0,191^a

* IHOS – Índice de Higiene Oral Simplificado; ** Índice de dentes cariados (C), perdidos (P) e obturador (O); ^a correlação significativa ao nível de 5%.

A análise bivariada exploratória apresentada nas tabelas 9 e 10 demonstra as associações entre as variáveis de condição bucal categóricas, como dependentes, e as demais variáveis do estudo. Para essa análise, a variável idade foi categorizada em dois grupos divididos a partir da mediana (27 anos). As gestantes mais velhas tiveram maior prevalência de dentes cariados não tratados e perdidos. Observa-se associação significativa entre a quantidade de dentes cariados e renda familiar, bem como entre dentes cariados e ida ao dentista no último ano. Também se verifica associação entre a quantidade de dentes restaurados e a escolaridade. Com relação ao sangramento gengival, houve associação com a cor/raça e também com o fato da gestante ser hipertensa. No que diz respeito ao cálculo dental, nota-se associação com o fato da gestante ter ido ou não ao dentista no último ano. A má condição de higiene bucal foi associada com a necessidade de tratamento auto referida, impacto da saúde bucal na qualidade de vida e ansiedade perante o atendimento odontológico.

Tabela 9. Associação entre experiência de cárie dentária e características sócio-demográficas, risco gestacional, utilização de serviços odontológicos, percepção de necessidade e ansiedade frente ao tratamento. Paraná, Brasil. 2017-2018 (n = 169).

	Dentes cariados n(%)	Dentes perdidos n (%)	Dentes restaurados n (%)	Necessidade de tratamento n (%)
Idade				
< 20 anos	13 (68,4)^a	6 (31,6)	11 (57,9)	16 (84,2)
20 – 35 anos	44 (37,6)	56 (47,9)	111 (94,9)	76 (66,1)
>35 anos	13 (39,4)	20 (60,6)	30 (90,9)	22 (66,7)
Cor/raça				
Branca	49 (40,5)	55 (45,5)	110 (93,9) ^c	83 (68,6)
Não branca	19 (43,2)	25 (56,8)	38 (86,4)	31 (70,5)
Escolaridade				
Fundamental incompleto ou menos	35 (44,9)	41 (52,6)	71 (91,0)	59 (75,6)
Ensino médio completo ou mais	35 (38,5)	41 (45,1)	81 (89,0)	58 (63,7)
Renda familiar				
Dois salários mínimos ou menos	36 (34,6)^a	51 (48,6)	93 (88,6)	71 (68,3)
Mais de dois salários mínimos	33 (53,2)	29 (47,5)	56 (91,8)	44 (71,0)
Risco gestacional				
Condições pré existentes	53 (42,7)	63 (50,8)	110 (88,7) ^c	89 (71,8)
Intercorrências durante a gestação	13 (36,1)	16 (44,4)	34 (94,4)	22 (61,1)
Hipertensão				
Sim	15 (38,5)	19 (48,7)	34 (87,2) ^c	26 (66,7)
Não	54 (43,2)	62 (49,6)	114 (91,2)	88 (70,4)
Endocrinopatia				
Sim	17 (44,7)	22 (57,9)	36 (94,7) ^c	30 (78,9)
Não	52 (41,3)	59 (46,8)	112 (88,9)	84 (66,7)
Uso de drogas lícitas ou ilícitas				
Não	14 (46,7)	15 (50,0)	26 (86,7) ^c	24 (80,0)
Sim	55 (41,0)	66 (49,3)	122 (91,0)	90 (67,2)
Foi ao dentista no último ano				
Sim	46 (36,5)^a	58 (46,0)	113 (89,7) ^c	83 (65,9)
Não	24 (57,1)	23 (54,8)	38 (90,5)	33 (78,6)
Acha que necessita de tratamento				
Sim	39 (40,2)	50 (51,5)	84 (86,6)	69 (71,1)
Não	31 (43,1)	32 (44,4)	68 (94,4)	48 (66,7)
Impacto da condição bucal na qualidade de vida*				
Algum impacto (OHIP ≥1)	50 (42,7)	58 (49,6)	104 (88,9)	82 (70,1)
Nenhum impacto (OHIP = 0)	20 (38,5)	24 (46,2)	48 (92,3)	35 (67,3)
Relato de dor nos 6 meses anteriores**				
Sim	33 (43,4)	39 (51,3)	67 (88,2)	53 (69,7)
Não	37 (39,8)	43 (46,2)	85 (91,4)	64 (68,8)
Ansiedade perante o atendimento***				
Não	29 (42,6)	35 (51,5)	64 (94,1)	52 (76,5)
Sim	41 (40,6)	47 (46,5)	88 (87,1)	65 (64,4)

*Índice OHIP-14 (Oral Health Impact Profile); ** Questão 3 do OHIP-14; *** Índice DAS – Dental Anxiety Scale; ^a p≤0,05; ^c teste Exato de Fisher

Tabela 10. Associação entre condição periodontal, sangramento gengival, cálculo e quantidade de biofilme presente e características sócio-demográficas, risco gestacional, utilização de serviços odontológicos, percepção de necessidade e ansiedade frente ao tratamento. Paraná, Brasil. 2017-2018 (n = 169).

	Sangramento gengival	Cálculo dental	Bolsa periodontal	Má higiene bucal
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Idade				
< 20 anos	12 (63,2)	7 (36,8)	2 (10,5)	7 (36,8)
20 – 35 anos	62 (53,0)	47 (40,2)	10 (8,5)	40 (34,5)
>35 anos	17 (53,1)	18 (56,3)	6 (18,8)	7 (21,9)
Cor/raça				
Branca	59 (49,2)^a	52 (43,3)	12 (10,0) ^c	34 (18,1)
Não branca	30 (68,2)	19 (43,2)	6 (13,6)	16 (21,1)
Escolaridade				
Fundamental incompleto ou menos	36 (46,8)	38 (49,4)	9 (11,7) ^c	23 (18,5)
Ensino médio completo ou mais	55 (60,4)	34 (37,4)	9 (9,9)	29 (20,1)
Renda familiar				
Dois salários mínimos ou menos	56 (53,8)	48 (46,2)	10 (9,6) ^c	35 (22,9)
Mais de dois salários mínimos	35 (57,4)	24 (39,3)	8 (13,1)	17 (15,6)
Risco gestacional				
Condições pré existentes	63 (50,8)	51 (41,1)	13 (10,5)*	40 (21,4)*
Intercorrências durante a gestação	20 (55,6)	16 (44,4)	3 (8,3)	10 (14,3)
Hipertensão				
Sim	15 (38,5)^a	19 (48,7)	3 (7,7)*	11 (19,6)*
Não	68 (56,2)^a	48 (39,7)	13 (10,7)	39 (19,4)
Endocrinopatia				
Sim	19 (50,0)	20 (52,6)	3 (7,9)*	10 (14,7)*
Não	64 (52,5)	47 (38,5)	13 (10,7)	40 (21,2)
Uso de drogas lícitas ou ilícitas				
Sim	14 (46,7)	9 (30,0)	3 (10,0)*	9 (18,0)*
Não	69 (53,1)	58 (44,6)	13 (10,0)	41 (19,8)
Foi ao dentista no último ano				
Sim	71 (56,3)	60 (47,6)^a	12 (9,5) ^c	41 (20,5) ^c
Não	19 (46,3)	12 (29,3)	6 (14,6)	11 (16,4)
Acha que necessita de tratamento				
Sim	50 (52,1)	44 (45,8)	9 (9,4)	34 (23,9)
Não	41 (56,9)	28 (38,9)	9 (12,5)	18 (14,3)
Impacto da condição bucal na qualidade de vida*				
Algum impacto (OHIP ≥1)	63 (54,3)	52 (44,8)	13 (11,2)	44 (38,3)^a
Nenhum impacto (OHIP = 0)	28 (53,8)	20 (38,5)	5 (9,6)	10 (19,2)
Relato de dor nos 6 meses anteriores**				
Sim	42 (55,3)	35 (46,1)	10 (13,2)	30 (40,0)
Não	49 (53,3)	37 (40,2)	8 (8,7)	24 (26,1)
Ansiedade perante o atendimento***				
Sim	55 (54,5)	42 (41,6)	12 (11,9)	28 (41,8)^a
Não	36 (53,7)	30 (44,8)	6 (9,0)	26 (26,0)

*Índice OHIP-14 (Oral Health Impact Profile); ** Questão 3 do OHIP-14; *** Índice DAS – Dental Anxiety Scale; ^a p≤0,05; ^c teste Exato de Fisher

As variáveis dependentes relativas à presença de dentes cariados (tabela 9), de sangramento gengival e má higiene bucal (tabela 10) tiveram duas ou mais associações significativas ao nível de 5% com as variáveis explicativas e foram

selecionadas para a análise de regressão logística (tabela 11). Foram incluídas todas as variáveis explicativas com $p \leq 0,10$, as quais foram ajustadas entre si (modelo 1), além das variáveis clínicas que mostraram correlação significativa com os desfechos (modelo 2), identificadas na tabela 8.

Tabela 11. Análise de regressão logística múltipla entre a presença de dentes cariados, de sangramento gengival e de biofilme dental e as variáveis explicativas selecionadas. Gestantes de alto risco atendidas no Centro Municipal da Mulher de Ponta Grossa, 2017-2018 (n = 169).

	Modelo I		Modelo II	
	OR _{br} (IC95%)	p	OR _{br} (IC95%)	p
Presença de dentes cariados				
Idade				
Até 26 anos	1,0	0,003	1,0	0,003
27 anos ou mais	0,40 (0,21 – 0,74)		0,37 (0,19 – 0,72)	0,40 (0,20 – 0,79)
Renda familiar				
Dois salários mínimos/menos	1,0	0,019	1,0	0,025
Mais de dois salários mínimos	2,21 (1,13 – 4,08)		2,15 (1,10 – 4,21)	2,51 (1,25 – 5,04)
Foi ao dentista no último ano				
Sim	1,0	0,020	1,0	0,025
Não	2,31 (1,14 – 4,72)		2,37 (1,11 – 5,04)	2,68 (1,22 – 5,87)
IHOS*	1,64 (1,03 – 2,60)	0,036		1,66 (1,00 – 2,76) 0,051
Presença de sangramento gengival				
Cor/raça				
Branca	1,0	0,032	1,0	0,007
Não branca	2,21 (1,07 – 4,59)		3,01 (1,36 – 6,66)	3,23 (1,42 – 7,34)
Escolaridade				
Fund. Incompleto ou menos	1,0	0,077	1,0	0,022
E. médio completo ou mais	1,74 (0,94 – 3,21)		2,21 (1,12 – 4,35)	2,12 (1,05 – 4,26)
Hipertensão				
Não	1,0	0,034	1,0	0,017
Sim	0,45 (0,22 – 0,94)		0,38 (0,17 – 0,84)	0,38 (0,17 – 0,85)
IHOS*	1,65 (1,04 – 2,59)	0,032		1,74 (1,06 – 2,85) 0,029
Má higiene bucal				
Impacto da condição bucal na qualidade de vida**				
Nenhum impacto (OHIP = 0)	1,0	0,017	1,0	0,026
Algum impacto (OHIP ≥ 1)	2,60 (1,19 – 5,71)		2,47 (1,11 – 5,46)	2,49 (1,09 – 5,72)
Ansiedade perante o atendimento****				
Não	1,0	0,034	1,0	0,056
Sim	2,04 (1,06 – 3,95)		1,93 (0,98 – 3,77)	2,00 (0,98 – 4,06)
Dentes cariados não tratados	1,45 (1,12 – 1,86)	0,004	—	1,35 (1,02 – 1,79) 0,037
Sextantes com sangramento gengival	1,89 (0,96 – 3,69)	0,064	—	1,30 (0,94 – 1,79) 0,106

Modelo I – variáveis explicativas selecionadas;

Modelo II – variáveis explicativas selecionadas + variável(is) de condição bucal (controle);

* IHOS – Índice de Higiene Oral Simplificado; **Índice OHIP-14 (Oral Health Impact Profile); *** Questão 3 do OHIP-14; ****Índice DAS – Dental Anxiety Scale.

Na tabela 11 observa-se que as gestantes mais jovens, com maior renda familiar e que não consultaram um dentista no ano anterior ao estudo apresentaram maiores chances de terem dentes cariados não tratados, e as

associações permaneceram quando o modelo foi ajustado pela quantidade de biofilme dentário medida pelo Índice IHOS. Quanto à presença de sangramento gengival, maiores chances foram encontradas entre as gestantes não brancas e as não hipertensas. No modelo ajustado, as com maior escolaridade também foram incluídas. O modelo permaneceu ajustado mesmo após a inclusão do índice de higiene bucal. As gestantes ansiosas e que relataram impacto da condição bucal na qualidade de vida apresentaram maiores chances de terem má higiene bucal. No modelo ajustado controlado pela condição bucal, apresentar grande quantidade de biofilme foi associada ao impacto na qualidade de vida e à presença de dentes cariados não tratados.

9. DISCUSSÃO

Durante a gestação, alterações biológicas e psicossociais (Rosell. ¹⁰⁹ 2001) podem afetar a qualidade de vida das gestantes, colocando-as em um grupo de pacientes vulneráveis. A essa condição, ainda podem estar associadas doenças ou agravos pré-existentes ou que se desenvolvem durante a gestação; estas gestações podem ter uma evolução desfavorável sendo classificadas como gestação de alto risco (Tamanaha et al. ¹¹⁰ 2017). São poucos os estudos que focam nesta população específica, particularmente no Brasil. Desta maneira, conhecer a condição de saúde bucal desta população é de suma importância, para que os indicadores epidemiológicos bucais possam subsidiar o planejamento e execução de políticas eficazes neste âmbito para as gestantes durante o pré-natal, beneficiando a mãe e o bebê (Moimaz et al. ¹¹¹ 2011).

Esse estudo foi conduzido com gestantes atendidas em um ambulatório de atenção especializada do Sistema Único de Saúde. As características sócio-demográficas do grupo estudado foram semelhantes àsquelas encontradas em outras pesquisas conduzidas com usuárias do SUS (Monteiro et al. ¹¹² 2016, Ramos et al. ¹¹³ 2006). O mesmo pode ser verificado com relação ao risco gestacional: no presente estudo as condições mais frequentes foram as endocrinopatias, a hipertensão e a dependência de drogas lícitas ou ilícitas. Outros estudos identificaram a hipertensão (Tamanaha et al. ¹¹⁰ 2017) e o diabetes (Tamanaha et al. ¹¹⁰ 2017; Merglova et al. ⁶ 2012), além de doenças ginecológicas (Merglova et al. ⁶ (2012), como as condições mais prevalentes entre gestantes de alto risco.

O acesso a consultas odontológicas é parte integrante da atenção à saúde materno-infantil no Programa Rede Mãe Paranaense. Dentre as gestantes de alto risco, verificou-se que cerca de 75% relataram haver consultado o dentista no ano anterior à entrevista. Considerando consultas durante a gravidez, a prevalência de relato positivo foi de 65%. Esta situação não é comumente descrita na literatura. Em recente revisão sistemática, Rocha et al. ¹¹⁴ (2018) identificaram prevalências que variaram entre 27 a 83%, de acordo com o país de origem dos estudos. Há relatos que demonstram que mais de 70% das gestantes não receberam tratamento odontológico durante a gravidez (Boggess

et al. ¹¹⁵ 2010) e até situações mais extremas, observadas na Índia, onde mais de 70% da amostra nunca havia consultado um dentista (Payal ¹¹⁶ et al. (2017). Estudos conduzidos no Brasil trazem prevalência 25 a 45% de gestantes que utilizaram os serviços odontológicos durante a gestação (Nogueira et al. ¹¹⁷ 2012; de Fátima Vieira. ¹¹⁸ 2010; Fernandes e Narchi. ¹¹⁹ 2008)

Os resultados da presente pesquisa divergem dos relatados na literatura, uma vez que houve maior prevalência de utilização de serviços odontológicos. Sabe-se que há uma gama de fatores que tem influência direta no acesso e na adesão das gestantes ao tratamento odontológico (Rocha et al. ¹¹⁴ 2018) e que devem ser suplantadas pelos serviços de saúde.

No Paraná, o maior acesso ao serviço odontológico pode ser reflexo da implantação do programa Rede Mãe Paranaense, que ocorreu em 2013. Reforça essa hipótese o fato de que, dentre as gestantes que consultaram o dentista, a maioria o fez por rotina/prevenção, diferente, por exemplo, do encontrado por Lu et al. ¹²⁰ (2015) com gestantes de Shangai, na China. Além disso, a maioria das gestantes que consultaram o dentista durante a gravidez foi encaminhada pelo médico ou enfermeiro, o que reforça a importância do acompanhamento multiprofissional. Ao proporcionar o acolhimento precoce da gestante, acompanhamento pré-natal e segurança para exames e parto, a gestante é acolhida por toda a equipe de saúde, incluindo aí a Odontologia.

Uma das dimensões da saúde analisadas nesse estudo foi a psicossocial, dentre as quais a autopercepção da condição bucal. No presente estudo o impacto da condição bucal na qualidade de vida medido pelo Índice OHIP-14 apresentou valor médio de 5,5 (em uma escala que varia de 0 a 52), mais baixo do que o observado por outros autores (Moimaz et al. ¹²¹ 2016; Lu et al. ¹²⁰ 2015). Porém, observou-se que 64,2% das gestantes apresentaram impacto em ao menos uma dimensão do OHIP e 57,3% referiu dor nos 6 meses anteriores à pesquisa. Apesar disso, apenas 38,1% relatou apresentar problemas bucais e 53,0 % acreditavam necessitar de tratamento odontológico.

Outra dimensão psicossocial investigada foi a ansiedade perante o tratamento odontológico. Segundo os critérios do Índice DAS, mais da metade das entrevistadas apresentou nenhum ou baixo nível de ansiedade, e apenas

12,4% das entrevistadas se mostraram muito ansiosas, resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Xiao-Qing et al.¹²² (2017) realizado na China, onde das 502 gestantes, 73,3% apresentaram baixo nível de ansiedade e 27,6% foram classificadas com alto índice. Essa condição contribui para o afastamento da gestante da atenção odontológica e pode ser modificada com um pré-natal centrado na educação em saúde.

A condição bucal foi identificada a partir de exames clínicos e nem todas as mulheres entrevistadas concordaram em participar. A análise comparativa entre as características das gestantes que aceitaram e que não aceitaram se submeter ao exame odontológico demonstrou que os grupos foram muito similares, apesar de que houve maior proporção de mulheres com maior renda familiar mensal e que referiram que não necessitavam de tratamento odontológico dentre as que não participaram.

Como esperado para uma população de adultos jovens, praticamente todas as gestantes examinadas apresentaram história presente ou passada de cárie (95%), e o CPO-D médio foi de 9,4, 41,4% possuía dentes cariados não tratados e 48,5% dentes perdidos. Em um estudo com puérperas de Feira de Santana – BA de faixa etária similar à do presente estudo, Trindade et al.¹²³ (2017) encontraram condição melhor, com CPO-D de 5,7, prevalência de dentes cariados não tratados de 36% e de dentes perdidos de 33%. Comparando com dados de gestantes de alto risco, os resultados obtidos no presente estudo foram semelhantes ao encontrado por Merglova et al.⁶ (2012) na Europa, que identificaram que 51,8% das gestantes de alto risco do seu estudo apresentavam cárie dentária não tratada.

Considerando a necessidade de tratamento, clinicamente 69,2% da amostra necessitavam de algum tipo de intervenção, a maioria tratamento restaurador ou protético. Resultado semelhante ao estudo de Moimaz et al.¹²¹ (2016), onde cerca de 68,1% das gestantes necessitavam de algum tipo de tratamento dental. Chama a atenção o fato de ninguém precisar de endodontia ou de prótese total no estudo realizado em Ponta Grossa.

No presente estudo, apenas 23,2% das gestantes apresentou gengiva e periodonto hígidos, sendo o sangramento gengival a condição mais frequente

(53,8%), concordando com os achados do estudo de Payal ¹¹⁶ et al. (2017), no qual cerca de 60% da amostra apresentou doença periodontal, sendo o sangramento gengival a alteração mais prevalente. Já no estudo de Rosell ¹⁰⁹ et al. (2013) a condição periodontal mais frequente foi o cálculo dental, estando presente em 70,6% da amostra. No presente estudo, a prevalência de cálculo foi de 42,6%.

Quanto à presença de biofilme, 66,7% das gestantes apresentaram higiene bucal ótima ou boa. No estudo de Serrano ¹²⁴ 2010, cerca de 49,1% da amostra apresentaram higiene bucal regular. Maior prevalência de placa visível também foi identificada entre as gestantes do estudo de Trindade et al. ¹²⁵ (2016).

A relação entre a presença de biofilme, indicativo de hábitos de higiene bucal, e as doenças cárie e periodontal são claramente descritas na literatura. O controle dos níveis do biofilme dental consiste em fator relevante para a manutenção de boa saúde bucal (Rares et al. ¹²⁶ 2016). No presente estudo a pior higiene bucal esteve relacionada com a maior quantidade de sextantes com sangramento gengival, com o maior o número de dentes cariados e com a necessidade de tratamento (preventivo, restaurador, exodontias ou próteses). Complementando, houve associação entre a condição periodontal e o número de dentes cariados e perdidos.

Constatou-se que gestantes mais velhas tiveram maior prevalência de dentes cariados não tratados e perdidos. Observa-se associação significativa entre a quantidade de dentes cariados e a renda familiar, bem como entre dentes cariados e ida ao dentista no último ano. Também se verifica associação entre a quantidade de dentes restaurados e a escolaridade. Conforme discutido pela literatura, a associação entre doenças bucais maternas e a baixa escolaridade pode ser explicada pela higiene oral deficiente no período gestacional pelas mulheres com menor nível de escolaridade (Cruz et al. ¹²⁷ 2005). Assim, mães com nível educacional maior podem influenciar, de forma positiva, a saúde bucal dos seus filhos (Granville-Garcia. ¹²⁸ 2007).

Com relação ao sangramento gengival, os resultados indicam associação com a cor/raça e também com o fato da gestante ser hipertensa. No que diz

respeito ao cálculo dental, sugere-se associação com o fato da gestante ter ido ou não ao dentista no último ano. A má condição de higiene bucal foi associada com a necessidade de tratamento auto referida, impacto da saúde bucal na qualidade de vida e ansiedade perante o atendimento odontológico. Esse achado deve ser interpretado de forma indireta, uma vez que a higiene bucal está associada a maiores chances do indivíduo apresentar dentes cariados e sangramento gengival. Assim, pode-se inferir a hipótese de que os indivíduos que referem necessidade de tratamento e apresentam impacto negativo da saúde bucal em sua qualidade de vida apresentem maiores níveis de doenças bucais.

Sugere-se que as gestantes mais jovens, com maior renda familiar e que não consultaram um dentista no ano anterior ao estudo apresentaram maiores chances de terem dentes cariados não tratados.

A associação entre a presença de dentes cariados e a renda familiar foi inversa à esperada. Uma possível explicação seria a de que as gestantes com maior renda se recusaram mais a participar do exame clínico, e aquelas que participaram o fizeram justamente por reconhecerem que necessitavam de tratamento odontológico, o que explica o fato de possuírem dentes cariados não tratados. Quanto à presença de sangramento gengival, maiores chances foram encontradas entre as gestantes não brancas, o que corrobora o gradiente social amplamente descrito na literatura. Porém, menor sangramento gengival foi encontrado entre as não hipertensas, o que pode ser explicado pelo fato das gestantes portadoras de alguma alteração sistêmica, como hipertensão, possuírem melhores cuidados com a saúde em geral e saúde bucal, como explicaram Avila et al.⁷³ (2011) em seu estudo: gestantes de alto risco, portadoras de uma doença valvular reumática não apresentaram diferença em sua condição periodontal quando comparadas às gestantes de risco normal.

Apesar dos resultados obtidos apresentarem-se importantes para a compreensão do perfil epidemiológico das condições da gestação de alto risco das gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde e de sua condição bucal, algumas limitações devem ser consideradas. Dentre elas, destaca-se o desenho transversal, o qual não permite que sejam estabelecidas relações de

causalidade. Além disso, deve-se considerar que parte dos dados são relativos ao relato das mulheres entrevistadas, sendo essas informações subjetivas e sujeitas a viés de memória.

Foi realizado um delineamento cuidadoso para que o estudo fornecesse inferência para a população de mulheres com gestação de alto risco residentes no município, porém uma limitação deste estudo foi o fato de que não houve adesão completa da amostra para a avaliação clínica de saúde bucal. Frente a essa situação, optou-se por comparar as características do grupo de gestantes que se recusaram a realizar o exame clínico com aquelas que completaram todo o protocolo da pesquisa. Apesar de comprovada a similaridade entre os grupos, sugere-se cautela para fazer inferências dos dados de saúde bucal para toda a população.

A escassez de estudos na literatura mundial com essa população específica impossibilitou maiores comparações entre os resultados e por esse mesmo motivo justifica-se essa pesquisa.

Este estudo apresentou informações a respeito das características da gestação de alto risco e identificou possíveis impactos positivos das políticas de saúde relacionadas à atenção materno-infantil no município de Ponta Grossa, o que merece ser investigado em pesquisas futuras. Apesar das limitações, os resultados aqui relatados são consistentes com outros relatos na literatura e podem servir para orientar os gestores na organização do acesso às redes de atenção à saúde no período gestacional.

10. CONCLUSÃO

A partir dos dados da pesquisa é possível concluir que:

- a maioria das gestações de alto risco acompanhadas no sistema público de saúde do município de Ponta Grossa se dá por conta de hipertensão, endocrinopatias e dependências de drogas lícitas e ilícitas;
- a utilização de serviços de saúde bucal recente ou durante a gestação é maior do que a referida por outros estudos no Brasil, porém ainda resta uma parcela significativa de gestantes que não têm acesso ao pré-natal odontológico;
- as gestantes apresentaram-se, em sua maioria, pouco ansiosas e com baixo impacto da condição bucal na qualidade de vida, apesar de perceberem necessidade de tratamento odontológico;
- os resultados indicaram condições satisfatórias de saúde bucal entre as gestantes de alto risco, no que se refere à experiência de cárie, condição periodontal e necessidade de tratamento, com maiores prevalências naquelas com pior condição social;
- a higiene bucal satisfatória é associada à melhor condição bucal, o que reforça a necessidade de atenção multiprofissional no pré-natal.

REFERÊNCIAS

1. Neves IL, Avila WS, Neves RS, et al. Maternal-fetal monitoring during dental procedure in patients with heart valve disease. *Arq Bras Cardiol.* 2009 Nov;93(5):463-742.
2. Nogueira A, Reis F, Reis P. A paciente gestante na unidade de terapia intensiva. *Medicina, Ribeirão Preto.* 2001;34:123-32
3. Gualandro DM, Yu PC, Calderaro D, et al. II Guidelines for perioperative evaluation of the Brazilian Society of Cardiology. *Arq Bras Cardiol.* 96(3 Suppl 1):1-68, 2011
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Gestão de Alto Risco: manual técnico. Brasília (DF); 2012
5. Passarelli F, Neves I, Neves R, Ávila W. Cardiopatas e período gestacional: aspectos de interesse ao cirurgião-dentista. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 2005. 2005;15:1-6
6. Merglovaa V, Hecovaa H, Stehlikovaa J, Chaloupkab P. Oral health status of women with high-risk pregnancy. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 2012 Dec; 156(4):337–341
7. Gomes TA, Soares RSC, Catão CDS. Gravidez e saúde bucal: avaliação do conhecimento de profissionais de saúde quanto aos fatores de risco da prematuridade. *Revista saúde e ciência Online*, 2014; 3(2): 69-82.
8. Trentin MS, Scortegagna SA, Dal’Bello MS, Bittencourt ME, Linden MSS, Viero R, Schrotter P, Fernandes LFT. Doença periodontal em gestantes e fatores de risco para o parto prematuro/ Periodontal disease in pregnant women and risk factors for the preterm birth. 2007. *RFO*, v. 12, n. 1, p. 47-51, janeiro/abril
9. Tarannum F, Faizuddin M. Effect of periodontal therapy on pregnancy outcome in women affected by periodontitis. *J Periodontol.* 2007 Nov;78(11):2095-103.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 163 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos); (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5)
11. Chisholm CA, Ferguson JE. Physiologic and pharmacologic factors related to the provision of dental care during pregnancy. *CDA Journal* 2010; 38 (9): 663-71
12. Laine, MA. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta Odontol Scand.* 2002; 60:257-264.
13. Kumar J, Samelson R. Oral health care during pregnancy. Recommendations for oral health professionals. *New York State Dental Journal.* 2009 Nov.; 75(6):29-33.

14. Ritter A, Southerland JF. Talking with patients. Pregnancy and oral health. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*. 2007; 19(6):373-74.
15. George A, Johnson M, Blinkhorn A, Ajwani S, Bhole S, Yeo AE, et al. The oral health status, practices and knowledge of pregnant women in south- western Sydney. *Aust Dent J*. 2013 Mar;58(1):26-33.
16. Rakchanok N, Amporn D, Yoshida Y, Harun-Or-Rashid M, Sakamoto J. Dental caries and gingivitis among pregnant an non-pregnant women in Chiang Mai, Thailand. *Nagoya J Med Sci*. 2010 Feb;72(1-2):43-50.
17. Gupta S, Jain A, Mohan S, Bhaskar N, Walia PK. Comparative evaluation of oral health knowledge, practices and attitude of pregnant and non-pregnant women, and their awareness regarding adverse pregnancy outcomes. *J Clin Diagn Res*. 2015 Nov;9(11):ZC26-32
18. Cruz SS, Figueireido ACMG, Orrico GS, et al. Doença periodontal materna e prematuridade/baixo peso ao nascer: uma metanálise. *Rev. Saúde Col. UEFS, Feira de Santana*. 2016, 6(2): 30-36
19. Davenport ES, Williams CE, Sterne JA, Murad S, Sivapathasundram V, Curtis MA. Maternal periodontal disease and preterm low birthweight: case-control study. *J Dent Res*. 2002 May;81(5):313-8.
20. Huck O, Tenenbaum H, Davideau JL. Relationship between Periodontal Diseases and Preterm Birth: Recent Epidemiological and Biological Data. *J Pregnancy*. 2011:1646-5
21. Chacko V, Shenoy R, Prasy HE, Agarwal S. Selfreported awareness of oral health and infant oral health among pregnant women in Mangalore, India: a prenatal survey. *Int J Health Rehabil Sci*. 2013 Apr;2(2):109-15.
22. Brasil, Saúde Md, Saúde SdAà, Estratégias DdAP. Gestação de alto risco: manual técnico In: Saúde Md (ed). Volume 5. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010:302
23. May L, Suminski RR, Yeung AY, Linklater ER, Christensen C, Jahnke S. Pregnant patient knowledge of and obstetric provider advice on oral health. *J Dent Oral Disord Ther*. 2014;2(1)
24. Martins RFM, Azevedo JAP, Dourado CRL, Ribeiro CCC, Alves CMC, Thomaz EBAF. Oral health behaviors and dental treatment during pregnancy: a cross-sectional study nested in a cohort in Northeast Brazil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2014 Jun;14(1):5-11
25. Saddki N, Yusoff , Hwang YL. Factors associated with dental visit and barriers to utilisation of oral health care services in a sample of antenatal mothers in Hospital Universiti Sains Malaysia. *BMC Public Health*. 2010 Feb;10:75.
26. Codato LAB, Nakama L, Melchior R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13: 1075-1080.

27. Finkler M, Oleinisk DMB, Ramos FRS. Saúde bucal materno-infantil: Um estudo de representações sociais com gestantes. *Texto contexto – enferm.* 2004; 13(3): 360-368.
28. Chanpong B, Haas DA, Locker D. Need and demand for sedation or general anesthesia in dentistry: a national survey of the Canadian population. *Anesth Prog* 2005; 52(1):3-11.
29. Skaret E, Raadal M, Berg E, Kvale G. Dental anxiety among 18-yr-olds in Norway. Prevalence and related factors. *Eur J Oral Sci* 1998; 106(4):835-843.
30. Cohen SM, Fiske J, Newton JT. The impact of dental anxiety on daily living. *Br Dent J* 2000; 189(7):385-390.
31. Sharif MO. Dental anxiety: detection and management. *J Appl Oral Sci* 2010; 18(2):i
32. Moimaz SAS, Rocha NB, Saliba O, Garbin CAS. O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo.* 2007; 19(1):39-45.
33. Silveira J.L.G.C, Abraham M.W, Fernandes C.H. Gestação e saúde bucal: significado do cuidado em saúde bucal por gestantes não aderentes ao tratamento *Rev. APS.* 2016 out/dez; 19(4): 568 - 574
34. Neves I. Monitorização materno-fetal da portadora de doença valvar reumática durante procedimento odontológico sob anestesia local. 2007. Tese (Doutorado em Cardiologia) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5131/tde18042007-090959/>>. Acesso em: 2012-04-12.
35. Barbosa CP. Uso de Anestésicos Locais em Gestantes. Maringá: Centro Universitário de Maringá, 2003. 43 p.
36. Fundação California Dental Association. saúde bucal durante a gravidez e primeira infância. diretrizes baseadas em evidências para profissionais de saúde, de 2010. Disponível em: www.cdafoundation.org/Portals/0/pdfs/poh_guidelines.pdf . Acessado 10 de setembro de 2017
37. Niessen LC. saúde das mulheres. In: Patton LL, editor. O guia prático ADA para pacientes com condições médicas. Ames (IA): American Dental Association e Wiley-Blackwell; 2012. p. 399-417
38. Tunes UR, Rapp GE. Influência das condições sistêmicas sobre as doenças periodontais. *Atualização em Periodontia e Implantodontia.* São Paulo: Artes médicas, 1999.
39. Yalcin F, Basegmez C, Isik G, Berber L, Eskinazi E, Soydinc M, et al. The effects of periodontal therapy on intracrevicular prostaglandin E2 concentrations and clinical parameters in pregnancy. *J Periodontol*, 2002; 73(2):173-7.

40. Lapp AC, Thomas ME, Lewis JB. Modulation by progesterone of interleukin-6 production by gingival fibroblasts. *J Periodontol*, 1999; 66(2):279-84.
41. Scavuzzi AIF, Rocha MCBS, Viana MIPI. Estudo da prevalência de doença periodontal em gestantes brasileiras residentes em Salvador – BA. *Rev Odontol Brasil Central*, 1999; 8(25):40-
42. Bastiani C, Cota ALS, Provenzano MGA, Fracasso MLC, Honório HM, Rios D. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. *Odontol Clín Cient [periódico na Internet]*. 2010; 1(1):1-6. Acessado em outubro de 2017. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882010000200013&lng=p&nrm=iso
43. Jeffcoat MK, Hauth JC, Geurs NC, Reddy MS, Cliver SP, Hodgkins PM, et al. Periodontal disease and preterm birth: results of a pilot intervention study. *J Periodontol*, 2003; 74(2):1214-8.
43. Lopes AM, Bosco JMD, Gasparini LL, Kina JR. Fatores etiológicos associados com a gengivite na gravidez. *Rev Paul Odontol*, 2004; 26(4):31-4.
45. López NJ, Da Silva I, Ipinza J, Gutiérrez J. Periodontal therapy reduces the rate of preterm low birth weight in women with pregnancy associated gingivitis. *J Periodontol*, 2005; 76(1):2144-53.
46. Macones GA, Parry S, Nelson DB, Strauss JF, Ludmir J, Cohen AW, et al. Treatment of localized periodontal disease in pregnancy does not reduce the occurrence of preterm birth: results from the Periodontal Infections and Prematurity Study (PIPS). *Am J Obstet Gynecol*, 2010; 202(2):147.e1-8.
47. Granville-Garcia AF, Leite AF, Smith LEA, Campos RVS, Menezes VA. Pregnant women's knowledge of oral health in the city of Caruaru - PE. *Rev Odontol UNESP*, 2007; 36(3):243- 9
48. Oral Health Care. Cuidados de saúde oral durante gravidez: Um consenso nacional: declaração-resumo de um grupo de trabalho de especialistas encontro. Washington, DC: Maternal Nacional and Child Resource Saúde Oral Centro; 2012
49. Ismail SK, Kenney L. avaliação de grávidas com hiperemese. *Melhor Pract Res Clin Gastroenterol* 2007; 21: 755-69.
50. Pirie H, Cooke I, Linden L, et al. manifestações dentárias de gravidez. *Obstetra Ginecologista* 2007; 9 (1): 21-6.
51. Amar S, Chung K. Influência da variação hormonal sobre o periodonto em mulheres. *Periodontol* 2000 1994; 6: 78-87
52. Demir Y, Demir S, Aktepe F. hemangioma capilar cutânea induzida por lobular gravidez. *J Cutan Pathol* 2004; 31: 77-80

53. Moss KL, Beck JD, Offenbacher S. factores de risco clínicos associados com a incidência e progressão de condições periodontais em mulheres grávidas. *J Clin Periodontol* 2005; 32: 492-8
54. Rares IS, Pereira DS, Benazzi AST, Marques RVDA, Cavalcanti YW. Condição Periodontal em Gestantes: Análise do Serviço Público, Serviço Privado e Trimestre Gestacional. *Rev bras ci Saúde* 20(1):29-36, 2016
55. Jeremias F, Silva SRC, Junior AV, Tagliaferro EPS, Rosell FL. Autopercepção e condições de saúde bucal em gestantes. *Odontol Clín.-Cient.* 2010; 9(4):359-36
56. Moura CL, Aleixo RQ, Almeida FA, Silva HMLL, Moreira KFAM. Prevalência de cárie em adolescentes gestantes relacionada ao conhecimento sobre saúde bucal em Porto Velho-RO. *Saber científico odontológico, Porto Velho.* 2010, jul / dez, 1 (1): 01 – 20.
57. Rosell FL, Oliveira ALBM, Tagliaferro EPS, Silva SRC. Aylton Impacto dos Problemas de Saúde Bucal na Qualidade de Vida de Gestantes Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 13, núm. 3, julio-septiembre, 2013, pp. 287-293 Universidade Federal da Paraíba Paraíba, Brasil
58. Petersen, P. E. Strengthening of oral health systems: oral health through primary health care. *Med Princ Pract.*, v. 23, Suppl. 1, p. 3-9, 2014. Supplement
59. Pereira RGS. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida da gestante. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas Integradas, da Universidade de Cuiabá – UNIC. 2015.
60. Cornejo, C. et al. Oral health status and oral health-related quality of life in pregnant women from socially deprived populations. *Acta Odontol Latino Americana*, v. 26, n. 2, p. 68-74, 2013
61. Lamarca, G. A. et al. The different roles of neighbourhood and individual social capital on oral health-related quality of life during pregnancy and postpartum: a multilevel analysis. *Community Dent Oral Epidemiol.*, v. 42, n. 2, p. 139-50, Apr. 2014.
62. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha Guia da Rede Mãe Paranaense. Paraná: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; 2013.
63. Almeida Júnior AA, et al. Relação Entre a Preferência por Açúcar e a Cárie Dentária em Gestantes do Município de Aracaju – SE. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* João Pessoa. 2005, jan./abr., 5(1):59-64.
64. Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, Heuton KR, et al. Global, regional and national levels and causes of maternal

mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014; 384: 980-1004.

65. Szwarcwald CL, Escalante JJC, Rabello Neto DL, de Souza Junior PRB, Victora CG. Estimaco da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(Supl 1): S71-S83.

66. Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*. 2015; 386(10010): 2287-2323.

67. Brasil. Portaria n. 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011: Institui, no âmbito do Sistema nico de Saúde – SUS -a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

68. Martinelli KG, dos Santos Neto ET, da Gama SGN, Oliveira AE. Adequao do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanizao do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2014; 36(2): 56-64.

69. Huulak MC, Peterlini OLG. Rede Mãe Paranaense - Relato de experiência. *Revista Espaço para a Saúde*. 2014; 15(1): 77-86

70. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produo científica nos últimos 30 anos? *Cad. Saúde Pública*. 2013; 27(4): 623-38.

71. Peixoto CR, Freitas LV, Teles LMR, Campos FC, de Paula PF, Damasceno AKC. O pré-natal na ateno primária: o ponto de partida para reorganizao da assistência obstétrica. *Rev. Enferm. UERJ*. 2011; 19(2): 286-91.

72. Martins MHPA, Ghersel ELA, Ghersel H Identificao dos principais problemas em gestao de risco para nortear aoes preventivas. jan.-mar. 2017;10(1):18-2

73. Avila WS, Timerman L, Romito GA, et al. Periodontal disease in pregnant patients with rheumatic valvular disease: clinical and microbiological study. *Arq Bras Cardiol*. 2011. Apr;96(4):307-11

74. Ebrahim ZF, Oliveira MCQ, Peres MPSM, Franco JB. Tratamento Odontológico em Gestantes. • *Science in Health* • jan-abr 2014; 5(1): 32-44

86. Boing, A.C.; Boing, A. F. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informaçoes em saúde. *Rev Bras Hipertens*, v.14, n.2, p.84-88, 2007.

87. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão /Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*, v.95, n.1, p.1-51, 2010.

75. Hujoel, P. P. et al. Periodontal disease and coronary heart disease risk. JAMA, v.284, n.11, 2000.
76. Holmlund, A.; Holm, G.; Lind, L. Severity of Periodontal Disease and Number of Remaining Teeth Are Related to the Prevalence of Myocardial Infarction and Hypertension in a Study Based on 4,254 Subjects. J Periodontol, v.77, n.7, 2006.
77. Desvarieux, M. et al. Periodontal Bacteria And Hypertension: The Oral Infections and Vascular Disease Epidemiology Study (INVEST). J Hypertens, v.28, n.7, p.1413–1421, 2010.
78. Tsakos G, Sheiham A, Iliffe S, Kharicha K, Harari D, Swift CG, et al. The impact of educational level on oral health-related quality of life in older people in London. Eur J Oral Sci. 2009;117(3):286-92
79. Nesse, W. et al. Increased Prevalence of Cardiovascular and Autoimmune Diseases in Periodontitis Patients: A Cross-Sectional Study. J Periodontol, v.81, n.11, 2010
80. Iwashima, Y. et al. Additive Interaction of Oral Health Disorders on Risk of Hypertension in a Japanese Urban Population: The Suita Study. American J Hypertension, v.27, n.5, 2014.
81. Kagawa, R. et al. Influence of hypertension on pH of saliva in older adults. Oral Diseases, v.19, p.525-529, 2013.
82. Leong, X. F. et al. Association between Hypertension and Periodontitis: Possible Mechanisms. The Scientific World Journal, v.1, n.1, 2014.
83. Castro PHDF. Avaliação do impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de hipertensos. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas. 2015.
84. Lockhart, P. B. et al. Periodontal disease and atherosclerotic vascular disease: does the evidence support an independent association? A scientific statement from the american heart association,” Circulation, v.125, n.20, p. 2520-2544, 2012
85. Timerman L, Andrade J, Romito GA, Piegas LS. Avaliação da condição periodontal entre gestantes saudáveis e cardiopatas: estudo piloto. Periodontia. 2007;17(4):65-9.
86. Pralhad S, Thomas B, Kushtagi P. Periodontal disease and pregnancy hypertension: a clinical correlation. J Periodontol. 2013;84(8):1118-25.
87. Moimaz SAS, Saliba NA, Garbin CAS. Odontologia para a gestante: guia para o profissional da saúde. Araçatuba: Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social – Universidade Estadual Paulista. 2009.
88. Maia F, Rodrigues e Silva A, Magalhães de Carvalho Q. Proposta de um protocolo para o atendimento odontológico do paciente diabético na atenção básica. Revista Espaço para a Saúde, Londrina. 2005;7(1):16-29.

89. Mealey BL, Ocampo GL. Diabetes mellitus and periodontal disease. *Periodontology* 2000. 2007;44:127-53
90. Mealey BL, Rose LF. Diabetes mellitus and inflammatory periodontal diseases. *Compendium* 2008;29(7):403-13.
91. Queiroz APG, Orzechowski PR, Pedrini DL, Santos SSF, Leão MVP. Interrelação entre doença periodontal, diabetes e obesidade. *Braz J Periodontol* 2011; 21(3):16-21
92. Chapper A, Munch A, Schermann C, Piacentini CC, Fasolo MTM. Obesity and periodontal disease in diabetic pregnant women. *Braz Oral Res* 2005;19(2):83-7.
93. Oliveira CAB. Interrelação entre doença periodontal e diabetes mellitus gestacional: revisão de literatura. Artigo apresentado ao Curso de Especialização em Periodontia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. 2015.
94. Xiong X, Elkind-Hirsch KE, Vastardis S, Delarosa RL, Pridjian G, Buekens P. Periodontal disease is associated with gestational diabetes mellitus: a Case-Control Study. *J Periodontol* 2009 Nov;80(11):1742-49.
95. Xie Y, Xiong X, Elkind-Hirsch KE, Pridjian G, Maney P, Delarosa RL, et al. Change of periodontal disease status during and after pregnancy. *J Periodontol* 2013;84(6):725-31.
96. Centers for Disease Control and Prevention (US). How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53017/>.
97. International Association for Dental Research. Policy statements: oral diseases related to tobacco use 2010 [acesso em 2017, Out]. Disponível em: <http://www.aadronline.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3465#TOBACCO>.
98. Lee YC, Marron M, Benhamou S. Active and involuntary tobacco smoking and upper aerodigestive tract cancer risks in a multicenter case-control study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2009;18(12):335361.
99. Davis JM, Ramseier CA, Mattheos N, Schoonheim Klein M, Compton S, Al-Hazmi N, et al. Education of tobacco use prevention and cessation for dental professionals - a paradigm shift. *Int Dental J*. 2010;60(1):60-72
100. Tanaka K, Miyaka Y, Arakawa M, Sasaki S, Ohya Y. Household smoking and dental caries in schoolchildren: the Ryukyus Child Health Study. *BMC Public Health*. 2010;10(335):1-4.
101. Aguirre VC. Tabaquismo durante el embarazo: efectos en la salud respiratoria infantil. *Rev Chil Enferm Respir*. 2007;23(3): 173-8.

102. Slade, G. D.; Spencer, A. J. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Health*, v. 11, n. 1, p. 3-11, 1994.
103. Oliveira, B. H.; Nadanovsky, P. The impact of oral pain on quality of life during pregnancy in low-income Brazilian women. *J Orofac Pain*, v. 20, n. 4, p. 297-305, 2006.
104. Hu LW, Gorenstein C, Fuentes D. Portuguese version of Corah's Dental Anxiety Scale: transcultural adaptation and reliability analysis. *Depress Anxiety* 2007; 24(7):467-471
105. Freeman RE. Dental Anxiety: a multifactorial aetiology. *Brit Dent J* 1985; 159(12):406-408.
106. Greene JC, Vermilion JR. The simplified oral hygiene index. *J Am Dent Assoc.* 1964; 68:7-13.
107. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010 – Projeto Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 24 p.
108. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010 – Manual de calibração de examinadores. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 21 p.
109. Rosell FL. Prevalência de fatores clínicos do risco de cárie em gestantes. [Tese de doutorado?]. Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2001.
110. Tamanaha AK et al. Alterações bucais em gestantes de alto risco. *Arch Health Invest* 2017;6 (Spec Iss 2)
111. Moimaz SAS et al. Prevalência de cárie dentária em gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde em município paulista. *Revista Odontológica de Araçatuba*, v.32, n.1, p. 44-48, Janeiro/Junho, 2011
112. Monteiro CC et al. Tratamento odontológico na gravidez: o que mudou na concepção das gestantes? *Rev Ciência Plural*. 2016; 2(2): 67-83.
113. Ramos TM et al. Condições bucais e hábitos de higiene oral de gestantes de baixo nível sócio-econômico no município de Aracaju / SE. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 2006; 6:229-235.
114. Rocha JS et al. Determinants of Dental Care Attendance during Pregnancy: A Systematic Review. *Caries Res* 2018; 52:139–152.
115. Boggess, Kim A. et al. Oral Hygiene Practices and Dental Service Utilization Among Pregnant Women *The Journal of the American Dental Association* 2010, Volume 141, Issue 5, 553 - 561
116. Payal, et al.: Oral health of pregnant females in central India. *Journal of Education and Health Promotion* | Volume 6 | December 2017

117. Nogueira, L.T., et al., Retardo na procura do tratamento odontológico e percepção da saúde bucal em mulheres grávidas. *Odontologia Clínico-Científica (Online)*, 2012. 11: p. 127-131.
118. de Fátima Vieira, G. and K. Bahia Felicíssimo Zocratto, Percepção das gestantes quanto a sua saúde bucal. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*, 2010. 12(2).
119. Fernandes, R.Á.Q. and N.Z. Narchi, Oral health of low-income pregnant women in a community of a São Paulo municipality: problems perceived and access to treatment. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 2008. 7(2).
120. Lu H-X, Xu W, Wong MCM, Wei T-Y, Feng X-P: Impact of periodontal conditions on the quality of life of pregnant women: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2015; 13: 67–67.
121. MOIMAZ, S. A., et al. Influence of oral health on quality of life of pregnant women. *Acta odontologica latinoamericana : AOL*. [online]. 2016, vol. 29, no. 2, p. 186-193
122. Xiao-Qing LUO et al. Association of Dental Anxiety and Oral Health-related Quality of Life in Pregnant Women: A Cross-sectional Survey. School of Health Science & Nursing, Wuhan Polytechnic University, Wuhan, 400023, China, 2017.
123. Trindade SC, et al. Condição bucal de puérperas atendidas em um hospital público no município de feira de Santana, Bahia, Brasil. *Rev. Saúde Col. UEFS, Feira de Santana*, 7(1): 44-50 (Junho, 2017)
124. SERRANO NM. Alterações clínicas no periodonto durante a gestação. Trabalho de conclusão de curso. Araçatuba –SP, 2010.
125. Trindade SC. et al. Periodontite e baixo peso ao nascer - um estudo piloto no município de Montes Claros/Mg, Brasil. *Rev. Saúde Col. UEFS, Feira de Santana*, 6(2): 43-50 (Dezembro, 2016)
126. Rares et al. Condição Periodontal em Gestantes: Análise do Serviço Público, Serviço Privado e Trimestre Gestacional. *R bras ci Saúde* 20(1):29-36, 201630
127. Cruz SS, Costa MCN, Filho ISG, Vianna MIP, Santos CT. Doença periodontal materna como fator associado ao baixo peso ao nascer. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(5): 782-7
128. 134. Granville-Garcia AF, Leite AF, Smith LEA, Campos RVS, Menezes VA. Conhecimento de gestantes sobre saúde bucal no município de Caruaru-PE. *Revista de Odontologia da Unesp* 2007; 36(3):243-249

APÊNDICE A:
TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está convidada a participar da pesquisa intitulada “**Relação entre as condições clínicas da gestação de alto risco e necessidade de tratamento odontológico em mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde**”, conduzida pela mestrande Milena Correa da Luz e orientada pela Prof. Ana Cláudia Chibinski, integrantes do Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual de Ponta Grossa de Mestrado em Odontologia. Esta tem por objetivo estudar a condição de saúde bucal em gestantes de alto risco, usuária do Sistema Único de Saúde do município.

Para participar, a gestante deverá responder às questões formuladas pelos entrevistadores, as quais são relacionadas com sua saúde bucal além da necessidade de consultar um dentista. Além disso, será realizado um exame clínico bucal para verificar as condições dos seus dentes e gengivas. Estes procedimentos não oferecem nenhum risco.

Enfatizamos que sua participação não é obrigatória. Você poderá **se retirar** da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer penalização. Quando da publicação dos resultados, a identificação dos participantes da pesquisa não será revelada, em hipótese alguma.

Se for identificado algum problema **com sua saúde** bucal, você será direcionada para o atendimento em sua Unidade de Saúde ou no próprio Centro Municipal da Mulher. Se for detectada alguma necessidade de urgência, você será encaminhada para as clínicas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, devendo posteriormente dar continuidade ao tratamento em sua Unidade de Saúde. Resolvida a urgência, o agendamento das consultas subsequentes ficarão sob sua responsabilidade.

Ao assinar o presente Termo você declara, para todos os fins de direito, ciência do objetivo e da metodologia que será adotada para o presente estudo, manifestando seu livre consentimento em participar.

DECLARO, após os devidos esclarecimentos a respeito da pesquisa ora denominada “Relação entre as condições clínicas da gestação de alto risco e necessidade de tratamento odontológico em mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde”, que **concordo** em participar do estudo e **permito** a livre utilização dos dados que fornecerei, com as ressalvas e cautelas já estipuladas.

Nome:

RG:

Pesquisador

Participante

ATENÇÃO: A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com a Comissão de Ética em Pesquisa da UEPG. Endereço – Av. Carlos Cavalcanti, n.4748, Bloco M, Sala 12, CEP- 84030-900 – Ponta Grossa – PR. Fone: (42) 3220-3108. e-mail: seccoep@uepg.br.

Contato pesquisador: **Milena Correa da Luz**

Endereço: Rua Fioravante Foggiato, 120. Jardim Carvalho, Ponta Grossa-PR/BR

Telefone: (42)9961-5146

E-mail: mi.c.luz@hotmail.com

APÊNDICE B:
QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS

Data: ____/____/____
 Horário: a) início da entrevista: _____ b) Final da entrevista: _____
 Unidade de Saúde _____
 Bairro: _____
 Entrevistador: _____

INSTRUMENTO 1. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS

Nome: _____

Idade: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Estado Civil: Casada () União estável () Solteira () Divorciada () Viúva ()

Das opções a seguir, qual você considera sua cor/raça?

() branca () preta () parda () amarela () indígena ()

outra _____

Profissão: _____ Renda Pessoal: ()

Menos de um salário mínimo () um a dois salários mínimos () dois a três salários mínimos () três a quatro salários mínimos () mais de quatro salários mínimos

Renda mensal da casa: () Menos de um salário mínimo () um a dois salários mínimos () dois a três salários mínimos () três a quatro salários mínimos () mais de quatro salários mínimos

Número de pessoas com trabalho remunerado: _____

Número de filhos: _____ Idade dos

filhos: _____

Período da Gravidez: _____

Risco gestacional segundo a Linha Guia: hipertensão () cardiopatias () pneumopatias () nefropatias () dependência de drogas lícitas e ilícitas () endocrinopatias () hemopatias () epilepsia () doenças infecciosas () doenças autoimunes () ginecopatias () neoplasias () obesidade mórbida () cirurgia bariátrica () psicose e depressão grave () doenças infectocontagiosas vividas durante a gestação () doença hipertensiva específica da gestação () doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez durante a gestação () retardo do crescimento intrauterino () trabalho de parto prematuro () placenta prévia () amniorrexe prematura () sangramento de origem uterina () isoimunização RhD () mal formação fetal confirmada () macrosomia do concepto com patologias () Outro () Não especificado ()

1) Qual a sua escolaridade?	(1) Analfabeto (2) Ensino fundamental incompleto (3) Ensino fundamental completo (4) Ensino médio incompleto (5) Ensino médio completo (6) Superior completo
Quem você considera o chefe do seu domicílio? _____ Qual a escolaridade dele (a)?	(1) Analfabeto (2) Ensino fundamental incompleto (3) Ensino fundamental completo (4) Ensino médio incompleto (5) Ensino médio completo (6) Superior completo

2) Quantas pessoas moram em sua casa? _____ pessoas	3) Quantas peças usam para dormir? _____ (anote o nº)
4) O domicílio é:	(1) próprio (com documentação) (2) em aquisição (3) alugado (4) cedido (5) área de invasão
5) Outras características do domicílio:	(1) rede de água de abastecimento (2) rede de esgoto (3) fossa séptica (4) esgoto a céu aberto (5) coleta de lixo (6) lixo a céu aberto
6) Entrevistador: Anote o tipo de casa:	(1) Tijolo (2) Madeira pré-fabricada (3) Tijolo/Madeira (4) Madeira (5) Papelão/Lata (6) Outros _____ (especifique)
7) Na sua casa tem:(para os Eletrodomésticos: anote somente se estiver funcionando, sempre anotando o número de itens)	() TV em cores () Rádio () Geladeira () Carro () Máquina de lavar roupa () Video cassete/ DVD () Banheiro () Freezer (independente da geladeira) () Empregada mensalista

INSTRUMENTO 2 - USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

8. Qual foi sua última consulta ao dentista?	(1) Menos de 1 ano (2) 1 a 2 anos (3) 3 ou mais anos – Quantos anos? _____ (4) Nunca foi ao dentista (9) Não sei / Não me lembro
9. Consultou o dentista durante a gestação?	(1) Sim (2) Não (3) não sei/não lembro Quantas consultas? _____
10. Motivo da consulta:	(1) Revisão, prevenção, checkup, rotina (2) Dor (3) Extração (4) Tratamento (5) Outros _____ (9) Não sabe
11. Onde ocorreu o atendimento odontológico?	(1) posto ou centro de saúde fora do bairro (2) US do bairro (3) ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato (4) pronto atendimento (5) consultório particular (6) dentista do plano de saúde (7) universidade (8) outro _____
12. Seu problema foi solucionado?	(1) SIM (2) NÃO
13. Quem lhe encaminhou para consulta odontológica?	(1) Médico (2) Enfermeiro (3) Foi por conta própria
14. Você está com algum problema bucal atualmente?	(1) Sim Qual? _____ (2) Não
15. Você acha que necessita de tratamento odontológico atualmente?	(1) Sim (2) Não

APÊNDICE C:
FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA

FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Idade: _____

Data: ____/____/____ Unidade de Saúde: _____ Bairro: _____

Entrevistador: _____ Período da Gravidez: _____

Consultas odontológicas pela carteirinha ()

Durante a 1ª consulta do pré-natal a enfermeira marcou a consulta odontológica () sim () não marcou e não orientou () não marcou mas orientou marcar

Risco gestacional segundo a Linha Guia: ()

1. Hipertensão
2. Cardiopatias
3. Pneumopatias
4. Nefropatias
5. Dependência de drogas lícitas e ilícitas
6. Endocrinopatias
7. Hemopatias
8. Epilepsia
9. Doenças infecciosas
10. Doenças autoimunes
11. Ginecopatias
12. Neoplasias
13. Obesidade mórbida
14. Cirurgia bariátrica
15. Psicose e depressão grave
16. Doenças infectocontagiosas vividas durante a gestação
17. Doença hipertensiva específica da gestação
18. Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez durante a gestação
19. Retardo do crescimento intrauterino
20. Trabalho de parto prematuro
21. Placenta prévia
22. Amniorrexe prematura
23. Sangramento de origem uterina
24. Isoimunização RhD
25. Mal formação fetal confirmada
26. Macrosomia do concepto com patologias
27. Gemelar
28. Outro
29. Não especificado

1. Índice de higiene Oral Simplificado (OHI-S):

Códigos:

16 (V)	12 (V)	26 (V)
46 (L)	31 (V)	36 (L)

Data: __/__/__ Média: ____

1. Índice Periodontal Comunitário (CPI)

0 = Hígido**1 = Sangramento****2 = Cálculo****3 = Bolsa de 4-5 mm**

(faixa preta da sonda parcialmente visível)

4 = Bolsa de 6 mm ou mais

(faixa preta da sonda não visível)

X = Sextante excluído**9 = Sem registro****TN:**

17/16 11 26/27

47/46 31 36/37

2. Condição dental e necessidade de tratamento

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
Coroa														
Raiz														
Tratamento														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

Coroa														
Raiz														
Tratamento														

Coroa	Raiz	CONDIÇÃO	TRATAMENTO
0	0	Sadio	0 = Nenhum
1	1	Cariado	P = Cuidado preventivo/cariostático
2	2	Restaurado com cárie	1 = Restauração 1 face
3	3	Restaurado sem cárie	2 = Restauração 2 ou mais faces
4	--	Perdido por cárie	3 = Coroa por qualquer motivo
5	--	Perdido por outras razões	4 = Faceta laminada
6	--	Selante	5 = Tratamento pulpar e restauração
7	7	Apoio de ponte, coroa ou faceta/implante	6 = Extração
8	8	Dente não erupcionado (coroa)/raiz não exposta	7 = Outros cuidados
T	--	Trauma (fratura)	9 = Sem registro
9	9	Sem registro	

3. Uso e necessidade de prótese

USO DE PRÓTESE Sup Inf (162) <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr></table> (163) 0 = Sem prótese 1 = Prótese fixa 2 = Mais de uma prótese fixa 3 = Prótese parcial removível 4 = Prótese fixa e removível 5 = Prótese total 9 = Sem registro			NECESSIDADE DE PRÓTESE Sup Inf (164) <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr></table> (165) 0 = Sem necessidade de prótese 1 = Prótese fixa unitária 2 = Prótese fixa ou removível unitária e/ou múltipla 3 = Combinação de prótese fixa e/ou removível unitária e/ou múltipla 4 = Prótese total 9 = Sem registro		

APÊNDICE D:
ORAL HEALTH IMPACT PROFILE

ORAL HEALTH IMPACT PROFILE (OHIP -14)

Agora serão feitas perguntas sobre como a saúde de sua boca e dentes afetam o seu dia-a-dia. Responda cada uma das questões de acordo com a frequência com que elas interferem na sua vida. Para cada questão só deve ser dada uma única resposta. Não se preocupe, pois nenhuma resposta é mais certa do que a outra. Responda aquilo que você realmente pensa.

Nos últimos seis meses, por causa de problema com seus dentes, sua boca ou prótese:

Questão	
50.Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com sua boca ou dentes? (1) Nunca (2)Quase nunca (3) As vezes (4)Repetidamente (5) Sempre	OHIP-14 1
51.Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua boca ou dentes? (1) Nunca (2)Quase nunca (3) As vezes (4)Repetidamente (5) Sempre	OHIP-14 2
52.Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes? (1) Nunca (2)Quase nunca (3) As vezes (4)Repetidamente (5) Sempre	OHIP-14 3
53.Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca ou dentes? (1) Nunca (2)Quase nunca (3) As vezes (4)Repetidamente (5) Sempre	OHIP-14 4
54.Você ficou preocupado por causa de problemas com sua boca ou dentes? (1) Nunca (2)Quase nunca (3) As vezes (4)Repetidamente (5) Sempre 9) Não sei/não lembro	OHIP-14 5
55.Você se sentiu estressado por causa de problemas com sua boca ou dentes? (1) Nunca (2)Quase nunca (3) As vezes (4)Repetidamente (5) Sempre (9) Não sei/não lembro	OHIP-14 6
56.Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com sua boca ou dentes? (1) Nunca (2)Quase nunca (3) As vezes (4)Repetidamente (5) Sempre (9) Não sei/não lembro	OHIP-14 7
57.Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua boca ou dentes? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) As vezes (4)Repetidamente (5) Sempre	OHIP-14 8
58.Você encontrou dificuldade para relaxar por causa de problemas com sua boca ou dentes? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) As vezes (4) Repetidamente (5) Sempre (9) Não sei/não lembro	OHIP-14 9
59.Você sentiu-se envergonhado por causa de problemas com sua boca ou dentes? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) As vezes (4) Repetidamente (5) Sempre (9) Não sei/não lembro	OHIP-14 10
60.Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas com sua boca ou dentes?	OHIP-14 11

(1) Nunca (2) Quase nunca (3) As vezes (4) Repetidamente (5) Sempre (9) Não sei/não lembro	
61.Você teve dificuldades em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou dentes? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) As vezes (4) Repetidamente (5) Sempre (9) Não sei/não lembro	OHIP-14 12
62.Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior por causa de problemas com sua boca ou dentes? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) As vezes (4) Repetidamente (5) Sempre (9) Não sei/não lembro	OHIP-14 13
63.Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou dentes? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) As vezes (4) Repetidamente (5) Sempre (9) Não sei/não lembro	OHIP-14 14

APÊNDICE E:
DENTAL ANXIETY SCALE

DENTAL ANXIETY SCALE

1. Se você tivesse que ir ao dentista amanhã, como você se sentiria? (1) "Estaria esperando uma experiência razoavelmente agradável" (2) "Não me importaria" (3) "Me sentiria ligeiramente desconfortável" (4) "Acho que me sentiria desconfortável e teria dor" (5) "Estaria com muito medo do que o dentista poderia fazer comigo"	DAS1
2.Quando você está esperando na sala de esperado dentista, como você se sente? (1) "Relaxada" (2) "Meio desconfortável" (3) "Tensa" (4) "Ansiosa" (5) "Tão ansiosa que começo a suar e a me sentir mal"	DAS2
3.Quando você está na cadeira odontológica esperando o dentista preparar o motor para trabalhar em seus dentes, como você se sente? (1) "Relaxada" (2) "Meio desconfortável" (3) "Tensa" (4) "Ansiosa" (5) "Tão ansiosa que começo a suar e a me sentir mal"	DAS3
4.Você está na cadeira odontológica. Enquanto aguarda o dentista os instrumentos para raspar os seus dentes(perto da gengiva) como você se sente? (1) "Relaxada" (2) "Meio desconfortável" (3) "Tensa" (4) "Ansiosa" (5) "Tão ansiosa que começo a suar e a me sentir mal"	DAS4

ANEXO 1:
PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Relação entre as condições clínicas da gestação de alto risco e necessidade de tratamento odontológico em mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde

Pesquisador: Márcia Helena Baldani Pinto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63167516.0.0000.0105

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.988.018

Apresentação do Projeto:

A gestação é um período delicado que promove muitas mudanças, tanto fisiológicas quanto comportamentais na vida da mulher, e por decorrência disto é esperado um aumento no risco ou agravamento de doenças bucais. Estudos recentes têm evidenciado que as infecções periodontais podem, além de promover alterações bucais, também influenciar para a ocorrência de alterações sistêmicas, ou mesmo favorecer partos prematuros. Mulheres que apresentam certos problemas de saúde durante a gestação, consideradas de alto risco gestacional, poderiam estar mais predispostas ao risco de apresentarem problemas bucais. Essa pesquisa, de caráter observacional transversal, tem por objetivo identificar a relação entre as condições clínicas da gestação de alto risco e a necessidade de tratamento odontológico em mulheres atendidas na Rede de Atenção Materno Infantil de Ponta Grossa-PR. Questionários pré-testados e validados serão aplicados à uma amostra de gestantes atendidas no centro de referência do SUS para gestação de alto risco (Centro Municipal da Mulher), com o objetivo de identificar características sociodemográficas, percepção da saúde bucal e ansiedade frente ao tratamento odontológico. Exames bucais serão realizados por um examinador calibrado, visando a obtenção de dados sobre a condição de saúde bucal (cárie).

Codificação: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748, UEPG, Campus Uvaíras, Bloco M, Sala 100.

Cidade: Uvaíras **CEP:** 84.030-900

UF: PR **Município:** PONTA GROSSA

Telefone: (42)3220-3108

E-mail: cep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 1.058/2018

doença periodontal, presença de biofilme e erosão dental) e necessidade de tratamento. Os dados serão tabulados e submetidos a análises descritivas e de associação bivariada. Serão utilizados o teste qui-quadrado bem como estatísticas paramétricas ou não paramétricas considerando-se o nível de significância estatística de 5%. As análises multivariadas serão realizadas a partir de regressão de Poisson, com cálculo de razão de prevalência e intervalo de confiança de 95%. Serão utilizados os softwares SPSS for Windows, versão 18.0 e Stata versão 11.0.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar a relação entre as condições clínicas da gestação de alto risco e necessidade de tratamento odontológico em mulheres atendidas na Rede de Atenção Materno Infantil de Ponta Grossa e cadastradas na Estratégia Saúde da Família.

Objetivo Secundário:

- Realizar diagnóstico situacional sobre as condições bucais e necessidades de tratamento odontológico entre gestantes de alto risco atendidas no Sistema Único de Saúde.
- Descrever as características demográficas, socioeconômicas e psicossociais das gestantes.
- Investigar se há associação entre a condição de saúde bucal e o fator responsável pela classificação de alto risco gestacional da gestante, controlando por variáveis sócio demográficas e psicossociais

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos para os sujeitos da pesquisa ou para os pesquisadores. As gestantes receberão orientações sobre cuidados com sua saúde bucal e redirecionadas para atendimentos caso haja necessidade. Deverá ser mantido o sigilo dos participantes.

Benefícios:

Espera-se contribuir com dados que auxiliem na avaliação e planejamento de intervenções na rede de atenção materno-infantil do município, em busca da implementação de estratégias de saúde que incentivem a utilização de serviços odontológicos durante a gestação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia proposta está condizente com os objetivos propostos. A equipe de trabalho mostra

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748, UEPG, Campus Uvaíras, Bloco M, Sala 100.
Cidade: Uvaíras **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 **E-mail:** ccep@uepg.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG**



Continuação do Parecer: 1.988.018

experiência na área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentam todos os Termos obrigatórios da maneira correta

Recomendações:

Atentar para os prazos de relatórios parciais e finais para não gerar pendências

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atentar para os prazos de relatórios parciais e finais para não gerar pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PIB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_798572.pdf	07/03/2017 19:19:25		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/03/2017 19:19:02	Márcia Helena Baldani Pinto	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	19/12/2016 17:23:12	Márcia Helena Baldani Pinto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROTOCOLO.pdf	06/12/2016 23:04:24	Márcia Helena Baldani Pinto	Aceito
Outros	Formularios.pdf	06/12/2016 22:53:15	Márcia Helena Baldani Pinto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AceiteSMS.pdf	06/12/2016 22:52:27	Márcia Helena Baldani Pinto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748, UEPG, Campus Ubatubas, Bloco M, Sala 100.
Cidade: Ubatubas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (41)3220-3100 **E-mail:** conep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 1.858/2016

PONTA GROSSA, 29 de Março de 2017

Assinado por:
ULISSES COELHO
(Coordenador)

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748, UEPG, Campus Uvaíras, Bloco M, Sala 100.
Cidade: Uvaíras **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3100 **E-mail:** coep@uepg.br

ANEXO 2:
TERMO DE AUTORIZAÇÃO CONCEDIDO PELA PREFEITURA



CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, ANGELA CONCEIÇÃO OLIVEIRA POMPEU, responsável pela Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa, autorizo a realização do Projeto "RELAÇÃO ENTRE AS CONDIÇÕES CLÍNICAS DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO E NECESSIDADE DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM MULHERES ATENDIDAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA - PR", da pesquisadora responsável Profª Drª Márcia Helena Baldani Pinto.

Ressalto que qualquer publicação oriunda desta pesquisa, deverá conter o nome e o logotipo desta Instituição.

Ponta Grossa, 06 de Outubro de 2016.


ANGELA CONCEIÇÃO OLIVEIRA POMPEU
Secretária Municipal de Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ 09.277.224/0001-10
Av. Visconde de Taunay, 950 - 2ª Subsolo
CEP 84051-000 - Ponta Grossa - PR



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

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Relação entre as condições clínicas de gestação de alto risco e necessidade de tratamento odontológico em mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 200			
3. Área Temática:			
4. Área do Contracampo: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Márcia Helena Baldani Pinto			
6. CPF: 631.102.538-68		7. Endereço (Rua, n.º): OCCUPOR MANOEL ANTONIO BRAGA RAMOS ESTRELA PONTA GROSSA PARANA 84050080	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (41) 3225-2620	10. Outro Telefone:	11. E-mail: mbaldani@uepg.br
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que esta folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: ____ / ____ / ____		Assinatura: _____	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade Estadual de Ponta Grossa		13. CNPJ: 80.257.355/0001-08	14. Unidade/Órgão:
15. Telefone: (41) 3225-0108		16. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>DENISE S WAMBIER</u>		em: <u>431 170 509 44</u>	
Cargo/Função: <u>COORDENADORA</u>			
Data: <u>06 / 12 / 2016</u>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			