



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MARLA SMILLE PEDROSA CRUZ RIBEIRO

**LESÕES BUCAIS EM GESTANTES E SUA RELAÇÃO COM ASPECTOS
BIOSOCIAIS NO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA - BA**

FEIRA DE SANTANA – BA
2007



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MARLA SMILLE PEDROSA CRUZ RIBEIRO

**LESÕES BUCAIS EM GESTANTES E SUA RELAÇÃO COM ASPECTOS
BIOSSOCIAIS NO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA - BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva como exigência para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Márcio Campos Oliveira

FEIRA DE SANTANA – BA
2007

Ficha Catalográfica

Ribeiro, Marla Smille Pedrosa Cruz

R371 Lesões bucais em gestantes e sua relação com os aspectos biossociais no município de Feira de Santana-Ba / Marla Smille Pedrosa Cruz Ribeiro. – Feira de Santana, 2008.

97 f.

Orientador: Márcio Campos Oliveira.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, 2008.

1. Gestantes . 2. Aspectos socioeconômicos. 3. Granuloma piogênico. 4. Gengivite. I. Oliveira, Márcio Campos.

MARLA SMILLE PEDROSA CRUZ RIBEIRO

**LESÕES BUCAIS EM GESTANTES E RELAÇÃO COM ASPECTOS BISSOCIAIS
NO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA - BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, como exigência para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

Feira de Santana, ____ / ____ / ____

Prof. Dr. Márcio Campos Oliveira
(Universidade Estadual de Feira de Santana)

Profa. Dra. Maria Beatriz Barreto de Souza Cabral
(Universidade Federal da Bahia)

Profa. Dra. Viviane Almeida Sarmiento
(Universidade Estadual de Feira de Santana)

Dedico este trabalho

Aos meus pais, Pedro e Tereza,

Por terem me dado a vida e me guiado nos meus primeiros passos e pelo amor e confiança a mim dedicados

Ao meu marido, Mateus, *pelos momentos de apoio e solidariedade, entendendo minhas ausências e acreditando em nós.*

Aos meus irmãos, Idy e Peu, *pontos de apoio na jornada da vida.*

Amo todos vocês

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo Dom da vida, pela presença constante, sempre guiando os meus passos e pela realização deste sonho.

Ao Prof. Dr. Márcio Campos, meu querido orientador pela confiança e por ter me aceitado de braços abertos nesta jornada e creditado em mim.

À Prof^a. Dra. Viviane Sarmiento, por ter me ajudado nos meus primeiros passos nesta jornada.

Aos meus amigos Lyz, Carla, Deisy, Analy, Cristina, Andréia, Rogério e Gilmar pelos momentos de cumplicidade e pela força.

À Secretaria de Saúde do município de Feira de Santana por ter permitido a realização desta pesquisa nas unidades do Programa Saúde da Família deste município.

Aos funcionários das unidades do PSF deste município pela colaboração e pela receptividade.

A todos os docentes do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, pelos conhecimentos e experiências passados nesta etapa tão importante.

Ao Prof. Nelson Oliveira pelas consultorias proporcionadas no decorrer da análise estatística.

Aos professores e funcionários da disciplina OPSIV pelo apoio e carinho.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia- FAPESB pelo apoio financeiro dado ao nosso Projeto de Mestrado e pela bolsa pesquisa de Mestrado.

Enfim, a todos aqueles que possibilitaram direta ou indiretamente a realização desta pesquisa.

O tempo

“A vida é o dever que nós trouxemos para fazer em casa.

Quando se vê, já são seis horas!

Quando se vê, já é sexta-feira!

Quando se vê, já é natal...

Quando se vê, já terminou o ano...

Quando se vê perdemos o amor da nossa vida.

Quando se vê passaram 50 anos!

Agora é tarde demais para ser reprovado...

Se me fosse dado um dia, outra oportunidade, eu nem olhava o relógio.

Seguiria sempre em frente e iria jogando pelo caminho a casca dourada e inútil das horas...

Seguraria o amor que está a minha frente e diria que eu o amo...

E tem mais: não deixe de fazer algo de que gosta devido à falta de tempo.

Não deixe de ter pessoas ao seu lado por puro medo de ser feliz.

A única falta que terá será a desse tempo que, infelizmente, nunca mais voltará.”

Mário Quintana

RESUMO

Durante a gravidez ocorrem, no organismo da mulher, alterações fisiológicas em consequência dos níveis elevados de hormônios sexuais, necessárias para a manutenção da gestação. Alterações locais também ocorrem neste período, incluindo a boca. O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de lesões bucais em gestantes atendidas nas Unidades do Programa de Saúde da Família no município de Feira de Santana – BA e estudar a sua relação com os aspectos biossociais na amostra estudada. Foi realizado um estudo descritivo durante o período de março a julho de 2007 onde se aplicou um formulário e se realizou exame clínico bucal em uma amostra de 204 gestantes. Após o procedimento de coleta de dados, procedeu-se a análise estatística, onde foi realizada a análise descritiva das variáveis de interesse, a estratificada e por fim, regressão logística. Os resultados mostraram que as gestantes que participaram da pesquisa tinham uma faixa etária que variava de 14 a 39 anos, a maioria era parda (65,7%), tinha uma renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos, e relatou ser dona-de-casa. Quanto à presença de lesão, 38,2% delas apresentaram algum tipo de lesão em boca, sendo que a gengivite foi a lesão mais encontrada, com 30,4% dos casos. Pôde-se concluir que mulheres que se encontram no 1º e 2º trimestres gestacionais têm uma menor prevalência de lesão bucal do que aquelas que se encontram no 3º trimestre gestacional.

Palavras-chaves: gestantes, fatores socioeconômicos, granuloma piogênico, gengivite.

ABSTRACT

During pregnancy occur in the woman organism, physiological changes as a result of high levels of sex hormones necessary to maintenance of pregnancy. Local changes also occurred during this period, including in the mouth. The objective of this study was to evaluate the relationship between lesions in the oral mucosa of pregnant who frequent the Family Health Program in the municipality of Feira de Santana - BA and the biological and social aspects as well as the prevalence of such lesions in the sample studied. It was done a descriptive study was done where it was applied a form and an oral clinical examination was done in the sample of 204 pregnant. After the procedure of collecting data, it was done a descriptive analysis of the interest variables, and finally stratified analysis and logistic regression. The results showed that pregnant who participated in the survey had an age group that ranged from 14 to 39 years, the majority was dun, had a family income between 1 and 3 minimum wages, and reported to be housewife. 38.2% of them had some kind of lesion in mouth, and the injury that was more detected was gingivitis with 30.4% of the cases. We could conclude that pregnant who were in first 2 quarters have a lower prevalence of oral lesions than those who are in the 3 rd quarter.

Key-words: pregnant women, socioeconomic factors, granuloma pyogenic, gingivitis

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Distribuição das características sociodemográficas das gestantes atendidas no PSF, Feira de Santana, 2007.....	52
TABELA 2- Distribuição das características relacionadas ao estilo de vida das gestantes atendidas no PSF, Feira de Santana 2007.....	53
TABELA 3- Distribuição das gestantes atendidas no PSF, segundo tempo de abandono do fumo, Feira de Santana 2007.....	54
TABELA 4- Distribuição das características relacionadas à hábitos das gestantes atendidas no PSF, Feira de Santana, 2007	55
TABELA 5- Distribuição das gestantes atendidas no PSF, segundo presença de lesão bucal, Feira de Santana, 2007.....	55
TABELA 6- Distribuição das gestantes atendidas no PSF, segundo tipo de lesão bucal, Feira de Santana, 2007.....	56
TABELA 7- Distribuição dos valores relacionado a análise bivariada das relações entre presença ou ausência de lesão bucal e as demais variáveis.....	57
TABELA 8- Análise estratificada da associação entre trimestre gestacional e presença ou ausência de lesão bucal em gestantes atendida no PSF, Feira de Santana, 2007.	60
TABELA 9. Teste de homogeneidade de Breslow-Day para verificação de interação das co-variáveis estudadas.	61
TABELA 10. Associação entre trimestre gestacional e presença ou ausência de lesões bucais em gestantes atendidas no PSF, segundo potenciais co-variáveis de confundimento, Feira de Santana, 2007.	61
TABELA 11- Estimativas de modelo inicial para possíveis modificadores de efeito..	63

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- Divisão dos subdistritos de Feira de Santana - BA, segundo o IBGE (2000).....	43
FIGURA 2- Modelo de Predição.....	48

LISTA DE SIGLAS

ACD	Atendente de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitária de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ESF	Equipe de Saúde da Família
FSH	Hormônio Folículo Estimulante
hCG	Gonadotrofina Coriônica humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LH	Hormônio Luteinizante
OPS IV	Odontologia Preventiva e Social IV
OR	Odds Ratio
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PSF	Programa Saúde da Família
SPSS	Statistical Package for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1 MUDANÇAS SISTÊMICAS NA GRAVIDEZ.....	20
2.1.1 Sistema endócrino.....	20
2.1.2 Sistema sanguíneo.....	21
2.1.3 Sistema cardiovascular.....	22
2.1.4 Sistema urinário.....	23
2.1.5 Sistema respiratório.....	23
2.1.6 Metabolismo.....	24
2.1.7 Outras alterações.....	25
2.2 ALTERAÇÕES BUCAIS DURANTE A GESTAÇÃO.....	25
2.3 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	31
2.4 ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE.....	34
3 OBJETIVOS.....	40
3.1 OBJETIVO GERAL.....	40
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	40
4 METODOLOGIA.....	42
4.1 DESENHO DE ESTUDO.....	42
4.2 CAMPO DE ESTUDO.....	43
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	43
4.3.1 População.....	43
4.3.2 Tamanho da Amostra.....	43
4.3.3 Obtenção da Amostra.....	44
4.3.4 Critérios de Inclusão.....	45
4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	45
4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	46
4.6 HIPÓTESE DO ESTUDO.....	47
4.7 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	48

4.8 AVANÇOS E LIMITES DO ESTUDO	49
4.9 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	50
5 RESULTADOS	53
5.1 ANÁLISE DESCRITIVA	53
5.1.1 Características sociodemográficas.....	53
5.1.2 Características relacionadas ao estilo de vida	55
5.1.3 Características relacionadas à hábitos.....	56
5.1.4 Achados clínicos	56
5.1.5 Análise bivariada	57
5.2 ANÁLISE ESTRATIFICADA.....	59
5.3 REGRESSÃO LOGÍSTICA	62
6 DISCUSSÃO	65
7 CONCLUSÃO.....	76
REFERÊNCIAS.....	78
APÊNDICE	84
APÊNDICE A – FORMULÁRIO.....	87
APÊNDICE B – FICHA CLÍNICA.....	89
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	93
ANEXO	93
ANEXO A - APROVAÇÃO PELO RESPONSÁVEL PELAS UNIDADES DE SAÚDE	94
ANEXO B - APROVAÇÃO DO PROJETO PELO CEP- UEFS.....	96

Introdução

1 INTRODUÇÃO

De todos os ciclos da vida, a gravidez é um dos mais críticos e tem uma grande importância social e de saúde para os indivíduos, para as famílias e para a sociedade. O destaque que a gravidez apresenta, em relação aos outros períodos da vida, reside no fato de que em nenhuma outra ocasião uma vida depende tanto da saúde e do bem-estar de outra. Durante o período gestacional, a mãe e a criança têm um íntimo e inseparável relacionamento. A saúde física e mental da mãe, antes e durante a gestação, têm um profundo efeito no estado de saúde de seu filho no útero e no nascimento (MENINO; BIJELLA, 1995).

“As adaptações fisiológicas maternas são atribuídas aos hormônios da gestação e às pressões mecânicas provocadas pelo aumento do útero e de outros tecidos. Essas adaptações protegem o funcionamento biológico normal da mulher, preenchem demandas metabólicas que a gestação impõe ao seu organismo e proporcionam um ambiente nutritivo para o desenvolvimento e crescimento fetais. Embora a gestação seja um fenômeno normal, podem ocorrer problemas” (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, p.201, 2002).

As principais mudanças sistêmicas ocorrem nos aparelhos cardiovascular, hematológico, respiratório, renal, gastrointestinal, endócrino e geniturinário. Mudanças físicas locais ocorrem em diferentes partes do corpo, incluindo a boca (SURESH; RADFAR, 2004).

Durante esta fase, por exemplo, a secreção de hormônios como o estrogênio aumenta trinta vezes mais que o normal e a progesterona dez vezes, em comparação ao que ocorre no ciclo sexual normal da mulher (RODRÍGUEZ; LÓPEZ, 2003; SURESH; RADFAR, 2004).

No primeiro trimestre, normalmente a gestante apresenta fadiga, náuseas e vômitos. Durante o segundo trimestre, há um aumento significativo da parte inferior do abdômen para dar espaço para o feto que está em crescimento, as glândulas mamárias aumentam também de volume para se preparar para a amamentação. O

terceiro trimestre é caracterizado pelo ganho de estatura e peso por parte do feto (ZÁRATE; CASTELLANOS; GUZMÁN, 2005).

Assim, deve-se analisar a gestação como uma prova de aptidão física para o organismo feminino, visto que a maioria de seus sistemas e aparelhos apresenta um aumento de suas atividades (CARRARA; DUARTE, 1996).

As principais alterações bucais atribuídas às gestantes são aquelas relacionadas ao aumento da vascularização da gengiva e a resposta exagerada aos fatores locais pelos tecidos moles do periodonto (SONIS et al, 1996).

A influência hormonal atua exacerbando a resposta inflamatória intensa com um aumento da permeabilidade vascular que favorece a infiltração de líquidos nos tecidos perivasculares (RODRÍGUEZ; LÓPEZ, 2003). Tais mudanças determinam o aparecimento freqüente da chamada gengivite gravídica, que se caracteriza por um aumento gengival, de cor avermelhada e que sangra com facilidade (ROCHA; ARAÚJO, 2006).

Outra manifestação bucal comum decorrente das condições hormonais apresentadas pela gestante é o chamado tumor gravídico ou granuloma piogênico, este representa uma resposta inflamatória frente à placa bacteriana, modificada pela condição da paciente; geralmente aparece depois do terceiro mês de gravidez como uma massa achatada que se projeta do espaço interproximal ou da margem gengival, tem coloração vermelho-escuro, superfície brilhante e lisa com numerosos pontos vermelhos bem nítidos (ROCHA; ARAÚJO, 2006).

É sabido que, para que ocorra alguma alteração gengival é importante a presença da placa bacteriana na mucosa gengival. Assim, fatores como condição socioeconômica, renda, freqüência da alimentação, condição de higiene bucal, dentre outros, podem influenciar na ocorrência destas alterações.

As estratégias assistenciais e educativas com o intuito de conservar a saúde bucal têm sido parte das políticas públicas de saúde, e o grupo de gestantes tem sido uma população que merece atenção especial, porém devido a crenças e práticas que condenam o tratamento odontológico durante a gestação, causado por temores que existem a sua volta, a demanda deste grupo a serviços odontológicos tem sido baixa (ROMERO et al, 2001).

O conhecimento de quais lesões se desenvolvem na boca da gestante, que derivam da gravidez ou das circunstâncias que circundam este estado fisiológico em particular e quais os principais fatores de risco para o seu surgimento, poderia contribuir para o diagnóstico precoce de tais lesões e seu pronto tratamento, e até mesmo permitiria a adoção de ações preventivas. Desta forma, as autoridades sanitárias e os cirurgiões-dentistas poderiam calcular os recursos e insumos necessários para atender a demanda de serviços. E, sobretudo, tal conhecimento permitiria que essas mulheres, devidamente assistidas, tivessem uma gravidez sem problemas e que ao final deste período pudessem dar à luz a um bebê saudável.

Assim, é necessária a realização de um estudo epidemiológico que investigue quais são as lesões bucais mais frequentes durante a gestação e quais são os potenciais fatores de risco, além das mudanças hormonais, que influenciam sua ocorrência. Dessa forma, este estudo tem como objetivo avaliar as alterações mais prevalentes nos tecidos bucais de gestantes e sua relação com fatores biossociais.

*Revisão de
literatura*

2 REVISÃO DE LITERATURA

Na tentativa de melhor discutir a presença de lesões bucais em gestantes, a revisão de literatura será apresentada em quatro tópicos. O primeiro apresentará as mudanças sistêmicas que ocorrem na gestante. O segundo tópico abordará as modificações bucais ocorridas na gestante. No terceiro tópico, serão relatados os estudos que apontam a prevalência das lesões bucais encontradas em gestantes. Por fim, no quarto tópico, serão apresentados aspectos comportamentais e o acesso de gestantes a serviços de saúde.

2.1 MUDANÇAS SISTÊMICAS NA GRAVIDEZ

A gravidez começa quando o espermatozóide de um homem fecunda o óvulo de uma mulher e este óvulo se implanta na parede do útero. Durante este período, até o parto, ocorre uma série de acontecimentos totalmente novos que definem a gestação (RODRÍGUEZ; LÓPEZ, 2003).

A gestação representa um processo biológico natural, portanto representa um estado fisiológico normal e que, como outras alterações que ocorrem no organismo, tais como a puberdade e a menopausa, faz com que o organismo responda diferente durante este período ante algumas situações. Assim, ocorrem no organismo da mulher alterações fisiológicas, tanto funcionais quanto anatômicas, sistêmicas e locais, em consequência das modificações hormonais que acontecem neste período e que representam a adaptação de seu organismo à gestação (TIRELLI, 2004; ZÁRATE; CASTELLANOS; GUZMÁN, 2005).

Deve-se analisar a gestação como uma prova de aptidão física para o organismo feminino, visto que a maioria de seus sistemas e aparelhos apresenta um aumento de suas atividades (CARRARA; DUARTE, 1996).

2.1.1 Sistema endócrino

No período gestacional, o sistema endócrino encontra-se com todas as suas reservas em funcionamento. Nesse momento destacam-se o pâncreas, a hipófise, a tireóide, a paratireóide e as adrenais, existindo uma maior exigência metabólica, em troca do aumento do fluxo sanguíneo a estas glândulas (CARRARA; DUARTE, 1996).

A Gonadotrofina Coriônica humana (hCG) é o primeiro hormônio-chave da gravidez e pode ser detectado tanto no sangue quanto na urina nove dias após a concepção. A sua função é manter o corpo lúteo além de sua duração habitual, ou seja, catorze dias, quando não há concepção; e estimula o ovário a secretar estrogênios e progesterona por mecanismos mediados pelo AMP. Quando a placenta passa a sintetizar esses hormônios, a secreção de hCG diminui (SOARES; FORTUNATO; MOREIRA, 2003).

Durante a gestação, os níveis elevados de estrogênio e progesterona suprimem a secreção do hormônio folículo estimulante (FSH) e do hormônio luteinizante (LH) pela hipófise anterior (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

“A progesterona é essencial para a manutenção da gestação por relaxar a musculatura lisa, provocando a diminuição da contratilidade uterina e a prevenção do aborto espontâneo. A progesterona e o estrogênio forçam o depósito de gordura nos tecidos subcutâneos sobre o abdômen, sobre as costas e sobre a parte superior das coxas da mãe. Essa gordura serve como reserva de energia para a gestação e lactação. O estrogênio também promove o crescimento dos genitais, do útero e das mamas, aumenta a vascularidade e causa vasodilatação. O estrogênio relaxa os ligamentos e as articulações pélvicas. Também altera o metabolismo dos nutrientes, interferindo no metabolismo do ácido fólico, aumentando o nível de proteínas totais, além de promover a retenção de sódio e de água pelos túbulos renais. O estrogênio pode diminuir a secreção de ácido clorídrico e de pepsina, o que pode provocar distúrbios digestivos como a náusea”. (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, p.216, 2002).

Durante a gravidez, há um aumento linear dos níveis plasmáticos de prolactina, chegando a atingir concentrações 10 vezes maiores do que em mulheres não grávidas no

final da gravidez. A principal função deste hormônio é assegurar a lactação (SOARES; FORTUNATO; MOREIRA, 2003).

2.1.2 Sistema sanguíneo

Na gestação, ocorrem mudanças na composição dos elementos figurados e humorais do sangue circulante. Há uma elevação do volume sanguíneo total em cerca de 40 a 50%, como decorrência do aumento tanto do volume plasmático quanto da massa total de eritrócitos e leucócitos na circulação (SOUZA; FILHO; FERREIRA, 2002). A ascensão tem início com 6 semanas e alcança o máximo com 34 semanas e se estabiliza até o termo (REZENDE; MONTENEGRO; 2006).

O aumento do volume sanguíneo constitui um mecanismo protetor, sendo essencial para o preenchimento das necessidades sanguíneas do sistema vascular hipertrofiado do útero aumentado, para a hidratação adequada dos tecidos tanto da mãe quanto do feto e servindo como reserva de líquido para compensar a perda de sangue durante o parto e puerpério. A vasodilatação periférica mantém a pressão sanguínea normal, apesar do aumento do volume de sangue na gestação (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

Os problemas mais freqüentes do sistema hematológico neste período são: anemia no pré-natal, hemorragia durante o parto e pós-parto imediato e tromboembolismo no puerpério, sendo a anemia um problema muito comum neste período (SOUZA; FILHO; FERREIRA, 2002).

A anemia é definida como uma diminuição dos níveis de hemoglobina no sangue. Suas implicações estão associadas a uma diminuição do transporte de oxigênio, que é extremamente importante na gravidez, pois o feto depende deste para suprir as suas necessidades. Durante a gravidez, o volume do plasma e da massa de eritrócitos se expandem significativamente, o qual resulta em uma diminuição do valor do hematócrito em 3-5% (ORTEGA et al, 2004).

Outras mudanças que se observam no plasma durante a gravidez são um aumento dos fatores VII, VIII e X, assim como de fibrinogênio, com uma diminuição

da atividade fibrinolítica e da velocidade do fluxo venoso, devido ao qual a gestante mostra um risco maior que o restante da população em desenvolver transtornos tromboembólicos (ZÁRATE; CASTELLANOS; GUZMÁN, 2005).

2.1.3 Sistema cardiovascular

As adaptações maternas à gestação envolvem mudanças profundas no sistema cardiovascular, tanto anatômicas quanto fisiológicas. As adaptações cardiovasculares protegem o funcionamento fisiológico normal da mulher, preenchem as demandas metabólicas que a gestação impõe ao seu organismo e provêem as necessidades de desenvolvimento e de crescimento fetal (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

Devido ao aumento do débito cardíaco e do volume sanguíneo, tem-se sugerido haver uma hipertrofia cardíaca na gravidez, que é revertida após o parto (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002; REZENDE; MONTENEGRO, 2006). Ao final da gravidez, quando o útero cresce e desloca o diafragma para cima, o coração ocupa uma posição mais esquerda e anterior (ORTEGA et al, 2004).

A pressão arterial diminui no início da gravidez em aproximadamente 10mmHg (ZÁRATE; CASTELLANOS; GUZMÁN, 2005). A partir da 30ª semana de gestação, a pressão sanguínea arterial diastólica pode diminuir discretamente e a sistólica, aumentar levemente (XAVIER; XAVIER, 2004). Porém, uma elevação considerável da pressão arterial após a 24ª semana pode ser considerada como um possível indício de toxemia gravídica (pré-eclâmpsia e eclâmpsia) (ZÁRATE; CASTELLANOS; GUZMÁN, 2005).

Durante a gestação, há um aumento da frequência cardíaca na ordem de 10bpm a partir da 14ª. até a 30ª. semana de gestação (XAVIER; XAVIER, 2004). O ritmo cardíaco pode ficar perturbado. A gestante pode apresentar arritmia sinusal, contrações atriais e sístole ventricular prematuras. Na mulher saudável sem doença cardíaca prévia, a terapia não é necessária; porém naquelas com doença cardíaca preexistente o acompanhamento cardiológico se faz necessário (LOWDERMILK, PERRY, BOBAK, 2002).

2.1.4 Sistema urinário

Durante a gravidez, cada rim aumenta em comprimento cerca de 1 a 1,5 cm graças a uma maior vascularização e à expansão do espaço intersticial. A pelve renal dilata-se, podendo atingir um volume de 60 ml (na mulher não grávida, o volume normal é de 10 ml). Os ureteres estão dilatados acima do rebordo da pelve óssea, mais à direita, alongados e mais tortuosos (SOARES; FORTUNATO; MOREIRA, 2003).

Essas mudanças na estrutura renal durante a gestação resultam da atividade hormonal (estrogênio e progesterona), da pressão do útero aumentado e do aumento do volume do sangue. A partir da 10^a semana de gestação, a pelve renal e os ureteres dilatam-se (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

Devido a essas alterações, há uma maior estagnação da urina e um intervalo mais longo entre a formação da urina e sua chegada à bexiga, dessa forma, as vias urinárias tornam-se mais susceptíveis a infecções (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK; 2002; ORTEGA et al, 2004).

À medida que o útero aumenta de tamanho, a bexiga é deslocada superiormente e comprimida antero-posteriormente. A compressão exercida pelo útero é responsável pelo aumento da frequência de micções. A vascularização da bexiga aumenta e o tônus muscular diminui, aumentando a sua capacidade para um volume que pode atingir 1500 ml (SOARES; FORTUNATO; MOREIRA, 2003).

2.1.5 Sistema respiratório

Com o avançar da gravidez, o útero cresce empurrando alguns órgãos contra o diafragma reduzindo o tamanho dos pulmões, sendo que este deslocamento pode chegar até a 4 cm (SOARES; FORTUNATO; MOREIRA, 2003; LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002; CARRARA; DUARTE, 1996).

“Como mecanismo de compensação parcial, o tórax aumenta seus diâmetros látero-lateral e ântero-posterior, mas o volume pulmonar global acaba reduzido no final da gestação. Esta

restrição é compensada por ação da progesterona, nos centros respiratórios, elevando a frequência do ritmo da respiração". (CARRARA; DUARTE, 1996, p.89-90).

Há um aumento da frequência respiratória e do consumo de oxigênio e queda do volume respiratório residual em cerca de 15 a 20% devido a uma maior necessidade metabólica da mãe e do feto (XAVIER; XAVIER, 2004).

2.1.6 Metabolismo

Pode ocorrer neste período uma fadiga no metabolismo de carboidratos, exigindo aumento nos níveis de insulina, podendo, assim, converter o diabetes mellitus subclínico assintomático em diabetes clínico (diabetes gestacional) (XAVIER; XAVIER, 2004).

A diabetes gestacional é uma intolerância aos carboidratos cuja severidade é variável, se manifesta por hiperglicemia e desaparece depois do parto. Do ponto de vista hormonal, a placenta produz substâncias que podem afetar favorável ou desfavoravelmente a ação da insulina materna. Existem dois fatores que podem alterar a homeostase dos carboidratos durante a gestação normal: a secreção de hormônio placentário com efeitos hiperglicemiantes e os requerimentos de glicose por parte do feto (ORTEGA et al, 2004).

Outra alteração do metabolismo que ocorre durante a gestação é o da água, o que leva a um aumento da retenção hídrica. No final da gravidez, o conteúdo hídrico do feto, placenta e líquido amniótico é de cerca de 3,5 litros, juntando-se a estes outros 3 litros acumulados à custa da expansão do volume plasmático, tamanho do útero e das mamas. Desta forma, numa gravidez normal, a mulher retém aproximadamente 6,5 litros de água (SOARES; FORTUNATO; MOREIRA, 2003).

2.1.7 Outras alterações

A gestação tem sido associada à supressão da função imunológica devido à necessidade do organismo materno acomodar um “corpo estranho”. Há evidências de que a função dos leucócitos polimorfonucleares começa a diminuir no segundo trimestre, continuando esta tendência por toda a gestação (ZÁRATE; CASTELLANOS; GUZMÁN, 2005).

O peso do útero aumenta de cerca de 70g para cerca de 1.000g e o seu volume, que em uma mulher não grávida está entre 30 e 90 cc, aumenta para cerca de 5.000 cc (XAVIER; XAVIER, 2004). Devido a este aumento, há uma compressão do útero sobre os ureteres produzindo uma maior frequência urinária, e que devido a um adiamento da micção, a gestante se torna susceptível ao desenvolvimento de infecção das vias urinárias, sobretudo durante o período final da gravidez (ZÁRATE; CASTELLANOS; GUZMÁN, 2005).

Ocorrem neste período alterações físicas, como aumento de peso, com uma média de 10 a 12 kg em todo o período gestacional, aumento de pigmentação, possibilidades de aparecimento de estrias e varicosidades, alargamento dos quadris, aumento da parte inferior do abdome, aumento das mamas, rearranjo dos órgãos abdominais e edemas dos tornozelos (XAVIER; XAVIER, 2004).

2.2 ALTERAÇÕES BUCAIS DURANTE A GESTAÇÃO

As principais alterações bucais atribuídas às gestantes são aquelas relatadas quanto ao aumento da vascularização da gengiva e a resposta exagerada aos fatores locais pelos tecidos moles do periodonto (SONIS et al; 1996). Independente do quadro inflamatório pré-existente, devido às alterações nos níveis hormonais, ocorre aumento da mobilidade dentária, do fluido gengival e da profundidade do sulco gengival, elementos que se reduzem após o parto (LASCALA; MOUSSALLI, 1995).

Os níveis elevados de estrógeno e progesterona, necessários para a manutenção da gravidez, são os responsáveis pela resposta inflamatória exacerbada à ação dos agentes irritantes locais, como a placa bacteriana (LASCALLA; MOUSSALLI, 1995).

Sabe-se que durante a gravidez o sistema imune materno é deprimido, fato facilmente compreendido já que se necessita permitir que o feto tenha um desenvolvimento pleno, sem interferências, funcionando como parte naturalmente integrante do organismo feminino. Estas mudanças na imunorresposta materna sugerem um aumento na suscetibilidade para desenvolver inflamação gengival; os elevados níveis de hormônios ovarianos, principalmente progesterona, promovem uma diminuição na quimiotaxia dos neutrófilos, dentre outras alterações (ROCHA; ARAÚJO, 2006).

A resposta intensificada aos agentes irritantes locais diante de uma gengivite pré-existente pode ser percebida já no primeiro trimestre, época que coincide com a elevação dos níveis de estrógeno e progesterona. Tais níveis hormonais se elevam ainda mais no terceiro trimestre em que a inflamação gengival pode atingir a sua máxima severidade. Entretanto, esse quadro patológico pode ser evitado através do controle da placa bacteriana (MACHADO; SARTÓRIO, 2001).

Tem se identificado que as mulheres com alterações gengivais apresentam deficiência no que se refere à higiene bucal e valores elevados de placa bacteriana, o que poderia estar relacionado com a condição social da gestante (MALAVÉ et al, 2001).

É a elevada circulação do estrógeno que causa um aumento da permeabilidade capilar e que predispõe a mulher grávida à gengivite e hiperplasia gengival. A gengivite gravídica usualmente afeta a papila marginal e interdental e está relacionada à gengivite pré-existente (NEVILLE et al. 2004).

Apesar de todas estas mudanças vasculares, a placa segue sendo o fator etiológico fundamental para a gênese da gengivite, e se apresentam nela alterações em sua composição e controle. As modificações microbianas se apresentam fundamentalmente na placa subgengival associadas ao incremento dos hormônios. A bactéria anaeróbia gram-negativa *Prevotella*, que pertence a um pequeno grupo de microorganismos que estão estreitamente associados com o início da

enfermidade periodontal, é o microorganismo que se encontra aumentado na placa subgingival a partir do terceiro ao quarto mês de gestação, o qual utiliza a progesterona e o estrogênio presentes no fluido gengival como fontes de alimentos (RODRÍGUEZ; LÓPEZ, 2003).

Por outro lado, se tem demonstrado que o sistema imunológico materno apresenta algumas modificações particulares para evitar a rejeição imunológica do feto pela mãe. Sugere-se que a progesterona funcione como um imunossupressor nos tecidos gengivais das mulheres grávidas, prevenindo o tipo agudo-rápido de reação inflamatória contra a placa, porém permitindo um tipo crônico crescente de reação do tecido, que dá lugar, clinicamente, a um aspecto exagerado da inflamação. Outros estudos têm evidenciado que muitas vezes, mesmo com uma boa higiene bucal, ocorre a inflamação gengival, que é tida como uma resposta de que existe uma diminuição das células T (OJANOTKO-HARRI et al, 1991, VALENA; YOUNG, 2002).

Outro fator como o fumo também pode influenciar no aparecimento da gengivite na gestante, pois este compromete a resposta imunológica do organismo hospedeiro, tornando-o assim mais susceptível ao desenvolvimento e à progressão da gengivite e da doença periodontal (LINS et al, 2005, SHEARER et al, 2005, MOREIRA; MAGALHAES, FERREIRA, 2004).

Embora não exista consenso geral com relação aos fatores que se consideram intervir no surgimento da gengivite, há a tendência de conceituar que a gravidez por si só não a causa; e que as mudanças patológicas do tecido gengival neste período se relacionam com a presença do biofilme, do cálculo dentário e do nível deficiente de higiene bucal, juntando-se a isto os fatores hormonais que geram uma resposta exagerada a esses irritantes (GARBERO et al, 2005, MEDEIROS; ROSENBLATT, 2006).

A maioria das doenças gengivais na gravidez pode ser prevenida ou amenizada com a instituição de um programa rigoroso de higiene oral e remoção de placa e cálculo dental. Apesar da diminuição do processo inflamatório gengival com o término do período gestacional, a plena eliminação da doença ocorre somente com a remoção da placa e cálculo residual e dos fatores que promovem sua retenção (ROCHA; ARAÚJO, 2006).

A gengivite gravídica é caracterizada pela tumefação, vermelhidão e sangramento, representando uma resposta inflamatória aos fatores locais, e não sendo causada diretamente pela gravidez. Ocasionalmente uma região da gengiva, freqüentemente as papilas, responde mais intensamente e produz uma área localizada com proliferação capilar e inflamação intensa. Tais lesões, que são idênticas aos granulomas piogênicos, e por se apresentarem em aproximadamente 5% das gestações, são conhecidas como tumores gravídicos ou granulomas gravídicos (SONIS et al, 1996, NEVILLE et al, 2004).

Representam o angiogranuloma, uma massa central de tecido conjuntivo com numerosos capilares neoformados, com edema e infiltrado inflamatório crônico; é uma lesão superficial que não invade o osso subjacente e muitas vezes é indolor (ROCHA; ARAÚJO, 2006; JAFARZADEH et al, 2006).

Esta lesão tende a aparecer de forma rápida, geralmente elevada, pediculada ou séssil e geralmente de consistência amolecida. A superfície pode ser lisa, granulomatosa ou lobulada, devido aos espaços vasculares superficiais dilatados que produzem uma aparência de amora. A coloração varia de rosa pálido a vermelho vinho tinto. Se tiver ocorrido hemorragia na lesão esta se torna marrom. A superfície pode estar ulcerada dependendo de sua localização e da exposição à irritação traumática. A superfície pode estar necrosada e coberta por um fluido branco que clinicamente se assemelha a pus. Tendem a sangrar quando são manipuladas (LAWOYIN; AROTIBA; DOSUMU, 1997; LÓPEZ-LABADY; LAZARDE; ARREAZA, 2003; PERALLES et al, 2006). Em relação ao tamanho, podem ter de milímetros até vários centímetros e alcançar grandes tamanhos em curto espaço de tempo (LÓPEZ-LABADY; LAZARDE; ARREAZA, 2003).

O diagnóstico clínico diferencial das lesões pode ser feito com a lesão periférica de células gigantes, hemangioma capilar, fibromas periféricos, linfangioma, sarcoma de Kaposi, entre outros (SANCHEZ et al, 2000).

Tais lesões podem começar a se desenvolver durante o primeiro trimestre, e a sua incidência aumenta a partir do sétimo mês de gravidez. A elevação gradual no desenvolvimento destas lesões durante a gravidez pode estar associada ao aumento nos níveis de estrogênio e progesterona, com a progressão da gravidez. Após a gravidez e o retorno dos níveis de hormônio ao normal, alguns destes

granulomas piogênicos resolvem-se sem tratamento ou sofrem maturação fibrosa e se assemelham a um fibroma (NEVILLE et al., 2004).

Outras alterações bucais na gravidez envolvem mudanças na composição, pH, fluxo e nível de hormônio da saliva. A mudança na composição da saliva inclui um decréscimo de sódio e do pH, e um aumento de potássio, proteína e estrogênio (SALVOLINI et al. 1998). O nível de estrogênio salivar tem sido sugerido como um teste para detectar o risco potencial de parto pré-termo. Os níveis de estrogênio são mais altos em mulheres que têm bebês prematuros do que aquelas com parto em período normal (MAULDIN; NEWMAN, 2001).

O câncer é geralmente incomum durante a gravidez, ocorrendo em apenas 01 para cada 1000 nascidos vivos. Mais da metade dos casos são tumores da cérvix uterina, pulmão ou tireóide. Carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço durante a gravidez é muito raro, embora alguns casos tenham sido relatados anteriormente. Entretanto, a incidência desses casos pode estar aumentando devido à faixa etária da gestante e da incidência deste tipo de câncer entre mulheres estar crescendo ultimamente. Nenhum tratamento padrão existe para estes casos, pois estes irão depender da idade fetal, das condições físicas e psicológicas da mãe (GARCIA et al., 2001).

Uma outra lesão que pode ser encontrada na mucosa bucal durante a gravidez é a candidíase, que é caracterizada pelo aparecimento de uma placa branca, aderente na mucosa bucal que pode ser removida com a utilização de uma espátula. Esta afecção pode iniciar pela exposição do paciente a antibióticos de amplo espectro ou a diminuição do sistema imunológico do paciente (NEVILLE et al, 2004). Tem sido demonstrado que durante a gravidez há uma supressão do sistema imunológico materno (OJANOTKO-HARRI et al, 1991, VALENA; YOUNG, 2002), o que poderia levar ao aparecimento da candidíase pseudomembranosa neste período.

A mucosa bucal pode se apresentar afetada na gravidez sob a forma de um eritema da mucosa mais ou menos marcado, que pode dar a sensação de queimação e uma das causas de tal acontecimento pode ser os vômitos que se produzem no primeiro trimestre e atuam como irritantes locais. Pode também ser observado edema da mucosa bucal e estomatite hemorrágica (RODRÍGUEZ; LÓPEZ-LABADY; LAZARDE; ARREAZA, 2003).

As avitaminoses constituem outro estado carencial que pode afetar a gestante. O feto necessita de tantas vitaminas como o adulto, às vezes muito mais, o que deve fazer com que a mãe as injira em quantidades suficientes, pois do contrário, podem se manifestar estas carências. As vitaminas do complexo B e a vitamina C são as que quando se encontram em níveis baixos produzem manifestações bucais como queilites e glossites, no caso do complexo B, e no caso da vitamina C podem provocar gengivas inflamadas e sangrantes (RODRÍGUEZ; LÓPEZ-LABADY; LAZARDE; ARREAZA, 2003).

A mulher durante o estado de gestação está submetida a uma série de mudanças extrínsecas e intrínsecas relacionadas entre si que a fazem mais vulnerável ao desenvolvimento da doença cárie. As mudanças na produção salivar, na flora bucal, dieta, dentre outras, constituem fatores capazes de produzi-la (RODRÍGUEZ; LÓPEZ-LABADY; LAZARDE; ARREAZA, 2003).

A população tem, em suas crenças e mitos, várias tentativas de explicação para as mudanças bucais que geralmente ocorrem durante a gravidez (MEDEIROS; ROSENBLATT, 2006). Existe uma associação errônea entre gestação e aumento de cárie e perda dentária. Muitas pacientes expressam: “a cada filho se perde um dente”; “a futura mãe não pode receber atenção odontológica, por causa da anestesia”. Existem evidências científicas que demonstram que as enfermidades originadas pelas mudanças na gravidez podem ser evitadas aplicando-se medidas preventivas e programas permanentes de educação para o autocuidado (GARBERO et al, 2005).

Quanto aos aspectos culturais da gestante que levam a uma determinada repulsa ao tratamento odontológico durante a gravidez, esses padrões de comportamento advêm do baixo nível de desenvolvimento de algumas comunidades e são oriundas de traços culturais que transmitem à mulher grávida conhecimentos incorretos tanto ao que se refere à sua saúde em particular, quanto ao próprio desenvolvimento do feto e aos pretensos prejuízos que podem advir ao recém-nascido (MENINO; BIJELA, 1995).

Deve-se levar em conta, também, que no período da gravidez a mulher está emocionalmente sensível e susceptível a novos conhecimentos. A educação em saúde exercida pela equipe pré-natal composta por médicos (ginecologista, pediatra), enfermeira, nutricionista, cirurgião-dentista, assistente social e

fonoaudiólogo deve ser feita por meio do acompanhamento integrado e seqüencial nos vários níveis de atenção à saúde, não se esquecendo de programas de prevenção (MENINO; BIJELA, 1995).

2.3 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Rosell, Montandon-Pompeu e Valsecki Jr (1999) avaliaram a prevalência, severidade e necessidades básicas de tratamento da doença periodontal em gestantes e constataram que 100% das pacientes examinadas apresentavam alguma alteração gengival.

Cruz e outros (2005) e Moliterno e outros (2005) realizaram estudos de caso-controle com gestantes e avaliaram a relação entre doença periodontal neste grupo e baixo peso ao nascer. Os resultados indicaram a existência de associação entre doença periodontal materna e baixo peso ao nascer e que seu efeito foi potencializado pelo baixo nível de escolaridade materna.

Gusmán e Suarez (2004) fizeram um estudo sobre as lesões encontradas na mucosa bucal de gestantes e mulheres não grávidas e houve uma porcentagem significativamente maior de granuloma piogênico nas gestantes. Encontraram treze tipos de lesões nas gestantes, sendo que as predominantes foram: leucoedema (5,38%), úlcera traumática (4,30%), glossite migratória benigna (3,23%), queratose irritacional (3,23%) e granuloma piogênico (2,15%).

Lárez e outros (2005) realizaram outro estudo em 251 gestantes que se apresentaram ao Serviço de Odontologia da Maternidade “Concepción Palacios” de Caracas e destas, 152 (60,96%) apresentaram gengivite como a lesão bucal mais freqüente, seguida por 15 casos (5,98%) de úlceras inespecíficas, 14 casos (5,58%) de aumentos gengivais e estomatite protética.

Em estudo randomizado com 400 gestantes nigerianas foram encontrados 15 casos de granuloma piogênico, sendo que cinco deles regrediram após o parto e os outros dez foram excisados cirurgicamente. As pacientes foram acompanhadas por um período de 1 a 2 anos e não foi detectada nenhuma recidiva, mesmo naquelas que retomaram o uso de contraceptivos hormonais (LAWOYIN et al, 2003).

Malavé e outros (2001) examinaram 150 gestantes entre 15 e 49 anos pertencentes a distintos estratos sociais. Em 52,67% das gestantes se diagnosticou, clinicamente, alterações das características gengivais, acentuando-se mudanças na coloração, textura, consistência, inflamação e tamanho, sendo que a quantidade das gestantes com essas alterações foi maior dentre aquelas que se encontravam no oitavo mês do que naquelas no terceiro mês de gestação. Nesse mesmo estudo, puderam comprovar que existiu uma associação significativa entre o estrato social e a distribuição da gengivite, a quantidade de placa bacteriana e cálculo dental. Em 18,18% e 24,24% das gestantes de classe alta e média alta, respectivamente, se diagnosticou gengivite no terceiro mês de gestação; o que contrasta com uma porcentagem de 47,92%, 73,82% e 87,5% de diagnóstico de gengivite nos grupos de classe média baixa, operária e marginalizada, respectivamente.

Tunes, Fonseca e Correia (1999) em estudos com 74 gestantes atendidas na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, encontraram que 100% das gestantes examinadas apresentaram um quadro de gengivite, porém com aumento da gravidade nas pacientes que se encontravam no 2º trimestre gestacional.

Em estudo com 88 gestantes atendidas no Programa Saúde da Família no município Lucas do Rio Verde-MT foi encontrado que 40% das gestantes apresentavam pelo menos um sextante com sangramento gengival e presença de cálculo (TONELLO et al, 2007).

Um estudo realizado com 315 gestantes atendidas na Clínica da Gestante da Universidade Estadual de São Paulo que teve como objetivo verificar a prevalência e a severidade da doença periodontal, encontrou-se que 86,97% dessas pacientes apresentaram gengivite, demonstrando que esta foi a principal manifestação clínica da doença periodontal nas pacientes examinadas e a carência de instruções em higiene bucal e práticas profiláticas corresponde à maior necessidade de tratamento destas pacientes (MOIMAZ et al, 2006).

Através da aplicação de um questionário a 30 gestantes que fazem pré-natal na Maternidade Santa Mônica-Pernambuco, encontraram-se os seguintes resultados: todas as gestantes escovavam os dentes, sendo que 63,3% delas declararam o fazer três vezes ao dia, porém apenas 30% declararam fazer uso de fio

dental, 50% das entrevistadas perceberam alguma alteração bucal neste período (SILVEIRA et al, 2000).

Coutinho e outros (2005) em estudo com 24 gestantes, 54% destas declararam perceber sangramento gengival, principalmente durante a escovação e 75% afirmaram ter episódio de náuseas, sendo que 39% destes episódios eram durante a escovação dos dentes.

Em estudo comparando a presença de lesões bucais em mulheres gestantes e não gestantes foi encontrada uma maior freqüência de lesões bucais em mulheres grávidas do que nas não grávidas (71% contra 29%). A candidíase oral foi a lesão mais encontrada, sendo que sua freqüência nas gestantes foi de 15% contra 5% nas não gestantes (SARIFAKIOGLU, GUNDUZ, GORPELIOGLU, 2006).

Yalcin e outros (2002) realizaram um estudo avaliando a condição periodontal de 61 gestantes no primeiro, segundo e terceiro trimestres gestacionais e sua relação com fatores demográficos e variáveis clínicas. Encontrou-se que o índice de placa, índice de gengivite e a profundidade de sondagem aumentaram gradualmente no 1º, 2º e 3º trimestres, mesmo quando instruções de higiene oral eram fornecidas a essa população. Quando comparados às variáveis demográficas, apenas o nível educacional pareceu ser estatisticamente significativo.

Otsuka e outros, em 2001, relataram um caso de histiocitoma fibroso maligno oral que foi diagnosticado e tratado em uma gestante de 30 anos de idade e com aproximadamente 21 semanas de gestação.

A gestação é um processo em que ocorrem muitas mudanças fisiológicas e psicológicas importantes, trazendo como consequência algumas modificações para o organismo feminino, inclusive na cavidade bucal. Desta forma, se faz necessária uma atenção especial aos cuidados preventivos, pois alterações do equilíbrio bucal, como cárie e doença periodontal, podem ser freqüentes neste período (SPOSTO et al, 1997).

2.4 ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

Uma melhoria significativa nas estatísticas de saúde tem sido observada nos últimos 50 anos, devido não somente ao aumento do nível de renda e educação da população, mas também graças à melhoria e disponibilidade dos serviços de saúde. Apesar dessas melhorias terem atingindo os países menos desenvolvidos, esta mudança tem sido lenta (KASSOUF, 2005).

Com o intuito de melhorar a estratégia da assistência pré-natal, em junho de 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que apresenta em sua formulação os seguintes objetivos: reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto (MS, 2000).

Serruya e outros (2004) ao realizarem uma avaliação preliminar dos indicadores gerados nos anos de 2002 e 2003 encontraram que em apenas uma pequena parcela das mulheres cadastradas houve registro do cumprimento integral dos critérios estabelecidos pelo PHPN.

Outro problema encontrado é a falta de conhecimento das gestantes em relação a importância do pré-natal desde o início da gestação, como mostra um estudo realizado por Pinto e outros (2005) onde 33,3% das gestantes estudadas só procuraram o serviço médico depois do primeiro trimestre de gestação.

Outro ponto importante a se discutir é que apesar da reconhecida importância da saúde bucal, uma parcela importante da população brasileira não tem acesso a serviços odontológicos (BARROS, BERTOLDI, 2002). Dados extraídos da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) de 1998 (IBGE, 2000) mostraram que 18,7% da população brasileira nunca haviam consultado um serviço odontológico, sendo que o maior índice foi apresentado na Região Nordeste. E dados da PNAD de 2003 (IBGE, 2005) revelaram que apesar da porcentagem da população que nunca consultou um dentista ter diminuído (15,9%), em comparação aos dados de 1998, as desigualdades ainda persistem.

Do ponto de vista do acesso aos serviços odontológicos, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um agente de grande importância, porém ainda com um papel proporcionalmente pequeno (BARROS, BERTOLDI, 2002). Dados da PNAD, 1998, mostraram que o atendimento odontológico se diferencia fortemente do atendimento médico, com uma proporção muito mais alta de atendimentos em clínicas particulares, e muito menos atendimentos financiados por planos de saúde e pelo SUS (IBGE, 2000).

No ano de 2000, profissionais de saúde bucal foram incorporados à Equipe de Saúde da Família (ESF), atendendo às solicitações das entidades de classe e da própria população. Porém, as equipes de saúde bucal deveriam atuar em duas ESFs ou numa área de 6.900 pessoas, atuando assim em duas realidades populacionais distintas com uma grande população adscrita e uma sobrecarga de atividades. Em 2003, através da portaria no. 673/GM de 03 de junho de 2003, o MS delegou aos municípios a definição dos critérios para implantação das equipes de saúde bucal, sendo que esta quantidade não poderia ultrapassar o número de ESFs (LACERDA; TRAEBERT, 2006).

A Odontologia brasileira é exercida quase totalmente pela modalidade da clínica privada, cuja lógica de trabalho deixa a maioria da população à margem do acesso aos cuidados odontológicos. Além disso, o setor público, que seria responsável por este contingente populacional, tem ao longo do tempo reproduzido um modelo caracterizado pela centralização do trabalho no cirurgião-dentista, utilização de tecnologia não apropriada às situações locais, pouca utilização de pessoal auxiliar, baixa cobertura, ênfase nos procedimentos individuais e ausência de referencial epidemiológico como guia das ações, com definição da população beneficiária, normalmente constituída por escolares (LACERDA; TRAEBERT, 2006).

Assim, o setor público ao priorizar na faixa etária infantil a preocupação com os cuidados em assistência odontológica, acaba restringindo o acesso a essa população devido a sua enorme demanda; e as outras faixas etárias ao serem excluídas deste tipo de assistência são rotuladas como “gerações perdidas” (DIAS et al; 2007). Ações pontuais e, na grande maioria das vezes, centradas na assistência reparadora ou mutiladora, ofertadas à população adulta ao longo da história das políticas públicas no Brasil, não sofreram alterações significativas após a implementação do SUS em 1990 (LACERDA et al, 2004).

Um exemplo de dificuldade de acesso à assistência odontológica pode ser mostrado em um estudo realizado por Ramos e Lima, 2003, sobre acesso e acolhimento aos usuários em unidade de saúde de Porto Alegre-RS. Neste estudo, 05 dos 17 usuários entrevistados relataram como um dos problemas a dificuldade de acesso à consulta odontológica. Relataram que há algum tempo atrás essa dificuldade não existia, porém, hoje, há um aumento dessa procura devido ao alto custo de um tratamento odontológico, a falta de recursos financeiros da população, também devido a uma melhor qualidade dos serviços prestados pela rede pública e pela política de saúde bucal da cidade que garante um tratamento completo. Por causa do aumento dessa procura, os usuários devem permanecer na fila desde a madrugada para tentar conseguir uma vaga para atendimento. Isso não acontece com os escolares que têm prioridade de consulta (RAMOS; LIMA, 2003).

Através de uma abordagem qualitativa, Assis, Villa e Nascimento (2003) observaram que as pessoas apresentavam queixas como a grande quantidade de faltas ao trabalho dos cirurgiões-dentistas e a dificuldade de acesso a serviços de saúde mais complexos. Observou-se uma oferta de serviços focalizados e seletivos, tecnologicamente atrasados e dirigidos ao usuário de baixa renda, conformando uma espécie de segmentação dos usuários, em oposição à universalização da assistência odontológica no sistema de saúde.

Em outro estudo com abordagem qualitativa realizado por Santos e outros (2007) com usuários do serviço de saúde bucal do Programa de Saúde da Família em Alagoinhas-Ba, foram reveladas as dificuldades de acesso a este tipo de serviço e ainda as relações de conflito entre os usuários e o profissional de saúde devido a um tratamento baseado apenas na queixa e a uma baixa resolutividade no atendimento às necessidades demandadas.

Assim, além da dificuldade de acesso ao tratamento odontológico, existem ainda outras barreiras que dificultam a chegada deste indivíduo, neste caso, a gestante, ao tratamento com o dentista, que de acordo com Freeman (1999) são as barreiras odontológicas, que seriam aquelas dificuldades que as pessoas encontram para conseguir atendimento odontológico.

No documento intitulado *Melhorando o Acesso à Saúde Bucal*, as barreiras ao atendimento odontológico são classificadas em três categorias:

relacionadas ao indivíduo, à prática da profissão e à sociedade (COHEN, 1987 apud ALBUQUERQUE, 2004).

As barreiras concernentes ao indivíduo são: baixa percepção de necessidade, ansiedade e medo, custos e dificuldades de acesso. Entre os fatores limitantes à prática da odontologia figuram a inadequação dos recursos humanos, a formação inadequada dos profissionais para contribuir na mudança das condições de saúde da população, a má distribuição geográfica da mão-de-obra e a ocorrência de estresse ocupacional. As barreiras concernentes à sociedade se referem ao número insuficiente de ações de promoção de saúde, a instalações impróprias dos serviços e ao reduzido apoio financeiro à pesquisa (COHEN, 1987 apud ALBUQUERQUE et al, 2004).

Em estudo qualitativo com gestantes atendidas no Programa Saúde da Família, em Pernambuco, sobre sua percepção em relação a barreiras no atendimento odontológico, Albuquerque e outros (2004) chegaram às seguintes conclusões: as crenças populares não aconselham que as gestantes façam tratamento odontológico durante a gravidez, pois estas acreditam que existam riscos de hemorragia e perigo para o bebê; e essas crenças levam à idéia de que a dor de dente está associada à gravidez. O sentimento mais forte da gestante em relação ao dentista é o medo, sendo assim, o que a faria procurar atendimento odontológico seria uma dor de dente muito forte e contínua. Outro aspecto abordado por elas está relacionado ao risco de sair de madrugada, enfrentando a violência, para marcar a consulta; e também ao risco de nem conseguir marcar devido às poucas vagas.

Em outro estudo realizado para avaliar as razões que dificultam o agendamento e a freqüência do atendimento das gestantes acompanhadas no município de Cabo de Santo Agostinho, PE, foi verificado que a quantidade de gestantes agendadas foi maior que a de gestantes atendidas em todos os meses. Os motivos das faltas foram: em grande parte por dificuldade de transporte para as gestantes que residem distante do local de atendimento; a segunda, pelo atraso causado pela demanda excessiva para o agendamento, ou ainda porque a gestante trabalha fora (ou em casa) e não tem com quem deixar os filhos (ALBUQUERQUE et al, 2000).

Em outro estudo, as gestantes declararam não terem acesso à atenção odontológica por não acreditarem ter necessidade de procurar atendimento

odontológico, por falta de recurso financeiro ou por estarem grávidas (de acordo com as gestantes em função da gravidez, o tratamento odontológico seria contra-indicado) (RIBEIRO; OLEINISKI; CALVO, 2006).

Outra barreira em relação ao profissional foi observada em estudo com gestantes atendidas em consultórios particulares e na rede pública, onde a maioria das entrevistadas não teve acesso a informações sobre saúde bucal, apesar destas mostrarem interesse sobre o assunto (BATISTELLA et al, 2006). O mesmo foi encontrado em um estudo de Honkala e Al-Ansari (2005), onde metade das mulheres gestantes haviam freqüentado um dentista durante a gravidez, sendo a maioria por dor de dente.

Outro estudo mostra quais fatores parecem ser significativos para que a gestante visite um dentista como uma alta freqüência ao dentista no período em que não está grávida, o fator financeiro e o conhecimento sobre a possibilidade de haver uma relação entre saúde bucal e problemas na gravidez (HABASHNED et al, 2005).

Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Estimar a prevalência de lesões bucais em gestantes atendidas nas Unidades do Programa de Saúde da Família no município de Feira de Santana – BA.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar se há associação entre a prevalência de lesões na mucosa bucal de gestantes e aspectos biossociais;
- Avaliar se há associação entre o trimestre gestacional e a prevalência de lesões bucais;
- Identificar possíveis fatores de risco (idade, renda, escolaridade, higienização bucal) para o aparecimento de lesões bucais em determinados períodos gestacionais.

Metodologia

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DE ESTUDO

Esta pesquisa tratou-se de um estudo confirmatório, planejado sob a forma de um desenho do tipo transversal e de abordagem quantitativa (OLIVEIRA, 1997), no qual se estudou a prevalência de lesões bucais em gestantes atendidas no Programa de Saúde da Família do município de Feira de Santana - BA e sua relação com os aspectos biossociais.

Os estudos transversais ou seccionais pretendem dar uma idéia de seccionamento transversal, um corte no fluxo histórico da doença, evidenciando as suas características e correlações naquele momento. Um subtipo do estudo transversal consiste no estudo de populações atendidas na atenção primária, este tipo de desenho não apresenta uma base populacional para os seus indicadores de doença, porém a existência de redes regionalizadas de atenção primária poderá legitimar metodologicamente a sua população (ROUQUAYROL, 2003).

Apesar das limitações dos estudos transversais, como impossibilidade de estabelecer a direção temporal das relações encontradas, este tem sido o mais utilizado nos estudos que pretendem examinar a relação entre eventos. Além disso, também é um método rápido, simples, de baixo custo e objetivo na coleta de dados (PEREIRA, 2006).

A pesquisa descritiva tem por objetivo primordial a descrição das características de determinada população e fenômeno ou, então, o estabelecimento de relação entre variáveis (GIL, 1994).

4.2 CAMPO DE ESTUDO

Os locais escolhidos para a realização desta pesquisa foram as Unidades do Programa de Saúde da Família do município de Feira de Santana, que está localizado no Estado da Bahia na zona de planície entre o Recôncavo e os tabuleiros semi-áridos do nordeste baiano há 108 km da capital (Salvador). Possui uma área de 1.363 km² e uma população estimada em 527.625 habitantes (IBGE, 2006).

Feira de Santana possui setenta e duas unidades do Programa Saúde da Família espalhadas por todo o município, porém para este estudo foram coletados dados apenas da zona urbana, o que equivale a um total de sessenta e três unidades.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

4.3.1 População

A população deste estudo foi constituída por gestantes acompanhadas pelo Programa de Saúde da Família em Feira de Santana. Existiam no mês de abril de 2006, 2.229 gestantes atendidas nas unidades do PSF do município (DATASUS, 2006).

4.3.2 Tamanho da Amostra

O tamanho da amostra foi de duzentas e quatro gestantes. Este cálculo foi realizado a partir da fórmula de cálculo amostral ($n = p \cdot (1-p) \cdot z^2 / e^2$), onde p seria a prevalência estimada de gestantes com lesão, que nesse caso, baseando-se em

alguns estudos foi de 48%, considerando-se a gengivite; z seria igual a 1,96 que é o número equivalente a um intervalo de confiança de 95% e equivale a um erro de 7%. Admitindo-se recusas e perdas em torno de 10%, definiu-se n amostral de duzentas e quatro gestantes.

4.3.3 Obtenção da Amostra

Segundo o IBGE (2000), o município de Feira de Santana está subdividido em cinco subdistritos (Pampalona, Santo Antonio, Subaé, Mangabeira e Santana), cada subdistrito encontra-se dividido em setores censitários que incluem agrupamentos de ruas (**Figura 1**).

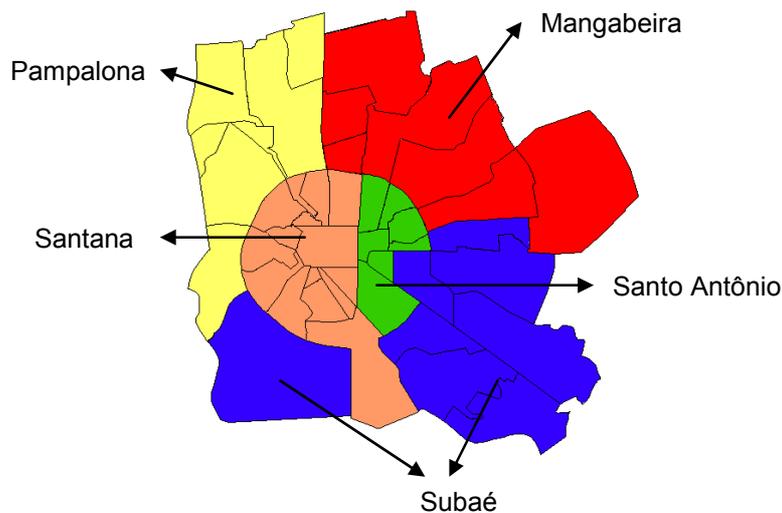


Figura 1 Mapa de Feira de Santana subdividida em subdistritos (Fonte: IBGE, 2000)

Inicialmente foi realizado um levantamento dos dados de cada subdistrito e a delimitação geográfica de cada área. Em seguida, por procedimento aleatório, foi feita a seleção dos setores censitários de cada subdistrito. Em cada setor censitário selecionaram-se, também de forma aleatória, as unidades de saúde da família a serem incluídas no estudo, no total participaram do estudo 14 unidades. As

gestantes foram escolhidas de forma aleatória, coincidindo com o dia da visita à unidade.

A amostra foi composta por gestantes atendidas nas Unidades de Saúde do Programa de Saúde da Família. A coleta ocorreu nos dias em que as gestantes foram realizar o pré-natal nas unidades de saúde supracitadas. A coleta foi realizada de abril a junho de 2007. Este dia de coleta foi previamente agendado com as enfermeiras responsáveis por cada unidade de saúde.

Aquelas que apresentaram interesse no convite feito receberam as devidas informações sobre o protocolo de estudo e o objetivo do trabalho. Ao concordarem com os termos do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando sua inclusão na pesquisa.

4.3.4 Critérios de Inclusão

As participantes que foram incluídas no estudo estavam grávidas em qualquer um dos três trimestres gestacionais. Aquelas que não concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram excluídas da participação no presente trabalho.

4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Somente após o consentimento prévio das participantes, é que a coleta de dados foi iniciada. Primeiramente, as participantes responderam a um formulário, que foi preenchido pela própria pesquisadora, para obtenção dos dados relacionados aos fatores biossociais, incluindo idade, nível de escolaridade, renda familiar, hábitos de higiene bucal, presença de condições patológicas sistêmicas e o trimestre gestacional (APÊNDICE A).

Em seguida, as gestantes foram submetidas a exame clínico dos tecidos moles bucais. O exame foi realizado na própria unidade de saúde com o uso de luz

artificial e com a utilização de espelho bucal, espátulas de madeira e gaze estéril. Um único examinador realizou o exame, utilizando equipamentos de proteção individual. O exame clínico foi realizado seguindo-se o seguinte roteiro: inicialmente foi realizado o exame de lábio superior, seguindo-se do exame de lábio inferior, mucosa jugal direita e esquerda, gengiva superior e inferior, faces vestibular e lingual ou palatina, a depender do arco avaliado, ventre, dorso e bordo lateral de língua, assoalho de boca, e por fim, palatos duro e mole.

Foram registradas todas as lesões identificadas na mucosa bucal em ficha específica (APÊNDICE B). As lesões foram diagnosticadas clinicamente. Aquelas que necessitaram de avaliação histológica foram encaminhadas para a clínica da disciplina Odontologia Preventiva e Social IV do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana, onde seriam submetidas a procedimento de biópsia, sob anestesia local, e a exame histopatológico, quando fosse possível e extremamente necessário. Caso contrário, a lesão seria biopsiada apenas após o parto da gestante, caso a mesma não tenha involuído espontaneamente. Três gestantes foram encaminhadas para a clínica OPSIV, porém todas preferiram aguardar o final da gestação para se submeterem a procedimento de biópsia se necessário.

As integrantes da amostra foram instruídas quanto à higiene bucal e receberam escova dental e aplicação de flúor, além de lhes serem oferecido atendimento odontológico básico gratuito na Clínica de Extensão da Disciplina de Diagnóstico Oral I, do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana.

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Segundo Fachin (2005), variável é um aspecto ou dimensão de um fenômeno que em dado momento da pesquisa pode assumir diferentes valores. As variáveis podem ser classificadas quanto à espécie em: variável independente que é aquela que influencia, determina ou afeta a denominação da variável dependente.

Esta última é a que sempre exerce ação condicionada, que está em estudo para ser descoberta.

Variável independente:

Considerou-se como variável independente o trimestre gestacional em que a gestante se encontra. Porém, para a análise multivariada e estratificada, os trimestres ficaram divididos em dois grupos: primeiro e segundo e terceiro trimestre.

Variável dependente:

Presença de lesão bucal durante a gravidez. As lesões bucais avaliadas foram: gengivite gravídica, candidíase atrófica eritematosa, candidíase pseudomembranosa, úlcera traumática, granuloma piogênico, dentre outras.

Co-variáveis

- ✓ Características sociodemográficas – idade, etnia, renda, ocupação, escolaridade.
- ✓ Estilo de vida – tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas, consumo freqüente de doces.
- ✓ Características relacionadas à hábitos – escovação, uso de fio dental, intervalo de tempo da última visita ao dentista.

4.6 HIPÓTESE DO ESTUDO

Hipótese é uma suposição sobre a relação entre dois ou mais eventos e sua função é afirmar se há alguma relação, de tal maneira que possa ser posteriormente verificada. Em epidemiologia, as hipóteses procuram ligar a distribuição de um evento a fatores antecedentes que possam explicá-la (PEREIRA, 2006).

H0: Não existe associação entre a prevalência de lesões bucais em gestantes e o trimestre gestacional;

H1: Existe associação entre a prevalência de lesões bucais em gestantes e o trimestre gestacional.

H0: Não existe associação entre prevalência de lesões bucais em gestantes e os aspectos biossociais;

H1: Existe associação entre prevalência de lesões bucais em gestantes e os aspectos biossociais.

4.7 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram codificados e registrados em uma base de banco de dados do Programa Excel (Office 2000, Microsoft®).

Para interpretação dos dados foi feita, inicialmente, a caracterização da população estudada. Em seguida foram calculadas as taxas de prevalência, razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança, quando indicados. Foi utilizado também o teste Qui-quadrado para avaliação de associação entre as variáveis de interesse, adotando-se $p < 0,05$ para associação estatisticamente significativa.

Para análise de associação entre trimestre gestacional e presença de lesões bucais na tentativa de avaliar possíveis modificadores de efeito e confundidores foi realizada análise estratificada, a qual “permite estudar a associação entre três ou mais variáveis categóricas” (MEDRONHO, 2002, p. 329).

Neste tipo de análise é pertinente salientar as diferenças entre confundimento, que é o viés que se deseja evitar, um erro sistemático que ocorre quando os resultados de uma associação entre duas variáveis podem ser atribuídos, total ou parcialmente, a uma terceira variável não levada em consideração; e o modificador de efeito, que é a mudança na magnitude do efeito de interesse na presença de outra variável (PEREIRA, 2006).

Desta forma, o modelo de predição desenhado na **Figura 2** demonstra a associação sob teste da variável independente (trimestre gestacional) e a variável dependente (presença de lesão). As variáveis idade, renda e etnia, estão como possíveis variáveis de confundimento, adotando-se que estas variáveis poderiam estar influenciando tanto na variável dependente quanto na independente, onde se procedeu a retirada, uma a uma, para em seguida avaliar o efeito da associação principal investigada. Já escolaridade, higienização bucal, hábito de fumar e acesso a tratamento odontológico foram avaliados como modificadores do efeito, observando se houve ou não mudança na magnitude do efeito investigado.

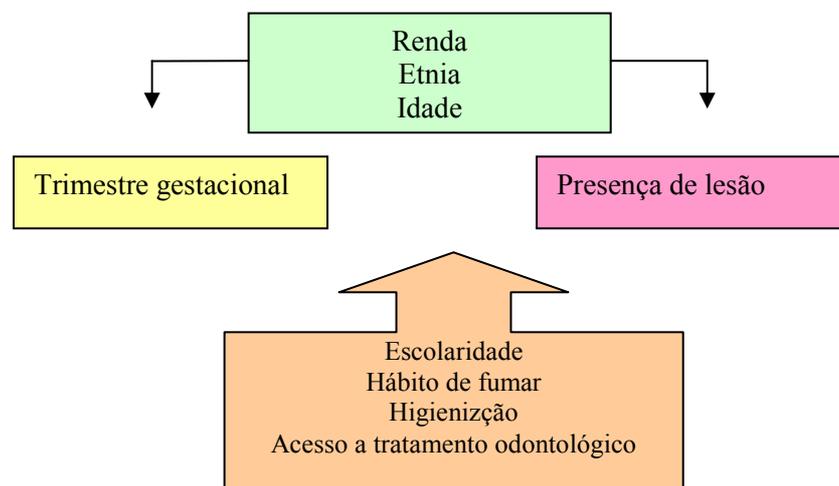


Figura 2 Modelo de Predição

Para a análise das variáveis de interesse foi utilizado o programa estatístico *Social Package for the Social Sciences – SPSS*, versão 10.0 for Windows.

4.8 AVANÇOS E LIMITES DO ESTUDO

Os achados deste estudo sobre a gravidez e a presença de lesões bucais contribuirão com a discussão desse tema pouco explorado, pois é senso comum entre a população que as gestantes não podem realizar consultas odontológicas

durante este período e assim, observa-se uma carência de atenção à saúde bucal nesta população.

Pretendeu-se determinar quais lesões bucais são mais prevalentes durante a gravidez e quais são seus potenciais fatores de risco. Assim, poderão ser sugeridas formas de prevenir o aparecimento destas lesões durante a gravidez, dando subsídios aos profissionais de saúde quanto ao manejo apropriado de gestantes, evitando complicações potencialmente nocivas ao desenvolvimento materno e infantil.

Um dos fatores limitantes para esse tipo de estudo é que como o grupo teste foi constituído por gestantes, não foi permitido que fossem realizadas tomadas radiográficas nem tratamentos cirúrgicos de risco, como por exemplo evitando-se o uso de anestésico local prilocaína, pois de acordo com Xavier e Xavier, 2004, este pode dificultar a circulação placentária, além de provocar a metemoglobinemia. Sendo assim, a maioria dos diagnósticos foram dados clinicamente. As biópsias só seriam realizadas em casos realmente necessários, porém nenhuma biopsia foi realizada e as gestantes estão sendo acompanhadas.

Outra limitação do projeto é a adesão das gestantes ao trabalho, pois, como dito anteriormente, grande parte das mulheres consideravam ser desnecessário ou um risco as consultas odontológicas durante a gravidez.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este trabalho foi aprovado pelo dirigente responsável pelas Unidades de Saúde do município de Feira de Santana (ANEXO A), e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, tendo sido APROVADO PARA EXECUÇÃO sob Protocolo nº 093/2006 (ANEXO B).

O projeto foi realizado em gestantes assistidas nas Unidades de Saúde da Família do município de Feira de Santana. Elas foram submetidas a um exame bucal para detecção de lesões e responderam a um formulário, envolvendo aspectos biossociais. Previamente a isso, assinaram espontaneamente o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido. Aquelas menores de 18 anos tiveram o Termo de Consentimento assinado por um responsável.

Os indivíduos participaram desse estudo voluntariamente em todas as etapas, com liberdade para interromper sua participação a qualquer momento. Foram assegurados o anonimato e a confidencialidade no uso das informações, excluindo-se o nome da participante das bases de dados como também dos relatórios e demais publicações que venham a ser gerados.

Os procedimentos clínicos descritos no projeto de pesquisa foram realizados dentro dos padrões de biossegurança necessários para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos, constando de luvas para procedimentos, máscara, gorro, óculos de proteção, jaleco e material clínico autoclavado.

Os benefícios potenciais do estudo são relevantes, dado que o conhecimento de quais lesões se apresentam nos tecidos bucais da gestante, que derivam da gravidez ou das circunstâncias que circundam este estado fisiológico especial, pode contribuir para a sua identificação e para o tratamento precoce, permitindo que as autoridades sanitárias e os cirurgiões-dentistas possam se antecipar para enfrentar a demanda de serviços e seus custos. Além disso, é relatado em alguns estudos que mães com problemas periodontais tendem a ter um bebê de baixo peso ao nascer. Através do diagnóstico precoce das lesões bucais e de um tratamento efetivo das mesmas, as gestantes poderão ter no final da gravidez um bebê saudável e sem prejuízo da saúde materna.

A população do estudo foi diretamente beneficiada através de tratamento ofertado pela Clínica de Extensão da Disciplina Diagnóstico Oral I da Universidade Estadual de Feira de Santana - BA. As lesões detectadas foram tratadas de acordo com as possibilidades clínicas das gestantes. As mesmas receberam orientações sobre higiene bucal e caso indicado, foram submetidas a raspagem e alisamento radicular e profilaxia dentária.

Esses critérios foram estabelecidos com base na Resolução nº 196/96, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), sobre pesquisa envolvendo seres humanos, de modo que todos os participantes deste estudo o fizeram espontaneamente, após a assinatura de autorização e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

5 RESULTADOS

Os resultados contidos neste trabalho referem-se à avaliação da amostra de 204 gestantes atendidas pelo Programa Saúde da Família no município de Feira de Santana. A amostra foi coletada do período de abril a junho de 2007, durante a consulta de pré-natal destas gestantes. A maioria das gestantes convidadas a participar do estudo aceitou o convite, porém como muitas das unidades sorteadas possuíam um número pequeno de gestantes, várias visitas a uma mesma unidade foi necessária para se alcançar o n esperado.

A seguir são apresentados os resultados das frequências das respostas e dos achados clínicos, com respectiva análise estatística das variáveis investigadas.

5.1 ANÁLISE DESCRITIVA

5.1.1 Características sociodemográficas

Na tabela 1, estão descritas as características relacionadas aos fatores sociodemográficos.

A idade das pacientes variou entre 14 e 39 anos, com média de 22 anos. Constatou-se que 24% das gestantes tinham de 14 a 19 anos, 34,3% de 20 a 25 anos, 41,7% das gestantes possuíam entre 26 e 39 anos. Observou-se nessa população uma percentagem elevada de adolescentes grávidas.

Apenas 8,8% tinham a cor branca, a cor da pele parda foi detectada, pela pesquisadora, na maioria das gestantes (65,7%), seguida da cor negra (25,5%).

Observou-se que 23% das gestantes encontravam-se no 1^o trimestre gestacional; 38,2% no 2^o trimestre e 38,7% no 3^o trimestre.

Os achados deste estudo mostraram que 23% das mulheres tinham uma renda mensal menor que 1 salário mínimo, a grande maioria das mulheres (68,6%) possuíam uma renda de 1 a 3 salários mínimos e apenas 8,3% declararam ter uma renda de 4 a 6 salários mínimos mensais.

Quando inquiridas sobre a ocupação, 53,9% das gestantes declararam-se donas-de-casa, 15,7% eram estudantes, 9,3% delas disseram estar desempregadas e 21,1% delas declararam outro tipo de ocupação. As outras ocupações relatadas foram: comerciante, vendedora, agente comunitária de saúde (ACS), manicure, cabeleireira, garçõete, professora, empregada doméstica, balconista, auxiliar de produção, fiscal de produção, auxiliar administrativa, operadora de *telemarketing* e auxiliar de consultório dentário (ACD).

Quanto à escolaridade, verificou-se que 36,6% das gestantes tinham o ensino fundamental incompleto; 8,3%, o ensino fundamental completo; 19,6%, o ensino médio incompleto; 34,8% possuíam o ensino médio completo. Foi encontrada apenas 0,5% com o ensino superior completo e 0,5% analfabeta.

TABELA 1- Distribuição das características sociodemográficas das gestantes atendidas no PSF, Feira de Santana, 2007.

Variável	n	%
Faixa etária		
14 a 19 anos	49	24
20-25 anos	70	34,3
26-39 anos	85	41,7
Etnia		
Branca	18	8,8
Parda	134	65,7
Negra	52	25,5
Trimestre gestacional		
1º trimestre	47	23
2º trimestre	78	38,2
3º trimestre	79	38,7
Renda		
< 1 salário	47	23
1-3 salários	140	68,6
4-6 salários	17	8,3
Ocupação		
Dona-de-casa	110	53,9
Estudante	32	15,7
Desempregada	19	9,3
Outros	43	21,1
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	74	36,6
Ensino fundamental completo	17	8,3
Ensino médio incompleto	40	19,6
Ensino médio completo	71	34,8
Ensino superior completo	1	0,5
Analfabeta	1	0,5

5.1.2 Características relacionadas ao estilo de vida

As características relacionadas ao estilo de vida estão apresentadas na Tabela 2.

Em relação ao tabagismo, 2,9% delas declararam ser fumantes, a grande maioria das gestantes declarou nunca ter fumado (89,2%), e 7,8% disseram ser ex-fumantes. Dessas gestantes que se declararam ex-fumantes, 37,5% pararam de fumar há menos de 1 ano, 12,5% entre 1 a 5 anos; e 50,0% delas disseram ter parado de fumar há mais de 5 anos (Tabela 3).

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, a grande maioria das gestantes (95,1%) declarou não fazer uso deste tipo de bebida (Tabela 2).

Quanto ao consumo freqüente de doces, 54,4% disseram comer doce frequentemente, ou seja, mais que duas vezes ao dia e 45,6% declararam que não (Tabela 2).

TABELA 2- Distribuição das características relacionadas ao estilo de vida das gestantes atendidas no PSF, Feira de Santana 2007.

Variável	n	%
Tabagismo		
Fumante	6	2,9
não fumante	182	89,2
ex-fumante	16	7,8
Ingestão de bebidas alcoólicas		
Sim	10	4,9
Não	194	95,1
Consumo freqüente de doces		
Sim	111	54,4
Não	93	45,6

TABELA 3- Distribuição das gestantes atendidas no PSF, segundo tempo de abandono do fumo, Feira de Santana 2007.

Variável	n	%
Menor ou igual a 1 ano	6	37,5
Entre 1 e 5 anos	2	12,5
Maior ou igual a 5 anos	8	50,0

5.1.3 Características relacionadas aos hábitos

Na tabela 4, encontram-se os dados referentes às características relacionadas à hábitos das gestantes.

Quando questionadas sobre quantas vezes escovavam os dentes por dia, a maioria (91,7%) declarou escovar duas ou mais vezes ao dia, 7,8% disseram escovar apenas uma vez ao dia e apenas 0,5% disse não escovar nenhuma vez ao dia.

O uso do fio dental foi verificado em 44,6% das mulheres, enquanto que 55,4% declararam não usar fio dental.

Quando perguntadas há quanto tempo foi a última visita ao dentista, 48% delas disseram ter 1 ano ou menos; 27% disseram ter 2 anos ou mais, 18,6% declararam ter entre 1 e 2 anos e 6,4% delas declararam nunca ter ido ao dentista.

TABELA 4- Distribuição das características relacionadas aos hábitos das gestantes atendidas no PSF, Feira de Santana, 2007.

Variável	n	%
Escovação		
nenhuma vez ao dia	1	0,5
uma vez ao dia	16	7,8
duas ou mais vezes ao dia	187	91,7
Uso de fio dental		
Sim	91	44,6
Não	113	55,4
Última visita ao dentista		
Nunca	13	6,4
≤ 1 ano	98	48,0
entre 1 e 2 anos	38	18,6
≥ 2 anos	55	27,0

5.1.4 Achados clínicos

Em relação à existência ou não de lesão bucal nas gestantes da amostra, 38,2% delas apresentaram algum tipo de lesão bucal (Tabela 5).

Quanto ao tipo de lesão encontrada, 30,4% apresentaram gengivite gravídica, 1,0% granuloma piogênico, 2,5% candidíase atrófica eritematosa, 2% língua geográfica, 1% queilite solar e 1,5% candidíase pseudomembranosa (Tabela 6).

TABELA 5- Distribuição das gestantes atendidas no PSF, segundo presença de lesão bucal, Feira de Santana, 2007.

Variável	n	%
Sim	78	38,2
Não	126	61,8

TABELA 6- Distribuição das gestantes atendidas no PSF, segundo tipo de lesão bucal, Feira de Santana, 2007.

Variável	n	%
Gengivite gravídica	62	30,4
Granuloma piogênico	2	1,0
Candidíase atrófica eritematosa	5	2,5
Língua geográfica	4	2,0
Queilite solar	2	1,0
Candidíase	3	1,5

5.1.5 Análise bivariada

Foi aplicado o Teste Qui-quadrado para verificar se havia alguma diferença estatisticamente significativa entre dois grupos distintos, sendo considerado um nível de significância de 95% (p -valor $<0,05$) (Tabela 7).

Foi realizada a comparação entre trimestre gestacional, juntando-se os dados do 1^o e 2^o trimestres e comparando-se com o 3^o trimestre gestacional e a presença ou ausência de lesão bucal. Neste teste, foi encontrado um p -valor de 0,087, demonstrando não haver diferença estatisticamente significativa. Foi encontrada uma Razão de Prevalência (RP) de 0,73, o que significa que aquelas mulheres que estão no 1^o e 2^o trimestres gestacionais têm uma prevalência 27% menor de lesão bucal do que aquelas que estão no 3^o trimestre.

TABELA 7- Distribuição dos valores relacionadas à análise bivariada da relação entre presença ou ausência de lesão bucal e as demais variáveis.

Presença de lesão/Variáveis	Qui-quadrado	p-valor	IC95%	RP
Trimestre gestacional	2,93	0,087	0,52-1,04	0,74
Faixa etária	4,05	0,13	-	-
Etnia	4,89	0,081	-	-
Renda	1,07	0,300	0,84-1,80	1,23
Escolaridade	2,84	0,092	0,95-1,91	1,35
Hábito de fumar	0,063	0,802	0,28-2,73	0,87
Ingestão de bebida alcoólica	2,109	0,146	0,94-2,77	1,62
Escovação	0,068	0,794	0,6-1,97	1,08
Uso de fio dental	5,103	0,024	0,45-0,96	0,66
Tempo da última visita ao dentista	2,33	0,126	0,54-1,07	0,76
Consumo de doce	0,016	0,898	0,69-1,39	0,98

Comparando-se idade, que foi dividida em três faixas etárias (14-19 anos, 20-26 anos e 27-39 anos) e presença ou ausência de lesão bucal, encontro-se um p-valor de 0,13, aproximando-se também do p-valor estatisticamente significativo.

Na comparação entre etnia e presença ou ausência de lesão bucal, foi encontrado um p-valor de 0,081, aproximando-se do p-valor estatisticamente significativo.

No teste para distribuição por renda e presença ou ausência de lesão bucal não foi encontrada nenhuma significância estatística (p-valor=0,300). Foi encontrado que quem possui renda menor que 01 salário mínimo, tem uma prevalência de lesão bucal de 23% a mais do que quem ganha 01 ou mais salários mínimos.

Quando comparado escolaridade e presença ou ausência de lesão bucal foi encontrado um p-valor de 0,092, aproximando-se do p-valor estatisticamente significativo. E encontrou-se uma RP de 1,35, ou seja, há uma prevalência 35% maior de lesões bucais em gestantes que têm 4 anos ou menos de estudo do que naquelas com mais de 4 anos de estudo.

No teste que relaciona tabagismo com presença ou ausência de lesão bucal, o p-valor não foi estatisticamente significativo (0,802). Quando se testou a relação entre ingestão de bebida alcoólica e presença ou não de lesão, encontrou-se um p-valor de 0,146. Foi encontrado que mulheres grávidas que fazem uso de bebida alcoólica têm uma prevalência 62% maior de possuir lesão bucal do que aquelas que não fazem uso de bebida alcoólica.

Em relação à higienização, foram encontrados resultados muito discrepantes entre os p-valores para escovação e uso de fio dental, sendo que o p-valor para uso de fio dental foi de 0,024, sendo estatisticamente significativo. Foi encontrada uma RP de 1,08, mostrando que não faz diferença quantas vezes as gestantes escovam os dentes por dia para influências na presença ou ausência de lesão e aquelas que usam fio dental têm uma prevalência 34% menor de desenvolver lesões bucais do que aquelas que não usam.

Ao se analisar a distribuição das gestantes segundo o intervalo de tempo da última visita ao dentista, encontrou-se um p-valor de 0,126. Foi encontrado que aquelas mulheres que consultaram um dentista há menos de 2 anos têm uma prevalência 24% menor de lesão bucal do que aquelas que têm 2 anos ou mais da última consulta. Em relação ao consumo de doces, o p-valor encontrado não foi estatisticamente significativo (0,898).

5.2 ANÁLISE ESTRATIFICADA

A análise estratificada foi empregada no intuito de obter uma boa visualização das variáveis envolvidas nesse estudo de associação. A *odds ratio* (OR) bruta para a associação principal estudada foi de 0,6 conforme tabela 8.

Nesta mesma tabela, verificou-se a interação das co-variáveis quando as suas medidas estrato-específicas não estavam contidas no intervalo de confiança dos estratos opostos. Para a confirmação se havia ou não interação, utilizou-se o teste de homogeneidade de Breslow-Day (Tabela 9). Observou-se que nenhuma das co-variáveis estudadas agiam como modificadoras de efeito. Devido ao pequeno número de gestantes que ingeriam bebida alcoólica ou que fumavam, a análise

dessas duas co-variáveis ficou prejudicada, não entrando em nenhum outro teste a partir deste ponto.

Como nenhuma co-variável apresentou interação na associação, todas foram testadas como potenciais confundidoras. Na verificação de confundimento, nenhuma co-variável mostrou-se, no entanto, associada à presença de lesão bucal nos trimestres gestacionais como foram divididos. Dessa forma, nesse estudo pela análise realizada não houve presença de co-variáveis confundidoras (Tabela 10).

TABELA 8- Análise estratificada da associação entre trimestre gestacional e presença ou ausência de lesão bucal em gestantes atendidas no PSF, Feira de Santana, 2007.

Covariável	n	OR	IC95%
Associação bruta	204	0,6	0,34-1,07
Idade			
14-20 anos	58	0,67	0,21-2,09
21-39 anos	146	0,58	0,29-1,14
Etnia			
Branca	18	0,76	0,11-5,28
Parda/Negra	186	0,59	0,32-1,08
Renda			
< 1salário	47	1,02	0,31-3,31
≥ 1 salário	157	0,51	0,26-0,99
Escolaridade			
≤ 4 anos	92	0,83	0,36-1,94
> 4 anos	112	0,446	0,199-0,99
Tabagismo			
Sim	6	-	-
Não	198	0,6	0,33-1,08
Ingestão de bebida alcoólica			
Sim	10	-	-
Não	194	-	-
Escovação			
≤ 1 vez	17	0,25	0,021-2,94
≥2 vezes	187	0,64	0,34-1,18
Uso de fio dental			
Sim	91	0,66	0,26-1,68
Não	113	0,61	0,28-1,3
Ida ao dentista			
< 2 anos	136	0,60	0,29-1,21
≥ 2 anos	68	0,51	0,18-1,44
Consumo freqüente de doce			
Sim	111	0,60	0,28-1,31
Não	93	0,60	0,25-1,40

TABELA 9. Teste de homogeneidade de Breslow-Day para verificação de interação das co-variáveis estudadas.

Variável	p-valor
Idade	0,83
Etnia	0,81
Renda	0,32
Escolaridade	0,28
Escovação	0,46
Uso de fio dental	0,90
Tempo de ida ao dentista	0,81
Consumo freqüente de doce	0,98

TABELA 10. Associação entre trimestre gestacional e presença ou ausência de lesão bucal em gestantes atendidas no PSF, segundo potenciais co-variáveis de confundimento, Feira de Santana, 2007.

Variável	OR ajustada
Associação bruta	0,6
Idade	0,604
Etnia	0,605
Renda	0,604
Escolaridade	0,605
Escovação	0,601
Uso de fio dental	0,63
Tempo de ida ao dentista	0,56
Consumo freqüente de doce	0,60

5.3 REGRESSÃO LOGÍSTICA

Procedeu-se então a etapa da modelagem com objetivo de obter um modelo final de regressão logística para verificar a existência de algum confundidor ou modificador de efeito quando a variável principal e as co-variáveis foram comparadas conjuntamente. A tabela 11 mostra o modelo inicial com as co-variáveis a serem testadas para modificação de efeito. Nesta etapa são testados os termos-produtos da variável trimestre gestacional com as demais co-variáveis. Neste modelo não foi encontrado nenhum modificador de efeito, uma vez que os p-valores ou os intervalos de confiança encontrados não tiveram significância estatística. Para

verificação de confundimento utilizou-se as co-variáveis idade, renda e etnia. Para isso foram comparadas a OR bruta do trimestre gestacional com as OR ajustadas por cada co-variável independentemente, depois a comparação por par de co-variável e por fim as três co-variáveis conjuntamente. Neste tipo de modelo não foi encontrado nenhum confundidor, visto que as OR ajustadas não sofreram alterações significativas quando comparadas à OR bruta.

TABELA 11- Estimativas de modelo inicial para possíveis modificadores de efeito

Co-variáveis	Coefficiente	Erro padrão	OR	p	IC 95%
Constante	0,5648	6,68	---	0,93	-----
Idade*Tri	-0,0095	0,74	0,99	0,98	0,23-4,24
Etnia*Tri	-0,2025	1,11	0,81	0,85	0,091-7,29
Renda*Tri	-0,8612	0,80	0,42	0,28	0,087-2,93
Escolaridade*Tri	-0,5783	0,69	0,56	0,40	0,14-2,20
Escovação*Tri	1,0125	1,35	2,75	0,45	0,19-39,54
Uso de fio dental*Tri	-0,3901	0,70	0,67	0,57	0,17-2,69
Última visita ao dentista*Tri	-0,2676	0,72	0,76	0,71	0,18-3,14
Consumo de doces*Tri	0,0121	0,66	1,01	0,98	0,30-3,16

Discussão

6 DISCUSSÃO

Gravidez ou gestação pode ser definida como a seqüência de eventos que ocorre após a fecundação do óvulo, o qual se desenvolve até chegar o feto a termo, período em que ocorrem diversas alterações no organismo da mulher em resposta ao feto e à placenta em rápido crescimento (TIRELLI et al, 1999). As mudanças hormonais que ocorrem no organismo da mulher levam a alterações sistêmicas e locais, podendo comprometer a saúde bucal da gestante.

Nesta pesquisa, foram coletados os dados de 204 gestantes atendidas no Programa de Saúde da Família do município de Feira de Santana. Como relatado na metodologia, os PSFs onde as amostras foram coletadas foram escolhidos aleatoriamente de todos os cinco subdistritos do município no intuito de diversificar a amostra.

Em relação à idade, foi encontrada uma variação de 14 a 39 anos, com média de 22 anos de idade. Observando-se a distribuição etária nota-se que a maioria das gestantes encontrava-se abaixo dos 30 anos, justamente o período de maior fertilidade feminina. Neste ponto, verificou-se similaridade com os estudos de Menino e Bijella (1995), Coutinho e outros (2005). Por outro lado, diverge dos estudos de Malavé e outros (2001) e Guzmán e Suarez (2004), que encontraram uma variação da faixa etária de 15-49 anos, com média de 30 anos e Romero e outros (2001), que tiveram gestantes de até 65 anos de idade. Estes achados de gestantes em faixas etárias maiores que 35 anos ocorre, na sua grande maioria, devido às mudanças de estilo de vida das mulheres que entram no mercado de trabalho e acabam optando por ter filhos em idades mais avançadas.

Uma alta porcentagem (24%) de gestantes adolescentes também pôde ser observada neste estudo. Pinto e outros (2005) também encontraram uma alta prevalência de gestantes adolescentes (31,9%). Isso demonstra que apesar das políticas públicas de planejamento familiar, com distribuição de preservativos e pílulas anticoncepcionais, este grupo ainda precisa de políticas educativas mais efetivas para diminuição deste índice. Esse aumento de gestações na adolescência se torna grave devido ao risco da gravidez nesta faixa etária e ainda pior porque

este fenômeno ocorre com maior freqüência nas camadas menos favorecidas, tornando-se assim um problema social.

Quanto à etnia, a maioria das gestantes (65,7%) era parda, seguida da cor negra (25,5%) e apenas 8,8% tinham a cor branca, o que não corrobora com o estudo de Tonello e outros (2007) que encontrou uma alta porcentagem de mulheres brancas (46,4%) em seu estudo realizado em Mato Grosso, Brasil. De acordo com o censo de 2000 (IBGE) a população da região Nordeste era constituída na sua maioria por pardos (57,5%), seguida de brancos e negros, porém o que ocorre na Bahia é uma baixa porcentagem de brancos (19%) de acordo com o censo de 1991, mostrando que a distribuição por etnia encontrada neste estudo condiz com a realidade baiana.

Quanto ao trimestre gestacional em que se encontravam, observou-se que 23% estavam no 1^o trimestre gestacional, 38,2% no 2^o trimestre e 38,7% no 3^o trimestre. Estes dados foram encontrados de forma similar, quando comparada a baixa porcentagem de gestantes no 1^o trimestre gestacional, no estudo de Garbero e outros (2005) em que 14,7% das gestantes encontravam-se no 1^o trimestre, 32,2% estavam no 2^o e 52,9%, no 3^o trimestre. Este resultado ocorreu devido a uma série de fatores: grande parte das gestantes descobria a gravidez a partir do segundo trimestre, muitas mulheres não procuravam atendimento pré-natal logo no início da gestação, muitas não encontraram vagas ou não achavam necessário iniciar o pré-natal logo no início da gravidez. É o que demonstra o estudo de Pinto e outros (2005) onde 33,3% das gestantes só procuraram atenção médica após o primeiro trimestre de gravidez.

Quanto à renda, os achados deste estudo mostraram que a grande maioria das mulheres (68,6%) possuíam uma renda de um a três salários mínimos, 23% delas tinham uma renda mensal menor que um salário mínimo e apenas 8,3% declararam ter uma renda de quatro a seis salários mínimos mensais. O que corrobora com os achados de Menino e Bijella (1995), onde 70,6% das gestantes declararam viver com três ou menos que três salários mínimos. Já no estudo de Cruz e outros (2005) a grande maioria (63,7%) viviam com apenas um ou menos que um salário mínimo. Esses resultados mostram que estas mulheres, por possuírem menor renda, tendem a ter um acesso mais restrito a informações sobre

saúde e até mesmo a um atendimento odontológico, pois como apontam alguns estudos (BARROS; BERTOLDI, 2002, RAMOS; LIMA, 2003, ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003) uma grande parcela da população não tem acesso a este tipo de serviço, por falta de recursos financeiros ou por falta de profissionais nas unidades de saúde.

Medeiros e Rosenblatt (2006) encontraram ao realizar um estudo com gestantes atendidas em consultórios particulares e na rede pública uma discrepância na renda entre estes dois grupos. No grupo atendido em consultório particular, 21,7% possuíam renda entre 2-3 salários mínimos e 62,2% maior que 5 salários mínimos, enquanto que no grupo atendido na rede pública 40,4% recebiam de 2-3 salários mínimos e apenas 10,7% recebia acima de 5 salários mínimos, podendo perceber, com isso, que mulheres atendidas na rede pública possuem uma renda inferior a daquelas atendidas na rede privada.

Quando inquiridas sobre a ocupação, 53,9% das gestantes declararam-se donas-de-casa, 15,7% eram estudantes, 9,3% delas disseram estar desempregadas e 21,1% delas declararam outro tipo de ocupação. O que corrobora com os estudos de Menino e Bijella (1995), que encontraram uma percentagem de 59,3% das gestantes tendo como principal ocupação os afazeres domésticos. Cruz e outros (2005) obtiveram uma porcentagem de 75,5% dos casos e 68,5% dos controles de donas-de-casa, domésticas ou estudantes; Coutinho e outros (2005) encontraram uma percentagem muito semelhante de gestantes que declararam ter como ocupação principal o trabalho de donas-de-casa sem remuneração. Esta alta porcentagem de mulheres que não trabalham se deve ao fato destas possuírem outros filhos e não terem condições financeiras de pagar uma babá para cuidar destes ou ainda, devido à baixa escolaridade nesta população, estas mulheres não têm qualificação para encontrar um emprego que não seja de empregada doméstica.

Quanto à escolaridade, verificou-se que 36,6% das gestantes da amostra possuíam o ensino fundamental incompleto, 8,3% possuíam o ensino fundamental completo, 19,6% possuíam o ensino médio incompleto e 34,8% possuíam o ensino médio completo. Apenas uma gestante possuía o ensino superior completo e uma era analfabeta. Achados semelhantes foram mostrados no estudo de Coutinho e outros (2005), onde 33% possuíam ensino fundamental incompleto, 13% ensino fundamental completo, 33% ensino médio completo e apenas 0,4% ensino superior.

No estudo de Menino e Bijella (1995), 62,3% das gestantes não completaram o ensino fundamental. No estudo de Cruz e outros (2005), 34,3% dos casos e 28,7% dos controles possuíam menos de 4 anos de estudo. Esses resultados têm evidenciado o baixo grau de escolaridade encontrado entre mulheres de classe baixa, sendo este um fator para o agravamento de algumas enfermidades em saúde, pois pessoas com baixo nível de instrução possuem pouca informação sobre conhecimento básico em saúde bucal, por exemplo.

Já no estudo de Medeiros e Rosenblatt (2006), é notável a discrepância quanto ao nível de escolaridade entre as gestantes atendidas na rede pública e na rede particular, onde 47,8% possuíam o ensino médio e 30,4% possuíam o ensino superior, enquanto que apenas 2,2% possuíam o ensino superior entre aquelas atendidas na rede pública. E a maioria do grupo atendido na rede pública (63,8%) só estudou até o ensino fundamental. Com isto pôde-se observar que mulheres de classes mais altas, ou seja, aquelas atendidas em consultório particular possuem maior nível de escolaridade do que aquelas que são atendidas na rede pública.

Em relação ao tabagismo, apenas 2,9% delas declararam ser fumantes e 4,9% declararam fazer uso de bebida alcoólica. O estudo de Cruz e outros (2005) mostra porcentagens semelhantes para estes dois hábitos: 8,8% de gestantes fumantes nos casos e 6,5% nos controles, e 9,8% de gestantes que fazem uso de bebida alcoólica dentre os casos e 7,5% nos controles. Este resultado pode ser um indicativo da conscientização das gestantes sobre os malefícios do fumo e do uso de bebida alcoólica para si e para o seu bebê, ou ainda por não se sentirem a vontade em relatar que bebiam ou fumavam. Porém, no estudo de Pinto e outros (2005) foi encontrada uma porcentagem de 20,3% de gestantes fumantes e 10,1% de gestantes etilistas, uma porcentagem alta, principalmente por este ser formado por grande parte de adolescentes, o que demonstra a falta de interesse destas na saúde do seu bebê ou ainda um baixo grau de responsabilidade destas, por serem adolescentes.

Quando inquiridas sobre se faziam ingestão de doce mais de duas vezes ao dia, 54,4% declaram que sim. Dentre os doces mais frequentemente consumidos, elas relataram chocolate, refrigerantes e biscoito recheado. Este fato ocorre, pois a maioria das gestantes se sente liberada, muitas vezes por recomendação médica, para comer mais vezes ao dia com o pretexto que estão se alimentando por duas

peças, contudo, muitas delas não fazem deste um momento para se alimentar de maneira adequada, com frutas, legumes e alimentos integrais. É sabido que a frequência e a qualidade da alimentação influenciam na presença do biofilme bacteriano e assim para um aumento da frequência de gengivite e cárie.

Em relação à escovação, a grande maioria das gestantes, 91,7%, declararam escovar 2 vezes ou mais ao dia e 8,3% delas, uma vez ou nenhuma vez ao dia. Nos estudos de Coutinho e outros (2005) e de Ribeiro, Oleinski e Calvo (2006), 100% das gestantes escovavam os dentes duas vezes ou mais ao dia, e no de Menino e Bijella (1995), essa porcentagem foi de 98,7% e apenas 1,7% declararam escovar os dentes apenas uma vez ao dia. No estudo de Cruz e outros (2005), foi encontrada uma porcentagem de 91,1% de gestantes que escovavam os dentes 2 vezes ou mais ao dia nos casos e 90,9% nos controles. Como podemos verificar através do nosso trabalho e dos demais autores aqui citados, a maioria das gestantes já escovam seus dentes pelo menos duas vezes ao dia, o que mostra uma educação prévia a respeito deste hábito. Aquelas gestantes que declararam escovar os dentes uma vez ao dia ou nenhuma vez, relataram como causa os freqüentes enjoos ao escovar os dentes, principalmente no turno matutino, como relatado no estudo de Ribeiro, Oleinski e Calvo (2006), onde 11% das gestantes diminuíram a frequência da escovação por causa da gravidez.

O uso do fio dental é feito por 44,6% das entrevistadas, o que apóia o estudo de Menino e Bijella (1995) que encontraram uma porcentagem de 42% de gestantes que usavam o fio dental. Porém uma porcentagem contrastante a este estudo foi encontrada nos estudos de Cruz e outros (2005) que encontraram uma porcentagem em torno de 80% de gestantes que fazem uso do fio dental e o de Silveira e outros (2000) uma porcentagem de apenas 30%. No estudo de Medeiros e Rosenblatt (2006) encontrou-se que 73,9% das gestantes atendidas na rede particular faziam uso de fio dental, enquanto que 57,5% das atendidas na rede pública o faziam. Este estudo obteve resultados semelhantes ao de Medeiros e Rosenblatt (2006) quando comparados aos achados das gestantes que eram atendidas na rede pública, o que mostra mais uma vez que mulheres com maior renda e grau de escolaridade possuem maiores conhecimentos sobre higiene bucal, fazendo assim o uso do fio dental como coadjuvante ao uso da escova dental e

dentrifício na sua higienização oral diária e prevenindo doenças bucais como a gengivite.

Quanto ao intervalo de tempo da última visita ao dentista, 6,4% declararam nunca ter ido ao dentista, 48% disseram ter um ano ou menos que foram ao dentista e 27% declararam ter 2 anos ou mais. Porém a grande maioria relatou que fazia mal para o bebê ir ao dentista durante a gravidez, que não poderia fazer nenhum tratamento dentário ou que até mesmo alguns cirurgiões-dentistas disseram esperar o término da gravidez para iniciar o tratamento, o que demonstra talvez um despreparo destes para trabalhar com esse público-alvo. Este relato pôde ser observado no estudo de Ribeiro, Oleinski e Calvo (2006), onde 60% declararam não ter ido ao dentista durante a gravidez pelos seguintes motivos: 20% acreditavam não ter necessidade de ir ao dentista, 15% disseram ser por falta de recurso financeiro e 22% por que estavam grávidas e o tratamento odontológico neste período é contra-indicado.

Outro grande problema relatado pelas gestantes entrevistadas foi a falta de dentistas nos PSFs do município ou a falta de vagas quando havia cirurgiões-dentistas nas unidades, como relatado no estudo de Albuquerque e outros (2004). Esta falta de cirurgiões dentistas nas Equipes de Saúde da Família ainda é muito freqüente, principalmente nos municípios da região nordeste, como mostra dados da PNAD, 1998 (IBGE, 2000), apesar de que os profissionais de saúde bucal foram incorporados na equipe básica do PSF desde o ano 2000 (LACERDA; TRAEBERT, 2006).

No exame clínico para detecção de lesões bucais nas gestantes da amostra deste estudo, 38,2% delas apresentaram algum tipo de lesão. Quanto ao tipo de lesão encontrada, 30,4% eram gengivite gravídica, 1,0% granuloma piogênico, 2,5% candidíase atrófica eritematosa, 2% língua geográfica, 1% queilite solar e 1,5% candidíase pseudomembranosa. Gusmán e Suárez (2004) encontraram 54,5% das gestantes com gengivite, 5,38% com leucoedema, 4,3% com úlcera traumática, 3,23% com língua geográfica, 3,23% com queratose irritacional e 2,15% com granuloma piogênico. Outros estudos, como de Malavé e outros (2001), Coutinho e outros (2005), Moimaz e outros (2006), Tonello e outros (2007), encontraram uma porcentagem acima de 50% de gestantes apresentando gengivite.

O aumento da predisposição à gengivite durante a gravidez foi relatado na literatura, como citado anteriormente, e tem sido associado à resposta inflamatória frente à placa bacteriana, justificada pelas altas taxas de estrógeno e progesterona durante a gravidez (LASCALLA; MOUSSALLI, 1995, MACHADO; ARTÓRIO, 2001, MALAVÉ et al, 2001, RODRÍGUEZ; LÓPEZ-LABADY; LAZARDE; ARREAZA, 2003 NEVILLE et al, 2004, SURESH; RADFAR, 2004). Durante a gestação também ocorrem alterações comportamentais que podem interferir na saúde bucal. Há um aumento da frequência da ingestão de alimentos, por necessidade ou por orientação. Por outro lado, os enjôos frequentes, principalmente nos primeiros meses, dificultam a frequência e qualidade da escovação dentária.

Uma outra lesão muito associada à gestação é o granuloma piogênico ou tumor gravídico (SONIS et al, 1996, NEVILLE et al, 2004). Aparece durante a gravidez devido às mudanças hormonais que ocorrem neste período, como o aumento dos níveis de progesterona e estrogênio, com a progressão da gravidez (LÓPEZ--LABADY; LAZARDE; ARREAZA et al. 2003).

Outras lesões que foram encontradas na amostra deste estudo como estomatite protética, que está associada de acordo com Neville e outros (2004) com o uso de modo contínuo da prótese dentária superior removível, se caracteriza por áreas eritematosas localizadas na área das bordas das próteses superiores. A queilite solar que é caracterizada como uma alteração difusa e pré-maligna do vermelhão do lábio inferior, tem como causa principal a exposição excessiva à radiação solar (NEVILLE et al, 2004). Por se tratar de uma população com baixa renda, normalmente, essas mulheres procuram protéticos para a confecção de suas próteses, que são feitas de forma incorreta, causando problemas como este tipo de estomatite.

A língua geográfica ou glossite migratória é uma alteração, na maioria das vezes, assintomática que ocorre mais comumente na superfície dorsal da língua, que requer tratamento exclusivamente quando há sensação de queimação ou ardência da língua (SONIS et al, 1996). E por fim, a candidíase pseudomembranosa, que é uma forma de infecção por *Cândida*, caracterizada pelo aparecimento de uma placa branca aderente à mucosa bucal podendo ser removida à raspagem. A candidíase pode se iniciar pela supressão do sistema imunológico (NEVILLE et al,

2004), como na gestação ocorre uma redução neste sistema, esta pode ser uma das causas do aparecimento da gengivite no período gestacional.

Desta forma, podemos observar que a gengivite, o granuloma piogênico e a candidíase pseudomembranosa podem estar sendo influenciados pela gravidez, enquanto que as outras lesões encontradas neste estudo estão relacionadas às respostas individuais e aos fatores de risco de cada lesão.

Durante a análise bivariada foi utilizado o teste Qui-Quadrado para verificar a existência da relação entre a presença de lesão e as demais variáveis do estudo. Na comparação entre trimestre gestacional e presença de lesão bucal, não foi encontrado um p-valor estatisticamente significativo (0,087). No entanto, a razão de prevalência para esta comparação mostra que mulheres que se encontram no 1º e 2º trimestres gestacionais têm menor prevalência de lesão bucal do que aquelas que se encontram no 3º trimestre e este é um dado importante do ponto de vista clínico e de planejamento de intervenções.

Malavé e outros (2001) em estudo longitudinal, comparando-se as condições gengivais de gestantes no 3º e 8º mês, perceberam que há um aumento na gravidade da gengivite do 3º para o 8º mês de gestação, demonstrando que com a progressão da gravidez, há um aumento da resposta inflamatória causado pelo aumento da secreção de progesterona e estrogênio.

Quanto à comparação entre a presença de lesão e as co-variáveis faixa etária, etnia, escolaridade, ingestão de bebida alcoólica e intervalo de tempo da última visita ao dentista, foram encontrados p-valores próximos ao p-valor estatisticamente significativo, o que, talvez, poderia ser mudado aumentando-se o número de gestantes da amostra. Já que se esperava uma associação significativa entre esses fatores e a presença de lesão bucal.

Embora não tendo encontrado um valor estatisticamente significativo para as co-variáveis escolaridade e intervalo de tempo da última visita ao dentista foi encontrada uma razão de prevalência mostrando que há uma maior prevalência de lesões bucais entre aquelas mulheres com 4 anos ou menos de estudo do que aquelas com mais de 4 anos e uma maior prevalência de lesões bucais dentre aquelas que têm 2 anos ou mais que tiveram uma consulta com um dentista.

Como é visto no estudo de Medeiros e Rosenblatt (2006), mulheres atendidas nos consultórios particulares e que possuem um maior nível de escolaridade apresentam menos receio de procurar um dentista e relataram melhor cuidado com sua higiene bucal.

A consulta odontológica, não só durante a gravidez, mas em qualquer período, se faz importante para o diagnóstico precoce e tratamento de qualquer lesão bucal. Outro ponto chave são as informações sobre a prevenção de certas doenças bucais e o esclarecimento à gestante a respeito da necessidade de se consultar um dentista e da higienização bucal, com uso da escova e fio dental.

Em relação à co-variável uso de fio dental, o p-valor de 0,024 é estatisticamente significativo, ou seja, há uma relação entre o uso de fio dental e a presença ou ausência de lesão bucal em gestantes nesta amostra. Foi encontrado que gestantes que não fazem uso do fio dental têm uma prevalência 31% maior de lesão em boca do que aquelas gestantes que fazem o seu uso, pois esta atitude é importante para uma boa higienização, evitando-se assim, acúmulo de placa bacteriana e o aparecimento da gengivite e do granuloma piogênico. Em relação às outras lesões encontradas, como a candidíase, a queilite solar e a estomatite protética, o uso do fio dental não tem nenhuma implicação sobre o aparecimento destas.

Com relação às co-variáveis renda, tabagismo, escovação e frequência de consumo de doces não foram encontrados p-valores estatisticamente significativos. Quando as co-variáveis tabagismo e escovação foram referidas, pôde-se ter chegado a resultados que não mostraram significância estatística entre eles e presença ou ausência de lesão devido à homogeneidade nestes dois grupos, onde mais de 90% das gestantes escovavam os dentes mais de duas vezes ao dia e não faziam uso do tabaco, apesar de vários estudos (LINS et al, 2005, SHEARER et al, 2005, MOREIRA; MAGALHAES, FERREIRA, 2004) relatarem o uso do tabaco como importante causador de gengivite e a importância da higienização bucal na prevenção desta enfermidade.

No que se refere à renda, este resultado pode ter sido encontrado devido à pequena quantidade de gestantes que possuíam uma renda familiar menor que 01 salário mínimo, o que não está de acordo com o estudo de Malavé e outros (2001) que encontraram uma associação significativa entre gengivite e estrato social,

mostrando que mulheres que se encontram em classes sociais mais baixas possuem hábitos de higienização mais precários, assim como uma maior quantidade de placa bacteriana e cálculo dental, o que exacerba as possibilidades de desenvolvimento de gengivite e periodontite.

Apesar de não se ter encontrado nenhuma variável atuando como confundidora ou modificadora de efeito na análise estratificada, onde cada variável foi testada uma a uma, partiu-se para a etapa de modelagem da regressão logística, onde as variáveis foram testadas conjuntamente, na qual também não encontrou nenhuma variável modificadora de efeito ou confundidora.

Na literatura, não foi encontrado nenhum estudo que utilizasse o modelo de regressão logística ou análise estratificada para verificar associação entre trimestre gestacional e presença de lesão bucal em gestantes, apenas estudos descritivos como os citados anteriormente.

Assim, o que se pôde concluir, nesta amostra, é que o aumento da frequência de lesões bucais com o decorrer da gestação ocorre independentemente das demais co-variáveis analisadas neste estudo, apesar de não se ter encontrado um p-valor estatisticamente significativo, esse valor foi próximo do esperado.

Apesar dos resultados finais mostrarem que a presença de lesão na gestação tem aumentado com o trimestre gestacional sem sofrer influências das demais co-variáveis deste estudo, se faz importante enfatizar a necessidade de educação continuada em saúde bucal e de cuidados profissionais para estas mulheres, pois é sabido que para ocorrer problemas como gengivite e periodontite, se faz necessário a presença de fatores irritantes locais, como biofilme bacteriano e cálculo dentário. E a fim de que ocorra a prevenção destas doenças, uma boa higienização é indispensável.

Outro ponto importante a se enfatizar é a importância de novos estudos sobre este assunto, por este ser um tema pouco explorado e de grande relevância.

Conclusão

7 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, concluiu-se que:

- Quanto à presença de lesão, 38,2% das gestantes possuíam algum tipo de lesão bucal, sendo que a gengivite foi a mais prevalente de todas com 30,4% dos casos.
- Não foi encontrada nenhuma associação entre a presença de lesões bucais em gestantes e os aspectos biossociais como renda, escolaridade, idade, etnia, dentre outros aqui estudados.
- Mulheres que se encontram nos 1^o e 2^o trimestres gestacionais têm uma menor prevalência de lesão bucal do que aquelas que se encontram no 3^o trimestre gestacional.
- Não foi encontrado nenhum fator de risco, como renda, escolaridade, etnia, higienização atuando como causa da presença de lesão neste grupo, além da gravidez. Apenas o uso do fio dental atuou como fator de proteção para a presença de lesão bucal.

Referências

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, O. M. R. et al. Avaliação do sistema de agendamento de consultas odontológicas para gestantes do Cabo de Santo Agostinho. **Rev. Fac. Odontol. Pernambuco**; v:18, n.1/3, p.45-50, jan.-dez. 2000.

ALBUQUERQUE, O. M. R. et al. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.3, 2004.

ASSIS, M. M. A; VILLA, T. C. S., NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciênc & Saúde Coletiva**. vol.8, n.20, p.815-823, 2003.

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciênc. saúde coletiva**;v.7, n.4, p.709-717, 2002.

BATISTELLA, F. I. D. et al. Conhecimento das gestantes sobre saúde bucal: na rede pública e em consultórios particulares. **RGO (Porto Alegre)**;v.54, n.1, p.67-73, jan.-mar. 2006.

BRASIL. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde, 1996, 24 p.

CARRARA, H. H. A.; DUARTE, G. Semiologia Obstétrica. **Simpósio: Semiologia Especializada**. Medicina, Ribeirão Preto, n.29, p.88-103, 1996.

COHEN, L. K. Converting unmet need for care to effective demand. *Int Dent J*, v.37, p.114-6, 1987 apud ALBUQUERQUE et al. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n.3, p.789-796, mai-jun, 2004.

COUTINHO, N. N. et al. Control de la enfermedad periodontal y caries en gestantes. **Rev. Fundac Juan José Carraro**, v. 10, n. 21, p. 33-39, 2005.

CRUZ, S. S. et al. Doença Periodontal materna como fator associado ao baixo peso ao nascer. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.5, p. 782-87. 2005.

DATASUS. Disponível em: www.datasus.gov.br. Visitado em: 31 de julho de 2006.

DIAS, A. A. et al. **Saúde Bucal Coletiva- Metodologias de Trabalho e Práticas**. São Paulo: Santos. 2007.

FACHIN, O. **Fundamentos de Metodologia**. São Paulo: Saraiva, 4ª. Ed. 2005.

FELDENS, E. G. et al. A percepção dos médicos obstetras a respeito da saúde bucal da gestante. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 5, n. 1, p. 41-46, jan./abr. 2005

FREEMAN, R. Barriers to accessing and accepting dental care. **Braz Dent Journal**; n.187, n.2, p.81-4,1999.

GARBERO, I. et al. Salud oral en Embarazadas: Conocimientos y Actitudes. **Acta odontol. venez** v.43 n.2, mayo, 2005.

GARCIA, A. Squamous Cell Carcinoma of the Maxila during pregnancy: report of case. **J Oral Maxillofac Surg**, v.59, p.456-61, 2001.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1994.

GUZMÁN, L. M. D.; SUÁREZ, J. L. C. Lesiones de la mucosa bucal y enfermedad periodontal en embarazadas. **Med. oral patol. oral cir. bucal**. vol.9, no.5, nov.-dec. 2004.

HABASHNEH, R. A. et al. Factors related to utilization of dental services during pregnancy. **J Clin Periodontol**; v. 32, n. 7, p.815–821. 2005

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

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. . **Acesso e utilização de serviços de saúde. PNAD 1998.**, Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. . **Acesso e utilização de serviços de saúde. PNAD 2003.**, Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Disponível em: www.ibge.gov.br. Visitado em 31 de julho de 2006.

JAFARZADEH, H et al. Oral Pyogenic Granuloma: a review. **Journal of Oral Sci**. v.48, n.4, p.167-175, 2006.

KASSOUF, A. L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Rev. Econ, Sociol. Rural**, v.43, n.1, 2005.

LACERDA, J. T.; TRAEBERT, J.L. **A Odontologia e a Estratégia Saúde da Família**. Tubarão:Unisul, 2006.

LACERDA, J. T. et al. Dor de origen dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. **Rev. Saúde Pública**, vol.38, n.3, 2004.

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

LASCALLA, N. T., MOUSSALLI, N. H. **Compêndio Periodontal**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas; 1995.

LAWOYIN J. O., AROTIBA J. T., DOSUMU O. Oral pyogenic granuloma: a review of 38 cases from Ibadan, Nigeria. **Br J Oral Maxillo Surg**, v.35, p.185-189, 1997.

LAWOYIN, J. O. et al. Prevalence of pregnancy related oral granuloma in a Nigerian population group and the possible role of contraceptives. **Afr J Med Med Sci**, v.32, n.4, p.409-12, 2003.

LINS, R. D. A. U. et al. O relevante papel do fumo como fator modificador da resposta imune na doença periodontal. **Rev. bras. odontol**, v.62, n.1/2, p.128-131, 2005.

LÓPEZ-LABADY, J., LAZARDE, J., ARREAZA, A. Granuloma Piogénico de Gran Tamaño en Paciente Embarazada: Presentación de un caso. **Acta odontol. Venez**, v.41, n.3, ago, 2003.

LOWDERMILK, D. L., PERRY, S. E., BOBAK, I. M. **O Cuidado em Enfermagem Materna**. 5ª. edição. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MACHADO, W. A. S.; SARTÓRIO, M. L. A doença periodontal na gravidez. **Rev. Brasileira de Odontol**, v.58, n. 5, p. 306-308, 2001.

MALAVÉ, L. M. et al. Estrato Social y Prevalencia de Gingivitis en Gestantes. Estado Yaracuy, Municipio San Felipe. **Acta odontol. venez** v.39 n.1, 2001.

MAULDIN J. G.; NEWMAN, R. B. Preterm birth risk assessment. **Semin Perinatol**, v. 25, p.215-22, 2001.

MEDEIROS, E. B. de, ROSENBLATT, A. Percepção das gestantes sobre sua saúde bucal. **J Bras Clin Odontol Int** - Edição Especial, 2006.

MEDRONHO et. al. **Epidemiologia**. São Paulo. Editora Atheneu, 2002. 493p.

MENINO, R. T. M.; BIJELA, V. T. Necessidade em Saúde Bucal em Gestantes dos Núcleos de Saúde em Bauru. Conhecimentos com relação à própria saúde bucal. **Revista FOB**. v.3, n. 1/4, p.5-16, jan/dez, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde; 2000.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Condição periodontal durante a gestação em um grupo de mulheres brasileiras. **Ciênc. odontol. bras**, v.9, n.4, p.59-66, out.-dez. 2006.

MOLITERNO, L. F. M. et al. Association between periodontitis and low birth weight: a case-control study. **Journal of Clin Periodont** V. 32, n. 8, p. 886-90, 2005.

MOREIRA, A. N., MAGALHAES, C. S. de, FERREIRA, R. C. Iniciadores y factores de riesgo para la enfermedad periodontal. **Rev. Fundac. Juan Jose Carraro**, v.9, n.19, p.16-19, 2004.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia Oral & Maxilofacial**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

OJANOTKO-HARRI A. O., et al. Altered tissue metabolism of progesterone in pregnancy gingivitis and granuloma. **J Clin Periodontol** , v. 18, n. 4, p. 262-6, 1991.

OLIVEIRA, S. L. Fazendo a ciência. In: OLIVEIRA, S. L. **Tratado de Metodologia Científica**. São Paulo: Pioneira, 1997. cap. III, p.105-132.

ORTEGA, M. M. et al. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la paciente embarazada que requiera tratamiento endodóntico. **Rev. Fed. Odontol. Colomb.**, mar.-mayo, 2004.

OTSUKA, K. et al. Treatment of Mandibular Malignant Fibrous Histiocytoma during pregnancy. **J Oral Maxillofac Surg**, v.59, p.220-24, 2001.

PERALLES, P. G. et al. Gingival and alveolar hyperplastic reactive lesions: clinicopathological study of 90 cases. **Braz. J Oral Sci**; v.5, n.18, 2006.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2006.

PINTO, L. F. et al. Perfil social das gestantes em unidades de saúde da família do município de Teresópolis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p.205-213, 2005.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. saúde pública**; v.19, n.1, p. 27-34, jan.-fev. 2003

REZENDE, J. de, MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. 10ª. edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

RIBEIRO, D. M.; OLEINISKI, D. M. B.; CALVO, M. C.M. Avaliação das alterações dos hábitos de higiene bucal de gestantes atendidas no hospital universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis. **J Bras Clin Odontol Int - Edição Especial**, 2006.

ROCHA, C. de V., ARAÚJO, I. C. de. **A relação da gravidez com manifestações gengivais**. Fev, 2006 (citado em 24 de maio 2006)Disponível na World Wide Web: <http://www.odontologia.com.br>.

RODRÍGUEZ, C. H. ; LÓPEZ, S. M. El embarazo: Su relación con la salud bucal. **Rev. cuba. estomatol**; v. 40, n. 2, 2003

ROMERO, R. M. D., et al. Actudes que influyen en la demanda del servicios odontológicos em la gestación. **Revista ADM**. Vol.58, n.2, 2001

ROSELL, F. L., MONTANDON-POMPEU, A. A . B. e VALSECKI JR., A. Registro periodontal simplificado em gestantes. **Rev. Saúde Pública**. [online]. abr. 1999, vol.33, no.2 [citado 01 Maio 2006], p.157-162. Disponível em <http://www.scielo.br> Acesso em: 15.fev.2007.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SALVOLINI, E. et al. Biochemical modifications of human whole saliva induced by pregnancy. **Br J Obstet Gynaec**, v.105, p.656-60., 1998.

SANCHEZ J. G., et al. Granuloma Piogenico. Reporte de dos casos de aparición inusual y revisión de la literatura. **Acta odontol. venez** v.38 n.2 Caracas jun. 2000.

SANTOS, A. M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do programa Saúde da Família: o caso de Alagoinha, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.1, jan, 2007.

SARIFAKIOGLU, E.; GUNDUZ, C.; GORPELIOGLU, C. Oral mucosa manifestations in 100 pregnant versus non-pregnant patients: an epidemiological observational study. **Eur J Dermatol**, v.16, n.6, p.674-6, 2006.

SERRUYA, S. J. et al. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimetro no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v.26, n.7, 2004.

SHEARER, B. et al. Reducing variability and choosing ideal subjects for experimental gingivitis studies. **J Clin Periodontol**, v.32, n. 7, p.784-8, 2005.

SILVEIRA, R. S. J. et al. Avaliação das condições de saúde e higiene bucal em gestantes. **Rev. Cons. Reg. Odontol. Pernambuco**, v.3, n.2, p. 61-70, jul.-dez. 2000.

SOARES, S.; FORTUNATO, S.; MOREIRA, A.L. Texto de apoio: **Adaptações morfo-funcionais na mulher grávida**. Ano letivo 2003. Disponível em: <http://fisiologia.med.up.pt/Textos_Apoio/AdaptFisiolGrav.>. Acesso em: 23.ago.2007

SONIS, S. T et al. **Princípios e Prática de Medicina Oral**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.

SOUZA, A. I.; FILHO, M. B.; FERREIA, L. O. C. Alterações hematológicas e gravidez. **Rev bras. hematol. hemoterap.** v. 24, n.1, 2002.

SPOSTO, M. R et al. Atendimento odontológico da paciente gestante: Complicações e cuidados a serem adotados. *Odonto* 2000, Araraquara, v. 1, n. 1, p. 20-23, 1997 apud FELDENS, Eliane Gerson et al. A percepção dos médicos obstetras a respeito da saúde bucal da gestante. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 5, n. 1, p. 41-46, jan./abr. 2005

SURESH, L.; RADFAR, L.. Pregnancy and lactation Oral. **Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology & Endodontics**, vol. 97, Issue 6, June, p.672-682 , 2004.

TIRELLI, M. C. Conhecimento, atitudes e práticas dos médicos ginecologistas e obstetras em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico de pacientes gestantes. **Tese(doutorado)**- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo- São Paulo, 2004.

TONELLO, A. S. et al. Assessment of oral health status of pregnant women participating in a family health program in the city of Lucas do Rio Verde-MT-Brazil. **Braz J Oral Sci**, v.6, n.20, 2007.

TUNES, U. R., FONSECA, L., CORREIA, A. P. Estudo de alterações periodontais em gestantes e sua relação com a microbiota de amostras da placa subgengival, detectada pelo Teste Bana. **Revista Periodontia**, v.8, n.1, 1999.

VALENA V., YOUNG W. G. Dental erosion patterns from intrinsic acid regurgitation and vomiting. **Aust Dent J**, vol. 47, n. 2, p.106-15, 2002.

XAVIER, H. S., XAVIER, V. B. C. **Cuidados odontológicos com a gestante**. São Paulo: Santos; 2004.

YALCIN, F. et al. The effect of sociocultural status on periodontal conditions in pregnancy. **J. Periodontol**, v. 73, n.2, p.178-82. 2002.

ZÁRATE, O.G., CASTELLANOS, J. L., GUZMÁN, L. D. Series en medicina bucal XI. Embarazo en odontologia. **Revista ADM**, vol. 63l, no. 3, maio-junho, 2005.

Apêndices

Apêndice A- Formulário

APÊNDICE A – Formulário

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
 DEPARTAMENTO DE SAÚDE
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
 PESQUISA: **RELAÇÃO DE LESÕES BUCAIS E ASPECTOS BISSOCIAIS EM GESTANTES NO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA-BA.**

FORMULÁRIO

Data: ___/___/___

Nº: _____

End. Res.: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____
 CEP: _____ Estado: _____ Telefone _____ RG _____

FATORES BIOLÓGICOS:

Data/Nasc. ___/___/___ *Idade* _____

Etnia:

- Branco
 Pardo
 Indígena
 Amarelo
 Negro

Está com quantos meses de gravidez? _____

Apresenta algum desses problemas?

- Diabetes
 Doença cardíaca
 Problemas na tireóide
 Pressão alta
 Câncer
 Problemas gastrointestinais _____
 Doença renal
 Artrite
 Outros: _____

- História Médica:

Com quantos meses de gravidez começou o pré-natal? _____

Você faz o pré-natal regularmente? Sim Não

Se não, por qual motivo? _____

Você utiliza algum tipo de medicamento? Sim Não

Se SIM: Qual? _____

Motivo: _____ Período: _____

Frequência: regular eventualToma alguma suplemento vitamínico? Sim Não

Se SIM: Qual? _____

ORGANIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE:

a) Assistência odontológica

Quando foi a última visita ao dentista? _____

Qual foi o último tratamento realizado? _____

Consulta periodicamente o dentista? Sim Não

Se sim, com que frequência vai ao dentista? _____

Já perdeu algum dente? Sim Não

Se SIM: Como?

Cárie Piorrécia

Trauma Indicação de ortodontista Outro: _____

Há quanto tempo? _____

FATORES AMBIENTAIS:

A) Ocupação:

Ocupação Atual: _____ Tempo de Atividade: _____

Ocupação Anterior : _____ Tempo de Atividade: _____

B) Escolaridade:

1º grau incompleto

1º grau completo

2º grau incompleto

2º grau completo

C) Renda familiar:

menor que um salário mínimo

renda de 1 a 3 salários mínimos

renda de 4 a 6 salários mínimos

renda maior que 7 salários mínimos

D) Número de pessoas morando na mesma casa: _____

ESTILO DE VIDA:

A) Tabagismo

Não fumante

Ex-fumante

Se ex-fumante:

Fumou durante quantos anos? _____

Há quanto tempo deixou de fumar? _____

Quantidade média diária que fumava: _____

B) Ingestão de Bebidas Alcoólicas:

Consome bebidas alcoólicas? Sim Não

Quantidade [] 0: menos de 2 copos/semana 1: 1 copo quase todo dia 2: 2 ou mais copos/dia

C) Cuidados com Higiene Bucal

Quantas vezes escova seus dentes por dia?

0 vez/dia

1 vez/dia

>ou = 2 vezes/dia

Usa fio dental? Sim Não

Se SIM: Com que frequência? eventualmente freqüentemente

Consome muito freqüentemente doces, refrigerantes, salgadinhos?

Sim Não

Apêndice B- Ficha clínica

APÊNDICE B – Ficha clínica

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

PESQUISA: RELAÇÃO DE LESÕES BUCAIS E ASPECTOS BÍOSSOCIAIS EM GESTANTES NO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA-BA.

PRONTUÁRIO No.

PRESENÇA DE LESÃO:

1. SIM 2. NÃO

SUSPEITA CLÍNICA: _____

TRATAMENTO PROPOSTO: _____

*Apêndice C - Termo de
Consentimento Livre e esclarecido*

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
 DEPARTAMENTO DE SAÚDE
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
 PESQUISA: **RELAÇÃO DE LESÕES BUCAIS E ASPECTOS BÍOSSOCIAIS EM GESTANTES NO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA-BA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Essa pesquisa tem como objetivo avaliar se existe alguma relação entre mudanças (lesão) na boca de gestantes e higiene bucal, renda familiar entre outros aspectos, tendo como responsáveis: a mestranda em Saúde Coletiva, Marla Smille Pedrosa Cruz Ribeiro, executora da pesquisa, sob a orientação da Profa. Dra. Viviane Almeida Sarmento, pesquisadora responsável.

Para tanto, necessitamos de sua autorização, ou se for menor de 18 anos do seu responsável, assinando este termo que também será assinado por nós, a fim de podermos fazer algumas perguntas através de um formulário e realizar exame na sua boca para buscar informações sobre a presença de lesões (feridas, inflamações) e esse exame será feito com espelho bucal e espátula de madeira descartável, seguindo todos os cuidados necessários. Apesar de todos os cuidados, você poderá sentir algum desconforto durante o exame ou até mesmo ao responder algumas questões pessoais do formulário. Se for encontrada alguma lesão, será realizado o tratamento adequado desta sem nenhum custo para senhora.

Se ocorrer algum dano à sua saúde, causado diretamente pela pesquisa, será dado a senhora direito a tratamento médico, conforme estabelece a lei, sem custos adicionais.

Queremos esclarecer que seu nome será mantido em sigilo e que as informações coletadas ficarão sob responsabilidade dos profissionais envolvidos na pesquisa e serão utilizadas apenas para estudo.

O resultado desta pesquisa será enviado para a Secretaria Municipal de Saúde do município e para as unidades de saúde onde as gestantes foram atendidas, a fim de que possa ser utilizado para a elaboração de políticas sociais e de saúde que venham ajudar na melhoria da saúde bucal dessas gestantes.

Caso a senhora aceite participar da nossa pesquisa, gostaríamos que assinasse este termo de consentimento, o qual possui duas vias, onde uma ficará com a senhora e a outra conosco. E se por algum motivo deseje se retirar deste estudo, poderá fazê-lo, a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Se tiver alguma dúvida entre em contato conosco, no telefone (075) 3224-8112 ou pelo endereço: Av. Universitária, s/n - Km 03 da BR 116 Campus Universitário, NUPPIM.

Feira de Santana, ____ de _____ de 200__

 Profa Dra Viviane A. Sarmento
 Pesquisadora Responsável

 Mestranda: Marla Smille P. C. Ribeiro
 Executora da Pesquisa

 Sujeito da Pesquisa (voluntária)

Pesquisadora responsável: **Viviane Almeida Sarmento**

Endereço profissional: Universidade Estadual de Feira de Santana. Departamento de Odontologia. BR 116-Km 03, s/n. Campus Universitário. CEP:44.100-000-Feira de Santana-Ba Tel: (75) 3224-8089

Pesquisadora Participante: **Marla Smille Pedrosa Cruz Ribeiro** (075)8823-5123

Anexos

*Anexo A- Aprovação pelo
responsável pelas Unidades de
Saúde*

*Anexo B- Aprovação do
Projeto pelo CEP- UEMS*