



UNIVERSIDADE ESTADUAL
PAULISTA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE



FERNANDA LOPEZ ROSELL

PREVALÊNCIA DE FATORES CLÍNICOS DO
RISCO DE CÁRIE EM GESTANTES

Tese apresentada a Faculdade de Odontologia
de Araraquara, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho” – UNESP Curso de Pós-
graduação em Odontologia, Nível de Doutorado,
Área de Concentração em Periodontia.

Orientador: *Prof. Dr. Ricardo S. G. Abi Rached*

Co – orientador: *Prof. Dr. Aylton Valsecki Jr.*

ARARAQUARA

2001

Rosell, Fernanda Lopez

Prevalência dos fatores clínicos de risco de cárie em gestantes.
Fernanda Lopez Rosell. Araraquara, 2001. P.

Tese – Doutorado – Faculdade de Odontologia de Araraquara –
Universidade Estadual Paulista.

1 .Prevalência 2. Fatores de risco 3. Cárie dentária 4. Gravidez

Dados Curriculares

NASCIMENTO	07/10/1969– JAÚ/SP
FILIAÇÃO	Maria Gertrudes Rosell Lopez Fernando Lopez Sanchez
1990-1993	Curso de Graduação Faculdade Odontologia de Araraquara – UNESP.
1996-1998	Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Periodontia, Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP.
1997	Curso de Especialização em Saúde Pública, Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara – UNESP.
1999-2001	Curso de Pós-Graduação (Doutorado) em Periodontia, Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP.
2000- até hoje	Prof ^a Assistente das Disciplinas de Odontologia Preventiva e Sanitária I e II e Estágio Supervisionado, Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP.

Dedicatória

À Deus,

Luz que ilumina meu caminho,
Força que me eleva a cada obstáculo encontrado,
Alegria em minhas conquistas.
Pai criador, obrigada !

A minha mãe, Maria Gertrudes,

Por sempre estar presente, acreditar em mim e me ensinar
que nunca é tarde para recomeçar e que a arte de
viver é estar sempre contente, mesmo quando se está triste.

Ao meu pai, Fernando,

Por me mostrar o caminho da determinação
para poder realizar meus sonhos.

A os meus irmãos, Sara e Alfonso,

Pela amizade, amor, compreensão e
carinho especial que sempre nos uniu.

A o meu marido,

Marcelo,

Pela paciência, compreensão e amor, durante toda nossa convivência,
principalmente durante a realização deste trabalho.

A os meus sobrinhos,

Vinícius, Bruno, Gabriela e Ana Carolina,

Por me ensinarem a ter paciência e fazer com que meus dias sejam
cheios de alegria e brincadeiras.

Agradecimentos

Agradecimentos Especiais

A o meu orientador,

Prof. Dr. Ricardo Samih G. Abi Rached,

Sempre esteve a minha disposição em
todo Curso de Pós-graduação e pela
confiança em mim depositada na
realização deste trabalho.

A o meu co-orientador,

Prof. Dr. Aylton Valsecki Junior,

Pela confiança, amizade sincera e
incentivador de toda minha formação
na área de Prevenção.

A o Prof. Dr. Silvio Rocha Corrêa da Silva,

Nenhuma palavra poderia expressar minha
eterna gratidão. Sempre colaborador nos
meus trabalhos, minhas dúvidas, meu amigo
e mentor de minha carreira de docente.

A Profa. Dra. Andréia A. B. Montandon-Pompeu,

Amiga de todas as horas, cheia de sabedoria,
sempre me incentivando, principalmente
neste trabalho.

A 0 Prof. Dr. José Eduardo Cezar Sampaio,

Pela amizade constante, por toda minha
formação em Periodontia e ensinamentos
recebidos durante todos esses
anos de convivência.

A 0 Prof. Dr. Benedicto Egbert Corrêa de Toledo,

Pela experiência transmitida, carinho,
amizade, bondade, generosidade e carisma
que sempre dedicou a todos.

Agradecimentos

Ao Diretor, Prof. Dr. Ricardo Samih Georges Abi Rached, e Vice-diretor, Prof. Dr. Roberto Miranda Esberard, desta Faculdade.

A Coordenadora, Profa. Dra. Rosemary Adriana Chiéríci Marcantonio, e ao Vice-coordenador, Prof. Dr. Elcio Marcantonio Junior, da Pós-graduação na Área de Periodontia, pela dedicação a este Curso.

Aos professores da Disciplina de Periodontia, José Eduardo, Egbert, Ricardo, Adriana, Elcinho, Joni, Carlinhos e Silvana, pelo ensino da Periodontia durante todos estes anos, pela dedicação e compreensão.

Aos professores do Departamento de Odontologia Social, Silvio, Andréia, Patrícia, Valsecki, Leonor, Lúcia, Mônica, Renato, Luiz, Maurício, Oscar, Edivani e Antonio Luiz, pela amizade, ensino, compreensão e convivência durante todos estes anos.

Aos meus colegas de Doutorado, Zulene, Gibson e Daniela, pelos momentos de apoio, amizade e companheirismo durante nosso curso.

Aos funcionários do Departamento de Odontologia Social, Giselda, Creusa, Elizete, Margarete, Cris, Glaucia, Marquinhos, Cidinha e Márcia, pela paciência, compreensão, amizade, convivência e carinho sempre.

Aos funcionários da Disciplina de Periodontia, Regina, Teresinha, Maria do Rosário, Marlei, Claudinha, Zezé, Toninho, Telma e Sueli, pela eterna paciência, amizade, convivência e compreensão.

Aos funcionários da Pós-graduação, Mara, Rosângela, Vera e Janete, pela compreensão, atenção e amizade.

Aos Professores da Pós-Graduação pela dedicação ao nosso ensino.

Aos funcionários da Biblioteca, Maria Helena, Maria Inês Carlos, Odete, Maria Inês de Souza, Adriano, Eliane, Vera, Ceres, Cristina, Maria Aparecida, Marley, Maria José e Silvia, pelos artigos e ajuda na revisão deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Antonio Luiz Rodrigues Jr. pela colaboração nas Tabelas e Gráficos.

Aos funcionários da Triagem, Ageu, Olga, Bernadete, Marisa, Mário, Fátima, Angela, Maria do Carmo, Meire, Reinaldo e Aurelúcia, pela amizade e colaboração no levantamento dos prontuários.

As Gestantes que contribuíram para o conhecimento e desenvolvimento científico na área de Prevenção.

A CAPES, pelo apoio financeiro durante o Curso de Pós-graduação.

*“ CRENÇA CRIA REALIDADE. VOCÊ ENCONTRA EM
SEU CAMINHO PELA VIDA EXATAMENTE AQUILO
QUE PROCURA.”*

ROBERTO SHINYASHIKI

Sumário

	página
Introdução	19
Revisão da literatura	
Cárie	23
Risco de cárie.....	28
Dieta alimentar.....	32
Gestantes e familiares	36
Proposição	58
Material e método	60
Resultado	66
Discussão	73
Conclusão	85
Referências bibliográficas	87
Anexos	106
Resumo	115
Abstract	118

Introdução

A cárie é uma doença infectocontagiosa com etiologia multifatorial, onde os fatores hospedeiro suscetível, microbiota, dieta e tempo estão interrelacionados. Além desses, outros fatores como condições sócio-econômicas-culturais, saúde geral e comportamento devem ser analisados e juntos determinarem o risco de cárie deste paciente.⁷⁴

Risco é definido como “a probabilidade de ocorrer algo prejudicial”. Consequentemente, risco de cárie é a probabilidade que lesões de cárie ocorram ou progridam enquanto a avaliação do risco de cárie consiste na determinação da probabilidade de um indivíduo ou sítio desenvolver lesões durante um período específico de tempo, considerando que a exposição aos fatores etiológicos permaneçam estáveis durante o período de tempo em questão.²¹

Prevalência é o número total de casos de uma doença específica ou condição existente em uma população num determinado momento.¹⁴⁶

O conteúdo, a frequência e o tempo de permanência dos alimentos na boca influenciam na formação de placa, sendo este fator muito importante quando se trata de prevenção de cárie e doença periodontal. Assim, torna-se necessário o exame cuidadoso dessa influência, inclusive para melhor planejamento e estabelecimento de

limites de atuação em programas educativos com relação aos fatores higiene bucal e dieta.¹⁰⁷

Os pacientes com elevado índice de placa podem apresentar maior risco de cárie, principalmente devido à presença de microrganismos cariogênicos e seus produtos metabólicos, ou seja, os ácidos. Assim, o paciente deve ser alertado para essa condição de risco e também que essa não é uma situação imutável.⁹⁸

A relação das doenças bucais com os hábitos, tanto alimentares quanto aqueles relacionados ao padrão de higiene bucal é inegável, assim como o papel da família no estabelecimento dos mesmos. Partindo-se deste princípio, torna-se inerente e imprescindível o envolvimento da mãe no processo de prevenção destas enfermidades.

A literatura é unânime em considerar as gestantes como o grupo populacional de eleição para a aplicação de programas de educação em saúde bucal.^{9, 16, 64, 65, 69, 84, 147} Tal fato pode ser explicado pela mãe ser importante fonte de infecção dos microrganismos relacionados às principais doenças bucais, cárie e doença periodontal,^{2, 38, 54, 110} além de apresentar maior sensibilidade e, portanto, receptividade a mudanças de comportamento⁴⁹.

Adicionalmente, deve-se considerar que as condições em que a grande maioria das mulheres se encontram no período gestacional, no que se refere as características biológicas e psico-sociais, além dos limitados conhecimentos sobre as técnicas de higiene bucal, se

constituem nas causas das patologias orais de maior freqüência, ou seja, a cárie e a doença periodontal.

A consideração de tais fatos se constitui em um alerta e direciona os esforços preventivos do profissional e de sua equipe de educadores para a fase que antecede ao nascimento do bebê.¹²⁴

Assim, a diminuição do grau de risco na mãe deve ser vista como importante conduta preventiva para a criança, iniciada ainda no período gestacional, o que é de suma importância, pois possibilita a transformação da futura mãe em competente agente educador, reduzindo também a possibilidade de infecção precoce.

Embora a literatura seja relativamente escassa no que se refere as condições bucais de gestantes, tal conhecimento é de fundamental importância, pois deve orientar o planejamento de programas preventivos, assim como a prevalência de fatores comprovadamente de risco de cárie neste importante grupo populacional.

Proposição

Avaliar a prevalência dos fatores clínicos de risco de cárie em gestantes que frequentaram a Clínica de Prevenção da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP no período de 1997 a 2000.

Material e método

População de estudo

Realizou-se um levantamento de prontuários clínicos de gestantes que frequentaram a Clínica de Prevenção da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP no período de 1997 a 2000, totalizando 120 prontuários de gestantes com idades de 16 a 41 anos e do 2º ao 9º mês gestacional.

As gestantes residiam na periferia da cidade e com água de abastecimento público fluoretada.

Em todos os prontuários havia autorização das gestantes para os exames necessários, tratamento ou pesquisa.

Coleta de dados

As fichas clínicas (Anexo 1) foram preenchidas pelos alunos do 3º ano do Curso de Odontologia, seguindo orientações baseadas em um Manual de Procedimentos Clínicos utilizado na Clínica de Prevenção da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP. (Valsecki Jr. et al.¹⁴¹, 1997)

A sequência de exame preconizada e sistematicamente utilizada foi:

1 – Anamnese: idade, mês gestacional, dados sobre saúde geral e bucal. Baseando-se na anamnese, foram excluídas as gestantes que apresentavam algum comprometimento sistêmico ou utilizassem algum

medicamento, tais como antidepressivos, antihipertensivos, sulfato ferroso e outros que pudessem influenciar nos resultados desta pesquisa.

2- Registro do Controle de Placa de O'Leary et al.¹⁰⁵, 1972 : aplicação de solução evidenciadora à base de eritrosina sobre todos os dentes e, após enxague com água, observação e registro de todas as superfícies dentárias com placa bacteriana corada.

3- Higiene bucal: número de vezes/ dia que utilizavam o fio dental e escovavam os dentes.

4 – Orientação de higiene bucal: com a placa bacteriana corada mostrou-se as gestantes as regiões de deficiência na limpeza e através de macro modelos adequou-se o uso de fio dental e da técnica de escovação, somente com finalidade educativa.

5- Profilaxia : realizada com escova de Robinson e pasta profilática, realizada antes do exame clínico das superfícies dentárias.

6 – Exame radiográfico: radiografias inter-proximais (“bite-wing”) e/ou periapicais, quando necessárias, para identificação de cáries proximais e ocultas sob restauração, com intuito de tirar dúvidas do exame clínico.

7 – Dados de exame clínico intrabucal:

Após a profilaxia as superfícies dentárias a serem analisadas foram lavadas e secas para inspeção visual.

- **Superfícies oclusais:** através de visualização com luz direta, sulcos e fissuras foram examinados quanto a presença ou ausência de

tecido cariado amolecido, cor amarelada ao marrom claro e de fácil remoção quando utilizadas curetas de dentina (cárie ativa) ou endurecido, cor marrom escura ao preto e difícil remoção (cárie inativa).

- **Superfícies lisas:** visualização da área com associação da luz direta, com presença ou ausência de cárie ativa, cárie inativa e/ou manchas brancas, comuns na região cervical destas superfícies.

- **Superfícies proximais:** observação de cáries e margens de restaurações.

Após o exame clínico as fichas preenchidas eram conferidas pelos professores da Disciplina que estavam calibrados intra e inter-examinadores.

8- Diário Alimentar (Anexo 2): foi entregue uma ficha contendo seis refeições diárias (café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia), na qual a gestante deveria anotar com detalhes tudo o que foi ingerido nessas refeições durante sete dias consecutivos. As fichas eram devolvidas na consulta seguinte (após sete dias) e realizado a análise individual e aconselhamento da dieta. Observou-se a frequência de ingestão de alimentos no decorrer do dia. A seguir, foram destacados com um círculo todos os alimentos que continham sacarose e outros carboidratos fermentáveis, principalmente entre as refeições.

As pacientes foram classificadas quanto a frequência dos fatores de risco de cárie utilizados neste estudo, frequência de cárie,

dentisteria (restaurações), dieta, manchas brancas e índice de placa, segundo o Quadro 1 (Krasse⁷⁴ 1986 modificado por Valsecki Jr.¹⁴¹ 1997).

Quadro 1- Classificação da frequência dos fatores de risco de cárie (frequência de cárie, dentisteria, dieta, manchas brancas, índice de placa, número de escovações e uso de fio dental).

.. Frequência de cárie:	Ausente Baixa ($\leq$ 20% dos dentes) Moderada (20% > dentes < 40%) Alta ($\geq$ 40% dos dentes)
.. Dentisteria:	Boa ($\geq$ 80% dentes adequadamente restaurados) Regular (40% > dentes adequadamente restaurados < 80%) Deficiente ($\leq$ 40% dentes adequadamente restaurados)
.. Dieta Frequência de ingestão de carboidratos fermentáveis entre as refeições	Cariogênica: $\geq$ 2 vezes por dia Não cariogênica: < 2 vezes por dia
.. Índice de placa:	% Superfícies dentárias com placa corada menor que 50% maior ou igual que 50%
.. Fio dental	Número de vezes que utiliza fio dental/dia
.. Escovação	Número de escovações/dia
.. (*) Manchas brancas:	Ativas: superfície rugosa e opaca Inativas: superfície brilhante e lisa

(*)OBS: Diagnóstico com a superfície seca e limpa. Direcionar a luz para a lesão e observar os reflexos e brilho.

Análise dos Dados

Os fatores de risco foram categorizados em um formulário (Anexo 3) e os dados foram armazenados no banco de dados do Programa Epi Info versão 6.04 do Center of Disease Control - USA.

Através deste programa os dados foram processados e a análise dos mesmos foi realizada de maneira descritiva através de tabelas e gráficos, onde estão relacionados os fatores de risco de cárie.

Revisão da literatura

Para melhor compreensão da revisão da literatura, esta será dividida em tópicos que envolvem os aspectos gerais sobre a cárie, risco à ela, dieta alimentar e gestantes e familiares.

Cárie

A odontologia migrou da chamada “era da odontologia restauradora”, onde o diagnóstico e o tratamento da doença eram baseados, quase exclusivamente, no reparo da lesão já estabelecida, para uma odontologia de promoção de saúde. O tratamento odontológico onde todos os pacientes recebiam o mesmo tratamento preventivo e restaurador foi substituído por uma odontologia baseada no diagnóstico da atividade de cárie do paciente, onde o indivíduo é visto como um todo, personalizando então, seu diagnóstico e tratamento.

Ekstrand (2000)⁴², esclareceu o que significa diagnóstico, ou seja, decisão, em grego. Sob o aspecto filosófico, significa a arte de reconhecer e nomear uma doença ou mesmo identificar qualquer condição que não seja normal. Esse desvio da normalidade tem sido denominado “diagnóstico”, mas na realidade é o processo utilizado para se chegar à identificação dessa condição. Assim, o diagnóstico não é um fim em si mesmo, mas sim um momento de reflexão para a elaboração de considerações prognósticas e decisões terapêuticas.

Krasse (1986)⁷⁴ e Araújo & Figueiredo (1997)⁴, definem a cárie como uma doença de natureza infectocontagiosa que decorre da

interação de uma série de fatores (suscetibilidade do hospedeiro, dieta e microbiota em determinado período de tempo), resultando na perda de estruturas mineralizadas do elemento dentário. Tais fatores podem ser representados por uma dieta rica em carboidratos fermentáveis que servem de substrato para os microrganismos cariogênicos produzirem ácidos orgânicos que atuarão na superfície dentária, com maior ou menor intensidade, dependendo da suscetibilidade do hospedeiro em questão. Adicionalmente a existência de fatores secundários (saliva, flúor e higiene bucal) e terciários (sexo, idade, raça e nível sócio-econômico) têm grande influência no desenvolvimento da cárie dentária, funcionando como moduladores e influenciadores dos fatores primários.

Maltz & Carvalho (1997)⁸⁶, acreditam que o diagnóstico da cárie deve ser feito através da anamnese, exame clínico, radiográfico e, quando necessário, complementado com exames adicionais para avaliação da dieta, da saliva e da microbiota do indivíduo.

Kolmakow et al. (1984)⁷², relatam que no estágio subclínico só é possível diagnosticar a cárie através de microscopia eletrônica, onde observa-se o início da perda de minerais. Quando a visualização clínica é possível, a lesão de cárie manifesta-se por uma coloração esbranquiçada e uma superfície opaca e rugosa, chamada de mancha branca e geralmente localizada na região cervical da coroa dentária, local onde há maior acúmulo de placa bacteriana.

Elderton (1985)⁴³ e Pitts (1991)¹¹⁵ classificam as manchas brancas de acordo com sua atividade, ou seja, podem ser ativas, onde o processo de desmineralização está ocorrendo, indicando alta atividade de

cárie, a superfície é rugosa e opaca e se não forem contidas podem evoluir até a cavitação a nível de dentina ou podem ser inativas, quando o processo foi controlado e a mancha branca apresenta superfície lisa e brilhante. Portanto, é importante diferenciarmos as lesões ativas das inativas e para isto a superfície dentária deve estar sem placa bacteriana, seca e bem iluminada.

Para que não exista dúvidas quanto ao diagnóstico de manchas brancas, torna-se importante diferenciá-las da fluorose e hipoplasia de esmalte.

Em seu livro, Fejerskov (1994)⁴⁵ define a fluorose presente em dentes homólogos e em toda a superfície dos dentes, ou nas pontas das cúspides, assemelhando-se a um tracejado à lápis, ou estrias, que seguem as linhas incrementais do esmalte, distribuídas difusamente sobre a superfície com intensidade variada, podendo ter coloração variando do branco ao negro, de acordo com o grau de severidade.

As hipoplasias são de extensão limitada nas superfícies livres, tendo formato redondo ou oval. São facilmente diferenciadas do esmalte adjacente normal, variando da cor branco-opaco até vermelho escuro – alaranjado. Geralmente afetam superfícies vestibulares de um único dente ou dentes vizinhos, e geralmente ocorre nos incisivos, segundo definição de Fejerskov (1994)⁴⁵.

Pitts (1996)¹¹⁶, relata que, clinicamente, as lesões de cárie (cavitações) podem se apresentar também nas formas ativas e inativas. Decidir se a lesão está ou não ativa é essencial para a escolha adequada da terapêutica a ser empregada ou até mesmo o não tratamento daquela lesão.

Segundo Elderton (1985)⁴³ e Barbakow (1991)⁸, as cáries inativas são hipermineralizadas, ou seja, mais resistentes à desmineralização do que o esmalte íntegro, não necessitando, portanto, de tratamento restaurador, pois somente as medidas preventivas devem ser realizadas.

Devido ao caráter multifatorial da doença cárie, Navarro & Cortês (1995)⁹⁸ relatam que se o indivíduo for infectado ainda jovem, os fatores que condicionaram o aparecimento de lesões não se modificarem, mesmo na fase adulta ele continuará sofrendo o ataque de microrganismos e apresentando novas lesões.

Segundo Guedes-Pinto & Chelotti (1989)⁵⁸, Pinto (1990)¹¹⁴ e Baratieri et al. (1990)⁷, a capacidade de desenvolver cárie em um determinado intervalo de tempo, sob o estímulo de fatores etiológicos, varia de indivíduo para indivíduo, e sua medição é de grande auxílio para o profissional na determinação de medidas preventivas a serem realizadas.

Ekstrand (2000)⁴² questiona o uso da sonda exploradora como auxiliar na identificação de superfícies com lesão inicial, pois tanto a ponta afiada como a força de pressão pode provocar cavitação.

Lussi (1991)⁸³ relata que estudos comparativos entre inspeção tátil e visual demonstraram que a sonda exploradora não aumenta a precisão do diagnóstico de cárie, podendo então ser eliminada para tal finalidade.

A pouca acessibilidade às superfícies proximais faz das radiografias interproximais um auxiliar importante na detecção de lesões de cárie nessas áreas. Na verdade, a maioria das lesões iniciais proximais são ainda descobertas através do exame radiográfico, embora nada este informe sobre a atividade da lesão, segundo Ekstrand (2000)⁴².

A radiografia interproximal não determina com exatidão se as superfícies proximais estão íntegras, (Grondhal⁵⁶ 1995) nem que todas as radioluscências em dentina representam cavidades (Pitts & Rimmer ¹¹⁷ 1992) pois a evolução de lesões de esmalte para a dentina são lentas e podem permanecer no esmalte, em média por três a quatro anos (Fejerskov ⁴⁴ 1988).

Little & Falace (1993)⁷⁷ preconizam tomadas radiográficas em gestantes, sempre que necessárias para diagnóstico e tratamento de emergências dentárias em qualquer época da gestação.

Quando as radiografias são essenciais, no período gestacional, Gier & Janes (1983)⁵⁰ e Miller (1995)⁹⁴ crêem que algumas precauções devem ser tomadas para minimizar a exposição do feto, ou seja, utilizar filmes ultra-rápidos, evitar a repetição da tomada radiográfica e proteger a barriga da gestante com avental de chumbo.

Risco de cárie

De acordo com Last (1988)⁷⁶, em seu dicionário de epidemiologia, fator de risco pode ser definido como “um aspecto do comportamento pessoal, uma exposição ao meio ambiente, ou uma característica inata ou hereditária que sabe-se, com base em evidências epidemiológicas, estar associado às condições relacionadas a saúde, cuja prevenção é considerada importante”.

Segundo Beck (1998)¹⁰, entenda-se fator de risco como um fator ambiental, comportamental ou biológico, confirmado por uma sequência temporal, geralmente em estudos longitudinais, que quando presente aumenta diretamente a probabilidade de ocorrer uma doença, e quando ausente ou

removido, reduz esta probabilidade. Os fatores de risco são parte de uma cadeia causal, ou expõe o hospedeiro à esta cadeia. Na ocorrência da doença, a simples remoção do fator de risco pode não levar à cura.

Navarro & Cortês (1995)⁹⁸ acreditam que para analisar o risco de cárie do paciente, o profissional deverá considerar uma série de fatores. Nunca um único fator deverá ser considerado isoladamente, mas sim o conjunto de aspectos negativos presentes que levam o paciente a uma situação de maior risco em manifestar as lesões da doença cárie num futuro breve. Assim, a análise deve ser conduzida por uma avaliação geral do paciente.

A identificação de indivíduos com alto risco de desenvolvimento de cáries deve ser o principal objetivo no planejamento e execução de programas preventivos que almejam sucesso, pois conduziria a uma melhor compatibilidade entre os recursos existentes e as necessidades individuais de tratamento.

Alguns fatores que devem ser considerados na avaliação do risco de cárie são: quantidade e qualidade de placa, tipo de bactéria, dieta, fluxo salivar e capacidade tampão, fatores sócio-econômicos, fatores relacionados à saúde geral, experiência anterior de cárie e manchas brancas (Bratthall et al.²¹ 2000).

Qualquer avaliação da atividade cariogênica deve-se basear no maior número possível de fatores implicados no processo, significando que nenhum teste que meça somente um fator isoladamente, deva merecer total confiança, de acordo com Lopes & Tayfour (1994)⁸².

Newbrun & Leverett (1990)¹⁰² relatam que na Universidade da Carolina do Norte, em 1989, em uma conferência sobre avaliação de risco, conclui-se que as variáveis clínicas foram melhores fatores do que as laboratoriais; a experiência anterior de cárie foi o fator mais importante, além da condição sócio-econômica, exposição ao flúor, morfologia dos dentes e os agentes bacterianos.

Adicionalmente, segundo Buischi et al. (2000)²⁴ relatam que a cárie, bem como a gengivite e a periodontite são doenças infecciosas, causadas por bactérias que colonizam a superfície dos dentes, formando a placa dental.

Assim, a utilização sistemática de flúor, a racionalização do consumo de açúcar e o controle adequado de placa, procedimentos tidos anteriormente como meramente preventivos, quando introduzidos nos estágios iniciais da doença cárie possibilitam sua paralisação, antes da ocorrência da cavidade de cárie, evitando assim o tratamento restaurador. A remoção diária de placa é vista atualmente como tratamento de lesões ativas, pois embora o uso de flúor e aconselhamento de dieta colaborem de maneira importante para a redução da progressão da doença cárie, sua paralisação total só pode ser conseguida através da limpeza adequada e sistemática dos dentes, acreditam Koch et al. (1986)⁷¹.

O risco de cárie é individual, pois os vários fatores são caracterizados conforme os hábitos e comportamentos de cada paciente, sendo com isso, também, o plano de tratamento voltado especificamente para as necessidades deste paciente.

Segundo Bohannon et al. (1981)¹⁷, a identificação de indivíduos ou grupos de risco na população permitirá a elaboração de medidas políticas de saúde coletiva mais eficazes.

Ainda, de acordo com Tomita & Bastos (1991)¹³⁷, os testes conhecidos para avaliação do risco de cárie são de difícil operacionalização devido ao alto custo e complexidade o que tem inviabilizado sua aplicação em larga escala.

Grando (1985)⁵², Guedes-Pinto (1989)⁵⁸ e Pinto (1990)¹¹⁴ afirmam que em relação a dentição permanente, tanto no arco superior quanto no inferior, as meninas apresentam uma erupção mais precoce, quando comparada aos meninos, e desse modo, poderiam apresentar um maior risco de cárie.

Em relação a experiência anterior de cárie, Maltz & Carvalho (1997)⁸⁶ relatam que apesar de indivíduos com alta prevalência de doença tenderem continuar a desenvolvê-la, a prevalência é a história anterior de doença do indivíduo que não, obrigatoriamente, indica a situação futura, se as medidas de controle da doença implementadas justificarem uma diminuição da atividade de cárie. Para exemplificar, podemos considerar o acesso dos indivíduos a diferentes formas de fluoreto, modificação de hábitos alimentares, mudança no padrão de higiene bucal e acesso ao tratamento odontológico de promoção de saúde.

Várias tentativas foram feitas e descritas na literatura, mas o método “perfeito” para selecionar grupos ou indivíduos de risco não foi ainda encontrado, fato este nada surpreendente, considerando-se a etiologia multifatorial da cárie dentária, segundo Bratthall et al. (2000)²¹.

Dieta alimentar

Castro & Peliano (1985)²⁷ e Motta & Boog (1987)⁹⁵ acreditam que os hábitos alimentares são influenciados por uma complexa interação de aspectos psicológicos, sócio culturais, educacionais, políticos e econômicos.

Segundo Nikiforuk (1985)¹⁰³, a dieta compreende tudo que é ingerido independente do valor nutricional ou do aproveitamento no processo digestivo. Os fatores dietéticos exercem influência local ou direta sobre os dentes reagindo com a superfície do esmalte dentário.

McDonald (1985)⁸⁸, Nikiforuk (1985)¹⁰³ e Johnson (1995)⁶⁷ relatam que na década de 60 deu-se maior ênfase sobre a influência de fatores nutricionais na cárie dentária, quando a atenção sobre os aspectos preventivos foi direcionada principalmente para os microrganismos da placa. Atualmente existe consenso quanto ao fato de que uma nutrição adequada, incluindo nutrientes específicos essenciais como o cálcio e o fósforo, é fundamental na formação do dente, e uma vez formado as propriedades físicas e químicas dos alimentos, juntamente com a fisiologia salivar terão importância local na instalação da doença.

Miller et al. (1980)⁹³, McDonald (1985)⁸⁸, Nikiforuk (1985)¹⁰³, Newbrun (1989)⁹⁹, Johnson (1995)⁶⁷ e Thylstrup & Fejerskov (1995)¹³⁶ acreditam que os efeitos sistêmicos provenientes da nutrição podem alterar o desenvolvimento dos dentes, quantidade e qualidade da saliva. Os efeitos locais, como a ingestão de carboidratos fermentáveis, influenciam o metabolismo bacteriano na produção de ácidos, sendo fatores importantes no processo de cárie.

Sheiham (1992)¹³¹ acredita que os índices de cárie em humanos relacionam-se principalmente à quantidade e frequência de ingestão de produtos açúcarados entre as refeições.

Newbrun (1992)¹⁰⁰ e Bowen (1994)¹⁸ afirmam que os açúcares servem de substrato para os microrganismos da placa, sendo metabolizados e induzindo a uma queda no pH pela formação de ácidos; a sacarose, é o substrato específico para a formação de polissacarídeos extracelulares, aumentando a viscosidade da placa, facilitando a aderência microbiana em grande quantidade.

Um estudo realizado na Suécia, em Vipeholm, por Gustafsson et al.⁶¹ de 1946 a 1951, tornou-se bastante conhecido por comprovar, clinicamente, a relação entre dieta e cárie dentária, através da introdução de sacarose na dieta. A incidência de cárie aumentava, dependendo da frequência e da consistência do alimento, sendo maior quando o açúcar era consumido entre as refeições, e quando a consistência favorecia maior retenção na cavidade bucal.

Portanto, segundo Holm (1990)⁶³, a doença cárie pode estar diretamente relacionada com o consumo excessivo de açúcar, desde que a microbiota cariogênica esteja presente; pacientes que apresentam alta atividade de cárie, mesmo em populações com baixa prevalência de cárie, são aqueles que têm um alto consumo de açúcar.

Segundo Medeiros et al. (1995)⁹⁰, a dieta representa um dos mais importantes fatores etiológicos da cárie. Por isso, o aconselhamento e a análise dietética são condutas importantes quando se deseja controlar a incidência de cárie em pacientes de alto risco, e a quantidade de carboidratos,

tipos de alimentos açúcarados e frequência de ingestão destes alimentos são itens que devem merecer a atenção do profissional é o que afirmam Krasse (1986)⁷⁴; Rugg-Gunn (1992)¹²⁷; Loesche (1993)¹²² e Rolla & Koch (1994)⁸⁰.

Ferreira et al. (1996)⁴⁶ acreditam que a avaliação dietética bem feita é parte fundamental do exame. A ingestão de alimentos e os hábitos dietéticos fazem parte da cultura do ser humano, tornando difícil a obtenção de dados reais e a promoção de mudanças, se forem necessárias.

Segundo Johanson & Birkhed (1995)⁶⁶, a avaliação da cariogenicidade é fundamental para a aplicação de medidas preventivas e terapêuticas relacionadas com a cárie dentária, e deve basear-se em informações obtidas sobre os hábitos alimentares.

Katz (1975)⁶⁸, Menaker (1984)⁹¹, Maltz (1986)⁸⁵ e Krasse (1986)⁷⁴ enfatizam a necessidade de avaliar o hábito alimentar através de um diário de um a sete dias. A metodologia utilizada pelos autores pode diferir, mas todos concordam que sete dias é o tempo necessário para uma adequada avaliação.

Bezerra & Toledo (1997)¹⁵, crêem que após a avaliação da dieta, o aconselhamento torna-se fundamental para o paciente, na prevenção e tratamento da cárie dentária, embora reconheça-se que a etiologia da doença tinha certa complexidade, e que diversos fatores podem modificar o risco de cárie. Assim, o aconselhamento dietético constitui importante recurso para a diminuição desse risco, tanto como medida individual quanto coletiva.

Segundo Rossow et al. (1990)¹²⁶, o maior grau de instrução das mães está associado a um menor consumo de alimentos contendo açúcar. Contudo, no estudo realizado pelos mesmos tal fato pôde ser demonstrado

somente até os 10 meses de vida da criança, provavelmente pela influência de outros fatores sociais e familiares na definição dos hábitos alimentares das crianças.

Gestantes e familiares

Existem poucos estudos descritos na literatura com o intuito de avaliar as condições de saúde bucal de gestantes, principalmente em relação aos fatores de risco de cárie.

Alguns fatores dificultam o encaminhamento da gestante ao tratamento odontológico e que vão desde a resistência da própria paciente, a qual decorre na maioria das vezes, dos preconceitos que a mesma tem sobre a influência que o tratamento odontológico possa exercer na gestação ou no feto, até o compartilhar desses preconceitos pelos profissionais que a assistem no pré-natal, incluindo o cirurgião-dentista.

Benson (1967)¹¹, em estudo realizado na Austrália, verificou a resistência de algumas gestantes em participar da clínica odontológica do serviço pré-natal. Sempre que eram convidadas a participar, diziam estar bem, sem dor e que diante de qualquer necessidade procurariam o profissional de sua confiança. Entretanto, quando se esclarecia de que essa visita ao dentista possuía apenas fins educativos, a situação se revertia e a frequência das gestantes era extremamente significativa. Isto demonstra que elas possuem os seus receios, temores e incertezas, fundamentadas e enriquecidas pela sabedoria popular.

Seward (1967)¹³⁰ entrevistando 240 gestantes com o objetivo de avaliar a atitude das mesmas com relação a sua própria saúde bucal,

observou que 61% das gestantes iam ao dentista com regularidade, 87% responderam ter procurado o dentista durante o período pré-natal. Dentre as que responderam afirmativamente, apenas uma admitiu a influência da livre oferta de serviços odontológicos, em sua decisão de procurar um cirurgião-dentista.

Logar (1968)⁸¹ observou que a negligência na saúde bucal e as mudanças e alterações na dieta que, com frequência ocorrem na gravidez, contribuem para o aumento da incidência da cárie dentária. O autor insiste na necessidade da escovação sistemática e na dieta controlada.

Ramalho (1968)¹¹⁹ relata que, especialmente nos últimos meses de gravidez, e também no pós-parto, há aumento da atividade cariogênica devido à falta de cuidados com a higiene bucal, já que a maior preocupação da mãe estaria voltada para os afazeres relacionados com o nascimento da criança.

Edwards & Rowentree (1969)⁴⁰ em entrevista sobre saúde bucal com 300 primigestas na Inglaterra, observaram que para 33,2% das primigestas o hábito de escovação tinha por finalidade proporcionar uma “boca fresca”, para 21,8%, “prevenir cárie” e apenas para 3%, para prevenir “doença gengival”. Quanto à frequência diária deste hábito, 99,7% escovavam mais de uma vez, sendo que destas, 42% escovavam 4 vezes. Além disso, muitas mulheres alegaram escovar seus dentes com menor frequência durante a gravidez devido ao “sangramento gengival”. Com relação à saúde bucal das crianças, 74,7% das entrevistadas disseram que a dentição decídua é tão importante quanto a permanente; 76,7% responderam que é possível prevenir cárie na dentição decídua; 71,3% responderam que fariam a escovação na

criança e 21% não fariam, sendo que, destas, 28,6% apresentaram como justificativa a falta de necessidade. Para 60,3% das primigestas, a perda dental é um processo inevitável.

Chapman et al. (1974) ²⁸, na Austrália, ao entrevistarem 303 primigestas, verificaram que 33% das mesmas acreditavam ser a hereditariedade a responsável pela qualidade dos dentes, enquanto 43% afirmaram que a gravidez é responsável pelo aparecimento da cárie e 13% acreditavam que para cada filho “a perda de um dente” é ocorrência natural. Com respeito às medidas preventivas, 88% das mesmas acreditavam que escovar bem os dentes reduz a cárie dentária, 71% escovavam seus dentes duas ou mais vezes ao dia e 10% com menor frequência na gravidez devido aos enjoos. Adicionalmente, 94% declararam já ter ouvido falar em flúor, sendo que 45% delas acreditavam que o mesmo previne a cárie enquanto 75% das entrevistadas alegaram procurar atendimento odontológico somente em caso de emergência. Os fatores limitantes da busca por tratamento foram: medo (10%), falta de condições financeiras (35%), falta de tempo (32%) e não ter dentista na área residencial (21%).

Cozzupoli (1981)³⁴ entrevistando 170 puérperas do município de São Paulo, de nível sócio-econômico-educacional baixo demonstrou que o hábito de escovação apresentava grande variação quanto a frequência e momento realizado, sendo que, 15,9%, 28,2%, 31,1% e 21,8%, escovavam os dentes, respectivamente, uma, duas, três e mais de três vezes ao dia. Em relação à frequência de visitas ao dentista, 62,32% não o procuraram durante o período gestacional e 45% destas alegaram não ter necessidade pela ausência de dor. Adicionalmente, 10% disseram não ter condições financeiras e 11,8%

tinham medo que o tratamento odontológico fosse prejudicial à gravidez. Dentre as entrevistadas, 37,6% procuraram o dentista durante a gravidez, sendo que 33% das mesmas não foram atendidas para tratamento por tais profissionais.

Savastano & Novo (1981)¹²⁸ afirmam que a maternidade é um momento muito importante no ciclo vital feminino, no qual a mulher tem oportunidade de alcançar novos níveis de integração e desenvolvimento da personalidade. É durante a gravidez que surge provavelmente a necessidade de um novo equilíbrio dinâmico na unidade familiar. Por isso a gestante deve receber apoio e informações diversas da equipe do pré-natal, que serão revertidas em contribuição a um parto mais saudável e em uma melhor qualidade de vida.

Alaluushua & Renkonen (1983)¹ e Berkowitz & Jones (1985)¹² referem-se às gestantes, como grupo de risco, no que diz respeito a problemas bucais como cárie e doenças gengivais e principalmente em função do caráter infectocontagioso da cárie, cuja transmissibilidade já foi demonstrada por vários estudos, e acrescentam que em função disso, devem ser incluídas no grupo mais vulnerável e por onde a educação em saúde da família deve começar.

Segundo Torres & Andrade (1984)¹³⁸, a atenção odontológica à grávida é assunto que não tem merecido a devida atenção no âmbito da assistência integral à saúde da mulher. Julga-se de fundamental importância que todos os métodos educativos devam ser utilizados para se construir um conhecimento que possa contextualizar o saber científico e o saber popular, de forma que o medo e a ansiedade da gestante, muitas vezes compartilhada pelo cirurgião-dentista, possam ser vencidos, e que um ambiente de motivação e

promoção de saúde seja criado, envolvendo a clientela interessada e a equipe multidisciplinar envolvida na assistência à gestante. Descrevem também que, os cuidados odontológicos básicos dispensados à gestante, devem ser entendidos como fundamentais, ímpares, pela sua condição atual de motivação, prioritários pela importância que a futura mamãe tem na multiplicação de hábitos saudáveis no seio da família, e imprescindíveis quanto ao aspecto da promoção da saúde, o que habilita a sua franca recomendação nos serviços públicos e privados.

Chiodo & Rosenstein (1985)²⁹, relatam que o primeiro trimestre gestacional é acompanhado, muitas vezes, de inchaço, dores, enjôos e vômitos, expondo o esmalte dental ao ácido gástrico.

Doshi (1985)³⁷ por sua vez, pesquisando 282 parturientes do Canadá, com grau de escolaridade variando do 2º grau (39,4%) e curso técnico (34%), até o nível superior (17,4%), observaram que 91% das entrevistadas tinham consciência da importância da escovação na higiene bucal e realizavam este procedimento entre duas e três vezes por dia, além de 67% afirmarem saber da função do flúor na prevenção da cárie, o que é um ponto bastante positivo considerando a mãe o elemento chave da família, no qual os filhos geralmente se espelham. Sobre a melhor época de levar a criança pela primeira vez ao cirurgião-dentista, 81% consideram ser aos três anos de idade e 42% disseram ser importante escovar os dentes da criança, a qual deve ser auxiliada pela mãe.

Dualibi & Dualibi (1985)³⁸ propõem um tratamento odontológico específico para gestantes, visando combater preconceitos sobre a influência que o tratamento dentário possa exercer no processo de gestação. Para esses

autores embora a maternidade seja um momento de muita felicidade na vida de uma mulher, consideram a grávida uma paciente especial, tanto pelas alterações físicas e emocionais que o organismo atravessa, quanto pelos cuidados especiais que ela necessita nesse período, advindos dessas alterações, especialmente hormonais e alimentares, que acabam criando condições adversas no meio bucal. Recomendam o segundo trimestre da gestação como o período mais estável e propício para o tratamento odontológico, e acreditam que qualquer procedimento clínico possa ser executado, desde que alguns cuidados sejam levados em consideração, ou seja, sessões clínicas curtas (máximo meia hora) e uso criterioso de medicamentos e anestésicos. Adicionalmente, a exposição aos raios-X só deve acontecer quando absolutamente necessário e com uso irrestrito do avental de chumbo, ter a história clínica da gestante completa e bem anotada na ficha durante a anamnese e o intercâmbio com o médico que as assistem.

Tsammtsouris et al. (1986)¹³⁹, nos Estados Unidos, aplicaram um questionário em 179 futuros pais, cujas esposas estavam grávidas e 45% responderam estar incertos quanto aos efeitos do flúor, 50,5% declararam-se contrários à sua utilização em crianças e apenas 4,5% acreditavam que o flúor pode ser benéfico à saúde da criança. Quanto às visitas ao cirurgião-dentista, 67,5% desses pais disseram que a primeira visita ao dentista deveria ocorrer quando os dentes decíduos erupcionassem e para 21,7% destes, a primeira visita deveria ocorrer com três a quatro anos de idade, enquanto para 10,8%, somente quando houvesse alguma necessidade.

Segundo, Krasse (1986)⁷⁴, durante a gravidez pode haver aumento do risco de cárie devido à tendência a mordiscar.

O Ministério da Saúde (1988)²⁰, Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil, através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, reconhece a importância da educação em saúde e afirma “... as gestantes constituem o grupo ideal para que o processo de aprendizagem se realize”. Em relação à assistência odontológica no pré-natal o mesmo documento diz “... todas as gestantes inscritas deverão ser agendadas para consulta de rotina nas unidades de saúde, que disponham de serviço odontológico; caso contrário referenciar. Na consulta de rotina, deverá ser realizado o exame clínico da cavidade bucal e elaborado um plano de tratamento a ser desenvolvido durante o pré-natal” e mais “...deve-se aproveitar o período da gestação para introduzir ações educativas em saúde bucal”.

Romero & Sanches (1988)¹²³ observaram uma falta de motivação da gestante para com os aspectos preventivos odontológicos, resultante da baixa intervenção educacional por parte do cirurgião dentista.

Frazier & Horowitz (1990)⁴⁸ acreditam que a *compliance* (cooperação consciente) é maior em países que receberam educação para a saúde bucal durante o pré-natal.

Holm (1990)⁶² acredita que o objetivo de informar os pais é estimular o interesse, aumentar o nível de conhecimento e gerar mudanças pertinentes e constantes nas atitudes e comportamento com relação à saúde bucal.

Segundo Oliveira (1990)¹⁰⁷ é possível que o estado geral da paciente a induza ao descuido com a higiene bucal. As pacientes que tinham hábitos bucais inadequados quanto ao controle de placa antes da gravidez, neste período estariam mais propensas ao aparecimento de problemas bucais,

nos quais se inclui as lesões cariogênicas e perda de elementos dentários, devido às mudanças hormonais e de comportamento.

Tsammtsouris & Gairis (1990)¹⁴⁰ acreditam que se os pais procurarem por atendimento odontológico durante o período gestacional, o profissional que se prontifique à atendê-los pode oferecer a oportunidade de trabalhar com eles, no período em que estão mais motivados e receptivos a receber este tipo de informação, e diminuirá a possibilidade de que a saúde bucal seja comprometida pelos efeitos deletérios de hábitos dietéticos inadequados.

Steffensen (1990)¹³⁴ e Griffen & Goepeferd (1991)⁵⁴ relatam que apesar dos grandes avanços no conhecimento, tecnologia e prevenção, a cárie e a doença periodontal ainda afetam a maioria da população. Medidas preventivas devem ser adotadas nos estágios mais precoces da vida, permanecendo através de todos os seus ciclos, adequando-se a estes.

Alaluusua et al. (1991)³ relatam que os patógenos periodontais que habitam a cavidade oral, são transmitidos de indivíduo para indivíduo pela saliva, o que ocorre comumente na vida cotidiana de uma família, por meio de talheres ou objetos contaminados.

Goepel et al. (1991)⁵¹ aplicaram 700 questionários em gestantes na Alemanha e verificaram que 70,9% das mesmas não haviam recebido qualquer informação sobre higiene bucal, 45,6% trocavam suas escovas dentais somente a cada seis meses e 57,7% tiveram gengivite durante a gravidez. Das participantes, 41,3% procuraram informação referente à higiene bucal, enquanto que 44,3% julgavam ter conhecimentos suficientes sobre o assunto. Quando questionadas sobre a causa da má conservação de

seus dentes, 28,4% afirmaram ser devido à higiene bucal deficiente e ao consumo excessivo de açúcar, 37,4% sofriam de náuseas matinais, o que impedia a escovação para 55% destas e 67,9% não tinham conhecimento sobre a importância do flúor e sua aplicação.

Gunay et al. (1991)⁶⁰ analisando os resultados de 700 questionários na Alemanha, observaram que 51% das mesmas não haviam realizado exame ou tratamento odontológico durante a gravidez, embora 65% das gestantes apresentassem sangramento gengival. Do total das entrevistadas, 71% não haviam recebido nenhuma informação referente à higiene bucal durante a gravidez.

Kinniby & Palm Lars (1991)⁷⁰ enfatizam em seu estudo que é essencial fazer os pais ou outras pessoas que cuidam das crianças, conscientes da importância da informação, ao invés de depositar novos conteúdos, os profissionais devem torná-los adequados a cada nível social e de educação.

Bernd et al. (1992)¹⁴, no município de Porto Alegre –RS, entrevistando gestantes e lactantes, demonstram que para estes grupos a má aparência dos dentes anteriores refletia um sinal de “relaxamento”, de descaso. Isto demonstra a visão de saúde bucal para estes indivíduos, onde a mesma está intimamente relacionada à estética e às relações sociais. A origem da cárie era entendida como resultante de determinados alimentos e algumas vezes, considerada uma doença inevitável. Os autores deste estudo concluíram que as entrevistadas referem-se a dois níveis de dificuldades os quais devem ser superados para se chegar ao dentista. O primeiro é interno, subjetivo, diz respeito a seus medos, traumas e fantasias. O segundo é externo

e objetivo, se relacionando com dificuldades de marcação de consultas, esperas prolongadas, interferências no cotidiano. Com isto, o motivo para a procura por atendimento precisa ser bastante forte e inadiável, como a dor. Quanto à relação cultura popular-gestação, os autores notaram duas percepções, ou seja, que o tratamento odontológico poderia causar danos à saúde e o medo do tratamento odontológico na gestação, segundo relatado por dentistas, familiares e amigos.

Newbrun (1992)¹⁰¹ realizou estudo cujo objetivo foi verificar a prevenção da cárie dental, mostrando como ocorria a cadeia de transmissão dos microrganismos que a causavam. Neste trabalho o autor demonstrou ser possível prevenir ou retardar a infecção por *Streptococcus mutans* em crianças, utilizando-se intervenções preventivas dirigidas às mães.

Segundo Shrout et al. (1992)¹³², quanto mais positiva for a atitude da mãe com relação a sua própria saúde bucal, isso irá refletir na melhor higiene bucal de seus filhos e conseqüentemente menor incidência das doenças bucais. Para esse autor a educação para a saúde no pré-natal, deve envolver diversos aspectos em termos de orientações, informações e conhecimentos à gestante, usando como estratégia a discussão e persuasão, de maneira que, ela como núcleo da família e na fase receptiva que se encontra, possa reverter tudo que conseguir captar e apreender em benefício da própria família.

Medeiros (1993)⁸⁹ relata que o desconhecimento dos mecanismos da doença bucal e dos métodos de prevenção por parte dos pais podem constituir num risco para a saúde bucal das crianças. Segundo o autor, deveríamos informá-los sobre as doenças bucais e como prevení-las ou até

tratá-las, além de introduzir cuidados odontológicos no período de gestação, salientando a importância de uma mudança de atitudes pelos pais, estabelecendo hábitos favoráveis à saúde bucal de forma a estimular a adoção desses hábitos o mais precocemente possível em seus filhos.

Rocha (1993)¹²¹ entrevistando 304 gestantes, de nível sócio-econômico-educacional baixo, do município de Salvador-BA sobre o conhecimento de saúde bucal, demonstrou que 70,7% conheciam o problema cárie dentária e apenas 9,5% citaram o problema periodontal. Quando questionadas quanto às causas das doenças bucais, 59,9% as atribuíram à falta de higiene. Entre as entrevistadas, 62,2% acreditavam que os dentes não nascem para durar a vida toda e como método de prevenção de cárie, 82,9% responderam ser a escovação, enquanto 53,3% sabiam da existência de um elemento que previne esta enfermidade. Quanto aos conhecimentos à respeito da saúde periodontal, 38,8% afirmaram apresentar sangramento gengival, sendo este, na maioria dos casos, anterior à gravidez. Quanto aos dentes decíduos, 79,3% responderam que não há necessidade de tratá-los, por "... cair e nascer outro no lugar."

Paunio (1994)¹¹¹, na Finlândia, investigando os hábitos de cuidados bucais de pais e mães primigestas e comparando depois com de seus filhos aos 18 meses e 3 anos de idade. O autor encontrou que os hábitos de escovação dental do pai e da mãe apresentavam um efeito cumulativo nos hábitos de higiene das crianças e também que os hábitos alimentares são transmitidos.

Nakama (1994)⁹⁶ acredita que os pais devem se conscientizar do problema, ter interesse em resolvê-lo, envolver-se na sua resolução, agindo

de acordo com as orientações, até que se crie o hábito, entendido como a consolidação do procedimento ao longo do tempo.

Konishi (1995)⁷³ explica que algumas orientações às gestantes para a sua própria saúde bucal e a do bebê são revelantes, como: conscientizar de que para se promover saúde é preciso educar e de como os problemas bucais se instalam e se desenvolvem, meios de transmissão, microbiota, janela de infecção, reeducação alimentar, uso do flúor e incentivo à amamentação.

Menino & Bijella (1995)⁹² entrevistando 150 gestantes do município de Bauru-SP, de nível sócio-econômico-educacional baixo, concluíram que a maioria das gestantes (91,3%) tinham noções sobre a cárie dentária e meios de prevenção. O grupo analisado mostrou consenso ao não considerar a perda dental como situação inevitável, se a pessoa possuir certos cuidados e receber tratamento. Das gestantes entrevistadas, 43,3% afirmaram ter sangramento gengival, sendo que dessas, 76,8% anteriormente à gravidez. A maioria, ou seja, 98,7% escovavam seus dentes mais de uma vez ao dia e 42% usavam fio dental. Apesar da crença popular de que “a gravidez causa problemas na boca”, 49,3% das gestantes não concordaram com tal equívoco. A procura por tratamento odontológico não foi considerada prioridade por este grupo, onde se relatou certo receio tanto das grávidas, como do cirurgião-dentista. A maioria das entrevistadas havia recebido informações sobre saúde bucal, mas nenhuma delas durante o período pré-natal.

Segundo Buischi (1996)²³, os profissionais da área odontológica são agentes promotores da saúde, e que devendo, portanto, conscientizar os responsáveis da necessidade de obterem informações que

possibilitem maior controle sobre a própria saúde e a de seus filhos. Tal conscientização somente ocorre quando os pais tomam posse da realidade e a conhecem, descobrindo, assim que eles podem modificá-la.

Dantas (1996)³⁶ estudando a relação entre gravidez e saúde bucal de gestantes do município de Natal-RN e observou que a partir do 2º trimestre ocorreu um aumento considerável dos índices de placa e sangramento gengival, além de 70% das pacientes estudadas não terem acesso a fluoterapia clínica, o que coincide na mesma pesquisa com um aumento na frequência de ingestão de alimentos açúcarados, além das mudanças hormonais e alterações de hábitos alimentares. Relatou, também, que mesmo as informações mais simples, como efeito dos vômitos e cuidados com a higiene bucal não são repassadas as gestantes, que poderiam cuidar melhor da sua própria saúde bucal e assim se preparar para receber seu filho, com um desafio cariogênico vencido ou estabilizado e uma microbiota reduzida, diminuindo os riscos de contaminação da criança por doenças bucais.

Nascimento & Lopes (1996)⁹⁷ realizando um questionário sobre dieta, controle de placa e uso de fluoretos, com 40 gestantes adolescentes e encontraram que 70% das gestantes se alimentam mais vezes durante a gravidez, sendo que 55% não alteram a frequência de escovação. Somente 17,5% utilizavam fio dental, 77,5% apresentavam náuseas e vômitos durante o 1º trimestre, sendo esta, que 42,5% aconteciam durante a escovação dental, sendo uma justificativa para o descuido da higiene bucal neste período. Os autores concluem que as adolescentes grávidas constituem um grupo de alto

risco de cárie dentária, havendo necessidade de controle dietético, atenção à higiene bucal e uso de fluoretos durante todo o período gestacional.

Para Rosa et al. (1996)¹²⁵ e Costa & Albuquerque (1997)³¹, quando a questão é saúde, as mães exercem um papel chave na família, pois servem de exemplo para muitos dos comportamentos que seus filhos adotarão. O que se sabe, é que os comportamentos positivos ou negativos adquiridos ou desenvolvidos na infância, e que fazem parte da socialização primária, se fixam profundamente e resistem à mudanças, transformando-se em atitudes para com a saúde e a vida.

Asikainen et al. (1997)⁵ relatam que é mais provável que crianças infectadas por microrganismos cariogênicos e ou periodontopatogênicos possuam mães portadoras de população salivar densa destes microrganismos, ao contrário daquelas cujas mães possuam reservatórios pequenos ou negligenciáveis.

Barbosa & Chelotti (1997)⁹, no município de São Paulo-SP, avaliaram o conhecimento sobre aspectos de prevenção, educação, dentição decídua e oclusão por intermédio de um questionário entregue a 501 gestantes e/ou mães com filhos de até seis anos de idade, sendo as mesmas de nível social médio-alto. De acordo com os resultados, 98,8% afirmaram escovar os dentes duas, três ou mais vezes ao dia, 71,7% trocavam suas escovas de dente mensalmente e 56,3% utilizavam fio dental diariamente. Com relação à placa bacteriana, 34,9% das entrevistadas acreditavam que a mesma só pode ser removida pelo dentista e 22% não sabiam como eliminá-la. Com relação ao consumo de sacarose, 68,3% das mães acreditavam que a frequência do consumo do mesmo pudesse favorecer o aparecimento da cárie. Apenas

31,3% das mães reconheciam o potencial de transmissibilidade da cárie dentária na relação mãe-filho. Desta forma, se a criança é colonizada por espécies potencialmente patogênicas, então um dos pais geralmente será portador de uma bactéria genotipicamente idêntica. Ainda, segundo os autores, a colonização da cavidade bucal se inicia com o nascimento e as primeiras bactérias encontradas são derivadas da mãe.

Oliveira Jr. et al. (1997)¹⁰⁸, ao entrevistarem 116 gestantes de nível sócio-econômico médio-alto do município de Araraquara-SP, concluíram que 10% das mesmas alegaram apresentar alguma alteração gengival, como sangramento, enquanto 42% responderam que não procuraram tratamento odontológico durante a gestação, alegando receio que o mesmo pudesse prejudicar o bebê e 12% responderam ter conhecimento sobre o potencial de transmissibilidade da cárie na relação mãe-filho.

Walter et al. (1997)¹⁴³ creem que a educação será o substrato do ramo da odontologia dedicado aos cuidados com bebês e, na população, a mulher, por ser aquela que tem mais contato com a criança, é a escolhida para ser o agente vetorial para a transmissão da educação, pois sendo conscientizada, ela transferirá para seus filhos os conhecimentos recebidos.

Brandão (1998)¹⁹ avaliou através de questionário, 410 gestantes do município de Araraquara-SP, de 14 a 41 anos de idade. As questões abordaram o conhecimento e atitudes relacionadas à saúde bucal. Concluiu que perduram, ainda, as crenças de que “dentes de leite não dão cárie”, que não precisam ser higienizados “porque o bebê só toma leite” e que “a mulher grávida não pode ir ao dentista”. Há carência de informações sobre a higiene bucal tanto da mãe como do bebê e os reflexos de tais hábitos no

futuro, sobre os benefícios da amamentação natural e da utilização do flúor, sobre os hábitos alimentares deletérios tanto para a mãe como para o bebê e sobre a idade indicada para a primeira visita ao dentista. O interesse demonstrado pelas gestantes indica que atividades direcionadas à educação em saúde a serem desenvolvidas nesta fase, além de necessárias, teriam uma reação positiva.

Corsetti et al. (1998)³⁰ avaliando o atendimento odontológico para gestantes nos serviços públicos de Porto Alegre-RS e o grau de informação dos dentistas envolvidos nesse atendimento, encontrou os seguintes resultados: somente cerca de 24% das unidades de saúde estudadas possui um programa odontológico rotineiro para gestantes e nas 76% das unidades restantes, a gestante só era atendida se solicitasse o serviço, não havendo um encaminhamento referencial no pré-natal. Embora todos os dentistas pesquisados considerem esse atendimento importante, seja para melhorar hábitos das gestantes, seja pelos benefícios que o bebê receberá, e apesar de estarem sensíveis a importância dessa iniciativa, não existe, no atual sistema de prestação de serviços, um atendimento odontológico voltado para a referida clientela.

Costa et al. (1998)³² avaliaram, através de questionário, a percepção de 60 gestantes sobre alguns aspectos de saúde bucal em crianças. A maioria da população estudada (44%) tinha idades de 20-25 anos, baixo grau de escolaridade e poder aquisitivo, acreditavam na transmissibilidade da cárie (53%), escovam os dentes três vezes ao dia (48%) e não faziam uso do fio dental (63%). Os autores concluíram que é necessário introduzir programas de atenção à gestante como noções básicas de higiene bucal e utilização do flúor.

Livingston et al. (1998)⁷⁸ afirmam que a gestante alimenta-se com mais frequência e o maior consumo de açúcar e carboidratos aumenta o risco de cárie.

Wanderley et al. (1998)¹⁴⁴ relatam que a educação em saúde deve fazer parte da socialização primária na infância e é responsabilidade dos pais, dos familiares, da escola e de seus educadores. O exemplo estabelecido pela família tem grande impacto sobre o desempenho da criança. As crianças refletem nossos atos, atitudes e condutas, por isso é tão importante dar bom exemplo e acreditam, também, que é uma grande responsabilidade ser educador.

Scavuzzi et al. (1999)¹²⁹, através da aplicação dos índices CPOD e CPITN, avaliaram a saúde bucal de 204 gestantes e observaram que tanto o índice CPOD como o CPITN têm fraca correlação com o número de gestações e também não existe diferença estatisticamente significativa entre estes índices e o trimestre gestacional. Também relataram que 10,3% das gestantes procuraram atendimento no 1º trimestre da gestação, 44,1% no 2º trimestre e 45,6% no 3º trimestre, concluindo que as mulheres demoram para comprovar o estado gestacional ou podem também estar receosas quanto ao atendimento odontológico nesta fase. A saúde bucal das gestantes independente do trimestre gestacional, era precária com presença de infecção cariogênica e periodontal. Os autores acreditam que seja necessário um programa de atenção odontológica que priorize tal grupo populacional.

Resultado

Os Gráficos 1 a 6 e as Tabelas 1 a 3 a seguir, demonstram os resultados encontrados neste estudo.

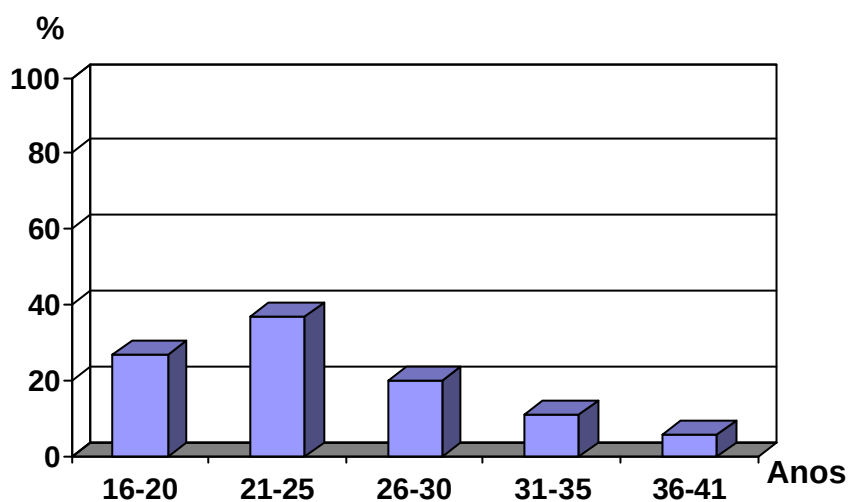


Gráfico 1 - Percentual de gestantes segundo grupo etário (anos). Araraquara, S.P., 2001.

As gestantes tinham idades de 16 a 41 anos e encontravam-se do 2º ao 9º mês gestacional.

O Gráfico 1 demonstrou que 26,7% das gestantes tinham de 16-20 anos, 36,7% de 21-25 anos, 20,0% de 26-30 anos, 10,8% de 31-35 anos e 5,8% de 36-41 anos. O maior percentual foi encontrado na idade de 21-25 anos.

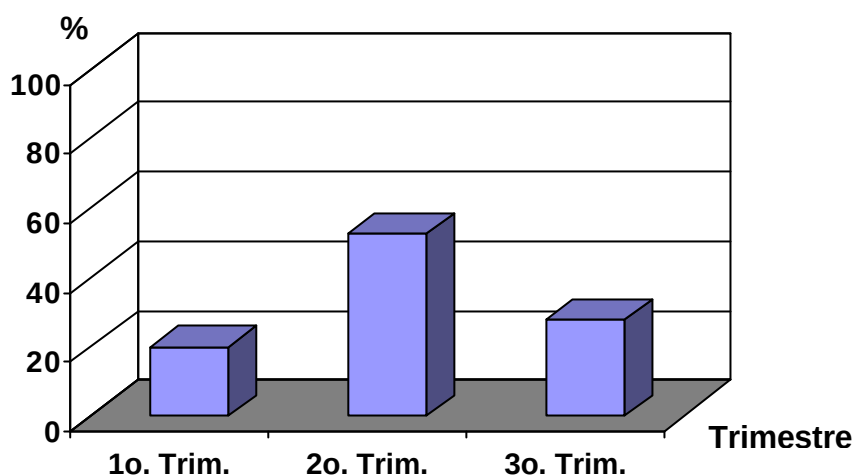


Gráfico 2 - Percentual de gestantes segundo o trimestre gestacional (meses). Araraquara, S.P., 2001

No Gráfico 2, observa-se que 20,0% das gestantes procuraram atendimento no primeiro trimestre gestacional, 52,5% no segundo trimestre, no qual o tratamento é melhor recomendado e 27,5% no terceiro trimestre.

Tabela 1 - Distribuição da frequência (f) e percentual (%) segundo o tipo de dieta. Araraquara, S.P., 2001.

Dieta	f	%
Não cariogênica	25	20,8
Cariogênica	95	79,2
Total	120	100,0

Na Tabela 1, tem-se que 79,2% das gestantes apresentavam dieta cariogênica, ou seja, frequência de ingestão de carboidratos fermentáveis entre as refeições maior e/ou igual que duas vezes/dia e 20,8% das gestantes apresentavam dieta não cariogênica, menor que duas vezes/dia.

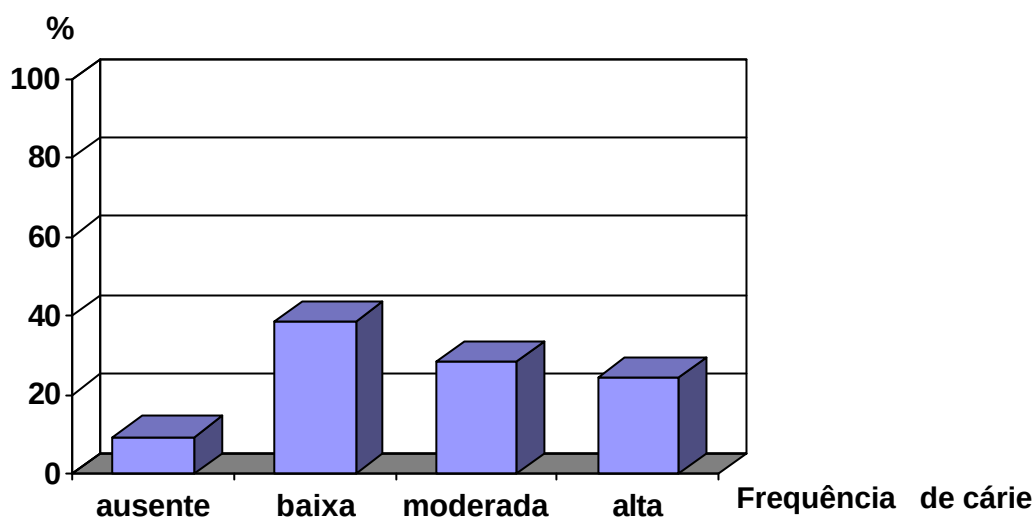


Gráfico 3 - Distribuição percentual da frequência de cárie, em gestantes. Araraquara, S.P., 2001.

Demonstrou-se no Gráfico 3, que 9,2% das gestantes eram livres de cárie, enquanto que 38,3%, 28,3%, 24,2% apresentavam, suscetivamente, baixa (menor e/ou igual que 20% dos dentes), moderada (maior que 20% e menor que 40% dos dentes) e alta (maior e/ou igual que 40% dos dentes) frequência de cárie.

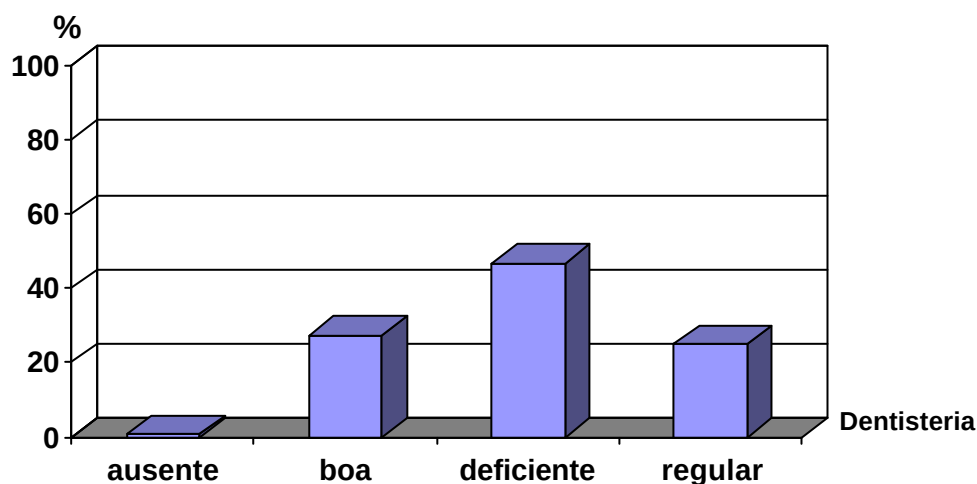


Gráfico 4 – Distribuição percentual da frequência segundo a dentisteria. Araraquara, S.P., 2001.

Tem-se no Gráfico 4 que 25,0% das gestantes apresentavam dentisteria regular, 46,7% deficiente, 27,5% boa, o que significa respectivamente, maior que 40% e menor que 80% dos dentes adequadamente restaurados, menor e/ou igual que 40%, maior e/ou igual que 80% dos dentes adequadamente restaurados e 0,8% não apresentava nenhuma restauração.

Tabela 2 - Distribuição de frequência (f), segundo mancha branca.
Araraquara, S.P., 2001.

Mancha branca	f	%
Ausente	70	58,3
Inativa	32	26,7
Ativa	18	15,0
Total	120	100,0

A Tabela 2 tem-se 15,0% de manchas brancas ativas (superfícies rugosas e opacas), 26,7% inativas (superfícies lisas e brilhantes) e 58,3% de ausência de manchas brancas nas gestantes examinadas.

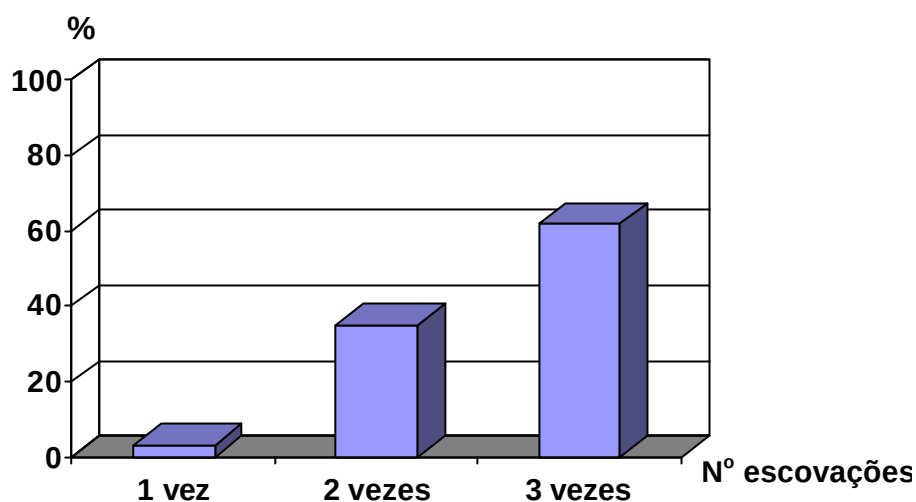


Gráfico 5 – Distribuição percentual da frequência segundo o número de escovações/dia. Araraquara, S.P., 2001.

O Gráfico 5 mostra o número de escovações/dia realizados pelas gestantes, sendo que respectivamente, 3,3%, 35,0% e a maioria, 61,7% , realizavam somente uma, duas e três escovações/dia.

Tabela 3 - Distribuição percentual da frequência (f), segundo o número de vezes que utiliza o fio dental/dia. Araraquara, S.P., 2001.

Fio dental /dia	f	%
Não utiliza	70	58,3
3 vezes	29	24,2
4 vezes	21	17,5
Total	120	100,0

Na Tabela 3 58,3% das gestantes não utilizam o fio dental, 24,2% utilizam 3 vezes por dia e 17,5% 4 vezes por dia.

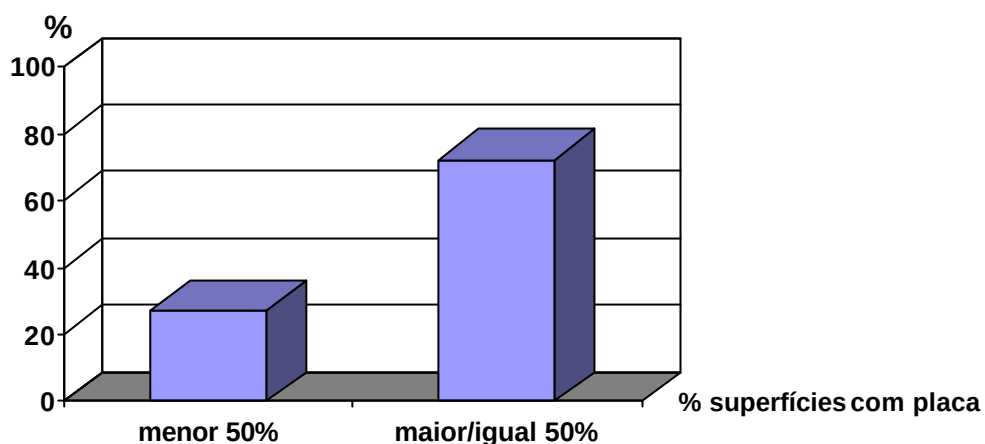


Gráfico 6 – Percentual de superfícies com placa corada em gestantes.

Araraquara, SP, 2001.

Tem-se no Gráfico 6 que 27,5% das gestantes apresentam menor que 50% das superfícies dentárias com placa corada e 72,5% tem maior ou igual que 50% das superfícies dentárias com placa corada.

Em resumo, 36,7% tinham de 21-25 anos; 52,5% procuraram atendimento no 2º trimestre gestacional; 79,2% tinham dieta cariogênica; 38,3% apresentaram baixa frequência de cárie; 46,7% apresentavam dentisteria deficiente; 58,3% não possuíam manchas brancas; 61,7% escovavam seus dentes três vezes/dia; 58,3% não utilizavam fio dental; 72,5% apresentavam maior/igual que 50,0% das superfícies dentárias com placa corada.

Discussão

Apesar deste estudo não avaliar as crenças ou mitos existentes em relação a saúde bucal de gestantes, vários autores ^(11, 14, 19, 28, 34, 92, 108, 130) demonstraram que ainda hoje algumas gestantes mostram-se receosas, com medo e inseguras quanto ao tratamento dentário durante a gravidez, acreditando que a cárie e a perda dentária são consequências naturais do período gestacional, que os procedimentos realizados podem prejudicar o bebê; também encontram que a maioria dos dentistas negam-se a atender gestantes.

Talvez em pouco tempo essa realidade percebida pelas gestantes e pelos profissionais de odontologia seja alterada, pois existem serviços públicos que oferecem informação e tratamento dentário à gestante ⁽³⁰⁾ , como o desta Faculdade e da Prefeitura Municipal desta cidade dos quais tive e tenho o privilégio de participar ativamente.

Neste estudo, em relação a faixa etária das gestantes, a maioria, 36,7% encontravam-se com idades de 21-25 anos (Gráfico 1), no trabalho de Costa et al. ⁽³²⁾ , também foi encontrado uma maior porcentagem de gestantes (44,0%) com idades de 20-25 anos. Acredito que esta faixa etária seja a mais fértil e também uma fase que geralmente as mulheres optam pela formação de uma família. Com o aumento da idade o percentual de mulheres grávidas diminuiu, chegando a 5,8% na faixa etária de 36-41 anos (Gráfico 1), onde algumas mulheres começam a fase da menopausa.

Neste estudo 52,5% das gestantes que procuraram atendimento encontravam-se no 2º trimestre gestacional (Gráfico 2), período considerado mais propício e estável para tratamento ⁽³⁸⁾, e onde ocorre considerável aumento do índice de placa ⁽³⁶⁾, mesmo porque nesse período, geralmente os incômodos como enjôos e vômitos comuns no 1º trimestre ⁽²⁹⁾ já passaram. Contrariamente ao encontrado por Scavuzzi et al. ⁽¹²⁹⁾, onde a maioria das gestantes, 45,6% estavam no 3º trimestre gestacional e 44,1% no 2º trimestre. Talvez esses valores sejam variáveis em vista dos diferentes tipos de populações estudadas, seu nível educacional e condição social podem alterar os resultados.

Os fatores de risco de cárie desta pesquisa são fatores clínicos (dentisteria, mancha branca, frequência de cárie, dieta, placa, escovação e utilização de fio dental) e que segundo Newbrun & Leverett ⁽¹⁰²⁾ essas variáveis são melhores que as laboratoriais.

A dieta, fator importante na gestação devido aos desejos de comer coisas estranhas e fora de hora, a chamada perversão do apetite ⁽¹¹⁰⁾, foi encontrado dieta cariogênica em 79,2% das gestantes estudadas (Tabela 1), devido a ansiedade deste período a tendência a “mordiscar” aumenta ⁽⁷⁴⁾, principalmente em relação aos alimentos açúcarados ^(36,51), no 3º trimestre existe a diminuição da capacidade do estômago, fazendo com que a gestante se alimente com pouca quantidade mas com frequência e a probabilidade de ser acometida por cárie dentária também aumentaria. ^(29, 78, 81) Barbosa & Chelotti ⁽⁹⁾,

relataram que 68,3% das gestantes entrevistadas relataram que a frequência do consumo de sacarose poderia favorecer o aparecimento de cáries; neste estudo um diário alimentar preenchido pelas gestantes, resultou na maioria dos casos, uma dieta cariogênica. Neste caso, coincidentemente ou não, o conhecimento das gestantes em relação a dieta (68,3%) e a descrição da dieta no diário alimentar de seis dias, feito neste estudo (79,2%), tiveram valores altos, se isso ocorresse com uma mesma população, demonstraria que o conhecimento não levou a mudança do hábito alimentar, ou que a ansiedade da gestante é tão superior ao ponto de não se preocupar se isso irá causar cárie ou não.

A frequência de cárie encontrada nas gestantes (Gráfico 3), na maioria 38,3% apresentavam baixa frequência de cárie, ou seja, igual ou menor que 20,0% dos dentes eram acometidos pela cárie, e também encontrou-se que 9,2% das gestantes eram livres de cárie. Acredito que este resultado foi satisfatório levando-se em conta a alta cariogenicidade da dieta, apesar de existir uma interação dos vários fatores de risco para que ocorra ou não a doença.

Contrariamente, Logar ⁽⁸¹⁾, observou que a alteração da dieta com a negligência da saúde bucal aumentava a incidência da cárie em gestantes, mesmo em questionário realizado por Chapman et al. ⁽²⁸⁾, as gestantes (43%) acreditam que a cárie é uma consequência da gestação. Scavuzzi et al. ⁽¹²⁹⁾, também afirmaram em seu trabalho através

do CPOD e CPITN que as condições bucais eram precárias com infecção cariogênica e periodontal, independente do trimestre gestacional.

Em relação a dentisteria, ou qualidade das restaurações, o Gráfico 4, demonstrou que a maior parte das gestantes, 46,7%, apresentavam dentisteria deficiente, que corresponde à menor ou igual a 40,0% dos dentes adequadamente restaurados, 25,0% regular, 27,5% boa e 0,8% sem restaurações. Não foi encontrado ou não estava disponível na literatura trabalhos que relacionassem as restaurações em gestantes. Sabe-se que as restaurações são a experiência passada de cárie, isso não quer dizer que no presente ou no futuro este paciente continuará ou não a ter a doença, ela será controlada desde que seus fatores causais interagidos sejam eliminados ou restringidos, como por exemplo o controle da dieta, da placa através da correta higienização, do controle periódico do paciente e dos tratamentos preventivos. ⁽⁸⁶⁾

Tem-se que analisar quando essas gestantes entraram em contato com os fatores que levaram à cárie e também o tipo de tratamento que foi realizado na época que foram feitas essas restaurações, se foi quando criança que geralmente reluta ao tratamento, ou o dentista não tinha uma visão conservadora e restaurava todos os sulcos e fissuras escurecidos, sem cárie ativa, atitudes ainda presentes hoje.

Em relação também, as manchas brancas devidas à cárie nada foi relatado nos estudos apresentados neste trabalho. Na Tabela 2,

observou-se que 58,3% das gestantes não apresentavam manchas brancas, 26,7% manchas brancas inativas e 15,0% ativas. Acredita-se que quando se tem manchas brancas ativas, a desmineralização está ocorrendo, indicando alta atividade de cárie.^(43,115) O importante é controlá-las para que o processo não evolua até a dentina ocasionando uma lesão cariiosa cavitada, onde somente um tratamento restaurador irá impedir sua progressão. Neste estudo foram encontradas 15,0% de gestantes com manchas brancas ativas, provavelmente a interação dos demais fatores estudados e talvez de outros não referenciados ocasionaram essa situação, 26,7% inativas, as lesões estavam controladas no momento, provavelmente devido ao controle ou mudança de algum fator ou tratamento preventivo realizados geralmente com fluoretos, e o maior percentual encontrado, 58,3% das gestantes, não apresentavam manchas brancas.

Em relação a higiene bucal quanto à escovação e uso do fio dental diários, as gestantes, 61,7% (Gráfico 5), responderam que escovavam seus dentes três vezes ao dia, geralmente é o que a maioria dos dentistas recomendam a seus pacientes ou mesmo as propagandas divulgam. 35,0% escovavam duas vezes e 3,3% somente uma vez ao dia.

Quanto ao uso do fio dental (Tabela 3), 17,5% das gestantes utilizam quatro vezes ao dia, 24,2% 3 vezes, ou seja 41,7% utilizam o fio dental e 58,3% não utilizam, nenhuma resposta quanto ao

uso do fio dental uma ou duas vezes ao dia foi encontrada no grupo estudado.

Como essas questões foram respondidas pelas gestantes, talvez não aconteça realmente dessa maneira, mas demonstra que a maioria delas sabem o número de vezes que deve-se escovar os dentes. Acredito que o importante não é a quantidade de vezes que se escova os dentes ou a técnica empregada, mas sim a eficiência na remoção da placa, a qual depende das condições da escova dental, da coordenação motora do paciente e até mesmo da importância que o indivíduo dá a sua saúde bucal ou sua saúde geral. O fio dental geralmente menos conhecido que a escova dental e a teórica dificuldade de utilizá-lo, foi pouco utilizado pelas gestantes desta pesquisa.

Vários estudos relataram através de entrevistas ou questionários, os hábitos de higiene bucal das gestantes.

Ramalho ⁽¹¹⁹⁾ , ressalta em seu trabalho que nos últimos meses da gravidez a mãe está tão preocupada com o nascimento do bebê que negligencia ainda mais sua higiene bucal, podendo ocorrer um aumento na incidência de cárie.

Fato interessante foi relatado por Edwards & Rowentree ⁽⁴⁰⁾, no qual 33,2% das primigestas responderam que a escovação era para proporcionar “boca fresca” e somente para 21,8% para prevenir a cárie, além disso relataram que diminuíram o hábito da escovação durante a gravidez devido ao sangramento gengival. Ao contrário, no estudo de

Chapman et al. ⁽²⁸⁾, 88,0% das gestantes responderam que a escovação reduz a cárie e 71,0% escovavam seus dentes duas ou mais vezes ao dia, responderam também que reduziriam a escovação devido à enjôos.

Cozzupoli ⁽³⁴⁾, encontrou que 31,1% das gestantes escovavam os dentes três vezes ao dia, 28,2% duas vezes e 15,9% uma vez. Doshi ⁽³⁷⁾ relatou em seu estudo que 91,0% tinham consciência da importância da escovação na higiene bucal e realizavam este procedimento entre duas e três vezes ao dia.

Oliveira ⁽¹⁰⁷⁾ acredita que o estado geral da paciente, mudanças hormonais e de comportamento induza ao descuido com a higiene bucal e principalmente as que já apresentavam hábitos de higiene inadequados antes da gravidez, estariam mais propensas ao aparecimento de lesões cariosas e perdas dentárias neste período.

Podemos ainda nos deparar com a falta de informação quanto à higienização, Goepel et al. ⁽⁵¹⁾ verificaram que 70,9% das gestantes não haviam recebido esta informação. 28,4% afirmaram que a má conservação de seus dentes era devido à má higiene e consumo excessivo de açúcar. 37,4% tinham enjôos matinais e destas 55,0% não escovavam seus dentes devido a isso. Nascimento & Lopes ⁽⁹⁷⁾ também relataram 77,5% das gestantes adolescentes questionadas apresentavam náuseas e vômitos durante o 1º trimestre sendo que destas, 42,5% aconteciam durante a escovação e somente 17,5% utilizam o fio dental,

relataram também que 70,0% das gestantes aumentaram seus hábitos alimentares e 55,0% destas não alteraram sua frequência de escovação.

Menino & Bijella ⁽⁹²⁾ encontraram resultados semelhantes ao desta pesquisa, 98,7% das gestantes entrevistadas escovavam seus dentes mais de uma vez ao dia e 42,0% utilizavam o fio dental.

Rocha ⁽¹²¹⁾ em entrevista realizada com gestantes observou que 59,9% acreditam que as doenças bucais ocorrem devido a falta de higiene, 82,9% crêem ser a escovação um dos métodos de prevenção da cárie.

Barbosa & Chelotti ⁽⁹⁾ observaram que 98,8% das gestantes escovavam seus dentes duas, três ou mais vezes ao dia e 56,3% utilizavam o fio dental.

Costa et al. ⁽³²⁾ encontraram que 48,0% das gestantes escovavam seus dentes três vezes ao dia e 63,0% não utilizavam o fio dental.

Paunio ⁽¹¹¹⁾ investigando hábitos bucais de pais e recém-mães comparando com seus filhos após 18 meses e 3 anos, encontrou que tanto os hábitos de higiene como alimentares são transmitidos dos pais para seus filhos.

Na literatura abordada nesta pesquisa não foram encontrados trabalhos disponíveis a respeito do índice de placa em gestantes. Observa-se no Gráfico 6 que 27,5% das gestantes apresentam menos que 50% das superfícies coradas e 72,5% tem maior ou igual que

50% das superfícies dentárias com placa corada, segundo o Registro de Controle de Placa de O'Leary et al. ⁽¹⁰⁵⁾ . Sabe-se que existem dois tipos de placa bacteriana ou biofilme dentário, uma específica que dependendo dos microrganismos predominantes e outros fatores interagidos podem levar à cárie ou a doença periodontal e a placa inespecífica que não ocasiona tais doenças. Como neste estudo não foi feita uma análise microbiológica não se pode afirmar nada em relação ao tipo de placa bacteriana encontrada e nem se os valores encontrados, vistos individualmente de outros fatores, levariam ou não estas gestantes a terem cárie ou doença periodontal, somente demonstra que existe na maioria das gestantes (72,5%) um grande acúmulo de placa nas superfícies dentárias.

Além do conhecimento sobre a saúde bucal de gestantes para prevenir doenças bucais ou mesmo controlá-las é importante controlar e/ou prevenir a transmissibilidade da doença para seus futuros filhos, como relatado na literatura, onde a mãe, pai, familiares ou qualquer pessoa que cuide da criança pode estar transmitindo microrganismos cariogênicos ou hábitos inadequados de alimentação e higiene bucal. ^(1, 5, 9, 12, 32, 53, 101, 108)

Ferreira & Guedes-Pinto ⁽⁴⁷⁾, 1995, disseram que quando se pensa em Odontologia com enfoque em promoção de saúde a educação é de importância fundamental. Os pacientes e seus

responsáveis devem estar conscientes de suas necessidades e responsabilidades na manutenção da saúde.

Pacientes bem motivados que recebem uma instrução adequada e que estão dispostos a dedicar tempo e esforço necessário, os métodos mecânicos de controle são efetivos e reduzem a placa satisfatoriamente ⁽⁷⁹⁾, favorecendo o sucesso do tratamento odontológico.

Os fatores sócio-econômico-educacionais, as crenças e os valores afetam o processo saúde-doença ^(16, 57, 114, 140) e a educação é um instrumento de transformação social,⁽¹²⁰⁾ que necessita, então, ser reavaliada e dada sua devida importância.

Estudiosos preocupam-se em iniciar a educação e motivação em saúde durante o período gestacional ^(54, 57, 63, 68, 133), já que as gestantes são o grupo ideal para que o processo de aprendizagem se realize ⁽²⁰⁾, pois nesse período além de existir um aumento da resposta inflamatória a fatores irritantes locais, no caso dos problemas periodontais, devido ao estado imunológico e hormonal que a mulher encontra-se nessa fase ^(2, 40, 55, 112), ela está mais receptiva a adoção de novos hábitos e portanto mudanças comportamentais ^(49, 139) já que tudo gira em torno de proteger, cuidar e fazer o que for preciso para que o bebê tenha as melhores condições de saúde.

Pouco se conhece a respeito das condições de saúde bucal de gestantes ⁽¹²³⁾ e o nível de conhecimento que as mesmas, pais e familiares têm em relação a saúde bucal. ^(24, 47, 48, 70, 89, 96, 143) Esse grupo é

muito importante para a futura saúde de seus filhos, pois pais sem educação e motivação provavelmente não serão bons exemplos para seus filhos, já que a criança nos seus primeiros anos de vida está em processo de aprendizagem e consolidação da personalidade, nada mais justo que depositarmos nosso esforços para ensinar e motivar esses pais.

Esta pesquisa é uma breve iniciação de muitos trabalhos que devem ser realizados em gestantes, abordando todos os fatores de risco a cárie, inclusive os microbiológicos e salivares, não estudados neste trabalho.

Em face dos resultados obtidos nesta pesquisa, acredito que mais estudos a respeito da saúde bucal de gestantes, inclusive estudos para avaliação do risco de cárie e doença periodontal podem ser realizados, para que estratégias de educação, promoção de saúde e tratamento sejam planejadas e executadas, visando um grupo populacional considerado ideal, de risco e transformador de hábitos para próximas gerações com mais saúde bucal e consequentemente qualidade de vida.

Conclusão

Em consideração ao que foi proposto, pode-se concluir que:

Os fatores clínicos de risco de cárie mais prevalentes foram:

- 1- 79,2% das gestantes apresentavam dieta cariogênica.
- 2- 72,5% das gestantes tinham maior e/ou igual que 50% de superfícies dentárias com placa corada.
- 3- 46,7% das gestantes possuíam dentisteria deficiente.
- 4- Mais estudos em relação aos fatores de risco de cárie devem ser realizados para que se possa planejar e executar programas de saúde bucal em gestantes.

Referências bibliográficas

1. ALALUUSUA, S. RENKONEN, O. V. Streptococcus mutans establishment and dental caries experience in children from 2 to 4 years old. *Scand. J. Dent. Res.*, v.91, n.6, p.453-7, 1983.
2. ALALUUSUA, S. et al. Caries-related microbiological findings in a group of teenagers and their parents. *Caries Res.*, v.18, p.49-54, 1989.
3. ALALUUSUA, S. et al. Intrafamilial transmission of *Actinobacillus actinomicetemcomitans*. *J. Periodontol.*, v.62, p.207-10, 1991.
4. ARAÚJO, F. B. & FIGUEIREDO, M. C. Promoção de Saúde em Odontopediatria – In KRIGER, L., coord. ABOPREV – *Promoção de Saúde Bucal*. São Paulo, Ed. Artes médicas, 1997, Cap. 13, p.283-348.
5. ASIKAINEN, S. et al. Can one acquire periodontal bacteria and periodontitis from a family member ?. *J. Am. Dent. Assoc.*, v.128, p.1263-71, 1997.)
6. AXELSSON, P. Estabelecimento de hábitos de higiene bucal dirigido pela localização da placa e da doença dentária. Traduzido por Hamilton T. Bellini: São Paulo; FOU SP, ABOPREV, 1991, p.63.
7. BARATIERI, L. N. et al. *Dentística: Procedimentos preventivos e restauradores*. São Paulo. Editora Santos, p.1-28, 1990.
8. BARBAKOW, F. et al. Enamel remineralization: how to explain it to patients. *Quintessence Int.*, v.22, n.5, p.341-347, 1991.

9. BARBOSA, R. C. L., CHELOTTI, A. Avaliação do conhecimento de aspectos de prevenção e educação em Odontologia, dentição decídua e oclusão, em gestante e mães até 6 anos pós-parto, como fator importante na manutenção da saúde bucal da criança. *Rev. Inst. Ciênc. Saúde*, n. esp., p.13-7, 1997.
10. BECK, J.D. Risk revisited. *Commun. Dent. Oral. Epidemiol.*, v.26, p.220-225., 1998.
11. BENSON, T. J. Planning for the future citizen. *J. Ir. Dent. Assoc.*, v.13, n.6, p.141-2, 1967.
12. BERKOWITZ, R. J., JONES, P. Mouth to mouth transmission of the bacterium streptococcus mutans between mother and child. *Arch. Oral Biol.* V.30, n.4, p.377-9, 1985.
13. BERNAT, M. C. , SEBASTIANI, R. W. – Visão Básica de Psicologia Pré e Perinatal- Cap. I, p.1-7. In: *Odontopediatria na 1ª Infância*, CORRÊA, M. S. N. P. Liv. Edt. Santos – SP. 1ª Ed. 679 pags, 1998.
14. BERND, B. et al. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. *Saúde em debate*, n.34, p.33-9, 1992.
15. BEZERRA, A. C. B. , TOLEDO, O. A. Nutrição, Dieta e Cárie. Cap. 3, p.44-67 In KRIGER, L. *Promoção de Saúde Bucal – ABOPREV*, 1997, São Paulo, Editora Artes Médicas Ltda, 1ª ed. 475p.
16. BLINKHORN, A. S. Preventing dental disease through health education. *Dent. Health London*, v.25, p.7-9, 1986.

17. BOHANNAN, H. et al. Caries prevalence in the National Preventive Demonstration Program. *J. Dent. Res.*, v.60 (Special issue A), p.360, 1981(abstract).
18. BOWEN, W. H. Food components and caries . *Adv. Dent. Res.*, 8:215-20, 1994.
19. BRANDÃO, I. M. G. 1998. *Avaliação do conhecimento e de atitudes relacionados à saúde bucal. Gestantes dos Centros Municipais de Saúde de Araraquara-SP*. Araraquara, 1998, 126p. Tese (Mestrado em Periodontia) – Faculdade de Odontologia, UNESP.
20. BRASIL. *Ministério da Saúde*. Secretaria nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Materno-Infantil , Instituto nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Assistência pré-natal. 2ª ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.
21. BRATTHALL, D. et al. Avaliação do Risco de Cárie – Uma Abordagem Atual. Cap. 7, p.150-168. In: BUISCHI, I. P. *Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica*. 1ª ed. Artes Médicas, 2000, São Paulo, EAP-APCD, v.22. 336p.
22. BUENO, F. S. *Dicionário Escolar da Língua Portuguesa*. 11ª Ed. Ministério da Educação. Rio de Janeiro, R.J. 1991.
23. BUISCHI, Y. P. Aspectos básicos da promoção de saúde bucal. In: Todescan, F.F., bottino, M. A. (coord.)- *Atualização na Clínica Odontológica – a prática da clínica geral*. São Paulo: Artes Médicas, 1996. p.613-25.

24. BUISCHI, Y. P., AXELSSON, P. Controle mecânico da placa dental realizado pelo paciente. Kriger, L. (coord.0. ABOPREV: *Promoção de Saúde Bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1997, 475p. p.113-127.
25. CABRAL, I. C. T. Motivação: o grande desafio. [Online] . Disponível na Internet. [http://www. Odontologia.com.br/artigos/motivacao.html](http://www.Odontologia.com.br/artigos/motivacao.html) 2000. 8p.
26. CARRANZA Jr., F. A. *Glickman Periodontia Clínica*. 7ª edição. Guanabara Koogan, 1992.
27. CASTRO, C. M., PELIANO, A. M. Novos alimentos, velhos hábitos e o espaço para ações educativas. In: *O alimentar no Brasil*, Edited by Castro, C. M. and Coimbra, M., São Paulo, Almed, 1985.
28. CHAPMAN, P. J. et al. A dental survey of na antenatal population. *Aust. Dent. J.*, v.19, p.261-8, 1974.
29. CHIODO, G. T., ROSENSTEIN, D. I. Dental treatment during pregnancy: a preventive approach. *J. Am. Dent. Assoc.*, v.110, p.365-368, Mar, 1985.
30. CORSETTI, L. O. et al. Avaliação do atendimento odontológico para gestantes nos serviços públicos de Porto Alegre-RS, durante o pré-natal. *Rev. ABOPREV*, v.1, n.1, p.9-15, 1998.
31. COSTA, I. C. C., ALBUQUERQUE, A. J. Educação em Saúde. In *Odontologia Preventiva e Social: textos selecionados*. Natal: EDUFRN, 1997. Cap.17, p.223-50.

32. COSTA, I. C. C. et al. A gestante como agente multiplicador de saúde. *RPG – Rev. pós-grad*, v.5, n.2, p.87-92, abr.-jun., 1998.
33. COUTO, J. L. et al. Motivação do paciente: Avaliação dos recursos didáticos da cárie e doença periodontal. *R.G.O.*, v.40, n.2, p.87-90, 1992.
34. COZZUPOLI, C. A. *A Odontologia na gravidez*. São Paulo: Panamed, 1981.
35. CRAFT, M. A . A Motivation model for preventive dental behaviour. *Int. J. Hlth. Educ.*, 21 (3): 194-204, 1978.
36. DANTAS, S. S. *Relação entre gravidez e saúde bucal*. Natal, 1996, 147p. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social) . Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
37. DOSHI, S. B. A study of dental habits, knowledge and opinions of nursing mothers. *J. Can. Dent. Assoc.*,v.51, n.6, p.429-32, 1985.
38. DUALIBI, S. E., DUALIBI, M. T. A. A odontologia para a gestante. *Rev. Paul. Odon.*, v.7, n.5, p.12-36, 1985.
39. DUARTE, C. A. et al. Transmissibilidade da microbiota bucal em humanos: repercussão sobre o dente e o periodonto – revisão da literatura. *Rev. Period.*, v. Jan/Jun, p.211-16, 1995.
40. EDWARDS, T. S. F., ROWENTREE, F. S. D. Dental attitudes of primigravid women. *J. Dent. Res.*, v.4, p.325-32, 1969.

41. EKSTRAND, K. et al. Light microscope study of the effect of probing in occlusal surfaces. *Caries Res.*, v.21, n.4, p.368-74, 1987.
42. EKSTRAND, K. Diagnostico da Cárie. Cap. 6. p.126-148. In: BUISCHI, I. P. *Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica*. 1^a ed. Artes Médicas, 2000, São Paulo, EAP-APCD, v.22. 336p.
43. ELDERTON, R. J. Assessement and clinical management of early caries in young adults: invasive versus non-invasive methods. *Br. Dent. J.*, v.158, n.12, p.440-4, jun., 1985.
44. FEJERSKOV, O., THYLSTRUP, A. Patologia da Cárie. In: THYLSTRUP, A., FEJERSKOV, O. *Tratado de Cariologia*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1988. Cap.11, p.194-223.
45. FEJERSKOV, O. et al. *Fluorose – um manual para profissionais da saúde*. 1^a edição, São Paulo: Livraria Editora Santos, 1994, 122p.
46. FERREIRA, C. P. et al. *A Bioquímica para Cirurgiões-Dentistas*. 6: 117-127, 1996.
47. FERREIRA, S. L. M., GUEDES-PINTO, A. C. Educação do paciente em odontopediatria. In: Guedes-Pinto, A. C. – *Odontopediatria*. 5ed. São Paulo: Santos, 1995. P.437-52.
48. FRAZIER, P. J., HOROWITZ, A. M. Oral health education and promotion in maternal and child health: a position paper. *J. Publ. Health Dent.*, v.50, n.6, p.390-5, sept., 1990. Número especial.
49. GARCIA, I. L. Cuidados dentales en la mujer embarazada. *Rev. Rol. Enferm.*, V.10, p. 31-2, 1995.

50. GIER, R.E. , JANES, D.R. Dental management of the pregnant patient. Symposium on the patient with increased medical risks. *Dent. Clin. North Am.*, v.27, p.419-28, 1983.
51. GOEPEL, E. et al. Die notwendigkeit der zwsammenarbeit zwischen gynakologe und zahnarzt in der schwangreschaft. Eine studie wber die zahngesundheitserziehung in der graviditat. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, v.51, n.3, p.231-5, 1991.
52. GRANDO, V. A. Prevalência de cárie dentária em primeiros molares permanentes de escolares. *Odontólogo Moderno*. São Paulo, v.12, n.9, p.8-14.Out, 1985.
53. GREENSTEIN, G., LAMSTER, I. Bacterial transmission in periodontal diseases: a critical review. *J. Periodontol.*, v.68, p.421-31, 1997.
54. GRIFFEN, A. L., GOEPFERD, S. J. Preventive oral health care for the infant. Child and adolescent. *Pediatr. Clin. North Am.* V.38, p.1209-26, 1991.
55. GRISI, M. F. M. et al. Similaridade de microrganismos periodontopatogênicos entre pais e filhos: relação entre o parâmetro clínico índice de sangramento papilar (PBS) e o teste BANA (Perioscan). *Periodontia*, v.3, p.133-44, 1994.
56. GRÖNDAHL, H. J. Diagnóstico radiológico no tratamento da cárie dentária. In: THYLSTRUP, A., FEJERSKOV, O. *Cariologia Clínica*. São Paulo: Livraria Editora Santos, 1995. Cap.18, p. 367-82.

57. GRYTEN, J. et al. Aspects of the formation of dental health behaviours in early childhood. *Dent. Health London*, v.28, p.6, 1989.
58. GUEDES-PINTO, A. C. , CHELOTTI, A. Riscos de cárie dentária. *Rev. Gaúcha de Odont.*, v.37, n.5, p.384-88, Set-Out., 1989.
59. GUEDES-PINTO, A. C. Prevenção. In: *Odontopediatria*. 3^a ed., São Paulo, Edt. Santos, 1991, p.457-583.
60. GUNAY, H. et al. Stand der mundgesundheitsserziehung wahrand der schwangerschaft. *Oralprophylaxe*, v.13, p.4-7, 1991.
61. GUSTAFSSON, G. et al. The effect of different levels of carbohydrates intake on caries activity in 436 individuals observed for five years. *Acta Odontol. Scand.* 11:232-364, 1954.
62. HOLM, A. K. Education and diet in the prevention of caries in preschool child. *J. Dent.*, v.18, p.380 - , 1990.
63. HOLM, A. K. diet and caries in high-risk groups in developed and developing countries. *Caries Res.*, 24:44-52, 1990.
64. HOLT, R. D. et al. Dental education through home visits to mothers with young children. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.11, p.98-101, 1983.
65. HOLT, R. D. et al. Effects of dental health education for mothers with young children in London. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.13, p.148-51, 1985.

66. JOHANSON, I. , BIRKHED, D. A dieta e o Processo Cariogênico. In THYLSTRUP, A. , FEJERSKOV, O. *Cariologia Clínica* , 2^a ed., trad. Sônia R.L. Maíke, São Paulo, Editora Santos, 1995.
67. JOHNSON, D. A. Efeitos da dieta e da nutrição sobre a composição da saliva. In BOWEN, W. H. , TABAK. L. A. *Cariologia para a década de 90*, trad. T. Oppido, São Paulo, Editora Santos, 1995. p.347-81.
68. KATZ, S. et al. *Odontologia preventiva em ação*. 3,ed. Trad. Por Dr. Roberto J. Porter. São Paulo: Panamericana, 1982. 375p.
69. KING, J. M. et al. Some social predictors of caries experience. *Br. Dent. J.*, v.155, p.266-8, 1983.
70. KINNIBY, C. G., PALM, LARS, W. J. Evolution of information on dental care at child centers: Differences in educational level, attitude and knowledge among parents of preschool children with different caries experience. *Acta Odontology Scand.*, Oslo, v.49, n.5, p.289-95, 1991.
71. KOCH, G. et al. Oral hygiene and dental carie. In: THYLSTRUP, A., FEJERSKOV, O. *Textbook of cariology*. 1^a ed. Copenhagen, Munksgaard, 1986, p.204-30.
72. KOLMAKOW, S. et al. Determining the caries risk child. part II: assessment of initial caries on the permanent dentition of children. *J. Pedod.*, v.9, p.67-76, 1984
73. KONISHI, F. Odontologia intra-uterina. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v.4, n.2, p.135-136, 1995.

74. KRASSE, B. *Risco de Cáries*, guia prático para controle e assessoramento. São Paulo, Quintessence, 1986. 113p.
75. LASCALA, N. T., MOUSSALLI, N. H. *Periodontia Clínica II*. 1ª edição. São Paulo, Artes Médicas, 1989.
76. LAST, J. M. A. *Dictionary of epidemiology*. 2nd ed. Oxford: Oxford University. Pr, 1988.
77. LITTLE, J.W. , FALACE, D.A. *Dental Management of the Medically Compromised Patient*. Fourth Edition, St. Louis: CV Mosby Co., p.383-89, 1993.
78. LIVINGSTON, H. M. et al. Considerations in the management of the pregnant patient. *SCD Spec. Care Dent.*, v.18, n.5, p. 63-70, 1998.
79. LÖE, H. et al. Experimental gingivitis in man. *J. Periodontol.*, v.36, p.177-87, 1965.
80. LOESCHE, W. J. *Cárie dental*, uma infecção tratável. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1993. 349p.
81. LOGAR apud RAMALHO, A. *Odontologia e obstetrícia*: problemas odontológicos relacionados com a gravidez. São Paulo, Fonseca, 1968.
82. LOPES W. C. , TAYFOUR, M. M. Avaliação clínica e laboratorial dos riscos de cárie em crianças de 5 a 6 anos. Parte I – Revisão de literatura. *ROBRAC*, v.4, n.12, p.26-29, 1994.

83. LUSSI, A. Validity of diagnostic and treatment decisions of fissure caries. *Caries Res.*, Basel, v.25, n.4, p.296-303, jul.-ago., 1991.
84. MALARET, M. E. B. Importancia de la diada madre-hijo. *Salud Bucal*, n.38, p.29-33, 1980.
85. MALTZ, M. Prevenção de cárie e doença periodontal. IN: TOLEDO, O. A. *Odontopediatria*, fundamentos para a prática clínica. São Paulo, Panamericana, 1986. p.111-126,
86. MALTZ, M. , CARVALHO, J. Diagnóstico da Doença Cárie. Cap 4, p70-91. In KRIGER, L. *Promoção de Saúde Bucal – ABOPREV*, 1997, São Paulo, Editora Artes Médicas Ltda, 1^a ed. 475p.
87. MANSON, J. D., ELEY, B. M. *Manual de Periodontia*, 1^a edição. São Paulo, Livraria e Editora Santos, 1993.
88. McDONALD Jr., J. L. *Dietary and nutritional influences on dental caries*. In POLLACK, R. L. , KRAVITZ, E. Nutrition and Oral Health and Disease. Philadelphia, Lea , Febiger, 1985. p.151-60.
89. MEDEIROS, U. V. Atenção odontológica para bebê. *Rev. Paul. Odontol.*, v.15, n.6, p.18-27, nov./dez.1993.
90. MEDEIROS, U. V. et al. Prevenção à cárie através da dieta. *Rev. Bras. Odontol.*, v.52, n.2, p.42-46, Mar-Abr., 1995.
91. MENAKER, L. Cárie dentárias, bases biológicas. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1984. 461p.

92. MENINO, R.T.M., BIJELLA, V.T. Necessidades de saúde bucal em gestantes dos núcleos de saúde de Bauru: conhecimentos com relação à própria saúde bucal. *Rev. Fac. Odontol. Bauru*, v.3, p.5-16, 1995.
93. MILLER, J. et al. Dental caries and malnutrition (letter to the editor). *Lancet*, 2:853, 1980.
94. MILLER, M. C. The pregnant dental patient. *J. Calif. Dental Assoc.*, v.23, n.8, p.63-70, 1995.
95. MOTTA, D. G., BOOG, M. C. F. *Educação nutricional*, 2^a Ed., São Paulo, Ibrasa, 1987
96. NAKAMA, L. *Educar prevenindo e prevenir educando – Odontologia no primeiro ano de vida*. Londrina, 1994. 61p. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina.
97. NASCIMENTO, Z. C. P. , LOPES, W. C. Gravidez na adolescência: enfoque odonto-preventivo. *ROBRAC.*, v.6, n.20, p.27-31, 1996.
98. NAVARRO, M. F. L., CORTÊS, D. F. Avaliação e tratamento do paciente com relação ao risco de cárie. *Rev. Maxi-odonto*, v.1, fasc.4, p.1-35, Jul/Ago,1995.
99. NEWBRUN, E. *Cariology*, 3rd Ed., Chicago, Quintessence, 1989. p.99-134.
100. NEWBRUN, E. Dental caries in future: a global view. *Proc. Finn. Dent. Soc.*, 88(3-4):155-61, 1992.

101. NEWBRUN, E. Preventing dental caries: breaking the chain of transmission. *J. Am. Dent. Assoc.*, v.123, p.55-9, 1992.
102. NEWBRUN, E., LEVERETT, D. Risk assesement dental caries working group summary statement, In: BADER, J. D. ed. *Risk assesement in dentistry*. Chapel Hill: University of Noth Carolina Ecology, 1990, p.304.
103. NIKIFORUK, K. G. *Understanding Dental Caries – 1. Etiology and Mechanisms – Basic and Clinical Aspects*. New York, Karger, 1985. p.182-209.
104. NIKIFORUK, K. G. Monitoring caries activity. Brasil, New York, Karger, 1985. p.225-42. Apud Baratieri, L. N. et al. *Dentística: Procedimentos preventivos e restauradores*. São Paulo. Editora Santos, p.1-28, 1990.
105. O'LEARY, T.J., DRAKE, R.B., NAYLOR, J.E. The Plaque Control Record. *J. Periodontol.*, v.43, p.38, January, 1972.
106. OLIVEIRA, M. A. M. *Atendimento odontológico na gravidez: considerações clínicas e emprego de medicamentos*. São Paulo, Ed. Santos, 1990, 60p.
107. OLIVEIRA, M. V. *Educação Preventiva para Crianças*. Curso ministrado na 52ª Jornada Odontológica Internacional de Araraquara – UNESP- 21/08/98, 15 pags. São Carlos, S.P.

108. OLIVEIRA JR., O. B. et al. Contribuição para a eficácia de programas de prevenção: identificando o conhecimento e os mitos sobre saúde bucal em gestantes de classe média de Araraquara. [Online].Disponível na Internet. <http://www.odontologia.com.br/artigos/gestantes.html> 1997. Jul.08. 7p.
109. PASHLEY, B. , SHEPHERD, A. Student health services: how educational ? *J. Hlth. Educ.*, 36 (3): 70-6, 1977.
110. PAULINA, I. O Primeiro Trimestre. *Rev. Crescer.*,v.7, n.82 p.24-27, Set, 2000.
111. PAUNIO, P. Dental health habits of young families from Southwestern in Finland. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.22, n.1, p.36-40, Feb.1994.
112. PETIT, M. D. A. et al. Tramsmission of *Actinobacillus actinomicetemcomitans* in families of adult periodontitis patients. *J. Periodont. Res.*, v.28, p.334-45, 1993.
113. PETTRY, P. C., PRETTO, S. M. Educação e motivação em saúde bucal. In: Kriger, L. (coord.). ABOPREV: *Promoção de Saúde Bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1997. 475p., p.364-70.
114. PINTO, V. G. *Saúde Bucal: Odontologia Social e Preventiva*. Editora Santos, 2ª edição, 1990. São Paulo. 415 p.
115. PITTS, N. B. Diagnostic methods for caries: what is appropriate when? *J. Dent.*, v.19, n.6, p.377-82, 1991.

116. PITTS, N. B. Advances in radiografic detection methods and caries management rationale, In STOOKEY, G. (ed): Early Detection of Dental Caries. Indiana, Indiana University School of Dentistry, 1996, p.40-50.
117. PITTS, N. B., RIMMER, P. A. An in vivo comparision of radiographic and directly assessed clinical caries status of posterior approximal surfaces in primary and permanent teeth. *Caries Res.*, v.26, n.2, p.146-152, 1992.
118. PODSHALEY, A. G. et al. The effectiveness of two educational programs in changing the performance of oral hygiene by elementary school children. *J. South Calif. State. Dent. Assoc.*, v.40, p.440-1, 1972.
119. RAMALHO, A. *Odontologia e Obstetrícia: problemas odontológicos relacionados com a gravidez*. São Paulo. Fonseca. 1968.129p.
120. RESENDE, A. L. M. *Saúde dialética do pensar e do fazer*. São Paulo: Cortez, 1986, 159p.
121. ROCHA, M. C. B. S. *Avaliação do conhecimento e das práticas de saúde bucal: gestantes do distrito sanitário Docente Assitencial Barra/Rio Vermelho – Município de Salvador – BA*. São Paulo, 1993. Tese (Doutorado em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, 1993. 115p.
122. RÖLLA, G. , KOCH, G. Dental caries: prevention. IN: KOCH, G. et al. *Pedodontics: clinical approach*. Copenhagen, Munksgaard, 1994. p.117-42.

123. ROMERO, R. D., SANCHES, C. M. Los odontologos educan a sus pacientes ? *Rev. Adm*, v. XLV , n.5, p.317-20, 1988.
124. ROMERO, R. D., SANCHES, C. M. Educación para la salud dental durante el embarazo. *Rev. Adm*, v.31, n.4, p.530-35, 1989.
125. ROSA, F. B. et al. Projeto para um sorriso feliz: programa de orientação de prevenção para mães. *Rev. ABO Nac.*, v.4, n.1, p.36-9, 1996.
126. ROSSOW, L. et al. Patterns of sugar consumption in early childhood. *Comum. Dent. Oral Epidemiol.*, v.18, n.1, p.12-6, Feb. 1990.
127. RUGG-GUNN, A. J. et al. The effect of altering the position of a sugary food in a meal upon plaque pH in human subjects. *J. Dent. Res.*, v.60, p.45-6, 1981.
128. SAVASTANO, H., NOVO, D. P. Aspectos psicológicos da gestante sob o ponto de vista da teoria do núcleo do Eu. *Rev. Saúde Públ.*, v.15, n.1, p.101-10, 1981.
129. SCAVUZZI, A. I. F. et al. Influência da gestação na prevalência da cárie dentária e da doença periodontal. *Rev. Fac. Odontol. UFA.*, v.18, p.15-21, 1999.
130. SEWARD, M. H. E. Dental health education during the ante-period. *Br. Dent. J.*, v.122, p.24-6, 1967.
131. SHEIHAM, A. Porque o consumo de açúcar deve ser abaixo de 10 a 15 kg por pessoa, por ano: evidência dental. *EAP* v.8, p.4-6, Jul-Ago-Set., 1992.

132. SHROUT, M. K. et al. Treating the pregnant dental patient: four basic routes addressed. *J. Am. Dent. Assoc.*, v.123, n. 5, p.75-80, 1992.
133. SINGI, L. M. Prevenção da placa dental. *Odontol. Mod.*, v.12, p.17-23, 1985.
134. STEFFENSEN, J. E. M. Literature and concept review: issues in maternal and child oral health. *J. Public Health Dent.*, v.50, p.358-69, 1990.
135. THEILADE, E., BIRKHED, D. Dieta e cárie. In THYLSTRUP, A. *Tratado de Cariologia*, 1988.
136. THYLSTRUP, A. , FEJJERSKOV, O. *Cariologia Clínica* , 2ª ed., trad. Sônia R.L. Maíke, São Paulo, Editora Santos, 1995. p. 283-310.
137. TOMITA, N. E., BASTOS, J. R. M. Risco de cárie dentária: avaliação bio-psico-social. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v.45, n.3, Mai-Jun., 1991 (nota prévia).
138. TORRES, I. A., ANDRADE, M. G. N. Cuidados primários odontológicos durante o período gestacional. *CCS*, v.6, n.4, p.48-51, 1984.
139. TSAMMITSOURIS, A. et al. Dental education of expectant parents. *J.Pedod.*, v.10, p.309-22, 1986.
140. TSAMMITSOURIS, A., GAIRIS, V. Survey of pediatrician's attitudes towards pediatric dental health. *J.Pedod.*, v.14, n.3, p.152-64, mar., 1990.

141. VALSECKI JR., A. et al. *Manual de Procedimentos Clínicos - Clínica de Prevenção da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP*. 10 p. 1997.
142. VASCONCELLOS, M. C. C., AMARAL, J. S. A. A sociedade brasileira e a prevenção em saúde bucal. *Rev. Odontol. Univ. São Paulo*, v.5, p.24-30, 1994.
143. WALTER, L.R.F., FERELLE, A., ISSAO, M. Cap. 5 – Educação odontológica: necessidades educativas pgs 75-6 – In: *Odontologia para o Bebê*. Artes Médicas, 1997. 1ª ed.
144. WANDERLEY, M. T. et al. Educação e Motivação na Promoção de Saúde Bucal – Cap. XXVIII. P. 389-402. In: *Odontopediatria na 1ª Infância*. CORRÊA, M. S. N. P. Liv e Edt. Santos – São Paulo. 1ª ed. 679p. 1998.
145. WERNER, D. *Aprendendo e ensinando a cuidar da saúde*. Cap. 1. Pg. S.P., Paulinas, 1984.
146. WILKINS, E. M. *Clinical practice of dental hygienist*. Ler , Febriger , Baltimore, 7ª ed., 1994. Cap. 19. Indices and Scoring Methods.
147. WILLIAMS, S. A. Behaviour patterns affecting the dental health of infants. *Dent. Health London*, v.25, p.3-6, 1986.

ROSELL, F. L. *Prevalência dos fatores clínicos de risco de cárie em gestantes*. Araraquara, 2001. 119p. Tese (Doutorado em Periodontia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista – UNESP.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência dos fatores clínicos de risco de cárie (frequência de cárie, mancha branca, dentisteria, dieta, índice de placa, frequência diária da escovação e uso de fio dental) em gestantes que frequentaram a Clínica de Prevenção da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP no período de 1997 a 2000. Realizou-se um levantamento de prontuários clínicos de gestantes, totalizando 120 prontuários. As gestantes tinham idades de 16 a 41 anos e encontravam-se do 2º ao 9º mês gestacional. Os dados foram armazenados e analisados através do programa Epi Info versão 6.04 – CDC – USA. 26,7% das gestantes tinham de 16-20 anos, 36,7% de 21-25 anos, 20,0% de 26-30 anos, 10,8% de 31-35 anos e 5,8% de 36-41 anos; 52,5% das gestantes procuraram atendimento no 2º trimestre gestacional, 27,5% no 3º trimestre e 20,0% no 1º trimestre; a prevalência foi de 79,2% para dieta cariogênica e 20,8% não cariogênica; em relação à frequência de cárie prevalência foi de 38,3% das gestantes com baixa, 28,3% moderada, 24,2% alta 9,2% livres de cárie; 46,7% das gestantes apresentavam dentisteria deficiente, 27,5% boa, 25,0% regular e 0,8% não apresentavam restaurações; em relação as manchas brancas, 58,3% das gestantes não a apresentavam, 26,7% tinham manchas brancas ativas e 15,0% inativas; 61,7% das gestantes escovavam três vezes ao

dia, 35,0% duas vezes e 3,3% uma vez ao dia; o fio dental era utilizado três vezes ao dia por 24,2% das gestantes, quatro vezes por 17,5% e 58,3% não o utilizavam; 72,5% das gestantes apresentavam maior ou igual que 50,0% das superfícies dentárias com placa corada e 27,5% menor que 50,0% das superfícies dentárias. Os fatores clínicos de risco de cárie mais prevalentes foram: dieta cariogênica (79,2%), dentisteria deficiente (46,7%) e superfícies dentárias com placa corada (72,5%). Mais estudos em relação aos fatores de risco de cárie devem ser realizados para que se possa planejar e executar programas de saúde bucal em gestantes.

Palavras-chave: prevalência – fatores de risco – cárie dentária - gravidez

ROSELL, F. L. *The prevalence of clinical risk factors of tooth decay in pregnant women*. Araraquara, 2001. 119p. Tese (Doutorado em Periodontia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista – UNESP.

ABSTRACT

The object of this study was to evaluate the prevalence of clinical risk factors of tooth decay (tooth decay frequency, white mark, dentistry, diet, plaque rate, daily frequency of tooth brushing and the use of dental floss) in pregnant women who attended the Prevention Clinic of the Dentistry Faculty in Araraquara – UNESP from 1997 to 2000. A survey with 120 dentists' notes was made. The pregnant women had ages between 16 and 41 and were in the 2nd to the 9th month of pregnancy. The data was stored and analysed by the Epi Info. Program. 26,7% of the pregnant women were between 16 and 20 years old, 36,7% between 21 and 25 years old, 20,0% between 26 and 30 years old, 10,8% between 31 and 35 years old, and 5,8% between 36 and 41 years old; 52,5% of the pregnant women looked for consultation during the 2nd quarter of pregnancy, 27,5% during the 3rd quarter, and 20,0% during the 1st quarter; the prevalence was of 79,2% for a tooth decay diet and 20,8% for a non-tooth decay diet; in relation to the tooth decay frequency, the prevalence was of 38,3% of the pregnant women with low frequency, 28,3% with moderate frequency, 24,2% with high frequency, and 9,2% free of tooth decay; 46,7% of the pregnant women presented deficient dentistry, 27,5% presented a good

one, 25,0% a regular one and 0,8% didn't present any fillings; in relation to the white marks, 58,3% of the pregnant women didn't present any, 26,7% had active white marks, and 15,0% had inactive ones; 61,7% of the pregnant women brushed their teeth three times a day, 35,0% two times a day, and 3,3% once a day; the dental floss was used three times a day by 24,2% of the pregnant women, four times a day by 17,5% of them, and 58,2% of the women didn't use it at all; 72,5% of the pregnant women presented 50% or more of the dental surfaces with colored plaque and 27,5% of the women presented 50% or less of the dental surfaces. The clinical risk factors of tooth decay which were more prevalent were the following : tooth decay diet (79,2%), deficient dentistry(46,7%), and dental surfaces with colored plaque (72,5%). More studies related to the risk factors of tooth decay must be realized in order to plan and carry out oral health programs for pregnant women.

Keywords: prevalence – risk factor - dental caries – pregnancy