



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba

ARYANE KAME TAMANAHA

**Condição sistêmica, hábitos de vida e condição
periodontal de gestantes adolescentes**

**Araçatuba
2022**

ARYANE KAME TAMANAHA

**Condição sistêmica, hábitos de vida e condição
periodontal de gestantes adolescentes**

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva em Odontologia.

Orientadora: Profa. Tit. Suzely Adas Saliba Moimaz

**Araçatuba
2022**

Catálogo na publicação (CIP)
Diretoria Técnica de Biblioteca e Documentação – FOA / UNESP

T153c Tamanaha, Aryane Kame.
Condição sistêmica, hábitos de vida e condição periodontal de gestantes adolescentes / Aryane Kame Tamanaha. - Araçatuba, 2022
79 f. : il. ; tab.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba
Orientadora: Profa. Suzely Adas Saliba Moimaz

1. Gravidez de alto risco 2. Adolescente 3. Infecções sexualmente transmissíveis 4. Doenças periodontais I. T.

Black D5
CDD 617.601

Claudio Hideo Matsumoto CRB-8/5550

Dedico este trabalho aos meus pais, Luis Toshio Tamanaha e Zenaide Aparecida Giolo Tamanaha, que sempre me apoiam, encorajam e não medem esforços para sonhar e realizar junto comigo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a *Deus e Nossa Senhora Aparecida* por sempre se fazerem presentes.

À *Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”*, na pessoa do diretor da Faculdade de Odontologia de Araçatuba Prof. Tit. *Glauco Issamu Miyahara*, e vice-diretor Prof. Tit. *Alberto Carlos Botazzo Delbem*.

À minha querida orientadora, e também vice coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva em Odontologia, Prof.^a Tit. Dr.^a *Suzely Adas Saliba Moimaz*, pela paciência, por todo amor ao ensinar, e por confiar em mim, desde 2015, enquanto ainda aluna de graduação. Obrigada professora, por me encorajar e acreditar em mim.

À prof.^a Ass. Dr.^a *Tânia Adas Saliba*, coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, pelos ensinamentos, confiança, e todo trabalho e dedicação aos alunos e ao programa.

À prof.^a Tit. Dr.^a *Nemre Adas Saliba* e Prof. Tit. Dr. *Orlando Saliba*, pela dedicação de uma vida toda, compartilhando sabedoria e carinho com todos os alunos do programa.

À prof.^a Tit. Dr.^a *Cléa Adas Saliba Garbin* pela paciência e ensinamentos.

Ao Prof. Dr. *Fernando Yamamoto Chiba* por todo conhecimento compartilhado, gentileza e palavras de carinho.

Ao Prof. Ass. Dr. *Ronald Jefferson Martins* pelas aulas ministradas com tanto carinho.

Ao Prof. Ass. Dr. *Artênio José Isper Garbin*, pela convivência e experiências compartilhada.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva em Odontologia: Prof.^a Ass. Dr.^a *Ana Amélia Barbieri*, Prof.^a Ass. Dr.^a *Ana Cláudia Okamoto*, Prof. Tit. Dr. *Aylton Valsecki Júnior*, Prof.^a Ass. Dr.^a *Cristhiane Martins Schmidt*, Prof.^a Ass. Dr.^a *Fernanda Lopez Rosell*, e Prof.^a Ass. Dr.^a *Symone Cristina Teixeira*, pela convivência e prazer em ensinar.

Aos professores *Prof.^a Ass. Dr.^a Ana Cláudia Okamoto, Prof. Dr. Fernando Yamamoto Chiba e Prof. Dr. Roosevelt da Silva Bastos* por aceitarem o convite de integrar as bancas examinadoras de exame geral de qualificação e defesa de dissertação e por suas relevantes contribuições ao trabalho.

Ao Niltinho, pela convivência, atenção e auxílio em todos os momentos.

À Lia, por estar sempre presente, pelo suporte e palavras de carinho, à Gleice, por todo apoio e companheirismo, Aretuza, por estar sempre comigo e Júlia, pela amizade. Agradeço também a todos os queridos amigos de pós-graduação, pela convivência, apoio emocional e por deixarem tudo mais leve, em especial aos meus amigos de turma Ana Victória, Julio e Renan.

Ao Ambulatório Médico de Especialidades (AME) de Araçatuba, pela parceria e autorização para realização do estudo e as pacientes que aceitaram fazer parte desta pesquisa e com quem tanto pude aprender.

Aos funcionários da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, em especial à querida Ana Cláudia Martins Grieger Manzatti, por sempre me socorrer de prontidão.

À seção de pós-graduação, em especial a Cristiane, pela atenção.

À toda minha família, em especial meus irmãos, Lu e Cristiano, por sempre me apoiarem, acreditarem em mim e serem meus melhores amigos; aos meus avós, Mauro e Conceição, por todo carinho e por serem presentes; e aos meus sobrinhos, Luis Neto e Maria Eduarda, minha fonte de alegria.

Ao Rodrigo, por ser meu confidente, acreditar e vibrar junto comigo a cada nova conquista.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento – 001, pela concessão de bolsa no curso de Mestrado.

A todos que contribuíram para que este trabalho fosse realizado, meu muito obrigada!

*“Ore como se tudo dependesse de Deus e
trabalhe como se tudo dependesse de você”*

Santo Agostinho

TAMANAHA, A. K. **Condição sistêmica, hábitos de vida e condição periodontal de gestantes adolescentes**. 2022. 74 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2022.

RESUMO GERAL

Os adolescentes podem adotar hábitos desfavoráveis à saúde, como consumo de fumo e álcool e início da prática sexual desprotegida, desencadeando gestação não planejada e Infecção Sexualmente Transmissível (IST). O objetivo neste trabalho foi analisar a prevalência de doenças sistêmicas, planejamento gestacional, hábitos de vida e a condição periodontal em gestantes adolescentes e adultas jovens. Foi realizado um estudo retrospectivo, de análise documental com gestantes adolescentes e adultas jovens, de alto risco, que realizaram o pré-natal médico em um Ambulatório Médico de Especialidades (AME), centro de referência para 28 municípios da região noroeste do estado de São Paulo. Foram incluídos no estudo, todos os prontuários de gestantes, com idade entre 13 e 24 anos, que passaram pela primeira consulta odontológica, realizada entre 2015 e 2019 (n=658). A faixa etária e Índice Periodontal Comunitário (IPC) foram consideradas variáveis dependentes. Foram consideradas variáveis independentes: classificação de alto risco gestacional, dados sociodemográficos, período gestacional, número de filhos nascidos e vivos, planejamento gestacional, hábitos de fumo, consumo de álcool, morbidade bucal referida, uso do serviço odontológico e presença de distúrbios sistêmicos. Os testes qui-quadrado e teste G ($p < 0,05$) foram efetuados entre faixa etária e dados sociodemográficos, presença de IST, planejamento gestacional, hábitos de fumo antes e durante a gestação e consumo de bebida alcoólica. Também foi realizado teste de associação entre Índice Periodontal Comunitário e condições relacionadas à morbidade bucal referida, uso do serviço odontológico, distúrbios sistêmicos, hábitos de fumar antes e durante a gestação e consumo de bebida alcóolica. Dentre as gestantes analisadas, 14,29% possuía menos de 15 anos, 53,80% eram de cor de pele branca, 44,53% estavam no 2º trimestre gestacional e 24,47% tinham pelo menos 1 filho nascido e vivo. Os motivos de encaminhamento ao pré-natal no AME mais frequentes foram: “características pessoais” das gestantes (38,78%), seguida por “morbidades” (32,14%), “doença obstétrica na gravidez atual” (21,18%) e “história reprodutiva anterior” (7,90%). Aproximadamente 8% possuía IST, sendo a sífilis a mais prevalente (4,26%). A

gestação não foi planejada pela maioria das jovens (69,30%). Quanto aos hábitos, 16,26% delas fumavam antes da gestação, 8,36% tinham o costume de fumar durante a gestação e 8,81% tinham o hábito de ingerir alguma bebida alcóolica. Do total, 72,95% alegaram que seus dentes e gengiva estão em condição de “regular” a “muito ruim” e 1,52% nunca visitou um cirurgião-dentista. A gengivite foi a alteração mais prevalente (64,28%), e nenhuma gestante apresentou bolsa periodontal profunda. A faixa etária foi associada ao planejamento gestacional e o Índice Periodontal Comunitário esteve associado ao HIV ($p=0,0296$), diabetes ($p=0,0001$) e hábito de fumar durante a gestação ($p=0,0191$). Conclui-se que a maioria das gestantes não planejaram a gestação atual e parte delas apresentou IST e hábitos de fumo e álcool. A maioria apresentou alteração periodontal na forma reversível.

Palavras-chave: Gravidez de Alto Risco. Juventude. Infecções Sexualmente Transmissíveis. Doença Periodontal.

TAMANAH, A. K. **Systemic condition, lifestyle habits and periodontal condition of pregnant adolescents.** 2022. 74 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2022.

GENERAL ABSTRACT

Adolescents can adopt unfavorable health habits, such as consumption of tobacco and alcohol and the beginning of unprotected sexual practice, triggering unplanned pregnancy and Sexually Transmitted Infection (STI). The objective of this study was to analyze the prevalence of systemic diseases, gestational planning, lifestyle habits and periodontal condition in pregnant adolescents and young adults. A retrospective study of document analysis was carried out with high-risk adolescent and young adult pregnant women who underwent medical prenatal care at a Specialty Medical Clinic (SMC), a reference center for 28 municipalities in the northwest region of the state of São Paulo. All medical records of pregnant women, aged between 13 and 24 years, who had their first dental appointment, held between 2015 and 2019 (n=658) were included in the study. Age group and Community Periodontal Index (CPI) were considered dependent variables. Independent variables were considered: high gestational risk classification, sociodemographic data, gestational period, number of children born and alive, gestational planning, smoking habits, alcohol consumption, reported oral morbidity, use of dental services and presence of systemic disorders. The chi-square test and G test ($p < 0.05$) were performed between age group and sociodemographic data, presence of STIs, gestational planning, smoking habits before and during pregnancy, and alcohol consumption. An association test was also performed between Community Periodontal Index and conditions related to reported oral morbidity, use of dental services, systemic disorders, smoking habits before and during pregnancy and alcohol consumption. Among the analyzed pregnant women, 14.29% were younger than 15 years old, 53.80% were white, 44.53% were in the 2nd trimester of pregnancy and 24.47% had at least 1 child born and alive. The most frequent reasons for referral to prenatal care in AME were: “personal characteristics” of the pregnant women (38.78%), followed by “morbidity” (32.14%), “obstetric disease in the current pregnancy” (21.18 %) and “previous reproductive history” (7.90%). Approximately 8% had STIs, with syphilis being the most prevalent (4.26%). The pregnancy was not planned by most young women (69.30%). As for habits, 16.26% of them smoked before pregnancy, 8.36% were in the habit of smoking

during pregnancy and 8.81% were in the habit of drinking alcohol. Of the total, 72.95% claimed that their teeth and gums were in a “fair” to “very bad” condition and 1.52% had never visited a dentist. Gingivitis was the most prevalent alteration (64.28%), and no pregnant woman had a deep periodontal pocket. The age group was associated with gestational planning, and the Community Periodontal Index was associated with HIV ($p=0.0296$), diabetes ($p=0.0001$) and smoking during pregnancy ($p=0.0191$). It is concluded that most pregnant women did not plan their current pregnancy and part of them had STIs and smoking and alcohol habits. The majority presented periodontal alteration in the reversible form.

Keywords: Pregnancy, High-Risk. Adolescent. Sexually Transmitted Diseases. Periodontal Diseases.

FIGURA

Capítulo 1

Figura 1. Distribuição absoluta e percentual de gestantes adolescentes e adultas jovens, segundo período gestacional (n=658). Brasil, 2022. 49

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Revisão de literatura sobre doenças infectocontagiosas e hábitos de vida em gestantes jovens 21

Quadro 2 – Revisão da literatura sobre condição periodontal e distúrbios sistêmicos em gestantes 24

LISTA DE TABELAS

Capítulo 1

Tabela 1 – Distribuição absoluta e percentual de gestantes adolescentes e adultas jovens, segundo motivo de encaminhamento ao pré-natal no Ambulatório Médico de Especialidades. Brasil, 2022. 46

Tabela 2 – Distribuição de gestantes adolescentes e adultas jovens, segundo faixa etária e dados sociodemográficos (n=658). Brasil, 2022. 47

Tabela 3 – Distribuição de gestantes adolescentes e adultas jovens, segundo faixa etária e presença de Infecção Sexualmente Transmissível, planejamento gestacional e hábitos relacionados ao fumo e álcool (n=658). Brasil, 2022. 48

Capítulo 2

Tabela 1 – Distribuição de frequência absoluta e percentual de gestantes adolescentes, segundo dados sociodemográficos (n=658). Araçatuba-SP, 2022. 67

Tabela 2 – Relação entre Índice Periodontal Comunitário e morbidade bucal referida e uso dos serviços odontológicos, por gestantes adolescentes (n=658). Araçatuba-SP, 2022. 68

Tabela 3 – Relação entre Índice Periodontal Comunitário, distúrbios sistêmicos, uso de fumo e consumo de álcool, por gestantes adolescentes. Araçatuba – SP, 2022. 69

Tabela 4 – Relação entre Índice Periodontal Comunitário e hábitos de fumo e consumo de álcool, por gestantes adolescentes (n=658). Araçatuba – SP, 2022. 70

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
AME	Ambulatório Médico de Especialidades
APS	Atenção Primária à Saúde
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
DRS II	Departamento Regional de Saúde II
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma Vírus Humano
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPC	Índice Periodontal Comunitário
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMAQ - AB	Programa de Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO GERAL	16
2 OBJETIVOS	20
3 REVISÃO DE LITERATURA	21
4 METODOLOGIA EXPANDIDA	28
5 CAPÍTULO 1 – GESTAÇÃO NA JUVENTUDE: ANÁLISE DE DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS E HÁBITOS DE VIDA	31
5.1 Resumo	31
5.2 Abstract	31
5.3 Introdução	32
5.4 Metodologia	34
5.5 Resultados	36
5.6 Discussão	37
5.7 Conclusão	41
5.8 Referências	41
6 CAPÍTULO 2 – CONDIÇÃO PERIODONTAL E DOENÇAS SISTÊMICAS EM GESTANTES ADOLESCENTES	50
6.1 Resumo	50
6.2 Abstract	51
6.3 Introdução	52
6.4 Metodologia	53
6.5 Resultados	56
6.6 Discussão	56
6.7 Conclusão	61
6.8 Referências	61
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
ANEXOS	72

1 INTRODUÇÃO GERAL*

Segundo o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), a “adolescência” abrange a faixa etária dos 10 aos 19 anos de idade, e a “juventude” pode ser considerada até os 24 anos. (1,2) Este período é definido como uma fase de intensas transformações biopsicossociais, comportamentais e corporais, caracterizando a transição da infância para a fase adulta, gerando instabilidade na identificação do indivíduo. (1) Em razão disso, o jovem passa adotar novos comportamentos, com o objetivo de obter sua própria autonomia e identidade, (3) e até mesmo pela nova sensação de liberdade, muitas vezes associado ao imediatismo, passando a adotar hábitos desfavoráveis à sua saúde. (4–6)

Durante a adolescência, os comportamentos de risco adotados podem ser premeditados ou impulsivos, e estar relacionados à imaturidade e aos estímulos emocionais. (7) Com o intuito de obter aceitação em determinados grupos, visando o sentimento de pertencimento e obter novas experiências, práticas como uso de drogas lícitas/ilícitas, cigarro eletrônico e adereços corporais, como piercings e tatuagens, comportamento agressivo e desinteresse pelos cuidados de saúde podem estar presentes. (7–9) Além disso, o início da atividade sexual, muitas vezes desprotegida, pode desencadear a gestação não planejada. (4,6)

A gestação na adolescência é considerada um problema de saúde pública, devido à possibilidade de disseminação de Infecção Sexualmente Transmissível, além de muitas vezes influenciar o decorrer da vida da jovem, como prejuízo na continuidade dos estudos, dificuldades de inserção no mercado de trabalho, falta de apoio social, rejeição familiar e do pai do bebê. (6,10) Além dos possíveis comportamentos de risco, como não aceitação da gestação, transtornos de ansiedade, depressão e uso de substâncias lícitas e ilícitas, a gestação nesta fase da vida pode acarretar problemas para a saúde do binômio mãe-filho, em razão da imaturidade fisiológica do corpo materno, principalmente nos casos de não realização de um pré-natal adequado. (3,10)

Neste contexto, as gestantes adolescentes apresentam maior risco de resultados adversos no momento do parto e aos bebês, como prematuridade, baixo

* Lista de Referências Anexo A

peso ao nascer, natimortos, aborto espontâneo, eclâmpsia, depressão pós-parto, entre outros. (10)

Durante a gravidez, a mulher passa por diversas alterações anatômicas, comportamentais e fisiológicas, que visam preparar o corpo para o desenvolvimento do feto e preparo para o momento do parto. Comumente, a maioria das gestantes passam por esse período sem complicações, entretanto, parte delas podem desencadear ou agravar determinadas alterações, apresentando risco para o desenvolvimento gestacional. Portanto, presença de doenças sistêmicas, hábitos de vida insalubres e condição de vulnerabilidade social, quando presentes, caracterizam a gestação como de “alto risco”, (11) e são identificados durante a assistência pré-natal. Neste sentido, os cuidados pré-natais são importantes para a promoção da saúde, rastreio, diagnóstico e prevenção de doenças. (12) As gestações classificadas de alto risco são encaminhadas para a realização do pré-natal especializado, para se acompanhar e avaliar as repercussões obstétricas. (11) A adolescência, em si, não é considerada fator de risco gestacional, entretanto, idade menor que 15 anos ou menarca há menos de dois anos, bem como fatores psicossociais e comportamentais, como aceitação da gestação, e realização de um pré-natal adequado, reforçam a necessidade de maior atenção dos profissionais de saúde a este público-alvo. (11)

De acordo com o Manual Técnico para Gestação de Alto Risco, (11) divulgado pelo Ministério da Saúde (MS), os marcadores e fatores de risco gestacional podem estar presentes anteriormente à gestação, ou ainda, podem surgir no seu decorrer. Aqueles que podem estar presentes antes do surgimento da gestação, estão relacionados às características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior e condições clínicas preexistentes, enquanto os fatores de risco relacionados às condições que podem surgir no decorrer da gestação se referem a: exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos; doença obstétrica na gravidez atual e intercorrências clínicas. De todo modo, o cuidado pré-natal deve envolver uma equipe multidisciplinar, de forma que todos os profissionais de saúde envolvidos sejam capazes de avaliar qualquer condição de risco que a gestante possa apresentar.

Dentre as alterações fisiológicas característica do período gestacional, destaca-se o aumento nos níveis hormonais, (13) e quando associado a mudanças

comportamentais, como nos hábitos alimentares e frequência de higiene bucal, tornam as gestantes um grupo de risco para doenças bucais, (14) evidenciando a relevância do cuidado pré-natal odontológico. A incidência da doença periodontal durante a gestação é alta, e pode estar associado a resultados indesejados, como bebês com baixo peso ao nascer, partos prematuros e pré-eclâmpsia. (15–18) Estudos realizados no interior do estado de São Paulo por Moimaz *et al.* (18) e Figueiredo *et al.* (19) demonstram que aproximadamente 75% e 63% das gestantes examinadas apresentaram alteração periodontal, respectivamente.

Os números de gestação na adolescência, no Brasil, vêm apresentando uma redução nos últimos anos, entretanto estes valores ainda podem ser considerados altos, com uma taxa de 5,3%, (20) inclusive quando comparados a média mundial que é de 4,1%. (21) De acordo com o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), aproximadamente 14% dos nascidos vivos, em 2022, são filhos de mães com idade entre 10 e 19 anos de idade, e 29% entre 20 e 24 anos, enquanto em 2012, estes números eram cerca de 20% e 26%, respectivamente. (22) Sabe-se que quanto menor a idade da mulher grávida, maior o risco gestacional. Sendo assim, é essencial que o cuidado à gestante seja realizado de forma integral e multidisciplinar, com constantes capacitações para melhora no conhecimento técnico e científico do profissional, proporcionando benefícios à saúde da mulher. (23)

Atualmente, o acompanhamento pré-natal odontológico tem se destacado com a implementação de programas que visam a melhoria do acesso da população à Atenção Básica. Dentre as políticas nacionais voltadas para a saúde da mulher, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), implementado em 2011 pela Portaria nº 1.654, (24) encerrado em 2019, preconiza a realização da primeira consulta odontológica durante o período pré-natal. A partir de dezembro do ano de 2019, foi instituído pela Portaria nº 2.979 (25) o programa Previne Brasil, estabelecendo um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS), no qual consta como um dos indicadores de seus componentes a “proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado”. A implementação destes programas visa incentivar o acompanhamento odontológico das gestantes, sendo de fundamental importância para a elucidação dos mitos e tabus existentes acerca do tratamento odontológico durante a gestação. Neste contexto, crenças e dizeres populares como “a cada

gestação se perde um dente” e a disseminação de informações errôneas quanto ao tratamento odontológico neste período, influenciam na procura da mulher grávida pelo atendimento com o cirurgião-dentista, por receio de acarretar riscos para a saúde do bebê. (3)

Durante a adolescência, seus comportamentos podem apresenta-se de forma extrema assumindo desde atitudes positivas, à negligentes com os cuidados à saúde, que acabam assumindo menor importância frente às novas vivências experimentadas pelo jovem. (4) Entretanto, a gestação é um período em que a mulher encontra-se mais receptiva a novos conhecimentos e modificação de hábitos que possam favorecer a sua saúde e de seu bebê. (3) Neste sentido, as gestantes compõem um grupo estratégico para realização de ações de educação em saúde, visando incorporação de hábitos mais saudáveis, na tentativa de minimizar intercorrências na saúde bucal e geral do binômio mãe-filho.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

O objetivo neste trabalho foi avaliar as doenças sistêmicas, hábitos de vida e condição periodontal de gestantes adolescentes e adultas jovens, de alto risco.

Objetivos Específicos

- Verificar associação entre faixa etária e dados sociodemográficos, Infecção Sexualmente Transmissível, planejamento gestacional, hábito de fumar antes e durante a gestação e consumo de bebida alcoólica.
- Investigar associação entre Índice Periodontal Comunitário e morbidade bucal referida, uso dos serviços odontológicos, distúrbios sistêmicos, hábito de fumar antes e durante a gestação e consumo de bebida alcoólica.

3 REVISÃO DE LITERATURA[†]

Quadro 1 – Revisão da literatura sobre doenças infectocontagiosas e hábitos de vida em gestantes jovens

(continua)

<i>Autores</i>	<i>Ano</i>	<i>País</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Amostra</i>	<i>Tipo de estudo</i>	<i>Principais conclusões</i>
Sousa BC, Santos RS, Santana KC, Souzas R, Leite AJM, Medeiros DS (26)	2018	Brasil	Descrever o comportamento sexual e identificar fatores associados em adolescentes de comunidades rurais da Bahia.	Adolescentes entre 10 e 19 anos (n=390)	Transversal Tipo inquérito	A carência de informações, exposição ao álcool e abandono escolar são condições que influenciam a ocorrência de relação sexual.
Brêtas JRS, Ohara CVS, Jardim DP, Aguiar Junior W, Oliveira JR. (27)	2011	Brasil	Identificar aspectos da sexualidade de adolescentes do sexo feminino e masculino	Adolescentes entre 12 e 19 anos (n=912)	Exploratório com abordagem quantitativa.	A sexualidade passou a ser reconhecida como construção social, podendo considerar que há diferentes adolescências moldadas por processos sociais distintos. Há diferença significativa entre o grupo de meninos e meninas, apenas no aspecto que tange a homofobia.
Zangiacomi Martinez EZ, Roza DL. (28)	2020	Brasil	Descrever os padrões espaço-temporais das porcentagens de nascidos vivos de mães adolescentes e suas associações com índices de desenvolvimento humano.	Adolescentes do território brasileiro	Estudo ecológico Descritivo	Os achados sugerem que a gravidez na adolescência está profundamente associada às características ambientais, sociais, econômicas e culturais
Govender D, Naidoo S, Taylor M. (4)	2020	África do Sul	Explorar a compreensão das mães adolescentes sobre o comportamento sexual de risco.	Mães adolescentes de 16 a 19 anos (n=16)	Descritivo Qualitativo	Os comportamentos acabam sendo influenciados pela pressão dos colegas, uso de drogas e álcool, experimentação sexual, mitos sobre contracepção, mídia, má supervisão dos pais, medo da rejeição do parceiro e alternativa como meio de sobrevivência.

[†] Lista de Referências Anexo A

Quadro 1 – Revisão da literatura sobre doenças infectocontagiosas e hábitos de vida em gestantes jovens

(continuação)

Amjad S, MacDonald I, Chambers T, Osornio-Vargas A, Chandra S, Voaklander D. (6)	2019	Canadá	Avaliar evidências sobre a associação entre os determinantes sociais de saúde e desfechos maternos e de nascimento adversos em mães adolescentes	--	Revisão sistemática Bases de dados: MEDLINE, EMBASE, CINAHL e Web of Sciece.	Os determinantes sociais de saúde contribuem para o risco de desfechos adversos em gestantes adolescentes.
Williams CL, Harrison LL, Llata E, Smith RA, Meites E. (29)	2018	EUA	Avaliar a prevalência de ISTs e a correlação com fatores socioeconômicos	12.948 gestantes	Estudo ecológico Descritivo Tipo inquérito	Diferenças na prevalência de IST destacam a associação entre determinados fatores socioeconômicos e a presença de IST.
Garbin CAS, Custódio LBM, Saliba Júnior OA, Garbin AJ, Moimaz SAS. (30)	2021	Brasil	Realizar a análise temporal e de incidência dos casos gestacionais e congênitos de sífilis em 28 municípios da região noroeste paulista.	Dados secundários coletados entre 2010 e 2017 nas bases públicas do SINASC e SINAN.	Observacional, Epidemiológico e Ecológico	A taxa de transmissão vertical da sífilis é alta, e poucos parceiros de grávidas aderem ao tratamento.
Benzaken AS, Pereira GFM, Cunha ARC, Souza FMA, Saraceni V. (31)	2020	Brasil	Avaliar a adequação do atendimento pré-natal oferecido nas capitais brasileiras e o diagnóstico da sífilis gestacional através de dados públicos dos sistemas de informação de saúde.	Sites públicos com dados sobre sífilis gestacional, sífilis congênita, estimativa da cobertura populacional pela ESF, IDH municipal e dados do PMQ-AB	Observacional, Epidemiológico e ecológico	Houve baixa adequação do atendimento pré-natal nas capitais brasileiras, denotando qualidade insuficiente para o diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional, apesar da disponibilidade de insumos.

Quadro 1 – Revisão da literatura doenças infectocontagiosas e hábitos de vida em gestantes jovens**(conclusão)**

Liu N, Vigod SN, Farrugia MM, Urquia ML, Ray JG. (32)	2018	Canadá	Estimar a associação intergeracional em mães com histórico de gestação na adolescência e suas filhas	Mulheres com histórico de gestação na adolescência (n=15.097) e suas filhas (n=16.177)	Estudo de coorte de base populacional	Há associação entre a ocorrência de gestação em mães e filhas durante a adolescência
Frederiksen BN, Rivera MI, Ahrens KA, Malcom NM, Brittais AW, Rollison JM, Moskosky SB. (33)	2018	EUA	Avaliar as evidências sobre a eficácia dos programas de prevenção da repetição da gestação na adolescência	--	Revisão sistemática em 16 bases de dados online com palavras-chave relacionadas aos serviços de saúde reprodutiva na adolescência	O acesso à contracepção no momento pós-parto ou programas de prevenção gestacional com visitas domiciliares são importantes oportunidades para reconhecer os adolescentes e reduzir as taxas de gestação na adolescência.
Gorry D. (34)	2019	EUA	Analisar os efeitos da gestação na adolescência na educação e na inserção no mercado de trabalho em todos os níveis socioeconômicos e raça	Dados de mulheres primigestas aos 18 anos do "National Logitudinal Study of Adolescent Health	Transversal Descritivo	A gravidez na adolescência leva a menor escolaridade e menor renda para indivíduos que vêm de municípios com melhores condições socioeconômicas. Não há efeitos adversos significativos para indivíduos oriundos de municípios com piores condições socioeconômicas. Em todas as raças, a gravidez na adolescência leva a consequências negativas.

Fonte: Autor, 2022

Quadro 2 – Revisão da literatura sobre condição periodontal e distúrbios sistêmicos em gestantes

(continua)

<i>Autores</i>	<i>Ano</i>	<i>País</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Amostra</i>	<i>Tipo de estudo</i>	<i>Principais conclusões</i>
Figueiredo CSA, Rosalem CGC, Cantanhede ALC, Thomaz ÉBAF, Cruz MCFN. (13)	2021	Brasil	Retratar as principais doenças bucais relacionadas à gravidez; esclarecer alguns dos possíveis mecanismos sistêmicos associados a essas mudanças; e abordar questões sobre higiene bucal durante a gravidez	--	Revisão de literatura Banco de dados: MEDLINE/PubMed, ScienceDirect e Scielo	As alterações mais citadas na literatura estão o granuloma piogênico, gengivite e periodontite. A inflamação dos tecidos periodontais aumenta durante o curso da gravidez, mesmo sem alterações na quantidade de biofilme presente.
Liu PP, Wen W, Yu KF, Gao X, Wong MCM. (35)	2019	China	Compreender os comportamentos de busca por atendimento odontológico de gestantes e sua aquisição de informações relacionadas à saúde bucal, identificar barreiras e motivadores para visitas odontológicas e explorar suas expectativas e possíveis estratégias para melhorar os cuidados com a saúde bucal durante a gravidez.	30 gestantes	Transversal Inquérito	Falta de informação sobre saúde bucal durante a gestação, dificuldade de acesso ao serviço odontológico e motivos pessoais foram as principais barreiras encontradas. A Internet é uma fonte primária de informações relacionadas à saúde bucal, entretanto, não foi fácil o acesso a informações confiáveis. Poucos profissionais de saúde forneceram informações sobre saúde bucal na gestação.
Togoo RA, Al-Almai B, Al-Hamdi F, Huaylah SH, Althobati M, Alqarni S. (36)	2019	Arábia Saudita	Avaliar nível de conhecimento e percepção sobre a gengivite gravídica	251 gestantes	Transversal Inquérito	A maioria das gestantes afirmou desconhecer gengivite gravídica. E seus efeitos adversos na gestação
Moimaz SAS, Saliba NA, Garbin CAS (3)	2009	Brasil	Orientações para atenção odontológica na gestação	Gestantes	Guia/orientação	Cuidados de saúde bucal durante a gestação são seguros e devem ser recomendados para melhora na saúde geral e bucal da gestante

Quadro 2 – Revisão da literatura sobre condição periodontal e distúrbios sistêmicos em gestantes**(continuação)**

Jiskrova GK, Vazsonvi AT. (37)	2019	EUA	Avaliar crenças sobre sexo, contracepção, gestação na adolescência e DSTs	Adolescentes norte americanos (n=20.745)	Tipo inquérito Descritivo	Crenças sobre sexo e contracepção preveniram gestação e DSTs
Baldyga-Balanda A, Kozak-Pilewska A, Klusek-Lepecka C, Stadnicka G, Dobrowolska B. (38)	2020	Polônia	Analisar as atitudes de mães adolescentes em relação à gravidez e ao parto	Mães adolescentes entre 13 e 19 anos de idade (n=308)	Transversal Retrospectivo Tipo inquérito	Características como idade, estado civil, ocupação e fonte de renda determinam as atitudes positivas em relação à gravidez e ao parto
Chokkaiyan S, Arumugam SC, Kumar S, John LB, Ghose S. (15)	2015	Índia	Descobrir uma associação causal entre periodontite e trabalho de parto prematuro ou baixo peso ao nascer.	200 gestantes	Caso controle	O trabalho sugere associação entre periodontite moderada e trabalho de parto prematuro e baixo peso ao nascer
Bobetsis YA, Graziani F, Gürsoy M, Madianos PN. (16)	2020	Grécia	Discutir a doença periodontal e os resultados adversos da gravidez	--	Artigo de revisão	As doenças periodontais são consideradas um fator de risco para os efeitos adversos da gravidez, incluindo parto prematuro, restrição de crescimento fetal, baixo peso ao nascer, pré-eclâmpsia e diabetes gestacional. A eficácia do tratamento periodontal durante a gravidez é controversa. Estudos sugerem fortes evidências de que os patógenos periodontais podem translocar dos tecidos periodontais para a unidade feto-placentária.

Quadro 2 – Revisão da literatura sobre condição periodontal e distúrbios sistêmicos em gestantes**(continuação)**

Monteiro DLM, Martins JAFS, Rodrigues NCP, Miranda FRD, Lacerda IMS, Souza FM, Wong ACT, Raupp RM, Trajano AJB. (39)	2019	Brasil	Avaliar a frequência de gravidez na adolescência no Brasil de 2006 a 2015 e sua associação com o Índice de Desenvolvimento Humano	Mulheres, entre 10 e 19 anos, que tiveram filhos nascidos e vivos nos anos de 2006 e 2015	Epidemiológico Descritivo realizado por meio de busca no banco de dados do Departamento de Informática do SUS e, e SINASC	A gravidez na adolescência no Brasil está em declínio lento, principalmente entre mães de 10 a 14 anos e está inversamente associada ao IDH, exceto no Nordeste.
Moimaz SAS, Carmo P, Zina LG, Saliba Na. (40)	2010	Brasil	Avaliar a condição periodontal de gestantes e analisar a influência de variáveis maternas sócio-econômico-demográficas, de saúde, hábitos deletérios e acesso ao serviço odontológico	119 gestantes	Estudo de coorte	O estudo encontrou uma alta prevalência de alterações periodontais durante a gestação. Idade e fumo estiveram associados com doença periodontal.
Jampani ND, Sunkavilli RK, Songa VM, Buggapati L, Pathagunti SR. (41)	2019	Índia	Avaliar o estado de saúde periodontal em gestantes soropositivas para HIV	30 gestantes soropositivas para HIV 30 gestantes saudáveis sem infecção pelo HIV 30 não gestantes soropositivas para o HIV	Transversal Tipo inquérito	Foi encontrado um percentual ligeiramente maior de gengivite grave em gestantes soropositivas para o HIV.

Quadro 2 – Revisão da literatura sobre condição periodontal e distúrbios sistêmicos em gestantes**(conclusão)**

Salas Wrigth CP, AbiNader MA, Vaughn MG, Sanches M, Rosa M (42)	2019	EUA	Fornecer informações sobre a participação de adolescentes em programas de prevenção de gravidez precoce e IST	Dados de 15 anos da “National Survey on Drug Use and Health”.	Transversal Descritivo	A taxa de participação de adolescentes em programas de prevenção de gravidez e IST é baixa.
Kumar A, Sharma DS, Verma M, Lamba AK, Gupta MM, Sharma S. (43)	2018	Índia	Determinar a associação entre doença periodontal e diabetes mellitus gestacional	584 primigestas	Estudo de coorte	O estudo mostra uma associação significativa de doença periodontal com DMG e um risco aumentado de desenvolver pré-eclâmpsia devido a essa associação.

Fonte: Autor, 2022

4 METODOLOGIA EXPANDIDA[‡]

Foi realizado um estudo retrospectivo, transversal, de análise documental com prontuários de gestantes adolescentes e jovens adultas, de alto risco, que realizaram o pré-natal em um Ambulatório Médico de Especialidades (AME), localizado na região noroeste do estado de São Paulo.

O AME é um centro de atenção especializada do Sistema Único de Saúde (SUS), que oferece serviços de média complexidade, incluindo o atendimento à gestante de alto risco. Atende a 28 municípios da região que são geridos pelo Departamento Regional de Saúde – DRS II – de Araçatuba, sendo eles: Alto Alegre, Araçatuba, Auriflora, Avanhandava, Barbosa, Bento de Abreu, Bilac, Birigui, Braúna, Brejo Alegre, Buritama, Clementina, Coroados, Gabriel Monteiro, Glicério, Guararapes, Guzolândia, Lourdes, Luiziânia, Nova Castilho, Nova Luzitânia, Penápolis, Piacatu, Rubiácea, Santo Antônio do Aracanguá, Santópolis do Aguapeí, Turiúba e Valparaíso. Todas as mulheres grávidas que são referenciadas para o pré-natal médico no AME são encaminhadas para uma consulta odontológica, na qual realiza-se uma anamnese criteriosa e exame clínico bucal.

Consideraram-se todos os prontuários (n=658) de gestantes adolescentes (idade entre 13 e 19 anos) e adultas jovens (idade entre 20 e 24 anos) que realizaram o pré-natal no AME, passaram pela consulta odontológica e aceitaram participar da pesquisa entre os anos de 2015 e 2019, para composição da amostra. Foram excluídos os prontuários de gestantes com 25 anos ou mais (n=1341).

As informações relacionadas aos dados sociodemográficos foram coletadas através das variáveis: idade, local de moradia (rural; urbano), cor da pele (branca; preta; parda; amarela; indígena), tipo de moradia (própria; financiada; alugada; cedida), estado civil (solteira; casada; amasiada; divorciada), ocupação (autônoma; empregada; desempregada; do lar; estudante; outros), escolaridade (analfabeta; ensino fundamental incompleto; ensino médio incompleto; ensino médio completo; superior completo ou incompleto), renda familiar (até R\$500,00; entre R\$501,00 e R\$1500,00; entre R\$1501,00 e R\$ 2500,00; mais de R\$2500,00; não sabe), número de moradores na residência (1 a 2; 3 a 5; 6 ou mais), número de filhos nascidos e vivos.

[‡] Lista de Referências Anexo A

Também foram coletadas informações a respeito do período gestacional (1º trimestre; 2º trimestre; 3º trimestre), presença de IST (sim; não), planejamento gestacional (sim; não), hábitos de fumar antes (sim; não) e durante a gestação (sim; não), consumo de álcool (sim; não). Foram ainda, analisadas informações a respeito da classificação de risco gestacional (características pessoais; morbidades; história reprodutiva anterior; doença obstétrica na gravidez atual) e presença de doenças sistêmicas.

Para verificação da morbidade bucal referida, foram empregados os seguintes questionamentos: “A senhora acha que precisa ir ao dentista?” (não; sim), “Como a senhora acha que estão seus dentes e gengiva?” (muito ruim; ruim; regular; bom; muito bom), “A senhora alguma vez na vida teve dor de dente? (não; sim), “Nos últimos seis meses a senhora teve dor de dente?” (não; sim).

O acesso ao serviço odontológico foi avaliado por meio das questões: “Quando foi sua última visita ao dentista?” (menos de 1 ano; 1 a 2 anos; 3 anos ou mais; nunca fui), “Onde foi sua última consulta?” (serviço público; particular; convênio; faculdade; outros; nunca fui), “Qual foi o motivo da sua última consulta?” (revisão; dor; tratamento geral; tratamento ortodôntico; outros; nunca fui), “O que a senhora achou do tratamento na última consulta?” (muito ruim; ruim; regular; bom; muito bom; nunca fui).

Anteriormente à coleta de dados, foi realizada a calibração, teórica e prática, dos pesquisadores, de acordo com os critérios estabelecidos pelo SB Brasil 2010. A equipe de trabalho foi composta por um examinador (cirurgião-dentista e discente da pós-graduação em Saúde Coletiva em Odontologia), responsável pela realização do exame clínico intrabucal e um anotador, responsável pelo preenchimento do questionário. Todos os exames foram realizados com o auxílio de um espelho bucal plano, sonda periodontal milimetrada (modelo 137 - OMS), em uma sala, no interior do AME de Araçatuba.

A condição periodontal foi analisada por meio do Índice Periodontal Comunitário (IPC), de acordo com o proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (44). Durante o exame foram analisados 6 sítios de cada dente índice (16, 11, 26, 36, 31 e 46), 3 por face vestibular, e 3 pela lingual. Em casos de ausência do dente índice, eram analisados os dentes remanescentes de cada sextante. Foram

registradas cada condição encontrada para cada dente índice (ausência de sangramento; presença de sangramento; ausência de cálculo; presença de cálculo; ausência de bolsa; presença de bolsa periodontal rasa – medindo de 4 a 5 mm – e presença de bolsa periodontal profunda – medindo mais de 5 mm). Para este estudo, foi considerada a pior condição encontrada no registro do IPC.

As variáveis desfecho do estudo foram: faixa etária (13-19 anos; 20-24 anos) e Índice Periodontal Comunitário (hígido; sangramento; cálculo; bolsa periodontal rasa; bolsa periodontal profunda).

Foram realizados testes estatísticos entre faixa etária e local de moradia, cor da pele, tipo de moradia, estado civil, ocupação, escolaridade, renda familiar, número de moradores na residência, IST, planejamento gestacional, hábito de fumar antes e durante a gestação e consumo de álcool. E também entre a variável IPC e sífilis, HPV, HIV, obesidade, diabetes, hipertensão, hábito de fumar antes e durante a gestação e consumo de álcool.

A digitação do banco de dados foi realizada utilizando-se o *software* Epi Info versão 7.2 para Windows®, (45) e para realização dos testes estatísticos Teste G e qui-quadrado, empregou-se o *software* Bioestat versão 5.3 para Windows®, (46) ao nível de significância de 5%.

Foram respeitados os aspectos éticos para pesquisas com seres humanos e obtida a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da FOA-UNESP, parecer número 1.914.629/2017. As gestantes participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Todas as gestantes foram convidadas para realização de tratamento preventivo e/ou curativo conforme necessidade encontrada durante exame bucal.

5 CAPÍTULO 1 - GESTAÇÃO NA JUVENTUDE: ANÁLISE DE DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS E HÁBITOS DE VIDA[§]

5.1 Resumo

Objetivos: Analisar a prevalência da gestação precoce não planejada, contaminação por Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e hábitos de vida, presentes em gestantes jovens. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo observacional, transversal com prontuários de gestantes, que realizaram o pré-natal em um Ambulatório Médico de Especialidades, no interior do estado de São Paulo, no período de 2015 a 2019. Do total de 1999 prontuários analisados, foram incluídos 658, pois se tratavam de gestantes jovens com idade compreendida entre 13 e 24 anos, e excluídos todos os que se tratavam de gestantes com mais de 24 anos (n=1341). Foram calculadas as distribuições das frequências e realizados testes de associação ao nível de significância de 5%. **Resultados:** Aproximadamente 70% das jovens não planejaram a gestação atual e 7,15% possuíam contaminação por IST, sendo 4,26% acometidas por sífilis, 1,22% por HIV e 1,67% por HPV. Do total, 8,36% mantiveram o hábito de fumar durante a gestação, e cerca de 9% consumiam bebida alcoólica. A faixa etária esteve associada ao estado civil ($p < 0,0001$), ocupação ($p < 0,0001$), escolaridade ($p < 0,0001$), e renda familiar ($p = 0,0130$). **Conclusão:** A gestação não foi planejada pela maioria das jovens, e parte delas apresentaram contaminação por IST, bem como hábitos relacionados ao fumo e consumo de álcool, durante a gestação.

Palavras-chave: Gravidez de Alto Risco; Juventude; Infecções Sexualmente Transmissíveis.

5.2 Abstract

Objectives: To analyze the prevalence of unplanned early pregnancy, contamination by Sexually Transmitted Infections (STIs) and lifestyle habits, present in young pregnant women. **Materials and methods:** This is a retrospective, quantitative study of document analysis in the medical records of pregnant women who underwent

[§] Normalizado de acordo com a Revista Contexto e Saúde
<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/about/submissions#authorGuidelines>

prenatal care at a Specialty Medical Outpatient Clinic, in the interior of the state of São Paulo, from 2015 to 2019. Of the total of 1999 medical records analyzed, 658 were included, as they were young pregnant women aged between 13 and 24 years, and all those who were pregnant women over 24 years old were excluded (n=1341). Frequency distributions were calculated and association tests were performed at a significance level of 5%. Results: Approximately 70% of the young women did not plan their current pregnancy and 7.15% had STI contamination, with 4.26% affected by syphilis, 1.22% by HIV and 1.67% by HPV. Of the total, 8.36% continued to smoke during pregnancy, and about 9% consume alcohol. Age group was associated with marital status ($p<0.0001$), occupation ($p<0.0001$), education ($p<0.0001$), and family income ($p=0.0130$). Conclusion: The pregnancy was not planned by most young women, and part of them had STI contamination, as well as habits related to smoking and alcohol consumption during pregnancy.

Keywords: Pregnancy, High-Risk; Adolescent; Sexually Transmitted Diseases.

5.3 Introdução

A adolescência é fisiologicamente demarcada pelos primeiros sinais da puberdade, com a maturação dos órgãos sexuais¹, associada a alterações psicológicas e sociais^{1,2}, compreendendo a faixa etária dos 10 aos 19 anos de idade^{3,4}. Esta fase é cercada de novas experiências e descobertas, caracterizando a transição da infância para fase adulta, demarcada pela juventude até os 24 anos^{3,4}, sendo considerados como adultos jovens, aqueles com idade compreendida entre 20 e 24 anos³. De acordo com a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD) de 2015, no Brasil, a população total de jovens corresponde a 23,88% da população total, sendo 48,95% do sexo feminino⁵. Apesar de, no Brasil, o número da gestação na adolescência venha apresentando uma queda⁶, de acordo com o número de nascidos vivos entre 2015 e 2020, cerca de 41% dos nascimentos correspondiam à mães com faixa etária entre 10 e 24 anos de idade⁷.

Neste contexto, os jovens encontram-se em uma fase crítica, uma vez que seus comportamentos podem oscilar desde atitudes benéficas relacionadas a sua saúde, bem como atitudes negativas, negligenciando seus cuidados, tornando-se vulnerável aos riscos relacionados à sua saúde⁸. O consumo precoce de álcool e

tabaco são exemplos de atitudes negativas à saúde, talvez relacionados com a intenção de se obter a própria identidade e autonomia, influenciando no seu comportamento, prejudicando seu desempenho escolar, relacionamento com amigos e familiares, bem como contribuir para a dependência destas substâncias e antecipar as atividades sexuais⁹.

Outro hábito negativo é o início das práticas de atividade sexual de forma desprotegida, acarretando consequências indesejadas como gravidez não planejada e contágio de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)^{10,11}. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a gestação na adolescência compreende mulheres com idade entre 10 e 19 anos,¹² e pode ser considerado um problema de saúde pública, pois acarreta não só prejuízos socioeducacionais, mas também é uma das principais causas de morte para mulheres com idade entre 15 e 19 anos^{13,14}, além das chances de ocasionar danos ao binômio mãe-filho, como pré-eclâmpsia, baixo peso ao nascer e abortos espontâneos, quando comparados a mulheres de maior idade¹⁵.

Entretanto, vários fatores estão relacionados ao alto risco gestacional, podendo estar presentes antes da ocorrência da gravidez, bem como surgir no decorrer da gestação¹⁶, como as ISTs, que são uma das principais causas de complicação gestacional¹⁷, e quando não tratadas, podem ser a principal causa de morbidade e mortalidade infantil¹⁸. Dentre elas, as infecções por Sífilis, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Papiloma Vírus Humano (HPV) são exemplos de maior relevância na gestação¹⁶, acarretando complicações obstétricas, como distúrbios hipertensivos, transmissão vertical, aborto espontâneo, parto prematuro, baixo peso ao nascer e morte fetal^{19,20}.

Em se tratando da sífilis, as taxas de incidência são cada vez mais elevadas no Brasil, e desde 2014, observou-se um aumento de aproximadamente 33% entre os infectados²¹, principalmente nas regiões Nordeste e Centro-Oeste do País²². Devido a transmissão vertical, bebês infectados podem nascer assintomáticos e desenvolver manifestações clínicas nas primeiras semanas de vida, desenvolvendo sífilis congênita tardia, acometendo o sistema nervoso, ossos, articulações, dentes, pele e olhos²⁰. Estudos demonstram que possuir uma IST aumenta o risco de contrair outras, como HIV, podendo apresentar diminuição na eficácia dos tratamentos para as doenças^{16,23}.

De acordo com o Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, divulgado pelo Ministério da Saúde, no ano de 2019 foram notificadas 8.312 gestantes infectadas com o HIV, sendo a faixa etária mais acometida entre 20 e 24 anos²⁴. A maior parte de transmissão vertical do HIV ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, havendo risco de transmissão via leite materno, sendo a prática do aleitamento materno contraindicada¹⁶.

A infecção pelo Papiloma Vírus Humano é a IST mais frequente no mundo, acometendo cerca de 30% a 40% das jovens abaixo dos 20 anos^{16,19}, e sua presença possui estreita relação com o desenvolvimento de câncer do colo do útero^{16,19}. As alterações fisiológicas comuns da gestação podem interferir na infecção pelo HPV, propiciando neste período, um maior número de lesões condilomatosas, bem como lesões em tamanhos e quantidades maiores¹⁹.

Considerando a gestação um momento de intensas transformações, a detecção precoce da gravidez na adolescência pode ajudar a diminuir os riscos perinatais, por meio de um atendimento pré-natal adequado, sendo fundamental para o monitoramento do correto desenvolvimento da gestação²⁵. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a prevalência da gestação precoce não planejada, bem como a contaminação por Infecções Sexualmente Transmissíveis e hábitos de vida presentes em gestantes jovens.

5.4 Metodologia

Trata-se de um estudo observacional, transversal com prontuários de gestantes de alto risco, que realizaram o pré-natal em um Ambulatório Médico de Especialidades (AME), no interior do estado de São Paulo, no período de 2015 a 2019.

Os AMEs são centros ambulatoriais de diagnóstico e orientação terapêutica de alta resolutividade em especialidades médicas, com ênfase nas necessidades da rede básica, regulamentados pelo Sistema Único de Saúde. Todas as gestantes atendidas neste serviço são oriundas das Unidades Básicas de Saúde de seu município, e são referenciadas ao AME todas aquelas que possuem alguma classificação de risco gestacional. O AME selecionado para o estudo, é um local de

referência do serviço público de saúde para 28 municípios da região, atendendo uma população estimada de 522 mil habitantes.

Inicialmente, foram analisados 1999 prontuários de gestantes de alto risco, que realizaram o pré-natal médico, no período do estudo. Foram incluídos (n=658) todos àqueles referentes a gestantes jovens, com idade compreendida entre 10 e 24 anos, e excluídos (n=1341), todos os que se tratavam de gestantes com mais de 24 anos de idade.

Os dados coletados nos prontuários foram: Idade, local de residência (rural; urbano), cor da pele (branca; preta; parda; amarela; indígena), tipo de moradia (própria; financiada; alugada; cedida; outros), estado civil (solteira; casada; amasiada; divorciada), ocupação (autônoma; empregada; desempregada; do lar; estudante; outros), escolaridade (analfabeta; ensino fundamental incompleto; ensino médio incompleto; superior completo ou incompleto), renda familiar (até 500 reais; até 1500 reais; até 2500 reais; mais de 2500; não sabe/não respondeu), número de moradores na residência (1 a 2; 3 a 5; mais de 5 moradores), período gestacional (1º trimestre; 2º trimestre; 3º trimestre), gravidez planejada (sim; não), consumo de álcool (sim; não), hábito de fumar antes (sim; não) e durante a gestação (sim; não).

As informações relacionadas aos dados sociodemográficos, hábitos de fumo e consumo de álcool e planejamento gestacional foram registradas a partir do autorrelato das gestantes, enquanto que as informações referentes ao período gestacional e dados sistêmicos foram coletadas a partir dos prontuários médicos e Caderneta da Gestante.

Os motivos para encaminhamento ao pré-natal de alto risco no AME são dados contidos na Caderneta da Gestante do Ministério da Saúde. Foram consideradas as frequências de cada condição de alto risco gestacional e organizadas segundo a classificação dos fatores de risco reprodutivo proposta no Manual Técnico Gestação de Alto Risco¹⁶, de acordo com as seguintes categorias: Características individuais, Condições clínicas preexistentes, História reprodutiva anterior, Doença obstétrica na gravidez atual. Cada gestante poderia apresentar uma ou mais condição de risco gestacional.

Os dados do estudo foram coletados a partir dos prontuários médicos e da Caderneta da Gestante, e posteriormente digitados em um banco de dados,

utilizando-se o *software* Epi Info versão 7.2 para Windows®, e análises de frequência foram realizadas e apresentadas por meio de tabelas e figuras. Para realização dos testes de associação, as gestantes foram categorizadas entre “adolescentes” (13 a 19 anos) e “adultas jovens” (20 a 24 anos) de acordo com sua faixa etária, segundo classificação do Ministério da Saúde(3). Foram realizados testes de associação qui-quadrado e teste G, ao nível de significância de 5%, utilizando-se o *software* Bioestat versão 5.3 para Windows®.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, e foram respeitados os aspectos éticos estabelecidos na declaração de Helsinque. (Número do parecer: 1.914.629; CAAE: 60855316.8.0000.5420) As gestantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Todas as gestantes com necessidade de tratamento foram encaminhadas para uma clínica especializada em atendimento odontológico à gestante.

5.5 Resultados

Na tabela 1 estão representadas as condições de alto risco gestacional, que motivaram o encaminhamento ao Ambulatório Médico de Especialidades. Do total de gestantes, 47 (7,15%) delas possuía algum tipo de IST, sendo a infecção por sífilis a mais prevalente (4,26%), seguida pela infecção pelo HPV (1,67%) e HIV (1,22%), conforme indica a Tabela 1.

A amostra foi composta por 371 gestantes adultas jovens e 287 gestantes adolescentes, sendo 94 com idade compreendida entre 13 a 15 anos, e 193 delas com a faixa etária entre 16 e 19 anos; a idade média foi de 19,65 (desvio padrão \pm 3,12). Conforme demonstra a Tabela 2, grande parte residia em área urbana (95,90%), era de cor de pele branca (53,80%), e possuíam um companheiro (63,68%). Cerca de 16% era estudante, e menos de 10% possuíam renda mensal de mais de R\$2.500,00. Observou-se que a faixa etária esteve associada ao estado civil ($p < 0,001$), ocupação ($p < 0,001$), escolaridade ($p < 0,001$) e renda familiar das gestantes ($p = 0,0130$).

Do total de gestantes, aproximadamente 45% delas, no momento da pesquisa, encontravam-se no segundo trimestre gestacional (Figura 1).

Aproximadamente 70% das gestantes não planejaram a gestação atual. Em relação ao fumo, 8,36% delas mantiveram o hábito durante a gestação, enquanto cerca de 9% consomem bebidas alcoólicas durante a gestação, conforme tabela 3. Foi encontrada associação estatística entre faixa etária e planejamento gestacional.

5.6 Discussão

O período gestacional é considerado um fenômeno fisiológico e, geralmente, o seu desenvolvimento ocorre sem intercorrências, entretanto devido a presença de hábitos ou doenças preexistentes, podem sofrer agravos ou desenvolver problemas, desencadeando uma evolução desfavorável para a gestação, classificando-a como de alto risco¹⁶. A presença destas intercorrências podem favorecer o parto prematuro, baixo peso ao nascer e outros desfechos ruins ao nascimento²⁶. As condições de alto risco gestacional mais prevalentes deste estudo, além da faixa etária²⁷ das gestantes, foram: baixo peso materno, síndromes hipertensivas da gravidez, tireoidopatias e ginecopatias.

Na ânsia de obter a própria autonomia e ser socialmente aceito, o jovem passa a adotar comportamentos de risco à sua vida e saúde, à título de exemplo, o início das atividades sexuais e aquisição de hábitos, como consumo de álcool e fumo, podendo acarretar contaminação por IST e gravidez não planejada^{8,28}. A gestação na juventude tem sido alvo de estudo de vários autores, e suas principais causas podem estar relacionadas à baixa renda familiar, baixa escolaridade, uso de álcool, início precoce da atividade sexual, ausência de métodos contraceptivos, dentre outros fatores^{28,29}.

Nesta pesquisa, a maioria das gestantes residiam com seus companheiros, dado corroborado por Balanda-Baldyga *et al.*³⁰ Este achado pode ser justificado pelo fato do casamento, em alguns casos, ser uma alternativa para as jovens grávidas, devido à presença de pressão familiar, em casos de faltas de oportunidade financeiras, e até mesmo, visando diminuir o constrangimento de uma gravidez não planejada²⁹.

Os dados da presente pesquisa revelam que uma baixa parcela das jovens grávidas eram estudantes. Dentre as consequências da gravidez na juventude, destaca-se a evasão escolar, representando uma importante relação de causa e consequência, uma vez que os estudos podem ser deixados de lado, devido à ocorrência de uma gestação precoce, bem como a gestação pode ocorrer antes do abandono escolar³¹. Neste sentido, o ambiente escolar propicia uma maior oportunidade de obtenção de informações relativas ao seu bem estar e adoção de comportamentos sexuais saudáveis, sendo considerado um fator de proteção contra a ocorrência ou ainda, o surgimento de complicação durante a gestação¹³. Estudo realizado por Maranhão et al.²⁸ demonstra que jovens de maior escolaridade adiaram o início das atividades sexuais em pelo menos dois anos, quando comparadas as jovens de menor escolaridade.

Associada à necessidade de dedicação à maternidade e aos afazeres domésticos, a baixa escolaridade diminui também as oportunidades de inserção ao mercado de trabalho, bem como a perspectiva de melhoria na situação econômica¹³. Neste estudo, poucas gestantes possuem empregos, ou trabalham de forma autônoma, uma vez que gestantes e mulheres que possuem filhos têm mais dificuldade de entrar no mercado profissional. Quanto a renda familiar, houve predomínio de gestantes com ganho familiar mensal menor que R\$1.500,00. Além da dificuldade financeira, outros fatores podem influenciar a não utilização de métodos contraceptivos, como falta informação em relação à prevenção da gravidez, falta de educação sexual, dificuldade de acesso aos métodos anticoncepcionais, seja por falta de distribuição nos serviços de saúde, ou dificuldade financeira, e até mesmo, por vergonha na procura por cuidados médicos^{28,32}. O baixo nível escolar, bem como o baixo poder aquisitivo podem favorecer o risco de uma gestação não planejada, principalmente pela não utilização de métodos contraceptivos^{2,32}. Este fato pode justificar o elevado percentual de gestação não planejada encontrada nesta pesquisa, dado este corroborado por um estudo realizado em Aracajú-SE, em uma maternidade pública³³.

Adicionalmente, a não utilização de métodos contraceptivos, como os preservativos, pode acarretar também no contágio de ISTs, sendo seu diagnóstico necessário para se evitar complicações na saúde materno-infantil^{20,32}. Visando a prevenção de agravos, e planejamento de ações de prevenção e intervenções

terapêuticas, é preconizado pelo Ministério da Saúde, que durante o pré-natal e no momento da internação, sejam realizados testes na gestante e seu parceiro, para que ISTs sejam rastreadas, compreendendo um grupo de doenças de notificação compulsória³⁴. Entretanto, estudos ecológicos, realizados no estado do Paraná, e no estado de São Paulo, detectaram um aumento na incidência da sífilis e infecção do HIV em gestantes, demonstrando necessidade de reestruturação de políticas públicas, bem como qualificação da equipe profissional para o atendimento pré-natal²¹, assim como evidenciado nesta pesquisa.

A sífilis é uma infecção que pode ser controlada por meio de ações de medidas de saúde pública, devido a existência de testes de diagnósticos sensíveis, com tratamento efetivo e de baixo custo, entretanto, continua sendo considerado um problema de saúde pública no Brasil, sendo a infecção do bebê influenciada pelo estágio da sífilis materna e pela exposição fetal, acarretando consequências como abortamento, parto pré-termo, natimorto, hidropsia fetal e em casos de crianças infectadas, as manifestações congênitas podem ser precoce ou tardias^{16,20,34}. Ressalta-se que o curso clínico da sífilis pode ser alterado pela coinfeção com HIV com ocorrência de manifestações atípicas ou mais agressivas³⁴. De acordo com dados divulgados pelo Boletim Epidemiológico de Sífilis³⁵, cerca de 25,8% das gestantes diagnosticadas com sífilis, compreendiam a faixa etária entre 10 a 19 anos, e do total, aproximadamente 53% delas, tinham idade entre 20 a 29 anos. Neste estudo, 4,26% das gestantes apresentaram diagnóstico de sífilis.

No que tange à detecção da infecção pelo HIV, há a possibilidade de adoção de medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV durante o trabalho de parto e no momento do parto¹⁶. Neste estudo com gestantes de alto risco, aproximadamente 1,5% apresentou infecção por HIV. Dados de base nacional demonstram que no Brasil, cerca de 0,40% das gestantes sejam soropositivas para o HIV¹⁶, e segundo dados divulgados no Boletim Epidemiológico HIV/AIDS²⁴, desde 2000, a faixa etária entre 20 e 24 anos é a que apresenta maior número de casos, compreendendo um total de aproximadamente 42,8% dentre as gestantes infectadas.

Em relação ao HPV, sua presença pode influenciar no curso da gestação, ocasionando parto prematuro, baixo peso ao nascer e morte fetal, além da possível contaminação do recém-nascido, podendo atingir principalmente o sistema

respiratório, e também, desenvolver lesões papilomatosas nas regiões anogenital e conjuntival após o nascimento^{16,34}. No presente estudo, do total de gestantes jovens, 1,67% apresentaram diagnóstico de HPV. Em estudo realizado por Cirino e Barbosa¹⁹, foi possível observar que a maioria das gestantes, contaminadas pelo HPV, eram jovens e adolescentes, e devido a falta de conhecimento em relação aos métodos contraceptivos, desenvolveram uma gestação não planejada e acabaram se contaminando pelo vírus.

Neste sentido, é fundamental que ações de educação sexual, para obtenção de informação de qualidade, e de utilização de métodos contraceptivos, sejam realizadas pelos profissionais de saúde, nas unidades de saúde, pela família e nos ambientes escolares, para a prevenção contra ISTs^{28,36}.

Além dos fatores mencionados anteriormente, o consumo de álcool e fumo durante a gravidez podem desencadear parto prematuro, aborto espontâneo, morte fetal e baixo peso ao nascer, sendo considerado um problema de saúde pública³⁷. Nesta pesquisa, dentre as gestantes que tinham o hábito de fumar antes da gestação, aproximadamente metade delas mantiveram o hábito durante a gravidez e parte delas também consumiam álcool neste período. Pesquisas demonstram que meninas sob influência de álcool e drogas são vulneráveis a comportamento sexual de risco, acarretando em gravidez não planejada^{8,32}.

A juventude é um período marcante na vida do indivíduo, constituindo um momento de muitas descobertas e realizações, entretanto, uma gestação não planejada pode interromper esta fase, e devido à necessidade de pertencer à determinado grupo, suas atitudes negativas podem acarretar consequências indesejadas para a vida da mãe e do bebê. Sendo assim, é fundamental que os jovens tenham acesso a informações quanto à prevenção de uma gestação precoce, contágio de ISTs e hábitos de vida favoráveis à sua saúde, seja no ambiente familiar, escolar e unidades de saúde.

Entende-se como limitação deste trabalho o fato de se tratar de uma análise de prontuários, dependendo da colaboração de outros anotadores para o registro das variáveis do estudo. Entretanto, esta pesquisa encontrou dados relevantes sobre a incidência de Infecções Sexualmente Transmissíveis em gestantes adolescentes e jovens, bem como um alto número de gestações não planejadas,

alertando sobre a importância de se trabalhar educação em saúde com este público-alvo. Estudos futuros podem ser realizados para que se possa acompanhar a incidência de casos de gestação em escolares, bem como avaliar o seu perfil sociodemográfico.

5.7 Conclusão

A partir dos resultados, conclui-se que a maioria das adolescentes não planejaram a gestação. Parte das jovens apresentaram contaminação por IST, bem como hábitos relacionados ao fumo e consumo de álcool, durante a gestação. A idade não esteve associada com Infecção Sexualmente Transmissível, bem como os hábitos de fumo e álcool.

5.8 Referências

1. Sousa BC, Santos RS, Santana KC, Souza R, Leite ÁJM, Medeiros DS. Comportamento sexual e fatores associados em adolescentes da zona rural. *Rev Saúde Pública*. 2018;52:39.
2. Brêtas JRS, Ohara CVS, Jardim DP, Aguiar Junior W, Oliveira JR. Aspectos da sexualidade na adolescência. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3221–3228.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
4. WHO Expert Committee on the Health Problems of Adolescence & World Health Organization. Problemas de salud de la adolescencia: informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra: World Health Organization; 1965. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38485>. Acesso em: 16 mar. 2021.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios: tabela 261: população residente, por situação, sexo e grupos de idade. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/261#resultado>. Acesso em: 18 jul. 2021.

6. Zangiacomi Martinez E, Roza DL. Ecological analysis of adolescent birth rates in Brazil: Association with Human Development Index. *Women Birth*. 2020;33(2):e191–e198.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos: nascidos vivos - Brasil. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 16 maio 2022.
8. Govender D, Naidoo S, Taylor M. “My partner was not fond of using condoms and I was not on contraception”: understanding adolescent mothers’ perspectives of sexual risk behaviour in KwaZulu-Natal, South Africa. *BMC Public Health*. 2020;20(1):366.
9. Oliveira LMFT, Silva AO, Santos WMT, Santos MEP, Barros MVG, Ritti-Dias RM, et al. Análise da associação entre fumo passivo e consumo de álcool e drogas entre adolescentes. *Saúde Pesq*. 2021;14(2):361-368.
10. Montagner CB, Stein AT. Adolescentes gestantes no Brasil: uma avaliação sobre o acesso a programas de saúde. *Rev Contexto Saúde*. 2010;10(19):87–91.
11. Barreto RMA, Santos RB, Bezerra ACL, Silva MAM. IST na adolescência: percepção de gestantes a luz do círculo de cultura de Paulo Freire. *Rev Contexto Saúde*. 2016;16(30):116–125.
12. World Health Organization. *Adolescents: health risks and solutions*. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>. Acesso em: 16 maio 2022.
13. Amjad S, MacDonald I, Chambers T, Osornio-Vargas A, Chandra S, Voaklander D, et al. Social determinants of health and adverse maternal and birth outcomes in adolescent pregnancies: a systematic review and meta-analysis. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2019;33(1):88-99.
14. Kassa GM, Arowojolu AO, Odukogbe AA, Yalew AW. Prevalence and determinants of adolescent pregnancy in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health*. 2018;15(1):195.

15. Sousa GVR, Santos Junior FCO, Cavalcante MVEB, Ponte IR, Sousa CGS, Silva LSR, et al. Peso ao nascer associado a fatores maternos/obstétricos e neonatais. *Saúde Desenvolv Hum.* 2019;7(3):21–29.
16. Brasil. Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco: manual técnico.* Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
17. Scheidell JD, Beau De Rochars VM, Séraphin MN, Hobbs MM, Morris JG Jr, Célestin JP, et al. Socioeconomic vulnerability and sexually transmitted infection among pregnant haitian women. *Sex Transm Dis.* 2018;45(9):626-631.
18. Williams CL, Harrison LL, Llata E, Smith RA, Meites E. Sexually transmitted diseases among pregnant women: 5 States, United States, 2009-2011. *Matern Child Health J.* 2018;22(4):538-545.
19. Cirino ES, Barbosa MCL. Incidência do Papiloma Vírus Humano – HPV em gestantes: uma revisão integrativa. *Braz J Health Rev.* 2020;3(3):6727–3736.
20. Lochner HJ 3rd, Maraqa NF. Sexually transmitted infections in pregnant women: integrating screening and treatment into prenatal care. *Paediatr Drugs.* 2018;20(6):501-509.
21. Garbin CAS, Custódio LBM, Saliba Júnior OA, Garbin AJÍ, Moimaz SAS. Syphilis in pregnancy: profile and associated factors in the northwest region of São Paulo State. *Saúde Pesq.* 2021;14(3):e7772.
22. Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico de sífilis: 2018.* Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
23. Tardones AC, Ramírez-Santana M. Epidemiological features of syphilis diagnosed at a clinic of sexually transmitted diseases. *Rev Méd Chil.* 2020;148(7):956–962.
24. Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS.* Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
25. Benzaken AS, Pereira GFM, Cunha ARC, Souza FMA, Saraceni V. Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy: a study with open data from Brazilian state capitals. *Cad Saúde Pública.* 2020;36(1):e00057219.

26. Silva CC, Savian CM, Prevedello BP, Zamberlan C, Dalpian DM, Santos BZ. Access and use of dental services by pregnant women: an integrative literature review. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(3):827–835.
27. Wong SPW, Twynstra J, Gilliland JA, Cook JL, Seabrook JA. Risk factors and birth outcomes associated with teenage pregnancy: a canadian sample. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2020;33(2):153–159.
28. Maranhão TA, Gomes KRO, Oliveira DC, Moita JM. Repercussão da iniciação sexual na vida sexual e reprodutiva de jovens de capital do nordeste brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(12):4083–4094.
29. Sousa CRO, Gomes KRO, Silva KCO, Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP, Andrade JX, et al. Fatores preditores da evasão escolar entre adolescentes com experiência de gravidez. *Cad Saúde Coletiva*. 2018;26(2):160–169.
30. Bałanda-Baldyga A, Pilewska-Kozak AB, Łepecka-Klusek C, Stadnicka G, Dobrowolska B. Attitudes of teenage mothers towards pregnancy and childbirth. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(4):1411.
31. Stoner MCD, Rucinski KB, Edwards JK, Selin A, Hughes JP, Wang J, et al. The relationship between school dropout and pregnancy among adolescent girls and young women in South Africa: a HPTN 068 analysis. *Health Educ Behav*. 2019;46(4):559–568.
32. Yakubu I, Salisu WJ. Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reprod Health*. 2018;15(1):15.
33. Santos BK, Barreto VMM, Santos VS, Prado NMCS, Silva JRS, Bispo AJB, et al. Fatores sociodemográficos e obstétricos relacionados ao baixo peso em recém-nascidos no contexto da gravidez precoce. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2020;20(1):129–135.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico de sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

36. Moimaz SAS, Rós DT, Tamanaha AK, Saliba NA, Saliba TA. Condição de saúde bucal autorreferida, fatores relacionados às gestantes de alto risco. *Rev Contexto Saúde*. 2021;21(43):290–303.
37. Bianchini BV, Maroneze MC, Timm MS, Santos BZ, Dotto PP. Prevalence of alcohol and tobacco use and perceptions regarding prenatal care among pregnant brazilian women, 2017 to 2018: a mixed-methods study. *Matern Child Health J*. 2020;24(12):1438–1445.

Tabela 1 - Distribuição absoluta e percentual de gestantes adolescentes e adultas jovens, segundo motivo de encaminhamento ao pré-natal no Ambulatório Médico de Especialidades (n=949). Brasil, 2022

Classificação		n	%
Características pessoais	Baixo peso	291	44,22
	Deficiência física/mental	31	4,71
	Dependência de drogas lícitas ou ilícitas	7	1,06
	Hábitos de vida (fumo e álcool)	14	2,13
	Idade materna	5	0,76
	Obesidade	17	2,58
	Transtorno mental	3	0,46
Morbidades	Alterações gastrointestinais/osteomusculares	3	0,46
	Anemia/Talassemia	24	3,65
	Bronquite/Asma	10	1,52
	Cardiopatias	16	2,43
	Convulsão/Desmaios/Epilepsia	14	2,13
	Diabetes Mellitus	11	1,67
	Ginecopatias	37	5,62
	Hérnia	3	0,46
	Hipertensão Arterial Sistêmica	35	5,32
	Nefropatias	9	1,37
	Outras doenças infectocontagiosas	30	4,56
	Papiloma Vírus Humano (HPV)	11	1,67
	Problemas na vesícula/fígado	3	0,46
	Sífilis	28	4,26
	Síndrome neurológica	2	0,3
	Tireoidopatias	48	7,29
	Trombofilia/Trombose	9	1,37
	Varizes	3	0,46
	Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)	8	1,22
Zika vírus	1	0,16	
História reprodutiva anterior	Abortamento habitual/Síndrome hemorrágica	35	5,32
	História de recém-nascido pré-termo ou com crescimento restrito ou malformado;	18	2,74
	Intervalo interpartal menor que 2 anos ou maior que 5 anos/Multiparidade	6	0,91
	Morte perinatal explicada ou inexplicada	8	1,22
	Síndromes hipertensivas da gravidez	8	1,22
Doença obstétrica na gravidez atual	Aloimunização materno-fetal	3	0,46
	Ameaça de aborto	13	1,98
	Amniorrexe prematura	4	0,61
	Bebê com baixo peso	1	0,16
	Desvio quanto crescimento uterino, número de fetos e volume do líquido amniótico	9	1,37
	Diabetes Mellitus Gestacional	24	3,65
	Dor abdominal	1	1,15
	Edema	1	0,15
	Gestação gemelar	33	5,02
	Hidropsia fetal	2	0,3
	Malformação fetal	14	2,13
	Náuseas/Hiperêmese	3	0,46
	Síndromes hipertensivas da gravidez	93	12,13

As gestantes poderiam ser encaminhadas ao AME devido a múltiplas condições de risco gestacional.

Tabela 2 - Distribuição de gestantes adolescentes e adultas jovens, segundo faixa etária e dados sociodemográficos (n=658). Brasil, 2022.

Variáveis	Faixa etária						p-valor	
	Adolescentes (13-19 anos)		Adultas jovens (20-24 anos)		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Local moradia	Rural	13	1,98	14	2,13	27	4,10	0,7744 ^b
	Urbano	274	41,64	357	54,25	631	95,90	
Cor da pele	Branca	159	24,16	195	29,64	354	53,80	0,4477 ^a
	Preta	39	5,93	44	6,69	83	12,62	
	Parda	86	13,07	131	19,91	217	32,98	
	Amarela	2	0,30	1	0,15	3	0,45	
	Indígena	1	0,15	0	0,00	1	0,15	
Tipo de moradia	Própria	113	17,17	128	19,45	241	36,62	0,5403 ^b
	Financiada	19	2,89	22	3,34	41	6,23	
	Alugada	116	17,63	162	24,62	278	42,25	
	Cedida	39	5,93	59	8,97	98	14,90	
Estado civil	Solteira	135	20,52	101	15,35	236	35,87	<0,0001 ^a
	Casada	35	5,32	112	17,02	147	22,34	
	Amasiada	117	17,78	155	23,55	272	41,33	
	Divorciada	0	0,00	3	0,46	3	0,46	
Ocupação	Autônoma	8	1,22	18	2,73	26	3,95	<0,0001 ^b
	Empregada	41	6,23	135	20,52	176	26,75	
	Desempregada	62	9,42	75	11,40	137	20,82	
	Do lar	69	10,49	124	18,84	193	29,33	
	Estudante	99	15,04	6	0,91	105	15,95	
	Outros	8	1,22	13	1,98	21	3,20	
Escolaridade	Analfabeta	2	0,30	2	0,30	4	0,60	<0,0001 ^a
	Ensino fundamental incompleto	57	8,66	37	5,62	94	14,29	
	Ensino médio incompleto	171	25,99	146	22,19	317	48,18	
	Ensino médio completo	49	7,45	153	23,25	202	30,70	
	Superior completo ou incompleto	8	1,22	33	5,02	41	6,23	
Renda familiar (reais)	Até 500	19	2,89	22	3,34	41	6,23	0,0130 ^b
	Até 1500	153	23,25	180	27,36	333	50,61	
	Até 2500	60	9,12	111	16,87	171	25,99	
	Mais de 2500	27	4,10	41	6,23	68	10,33	
	Não sabe/Não respondeu	28	4,26	17	2,58	45	6,84	
Número de moradores na residência	1 a 2	84	12,77	102	15,50	186	28,27	0,0721 ^b
	3 a 5	161	24,47	234	35,56	395	60,03	
	Mais de 5	42	6,38	35	5,32	77	11,70	

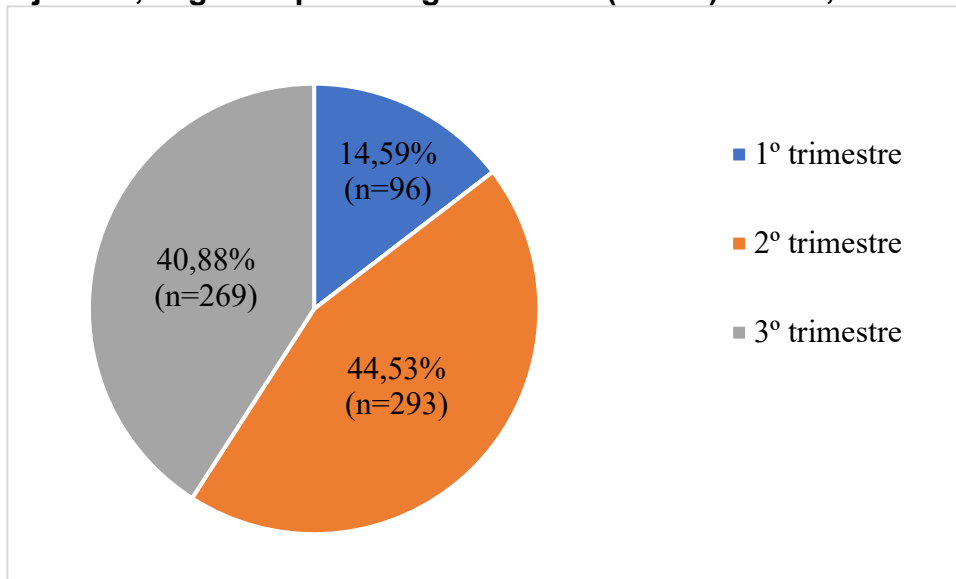
a= valor de p obtido empregando-se teste G/ b= valor de p obtido empregando-se teste qui-quadrado

Tabela 3. Distribuição de gestantes adolescentes e adultas jovens, segundo faixa etária e presença de Infecção Sexualmente Transmissível, planejamento gestacional e hábitos relacionados ao fumo e álcool (n=658). Brasil, 2022.

Variáveis		Faixa etária						p-valor
		Adolescentes (13-19 anos)		Adultas jovens (20-24 anos)		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Infecção Sexualmente Transmissível	Sim	25	3,80	22	3,35	47	7,15	0,1714 ^b
	Não	262	39,82	349	53,03	611	92,85	
Gestação planejada	Sim	72	10,94	130	19,76	202	30,70	0,0078 ^b
	Não	215	32,67	241	36,63	456	69,30	
Fumava antes da gestação	Sim	43	6,54	68	10,33	111	16,87	0,3022 ^b
	Não	244	37,08	303	46,05	547	83,13	
Fuma durante a gestação	Sim	22	3,34	33	5,02	55	8,36	0,6723 ^b
	Não	265	40,27	338	51,37	603	91,64	
Consumo de álcool	Sim	24	3,65	34	5,17	58	8,81	0,8249 ^b
	Não	263	39,97	337	51,22	600	91,19	

b= valor de p obtido empregando-se teste qui-quadrado

Figura 1. Distribuição absoluta e percentual de gestantes adolescentes e adultas jovens, segundo período gestacional (n=658). Brasil, 2022



6 CAPÍTULO 2 - CONDIÇÃO PERIODONTAL E DOENÇAS SISTÊMICAS EM GESTANTES ADOLESCENTES

6.1 Resumo

A gestação na adolescência pode ser considerada um problema de saúde pública, pois acarreta diversos prejuízos para a adolescente. Nesta fase vida, a incorporação de hábitos nocivos para a saúde pode estar presente, como uso de drogas lícitas/ilícitas, início da atividade sexual precoce e negligências com a saúde bucal. Objetivou-se analisar a presença de doenças sistêmicas e a condição periodontal em gestantes adolescentes e adultas jovens, de alto risco. Trata-se de um estudo retrospectivo, quantitativo, de análise documental em 658 prontuários de gestantes, de alto risco, atendidas no Ambulatório Médico de Especialidades, no período de 2015 a 2019. As variáveis analisadas foram: idade, local de moradia, cor da pele, tipo de moradia, estado civil, ocupação, escolaridade, renda familiar, número de moradores na residência, número de filhos nascidos e vivos, presença de distúrbios sistêmicos e condições relacionadas à morbidade bucal referida e uso do serviço odontológico. A variável dependente foi o Índice Periodontal Comunitário (IPC). Foi empregado Teste G para análise estatística, ao nível de significância de 5%. Aproximadamente 15% das gestantes apresentaram idade entre 13 e 15 anos, 30% entre 16 e 19 anos e 57% entre 20 e 24 anos. Os distúrbios sistêmicos mais frequentes foram hipertensão arterial (20,67%), diabetes mellitus (5,78%) e obesidade (5,78%). As Infecções Sexualmente Transmissíveis mais prevalentes foram sífilis (4,26%), HIV (1,22%) e HPV(1,67%). Quanto ao registro do IPC, 61,70% apresentaram sangramento gengival, 0,76% cálculo e 1,83% bolsa rasa como condições mais graves. O Índice Periodontal Comunitário esteve associado ao HIV ($p=0,0296$), diabetes ($p<0,0001$), e hábito de fumar durante a gestação ($p=0,0191$). Conclui-se que a maioria das gestantes apresentou gengivite. Infecção Sexualmente Transmissível, diabetes e hábitos de fumo foram associados à alteração periodontal.

Palavras-chave: Gravidez de Alto Risco; Juventude; Infecções Sexualmente Transmissíveis; Doença Periodontal.

6.2 Abstract

Adolescent pregnancy can be considered a public health problem, as it causes several damages to the adolescent. In this phase of life, the incorporation of harmful habits to health may be present, such as the use of legal/illicit drugs, early onset of sexual activity and neglect of oral health. The objective was to analyze the presence of systemic diseases and the periodontal condition in high-risk adolescent and young adult pregnant women. This is a retrospective, quantitative study of document analysis in 658 medical records of high-risk pregnant women attended at the Specialty Medical Ambulatory, from 2015 to 2019. The variables analyzed were: age, place of residence, color of skin, type of housing, marital status, occupation, schooling, family income, number of residents in the household, number of children born and alive, presence of systemic disorders and conditions related to reported oral morbidity and use of dental services. The dependent variable was the Community Periodontal Index (CPI). G Test was used for statistical analysis, at a significance level of 5%. Approximately 15% of pregnant women were between 13 and 15 years old, 30% between 16 and 19 years old and 57% between 20 and 24 years old. The most frequent systemic disorders were arterial hypertension (20.67%), diabetes mellitus (5.78%) and obesity (5.78%). The most prevalent Sexually Transmitted Infections were syphilis (4.26%), HIV (1.22%) and HPV (1.67%). As for the IPC record, 61.70% had gingival bleeding, 0.76% had calculus and 1.83% had a shallow pocket as more serious conditions. The Community Periodontal Index was associated with HIV ($p=0.0296$), diabetes ($p<0.0001$), and smoking during pregnancy ($p=0.0191$). It is concluded that most pregnant women had gingivitis. Sexually Transmitted Infection, diabetes and smoking habits were associated with periodontal changes.

Keywords: Pregnancy, High-Risk; Adolescent; Sexually Transmitted Diseases; Periodontal Diseases.

6.3 Introdução

A gestação é caracterizada por um período de intensas transformações físicas, hormonais, psicológicas e comportamentais em relação à saúde da mulher. (1,2) Sabendo-se que a saúde bucal é indissociável da saúde geral, as alterações típicas do período gestacional também acarretam mudanças significativas no meio bucal, principalmente devido às alterações hormonais presentes na gravidez. (3–5)

É frequente, durante o período gestacional, notar-se alterações no aspecto gengival das mulheres grávidas, apresentando uma gengiva mais avermelhada e com tendência à sangramento, sintomas característicos da gengivite. (5) Alterações como edema, hiperemia e o sangramento gengival podem estar presentes devido a deficiências nutricionais, presença de biofilme dentário e aos altos níveis hormonais, como estrógeno e progesterona, típicos do período gestacional. (5) Estes hormônios são capazes de promover uma alteração na resposta imunológica do organismo, como diminuição das células de defesa, provocando dilatação dos capilares gengivais, permeabilidade e liberação de exsudato gengival, acarretando tendência à vermelhidão e aumentando o sangramento gengival. (2,6)

Neste sentido, as gestantes podem ser consideradas um grupo de risco para as afecções bucais. (2,7) Estudos demonstram que a prevalência da doença periodontal durante a gestação é alta, e quando presente, pode desencadear resultados adversos negativos, tanto para a saúde da mulher, como do bebê, como desenvolvimento de pré-eclâmpsia, parto prematuro e baixo peso ao nascer. (8,9)

A gestação deve ser considerada um fenômeno fisiológico e na maioria dos casos a sua evolução ocorre de forma natural com alterações no corpo da mulher que visam o preparo para o desenvolvimento e nascimento do feto. Entretanto, determinados fatores são possíveis de gerar risco gestacional, podendo estar presentes antes ou surgirem durante o período gestacional, desencadear uma evolução desfavorável da gravidez, caracterizando a mulher como “gestante de alto risco”. (1)

Estes fatores de risco podem ser identificados durante a assistência pré-natal, sinalizando a importância de um acompanhamento pré-natal, que deve ser realizado de forma multiprofissional, com obstetras, fisioterapeutas, nutricionistas e o cirurgião-dentista. (10) De acordo com o manual técnico para gestação de alto risco, (1)

divulgado pelo Ministério da Saúde (MS), os fatores de risco gestacional podem ser divididos em: Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, História reprodutiva anterior, Condições clínicas preexistentes, Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos, Doenças obstétricas na gravidez atual, e Presença de intercorrências clínicas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde, a juventude é caracterizada pelos indivíduos com faixa etária entre 10 e 24 anos, sendo um período transitório da infância para a fase adulta. (11,12) Segundo a OMS, a gestação na adolescência deve ser considerada um problema de saúde pública, pois acarreta prejuízos socioeducacionais, psicossociais, dificuldade de inserção no mercado de trabalho, além de ser uma das principais causas de morte em mulheres com idade compreendida entre 15 e 19 anos. (13) Embora estudo realizado por Monteiro *et al.* (14) aponte uma queda nos casos de gestantes adolescentes nos últimos anos, este número ainda pode ser considerado alto. (15)

Neste contexto, a juventude pode ser considerada um momento de intensas transformações e descobertas, associado a mudanças psicológicas e comportamentais, no qual a jovem passa a desenvolver sua própria autonomia, tornando-se responsável por suas atitudes, e muitas vezes acaba negligenciando seus cuidados com saúde bucal e geral. (16) Todos estes fatores associados ao período gestacional, tornam as jovens um grupo cujo cuidado e atenção devem ser priorizados, pois, sua condição, neste momento, pode afetar a saúde não só da gestante, mas também do feto. Neste sentido, o objetivo deste estudo foi avaliar a presença de doenças sistêmicas e a condição periodontal de gestantes adolescentes e adultas jovens, de alto risco.

6.4 Metodologia

Neste trabalho, foi realizado um estudo retrospectivo, transversal, de análise documental realizado com gestantes adolescentes e adultas jovens, de alto risco, que realizaram o pré-natal no Ambulatório Médico de Especialidades (AME) de Araçatuba-SP.

O AME serve de referência para 28 municípios da região noroeste do estado de São Paulo, e oferece serviços de média complexidade, incluindo o atendimento à gestante de alto risco. Todas as gestantes que realizam o pré-natal médico no AME de Araçatuba são convidadas para uma primeira consulta odontológica, realizada dentro da unidade do AME, onde é realizada uma anamnese e exame clínico bucal. Todos os dados obtidos no momento da consulta odontológica, são registrados em um prontuário físico, e posteriormente digitalizados em um banco de dados.

Dentre os prontuários, foram incluídos na pesquisa todos aqueles que se tratavam de gestantes com idade compreendida entre 13 e 24 anos, que passaram pela consulta odontológica e que aceitaram participar do estudo (n=658).

Para verificar o perfil da amostra, foram estudadas as variáveis: idade, local de moradia (rural, urbano); cor da pele (branca, preta, parda, amarela, indígena); tipo de moradia (própria, financiada, alugada, cedida, outros), estado civil (solteira, casada, viúva, divorciada, amasiada); ocupação (autônoma, empregada, desempregada, do lar, estudante, outros); escolaridade (analfabeta, ensino fundamental incompleto, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior completo ou incompleto); renda familiar (até R\$500,00, entre R\$501,00 e R\$1500,00, entre R\$1501,00 e R\$2500,00, mais de R\$2500,00, não sabe/não respondeu); número de moradores na residência (1 a 2, 3 a 5, 6 moradores ou mais)

Foram analisadas as variáveis relacionadas ao hábito de fumar antes da gestação (não; sim) e durante a gestação (não; sim), consumo de bebida alcoólica (não; sim), presença de doenças sistêmicas, número de filhos nascidos e vivos (nenhum; um filho; dois filhos; três ou mais filhos), morbidade bucal referida e uso do serviço odontológico.

Para verificar os dados referentes à morbidade bucal referida, foram aplicados os questionamentos: “A senhora acha que precisa ir ao dentista?” (não, sim); “Como a senhora acha que estão seus dentes e gengiva?” (muito ruim, ruim, regular, bom, muito bom); “A senhora alguma vez na vida teve dor de dente?” (não, sim); “Nos últimos seis meses a senhora teve dor de dente?” (não, sim). Para avaliar o Uso do serviço odontológico, foram aplicadas as seguintes questões: “Quando foi sua última visita ao dentista?” (nunca fui, menos de 1 ano, 1 a 2 anos, 3 anos ou mais); “Onde foi a sua última consulta?” (nunca fui, serviço público, particular, convênio,

faculdade, outros); “Qual foi o motivo da consulta?” (nunca fui, revisão, dor, tratamento geral, tratamento ortodôntico, outros); “O que a senhora achou do tratamento na última consulta?” (nunca fui, muito ruim, ruim, regular, bom, muito bom).

A avaliação da condição periodontal foi realizada por meio do Índice Periodontal Comunitário (IPC), utilizando um espelho bucal e sonda periodontal milimetrada, conforme preconizado pela OMS. (17) As informações obtidas foram registradas de acordo com os sextantes examinados e para análise neste estudo, foi considerada a pior condição segundo os códigos do IPC (*código 0* - “hígido”; *código 1* - “sangramento gengival”; *código 2* - “cálculo”; *código 3* - “bolsa periodontal rasa” - medindo de 4 a 5 mm ; e *código 4* - “bolsa periodontal profunda” - medindo mais de 5 mm). O Índice Periodontal Comunitário foi considerado variável dependente.

A análise quantitativa dos dados foi realizada com auxílio do software Epi Info (18) versão 7.2 para Windows® para elaboração do banco de dados e o software Bioestat versão 5.3 para Windows®, (19) para análise estatística. As distribuições de frequência e percentual estão apresentadas em forma de tabelas. Foram realizados testes de associação estatística entre Índice Periodontal Comunitário e as variáveis relacionadas à morbidade bucal referida e uso do serviço odontológico. Foram realizadas também análises para verificar associação entre IPC e sífilis, HPV, HIV, obesidade, diabetes, hipertensão, hábito de fumar antes e durante a gestação e consumo de álcool, empregando-se o Teste G, ao nível de significância de 5%. Foi considerado como presença de “diabetes” todas as gestantes que apresentavam diabetes mellitus e diabetes gestacional. Já no caso da “hipertensão arterial”, foram agrupadas as gestantes com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e hipertensão arterial gestacional.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (Processo Número: 1.914.629/2017) e realizado de acordo com os padrões éticos estabelecidos na Declaração de Helsinque de 2008. Para a pesquisa, foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Todas as gestantes examinadas foram convidadas para realização de tratamento odontológico preventivo e curativo.

6.5 Resultados

A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos das gestantes. A idade média das gestantes foi de 19,65 anos, com desvio padrão de 3,12. Do total de 658 gestantes, aproximadamente 15% possuía menos de 15 anos. A grande maioria, morava em área urbana (95,90%), com 3 pessoas ou mais em sua residência (71,73%), era de cor de pele branca (53,80), possuía algum tipo de companheiro (63,68%), e cerca de 35% delas possuía pelo menos 1 filho nascido e vivo.

Os dados referentes à condição periodontal, morbidade bucal referida e o uso do serviço odontológico estão representados na Tabela 2. De acordo com o registro do IPC, cerca de 1/3 das gestantes não apresentavam nenhuma alteração periodontal, e 61,70% possuía “sangramento gengival” como pior condição registrada. Nenhuma delas apresentou “bolsa profunda” nos sítios examinados. Do total, mais de 2/3 das gestantes relataram a necessidade de procurarem um cirurgião dentista e 72,95% alegaram que consideram seus dentes e gengiva em condição de “Regular” a “Muito ruim”.

Dentre as condições sistêmicas analisadas, hipertensão arterial foi a comorbidade mais frequente (20,67%) entre as gestantes, seguida por diabetes mellitus (5,78%) e obesidade (5,78%). Do total de gestantes com diabetes (5,78%), 3,65% desenvolveram esta condição durante a gestação. Em relação à hipertensão arterial, do total de 20,67%, 14,29% apresentaram aumento na pressão arterial durante o período gestacional. O Índice Periodontal Comunitário esteve associado estatisticamente com HIV ($p=0,0296$), Diabetes Mellitus ($p=0,0001$) (Tabela 3) e ao hábito de fumar durante a gestação ($p=0,0191$) (Tabela 4).

6.6 Discussão

Nesta pesquisa sobre doenças sistêmicas e condição periodontal em gestantes jovens, observou-se a presença de alteração periodontal em grande parte das gestantes examinadas, entretanto, em sua maioria, esta alteração esteve presente em sua forma reversível, mediante a presença de sangramento gengival à sondagem. Este achado pode estar relacionado ao fato de que a gravidade da doença periodontal aumenta com o passar da idade do indivíduo, sendo comum a

presença de bolsas periodontais profundas, maiores de 5 mm, além do fato que de que os altos níveis hormonais característicos do período gestacional afetam principalmente a gengiva e não a inserção periodontal de forma significativa. (5,20,21) Neste estudo, nenhuma gestante apresentou o código 4 - “bolsa periodontal profunda” durante registro do Índice Periodontal Comunitário.

A percepção de necessidade de ir ao cirurgião-dentista esteve associada estatisticamente com o IPC, possivelmente devido ao fato de grande parte das gestantes apresentarem sangramento gengival, condição sensível aos níveis hormonais da gestação. (2,22) Neste estudo, a gengivite foi a condição periodontal mais prevalente entre as gestantes, dado semelhante ao encontrado em estudo realizado por Moimaz *et al.* (22).

A inflamação gengival na mulher grávida pode ser acentuada devido ao aumento nos níveis hormonais, como estrógeno e progesterona. (2,5) Porém, outras alterações fisiológicas típicas da gestação também podem influenciar no surgimento e/ou agravamento da alteração periodontal, como a alteração fisiológica na capacidade do estômago, e aumento de enjoos, que além de diminuir o pH bucal, propiciam uma mudança nos hábitos alimentares e nos hábitos de higiene, consequentemente, propiciando o acúmulo de biofilme dentário, uma vez que os cuidados de higiene bucal podem ser reduzidos ou negligenciados. (2,23) Desde a década de 1960, em estudos clássicos de gengivite, Løe e Silness (24,25) comprovaram a associação entre presença de biofilme dentário, sangramento e inflamação gengival em gestantes. O controle adequado da doença pode ser realizado na Atenção Primária à Saúde (APS), por exemplo, nas Unidades de Saúde da Família (USF), por meio de medidas de prevenção e ações educativas para o controle do biofilme dentário e fatores de risco, como presença de diabetes e tabagismo associados à gestação. (22,26)

Além das alterações fisiológicas características do período gestacional, outros fatores, como a presença de doenças sistêmicas podem influenciar nos quadros de doença periodontal, existentes antes ou durante a gestação. (21,27) Neste estudo, o Índice Periodontal Comunitário esteve associado com o HIV e Diabetes Mellitus. Autores relatam que o comprometimento imunológico causado pela presença de doenças sistêmicas, como pacientes portadores do vírus HIV e diabetes mellitus, (26,28) e as alterações hormonais (29) típicas do período gestacional aumentam o

risco de inflamação periodontal, evidenciando a necessidade de medidas preventivas e cuidados com a higiene bucal durante o período pré-natal, para manutenção e melhora na saúde bucal do paciente, bem como na qualidade de vida. (1,29)

No Brasil, estima-se que cerca de 0,29% das mulheres grávidas, no ano de 2020 estivessem infectadas pelo vírus HIV. (31,32) No que tange a doença periodontal em pacientes HIV positivos, esta pode ser de evolução rápida e nem sempre com uma boa resposta aos tratamentos de rotina. Além da alteração nos tecidos de suporte dentário, lesões ocasionadas pela presença de candidíase e leucoplasia pilosa também podem ser características do comprometimento imunológico do hospedeiro. (26,28) A paciente portadora de HIV pode ser atendida na atenção básica, desde que não apresente complicações sistêmicas avançadas e não necessite de tratamentos odontológicos especializados. (26) Além dos tratamentos e orientações relacionadas à saúde bucal, gestantes HIV positivo também devem ser orientadas quanto à transmissão vertical da doença, bem como a não praticar o aleitamento materno. (1,26)

Dentre os principais tipos de diabetes mellitus, podem ser citados três tipos: o diabetes gestacional, que tem seu início ou diagnóstico durante a gravidez, podendo regredir após o parto; o diabetes tipo I, que é caracterizado por uma manifestação precoce, muitas vezes relacionado à uma baixa produção de insulina pelo pâncreas e o diabetes tipo II, que é mais comum na fase adulta e está relacionado à resistência das células à insulina. (1,33) Com o passar do tempo, a hiperglicemia, característica do diabetes, pode ocasionar diversas alterações no organismo, como a exacerbação do processo inflamatório, influenciando na saúde bucal do indivíduo. (34) Neste sentido, o diabetes pode ser considerado um dos principais fatores de risco para a doença periodontal, (26,27,35) e podem ser denominados como doenças de “relação de mão dupla”, uma vez que o diabetes pode aumentar o risco para a doença periodontal e esta pode afetar o controle glicêmico do indivíduo, e quanto maior o índice glicêmico, maior a prevalência de quadros mais graves de doença periodontal. (34) Estudo realizado por Novak *et al.* (36) detectou que mulheres com diabetes mellitus gestacional apresentaram doença periodontal mais grave quando comparado às mulheres grávidas não diabéticas.

Neste estudo com gestantes de alto risco, o hábito de fumar esteve presente em 8,36% delas. Geralmente, a primeira experiência com o hábito de fumar se inicia na adolescência, permanecendo durante a vida adulta e as consequências desta prática não se limitam apenas ao fumante. (37) Segundo Lange *et al.* (38) cerca de 2% das gestantes no mundo possuem o hábito de fumar, acarretando repercussões negativas não só para a mulher grávida, mas também para o bebê, e estes prejuízos acabam permanecendo durante toda a vida do indivíduo. (39,40) O consumo de tabaco aumenta o risco de desenvolvimento de quase todas as doenças bucais, como câncer e doença periodontal. (41) Estudo realizado por Moimaz *et al.* (42) apresentou associação estatística significativa entre fumo e doença periodontal em gestantes de alto risco. Neste sentido, o profissional de saúde deve fornecer informações à população quanto ao uso de tabaco, nicotina e seus derivados, como o cigarro eletrônico, prevenindo resultados adversos indesejáveis em sua saúde. (37)

Com o intuito de garantir melhora na qualidade de vida e saúde materno-infantil, a assistência pré-natal deve considerar todos os aspectos em que a gestante está inserida, como aspectos biológicos, econômicos e familiares, de modo a garantir um atendimento integral e de qualidade para a gestante. Sendo assim, o cuidado pré-natal deve incluir também o atendimento odontológico. (43) Visando aumentar o acesso da população brasileira aos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), foi instituído em 2019 um novo modelo de financiamento de custeio, o Programa Previne Brasil, (44) alterando algumas formas de repasse das transferências para os municípios. Dentre os indicadores propostos para o ano de 2022, está presente a “proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na APS”, evidenciando uma grande importância clínica e epidemiológica, uma vez que a realização do pré-natal integral é de fundamental importância na prevenção de doenças, permitindo um completo e correto desenvolvimento da gestação, reduzindo os riscos da mulher grávida e o nascimento de um bebê saudável. (45)

Neste contexto, o atendimento pré-natal odontológico, principalmente com gestantes de alto risco pode ser considerado de extrema importância para a manutenção da saúde da gestante, bem como do seu bebê. (46,47) Os tratamentos restauradores, medidas preventivas, realizadas por meio de ações de educação em

saúde, com a troca de informações com os profissionais de saúde conscientizam a gestante e seus familiares acerca dos cuidados necessários com a saúde bucal, (5) principalmente devido ao fato de que a gestação é um momento propício para a realização de ações educativas, uma vez que as mulheres grávidas encontram-se mais receptivas à novas informações e incorporação de novos hábitos em sua rotina, visando o bem estar de seu bebê. (48) Entretanto, apesar dos benefícios existentes em relação ao tratamento odontológico durante o período gestacional, mitos e tabus ainda são presentes e influenciam tanto a gestante na procura pelo cirurgião-dentista, por receio de prejudicar o bebê, como o próprio profissional na oferta do cuidado para esta parte da população, principalmente pela falta de conhecimento e capacitação profissional, (47) evidenciando a importância no preparo e qualificação dos futuros profissionais da área da odontologia, os quais devem atuar em todos os níveis de atenção à saúde, beneficiando toda a sociedade. (49)

Entende-se como limitação desta pesquisa o fato de se tratar de um estudo retrospectivo, o qual é executado por meio da análise de dados em prontuários, com registros realizados por outros colaboradores do estudo, além de determinadas informações dependerem dos relatos das pacientes, uma vez que as informações, mais difundidas, podem interferir na resposta da gestante. Neste sentido, é de fundamental importância que os dados sejam registrados de forma correta e completa, sendo cruciais para compreender a situação de saúde encontrada, para que se possa realizar ações estratégicas para o público alvo, tornando a ação mais efetiva. (50) Outros estudos podem ser realizados, como o de seguimento, analisando variáveis para que se possa compreender melhor e identificar o perfil do público-alvo, sendo possível a realização de ações mais específicas, ou ainda, avaliar se a condição periodontal do público estudado é compatível com o nível de placa apresentado, entretanto, a pesquisa demonstrou resultados relevantes sobre a percepção de saúde bucal e associação entre a presença de alteração periodontal e alterações sistêmicas, apontando a necessidade de atendimento integral à gestante, com uma equipe multiprofissional.

6.7 Conclusão

Conclui-se que a condição de alto risco mais frequente entre as gestantes foi hipertensão arterial, seguida por diabetes mellitus e obesidade. Parte delas apresentavam o hábito de fumar e consumir bebida alcoólica durante a gestação. A gengivite esteve presente em grande parte das gestantes examinadas. HIV, diabetes e hábito de fumar durante a gestação foram associadas à alteração periodontal.

6.8 Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília; 2010.
2. Figueiredo CSA, Rosalem CGC, Cantanhede ALC, Thomaz ÉBAF, Cruz MCFN. Systemic alterations and their oral manifestations in pregnant women. *J Obstet Gynaecol Res.* 2017;43(1):16–22.
3. Liu PP, Wen W, Yu KF, Gao X, Wong MCM. Dental care-seeking and information acquisition during pregnancy: a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(14):2621.
4. Togoo RA, Al-Almai B, Al-Hamdi F, Huaylah SH, Althobati M, Alqarni S. Knowledge of pregnant women about pregnancy gingivitis and children oral health. *Eur J Dent.* 2019;13(2):261–70.
5. Moimaz SAS, Saliba NA, Garbin CAS. Odontologia para gestante: guia para o profissional da saúde. Araçatuba: Programa de Pós Graduação em Odontologia Preventiva e Social; 2009.
6. Kandan PM, Menaga V, Kumar RRR. Oral health in pregnancy (guidelines to gynaecologists, general physicians & oral health care providers). *J Pak Med Assoc.* 2011;61(10):1009–14.
7. Enabulele J, Ibhawoh L. Resident obstetricians' awareness of the oral health component in management of nausea and vomiting in pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14(1):388.
8. Chokkaiyan S, Arumugam SC, Kumar S, John LB, Ghose S. Periodontitis as a risk factor for preterm labour and low birth weight among pregnant women attending

a tertiary care teaching hospital. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2015;4(6):1804–10.

9. Bobetsis YA, Graziani F, Gürsoy M, Madianos PN. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes. *Periodontol 2000.* 2020;83(1):154–74.

10. Saliba TA, Custódio LBM, Saliba NA, Moimaz SAS, Saliba TA, Custódio LBM, et al. Dental prenatal care in pregnancy. *Rev Gaúch Odontol.* 2019;67:e20190061.

11. WHO Expert Committee on the Health Problems of Adolescence & World Health Organization. *Problemas de salud de la adolescencia : informe de un Comité de Expertos de la OMS [se reunió en Ginebra del 3 al 9 de noviembre de 1964].* Geneva: World Health Organization; 1965 [citado 16 mar. 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38485>

12. Brasil. Ministério da Saúde. *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes.* Brasília; 2007.

13. World Health Organization. *Adolescents: Health Risks and Solutions.* Geneva; 2017 [citado 16 mar. 2021]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>

14. Monteiro DLM, Martins JAFS, Rodrigues NCP, Miranda FRD, Lacerda IMS, Souza FM, et al. Adolescent pregnancy trends in the last decade. *Rev Assoc Med Bras.* 2019;65:1209–15.

15. Nações Unidas Brasil. *Taxa de gravidez adolescente no Brasil está acima da média latino-americana e caribenha.* 2022 [citado 13 jul. 2022]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/taxa-de-gravidez-adolescente-no-brasil-esta-acima-da-media-latino-americana-e-caribenha/>

16. Pazos CTC, Austregésilo SC, Goes PSA. Self-esteem and oral health behavior in adolescents. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2019;24:4083–92.

17. World Health Organization. *Oral health surveys.* 5th ed. Geneva; 2013.

18. Centers for Disease Control and Prevention. *Epi Info TM.* 2019 [citado 23 jul. 2020]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/epiinfo/index.html>

19. Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá. Bioestat - versão 5.3. 2020 [citado 21 maio 2020]. Disponível em: <https://www.mamiraua.org.br/downloads/programas/>
20. Nazir M, Al-Ansari A, Al-Khalifa K, Alhareky M, Gaffar B, Almas K. Global prevalence of periodontal disease and lack of its surveillance. *ScientificWorldJournal*. 2020;2020:2146160.
21. Bui FQ, Almeida-da-Silva CLC, Huynh B, Trinh A, Liu J, Woodward J, et al. Association between periodontal pathogens and systemic disease. *Biomed J*. 2019;42(1):27–35.
22. Moimaz SAS, Carmo MP, Zina LG, Saliba NA. Associação entre condição periodontal de gestantes e variáveis maternas e de assistência à saúde. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2010;10(2):271–8.
23. Moimaz SAS, Tamanaha AK, Custódio LBM, Saliba NA, Saliba TA. Enjoo decorrente da higienização dentária e condição periodontal de mulheres grávidas. *Saúde Desenvolv Hum*. 2021 [citado 11 ago. 2022];9(2). Disponível em: https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/7348
24. Loe H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy. I. Prevalence and severity. *Acta Odontol Scand*. 1963;21:533–51.
25. Silness J, Loe H. Periodontal disease in pregnancy. II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. *Acta Odontol Scand*. 1964;22:121–35.
26. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Bucal*. Brasília; 2008.
27. Martínez-García M, Hernández-Lemus E. Periodontal inflammation and systemic diseases: an overview. *Front Physiol*. 2021;12:709438.
28. Peacock M, Arce R, Cutler C. Periodontal and other oral manifestations of immunodeficiency diseases. *Oral Dis*. 2017;23(7):866–88.
29. Jampani ND, Sunkavilli RK, Songa VM, Buggapati L, Pathagunti SR. Periodontal health status among HIV-seropositive pregnant women. *Indian J Dent Res*. 2019;30(4):521–6.

30. Sutton ALM, Harper LM, Tita ATN. Hypertensive disorders in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2018;45(2):333–47.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico HIV/AIDS. Brasília; 2020.
32. Brasil. Ministério da saúde. Boletim epidemiológico de HIV/AIDS. Brasília; 2021.
33. McIntyre HD, Catalano P, Zhang C, Desoye G, Mathiesen ER, Damm P. Gestational diabetes mellitus. *Nat Rev Dis Primers.* 2019;5(1):47.
34. Genco RJ, Borgnakke WS. Diabetes as a potential risk for periodontitis: association studies. *Periodontol 2000.* 2020;83(1):40–5.
35. Kumar A, Sharma DS, Verma M, Lamba AK, Gupta MM, Sharma S, et al. Association between periodontal disease and gestational diabetes mellitus—A prospective cohort study. *J Clin Periodontol.* 2018;45(8):920–31.
36. Novak KF, Taylor GW, Dawson DR, Ferguson JE, Novak MJ. Periodontitis and gestational diabetes mellitus: exploring the link in NHANES III. *J Public Health Dent.* 2006;66(3):163–8.
37. Chaffee BW, Couch ET, Vora MV, Holliday RS. Oral and periodontal implications of tobacco and nicotine products. *Periodontol 2000.* 2021;87(1):241–53.
38. Lange S, Probst C, Rehm J, Popova S. National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health.* 2018;6(7):e769–76.
39. Boing AF, Boing AC, Wagner KJP, Saraiva SS, Tomasi YT. Variáveis individuais e contextuais associadas ao tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez. *Rev Bras Enferm.* 2021;74:e20200804.
40. Nakagawa Kang J, Unnai Yasuda Y, Ogawa T, Sato M, Yamagata Z, Fujiwara T, et al. Association between maternal smoking during pregnancy and missing teeth in adolescents. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(22):4536.
41. Tomar SL, Hecht SS, Jaspers I, Gregory RL, Stepanov I. Oral health effects of combusted and smokeless tobacco products. *Adv Dent Res.* 2019;30(1):4–10.

42. Moimaz SAS, Chiba FY, Rodrigues FI, Garbin CAS, Saliba O, Saliba NA. Periodontal Condition in High-Risk Pregnant Women. *Arch Health Investig.* 2021;11(1):107–12.
43. Oliveira AEF, Haddad AE, organizadores. Saúde bucal da gestante: acompanhamento integral em saúde da gestante e da puérpera. 2018 [citado 16 mar. 2021]. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/10865/1/Sa%c3%bade%20Bucal%20d a%20Gestante_Portugu%c3%aas_978-85-7862-779-9.pdf
44. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação no 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. 2019 [citado 11 ago. 2022]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/portarias/prt_2979_12_11_2019.pdf
45. Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica no 15/2022-SAPS/MS. 2022. [citado 11 ago. 2022]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_15.pdf
46. Saliba TA, Garbin CAS, Custodio LBM, Castelli L, Saliba NA, Moimaz SAS. Associação entre percepção de saúde bucal e procura pelo serviço odontológico por gestantes. *Saúde Desenvolv Hum.* 2020;8(1):77–84.
47. Moimaz SAS, Rocha NB, Saliba O, Garbin CAS. O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. *Rev Odontol Univ Cidade São Paulo.* 2007;19(1):39–45.
48. Moimaz SAS, Rocha NB, Garbin CAS, Rovida TA, Saliba NA. Factors affecting intention to breastfeed of a group of Brazilian childbearing women. *Women Birth.* 2017;30(2):e119–24.
49. Moimaz SAS, Santos RR, Saliba O, Borges HC, Garbin CAS, Arcieri RM, et al. A experiência da Saúde Coletiva na formação profissional: retrato da extensão universitária. *Rev Ciênc Ext.* 2013;9(2):152–66.

50. Moimaz SAS, Garcia LL, Saliba NA, Saliba TA. Pre-natal monitoring in the primary attention of the brazilian unified health system. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr.* 2019;19:e4178

Tabela 1 - Distribuição de frequência absoluta e percentual de gestantes adolescentes, segundo dados sociodemográficos (n=658). Araçatuba-SP, 2022.

Dados sociodemográficos		n	%
Idade	13 a 15	94	14,29
	16 a 19	193	29,33
	20 a 24	371	56,38
Local de moradia	Rural	27	4,10
	Urbano	631	95,90
Cor da pele	Branca	354	53,80
	Preta	83	12,61
	Parda	217	32,98
	Amarela	3	0,46
	Indígena	1	0,15
Tipo de moradia	Própria	241	36,63
	Financiada	41	6,23
	Alugada	278	42,25
	Cedida	97	14,74
	Outros	1	0,15
Estado civil	Solteira	236	35,87
	Casada	147	22,34
	Divorciada	3	0,46
	Amasiada	272	41,34
Ocupação	Autônoma	26	3,95
	Empregada	176	26,75
	Desempregada	137	20,82
	Do lar	193	29,33
	Estudante	105	15,96
	Outros	21	3,19
Escolaridade	Analfabeta	4	0,61
	Ensino fundamental incompleto	94	14,29
	Ensino médio incompleto	317	48,18
	Ensino médio completo	202	30,70
	Superior completo ou incompleto	41	6,23
Renda familiar (reais)	Até R\$500,00	41	6,23
	Entre R\$501,00 e R\$1500,00	333	50,61
	Entre R\$1501,00 e R\$2500,00	171	25,99
	Mais de 2500	68	10,33
	Não sabe/Não respondeu	45	6,84
Número de moradores na residência	1 a 2	186	28,27
	3 a 5	395	60,03
	Mais de 5	77	11,70
Número de filhos nascidos e vivos	Nenhum	433	65,81
	Um	161	24,47
	Dois	53	8,05
	Três ou mais	11	1,67

Fonte: Autor, 2022

Tabela 2 - Relação entre Índice Periodontal Comunitário e morbidade bucal referida e uso dos serviços odontológicos, por gestantes adolescentes (n=658). Araçatuba-SP, 2022

Questões	Índice Periodontal Comunitário										p-valor		
	0		1		2		3		Total				
	(Hígido)	(Sangramento)	(Cálculo)	(Bolsa rasa)									
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
“A senhora acha que precisa ir ao dentista?”	Não	46	6,99	57	8,66	0	0,00	0	0,00	103	15,65	0,0400	
	Sim	189	28,72	349	53,04	5	0,76	12	1,82	555	84,35		
	Total	235	35,71	406	61,70	5	0,76	12	1,82	658	100,00		
“Como a senhora acha que estão seus dentes e gengiva?”	Muito ruim	6	0,91	18	2,74	0	0,00	0	0,00	24	3,65	0,0953	
	Ruim	36	5,47	90	13,68	3	0,46	5	0,76	134	20,36		
	Regular	111	16,87	205	31,16	0	0,00	6	0,91	322	48,94		
	Bom	77	11,70	89	13,53	2	0,30	1	0,15	169	25,68		
	Muito bom	5	0,76	4	0,61	0	0,00	0	0,00	9	1,37		
Total	235	35,71	406	61,70	5	0,76	12	1,82	658	100,00			
“A senhora alguma vez na vida teve dor de dente?”	Não	75	11,40	124	18,84	2	0,30	2	0,30	203	30,85	0,6802	
	Sim	160	24,32	282	42,86	3	0,46	10	1,52	455	69,15		
	Total	235	35,71	406	61,70	5	0,76	12	1,82	658	100,00		
“Nos últimos seis meses a senhora teve dor de dente?”	Não	167	25,38	269	40,88	3	0,46	7	1,06	446	67,78	0,5531	
	Sim	68	10,33	137	20,82	2	0,30	5	0,76	212	32,22		
	Total	235	35,71	406	61,70	5	0,76	12	1,82	658	100,00		
	Menos de 1 ano	159	24,16	231	35,11	3	0,46	6	0,91	399	60,64		0,5154
	1 a 2 anos	42	6,38	109	16,57	2	0,30	4	0,61	157	23,86		
3 anos ou mais	31	4,71	59	8,97	0	0,00	2	0,30	92	13,98			
Nunca fui	3	0,46	7	1,06	0	0,00	0	0,00	10	1,52			
Total	235	35,71	406	61,70	5	0,76	12	1,82	658	100,00			
“Onde foi a sua última consulta?”	Serviço público	129	19,60	209	31,76	2	0,30	3	0,46	343	52,13	0,8196	
	Particular	81	12,31	145	22,04	1	0,15	9	1,37	236	35,87		
	Convênio	16	2,43	33	5,02	2	0,30	0	0,00	51	7,75		
	Faculdade	1	0,15	7	1,06	0	0,00	0	0,00	8	1,22		
	Nunca fui	3	0,46	7	1,06	0	0,00	0	0,00	10	1,52		
	Outros	5	0,76	5	0,76	0	0,00	0	0,00	10	1,52		
	Total	235	35,71	406	61,70	5	0,76	12	1,82	658	100,00		
“Qual foi o motivo da última consulta?”	Revisão	71	10,79	97	14,74	1	0,15	0	0,00	169	25,68	0,3436	
	Dor	47	7,14	100	15,20	0	0,00	5	0,76	152	23,10		
	Tratamento geral	55	8,36	94	14,29	1	0,15	2	0,30	152	23,10		
	Tratamento ortodôntico	51	7,75	85	12,92	3	0,46	5	0,76	144	21,88		
	Nunca fui	3	0,46	7	1,06	0	0,00	0	0,00	10	1,52		
	Outros	8	1,22	23	3,50	0	0,00	0	0,00	31	4,71		
	Total	235	35,71	406	61,70	5	0,76	12	1,82	658	100,00		
	“O que a senhora achou do tratamento a última consulta?”	Muito ruim	9	1,37	13	1,98	0	0,00	0	0,00	22		3,34
Ruim		11	1,67	31	4,71	1	0,15	1	0,15	44	6,69		
Regular		30	4,56	72	10,94	1	0,15	4	0,61	107	16,26		
Bom		157	23,86	244	37,08	3	0,46	7	1,06	411	62,46		
Muito bom		25	3,80	39	5,93	0	0,00	0	0,00	64	9,73		
Nunca fui		3	0,46	7	1,06	0	0,00	0	0,00	10	1,52		
Total	235	35,71	406	61,70	5	0,76	12	1,82	658	100,00			

Nota 1: nenhuma gestante apresentou o “score 4” (bolsa profunda) durante registro do Índice Periodontal Comunitário.

Fonte: Autor, 2022

Tabela 3. Relação entre Índice Periodontal Comunitário e distúrbios sistêmicos, por gestantes adolescentes (n=658). Araçatuba – SP, 2022.

Distúrbio sistêmico	Índice Periodontal Comunitário								Total	p-valor
	0		1		2		3			
	(Hígido)	(Sangramento)	(Cálculo)	(Bolsa rasa)	(Bolsa rasa)	(Bolsa rasa)	(Bolsa rasa)	(Bolsa rasa)		
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sífilis										0,2382
Não	230	34,95	383	58,21	5	0,76	11	1,67	629	95,59
Sim	5	0,76	23	3,50	0	0,00	1	0,15	29	4,41
Total	235	35,71	406	61,70	5	0,76	12	1,82	658	100,00
HIV										0,0296
Não	233	35,41	383	58,21	5	0,76	12	1,82	633	96,20
Sim	2	0,30	23	3,50	0	0,00	0	0,00	25	3,80
Total	235	35,71	406	61,70	5	0,76	12	1,82	658	100,00
HPV										0,7854
Não	232	35,26	399	60,64	5	0,76	11	1,67	647	98,33
Sim	3	0,46	7	1,06	0	0,00	1	0,15	11	1,67
Total	235	35,71	406	61,70	5	0,76	12	1,82	658	100,00
Obesidade										0,4794
Não	223	33,89	383	58,21	4	0,61	10	1,52	620	94,22
Sim	12	1,82	23	3,50	1	0,15	2	0,30	38	5,78
Total	235	35,71	406	61,70	5	0,76	12	1,82	658	100,00
Diabetes										0,0001
Não	225	34,19	381	57,90	4	0,61	10	1,52	620	94,22
Sim	10	1,52	25	3,80	1	0,15	2	0,30	38	5,78
Total	235	35,71	406	61,70	5	0,76	12	1,82	658	100,00
Hipertensão arterial										0,6479
Não	189	28,72	318	48,33	4	0,61	11	1,67	522	79,33
Sim	46	6,99	88	13,37	1	0,15	1	0,15	136	20,67
Total	235	35,71	406	61,70	5	0,76	12	1,82	658	100,00

Nota: nenhuma gestante apresentou o "score 4" (bolsa profunda) durante registro do Índice Periodontal Comunitário.

Fonte: Autor, 2022

Tabela 4. Relação entre Índice Periodontal Comunitário e hábitos de fumo e consumo de álcool, por gestantes adolescentes (n=658). Araçatuba – SP, 2022.

Hábitos	Índice Periodontal Comunitário								Total	p-valor	
	0		1		2		3				
	(Hígido)	(Sangramento)	(Cálculo)	(Bolsa rasa)	n	%	n	%			
Fumo antes da gestação											0,1043
Não	207	31,46	326	49,59	4	0,61	10	1,52	547	81,13	
Sim	28	4,26	80	12,16	1	0,15	2	0,30	111	16,87	
Total	235	35,71	406	61,70	5	0,76	12	1,82	658	100,00	
Fumo durante a gestação											0,0191
Não	224	34,04	363	55,17	4	0,61	12	1,82	603	91,64	
Sim	11	1,67	43	6,53	1	0,15	0	0,00	55	8,36	
Total	235	35,71	406	61,70	5	0,76	12	1,82	658	100,00	
Consumo de bebida alcoólica											0,0878
Não	215	32,67	371	56,38	3	0,46	11	1,67	600	91,19	
Sim	20	3,04	35	5,32	2	0,30	1	0,15	58	8,81	
Total	235	35,71	406	61,70	5	0,76	12	1,82	658	100,00	

Nota: nenhuma gestante apresentou o “score 4” (bolsa profunda) durante registro do Índice Periodontal Comunitário.

Fonte: Autor, 2022

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fatores de risco como presença de Infecções Sexualmente Transmissíveis e hábito de consumir álcool e fumo estiveram presentes entre as gestantes analisadas, assim como o não planejamento gestacional, relatado pela maioria das adolescentes, evidenciando a importância do desenvolvimento de ações de educação em saúde e de políticas públicas, para a conscientização dos jovens em relação aos comportamentos benéficos à saúde, bem como da manutenção dos estudos e prevenção de gestação não planejada

Sabendo-se que a saúde bucal não é dissociada da saúde geral, e que a condição periodontal e fatores de risco gestacional podem estar associados, é essencial que os cuidados odontológicos sejam realizados durante o período pré-natal, visando a manutenção da saúde materno-infantil.

ANEXOS

ANEXO A – REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO GERAL; REVISÃO DA LITERATURA; E METODOLOGIA EXPANDIDA

1. Brasil. Ministério da Saúde. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília; 2007.
2. WHO Expert Committee on the Health Problems of Adolescence & World Health Organization. Problemas de salud de la adolescencia : informe de un Comité de Expertos de la OMS [se reunió en Ginebra del 3 al 9 de noviembre de 1964]. Geneva: World Health Organization; 1965 [citado 16 mar. 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38485>
3. Moimaz SAS, Saliba NA, Garbin CAS. Odontologia para gestante: guia para o profissional da saúde. Araçatuba: Programa de Pós Graduação em Odontologia Preventiva e Social; 2009.
4. Govender D, Naidoo S, Taylor M. "My partner was not fond of using condoms and I was not on contraception": understanding adolescent mothers' perspectives of sexual risk behaviour in KwaZulu-Natal, South Africa. BMC Public Health. 2020;20:366.
5. Oliveira LMFT, Silva AO, Santos WMT, Santos MEP, Barros MVG, Ritti-Dias RM, et al. Análise da associação entre fumo passivo e consumo de álcool e drogas entre adolescentes. Saúde Pesq. 2021;14(2):361-8.
6. Amjad S, MacDonald I, Chambers T, Osornio-Vargas A, Chandra S, Voaklander D, et al. Social determinants of health and adverse maternal and birth outcomes in adolescent pregnancies: a systematic review and meta-analysis. Paediatr Perinat Epidemiol. 2019;33(1):88-99..
7. Maslowsky J, Owotomo O, Huntley ED, Keating D. Adolescent risk behavior: differentiating reasoned and reactive risk-taking. J Youth Adolesc. 2019;48(2):243–55.
8. Moura LR, Torres LM, Cadete MMM, Cunha CF. Fatores associados aos comportamentos de risco à saúde entre adolescentes brasileiros: uma revisão integrativa. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03304.

9. Saliba TA, Moimaz SAS, Chiba FY, Oliveira RAF, Pereira AA, Sundefeld MLMM, et al. Representação social de adolescentes sobre saúde bucal. Arch Health Investig. 2021;10(3):377–84.
10. Wong SPW, Twynstra J, Gilliland JA, Cook JL, Seabrook JA. Risk factors and birth outcomes associated with teenage pregnancy: a canadian sample. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2020;33(2):153–9.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília; 2010.
12. Organização Mundial da Saúde. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. Geneva: World Health Organization; 2016 [citado 4 ago. 2022]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf;jsessionid=2C8AC73E3A16A9C8987235603254F2B7?sequence=2>
13. Figueiredo CSA, Rosalem CGC, Cantanhede ALC, Thomaz ÉBAF, Cruz MCFN. Systemic alterations and their oral manifestations in pregnant women. J Obstet Gynaecol Res. 2017;43(1):16–22.
14. Enabulele J, Ibhawoh L. Resident obstetricians' awareness of the oral health component in management of nausea and vomiting in pregnancy. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14(1):388.
15. Chokkaiyan S, Arumugam SC, Kumar S, John LB, Ghose S. Periodontitis as a risk factor for preterm labour and low birth weight among pregnant women attending a tertiary care teaching hospital. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2015;4(6):1804–10.
16. Bobetsis YA, Graziani F, Gürsoy M, Madianos PN. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes. Periodontol 2000. 2020;83(1):154–74.
17. Moimaz SAS, Chiba FY, Rodrigues FI, Garbin CAS, Saliba O, Saliba NA. Periodontal Condition in High-Risk Pregnant Women. Arch Health Investig. 2021;11(1):107–12.
18. Moimaz SAS, Tamanaha AK, Custódio LBM, Saliba NA, Saliba TA. Enjoo decorrente da higienização dentária e condição periodontal de mulheres grávidas.

Saúde Desenvolv Hum. 2021 [citado 11 ago. 2022];9(2). Disponível em: https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/7348

19. Figueiredo MGOP, Takita SY, Dourado BMR, Mendes HS, Terakado EO, Nunes HRC, Fonseca CRBD. Periodontal disease: repercussions in pregnant woman and newborn health-A cohort study. PLoS One. 2019;14(11):e0225036.

20. Pan American Health Organization. Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean. Washington; 2017 [citado 11 ago. 2022]. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34493/9789275119761-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>

21. Fundo de População das Nações Unidas. Meu corpo me pertence: reivindicando o direito à autonomia e à autodeterminação. 2021 [citado 4 ago. 2022]. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop2021-report-br_web_0.pdf

22. Brasil. Ministério da Saúde. Informações de saúde: nascidos vivos - Brasil (TABNET). 2022 [citado 11 ago. 2022]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

23. Moimaz SAS, Ramirez GTV, Saliba NA, Saliba TA. Cuidados à saúde da gestante no âmbito da Atenção Primária. Saúde Desenvolv Hum. 2020;8(3):123–32.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. 2011 [citado 11 ago. 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html

25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação no 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. 2019 [citado 11 ago. 2022]. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/portarias/prt_29_79_12_11_2019.pdf

26. Sousa BC, Santos RS, Santana KC, Souzas R, Leite ÁJM, Medeiros DS. Comportamento sexual e fatores associados em adolescentes da zona rural. *Rev Saúde Pública*. 2018;52:39.
27. Brêtas JRS, Ohara CVS, Jardim DP, Aguiar Junior W, Oliveira JR. Aspectos da sexualidade na adolescência. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3221–8.
28. Zangiacomi Martinez E, da Roza DL. Ecological analysis of adolescent birth rates in Brazil: Association with Human Development Index. *Women Birth*. 2020;33(2):e191–8.
29. Williams CL, Harrison LL, Llata E, Smith RA, Meites E. Sexually transmitted diseases among pregnant women: 5 states, United States, 2009–2011. *Matern Child Health J*. 2018;22(4):538–45.
30. Garbin CAS, Custódio LBM, Saliba Júnior OA, Garbin AJÍ, Moimaz SAS. Syphilis in pregnancy: profile and associated factors in the northwest region of São Paulo State. *Saúde Pesq*. 2021;14(3):e7772.
31. Benzaken AS, Pereira GFM, Cunha ARC, Souza FMA, Saraceni V, Benzaken AS, et al. Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy: a study with open data from Brazilian state capitals. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(1):e00057219.
32. Liu N, Vigod SN, Farrugia MM, Urquia ML, Ray JG. Intergenerational teen pregnancy: a population-based cohort study. *BJOG*. 2018;125(13):1766-74.
33. Frederiksen BN, Rivera MI, Ahrens KA, Malcolm NM, Brittain AW, Rollison JM, et al. Clinic-based programs to prevent repeat teen pregnancy: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2018;55(5):736-46.
34. Gorry D. Heterogeneous consequences of teenage childbearing. *Demography*. 2019;56(6):2147-68.
35. Liu PP, Wen W, Yu KF, Gao X, Wong MCM. Dental care-seeking and information acquisition during pregnancy: a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(14):2621.

36. Togoo RA, Al-Almai B, Al-Hamdi F, Huaylah SH, Althobati M, Alqarni S. Knowledge of pregnant women about pregnancy gingivitis and children oral health. *Eur J Dent*. 2019;13(2):261–70.
37. Ksinan Jiskrova G, Vazsonyi AT. Multi-contextual influences on adolescent pregnancy and sexually transmitted infections in the United States. *Soc Sci Med*. 2019;224:28-36.
38. Bałanda-Bałdyga A, Pilewska-Kozak AB, Łepecka-Klusek C, Stadnicka G, Dobrowolska B. Attitudes of teenage mothers towards pregnancy and childbirth. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(4):1411.
39. Monteiro DLM, Martins JAFS, Rodrigues NCP, Miranda FRD, Lacerda IMS, Souza FM, et al. Adolescent pregnancy trends in the last decade. *Rev Assoc Med Bras*. 2019;65:1209–15.
40. Moimaz SAS, Carmo MP, Zina LG, Saliba NA. Associação entre condição periodontal de gestantes e variáveis maternas e de assistência à saúde. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2010;10(2):271–8.
41. Jampani ND, Sunkavilli RK, Songa VM, Buggapati L, Pathagunti SR. Periodontal health status among HIV-seropositive pregnant women. *Indian J Dent Res*. 2019;30(4):521–6.
42. Salas-Wright CP, AbiNader MA, Vaughn MG, Sanchez M, De La Rosa M. Trends in participation in teen pregnancy and STI prevention programming, 2002-2016. *Prev Med*. 2019;126:105753.
43. Kumar A, Sharma DS, Verma M, Lamba AK, Gupta MM, Sharma S, et al. Association between periodontal disease and gestational diabetes mellitus—A prospective cohort study. *J Clin Periodontol*. 2018;45(8):920–31.
44. World Health Organization. Oral health surveys. 5th ed. Geneva; 2013.
45. Centers for Disease Control and Prevention. Epi Info TM. 2019 [citado 23 jul. 2020]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/epiinfo/index.html>
46. Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá. Bioestat - versão 5.3. 2020 [citado 21 maio 2020]. Disponível em: <https://www.mamiraua.org.br/downloads/programas/>

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNESP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA-CAMPUS DE
ARAÇATUBA/ UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo da rede de atenção à saúde da mulher com ênfase em saúde bucal de gestantes de alto risco

Pesquisador: Suzely Adas Saliba Moimaz

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 60855316.8.0000.5420

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba - UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.914.629

Apresentação do Projeto:

Com o projeto de pesquisa pretende-se realizar um levantamento da organização da rede de atenção à saúde materno-infantil e o perfil das gestantes de alto risco (n=2160), que serão atendidas no Ambulatório Médico de Especialidades (AME) de Araçatuba-SP. Trata-se de um estudo transversal, que será realizado no Ambulatório Médico de Especialidades (AME) de Araçatuba e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de 27 municípios do estado de São Paulo, com coleta de dados sobre o perfil sócio demográfico das gestantes; a organização da demanda na rede regional de atenção à saúde; a condição de saúde bucal das gestantes de alto risco e a existência de protocolos para o atendimento odontológico de gestantes de alto risco. Para tal serão realizados exames bucais de gestantes de alto risco (AME - Araçatuba) bem como consulta aos sistemas de informação em saúde e coleta de informações com os gestores. Os resultados obtidos serão submetidos à análise estatística, ao nível de significância de 5%.

Objetivo da Pesquisa:

Com o trabalho objetiva-se analisar a organização da rede de atenção à saúde materno-infantil e o perfil das gestantes de alto risco, com coleta de dados sobre o perfil sócio demográfico das gestantes; a organização da demanda na rede regional de atenção à saúde; a condição de saúde bucal das gestantes de alto risco e a existência de protocolos para o atendimento odontológico de

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193

Bairro: VILA MENDONCA

CEP: 16.015-050

UF: SP

Município: ARACATUBA

Telefone: (18)3636-3200

Fax: (18)3636-3332

E-mail: andrebertoz@foa.unesp.br

UNESP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA-CAMPUS DE
ARAÇATUBA/ UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.914.829

gestantes de alto risco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos da pesquisa são mínimos, uma vez que as participantes da pesquisa serão submetidas a exame clínico e uma entrevista afim de saber o estado de saúde em geral. Com relação aos benefícios, as gestantes de alto risco com necessidade de tratamento odontológico serão encaminhadas para o atendimento especializado na clínica de gestantes da Faculdade de Odontologia de Araçatuba FOA/UNESP. Todas receberão Kit de saúde bucal, com escova, pasta e fio dental e um manual sobre saúde bucal e cidadania. Soma-se a isso a verificação da existência de protocolos clínicos para atendimento de gestantes nos 27 municípios que compõe a rede e o perfil de saúde bucal das gestantes de alto risco, atendidas no Ambulatório Médico de Especialidades (AME) Araçatuba - SP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo que visa realizar uma avaliação a respeito da organização da rede de atenção à saúde materno-infantil e o perfil das gestantes de alto risco.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados adequadamente.

Recomendações:

Não Há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a avaliação da metodologia proposta bem como dos documentos anexos somos favoráveis à execução do mesmo uma vez que a metodologia apresentada atende as normas da Resolução 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP acata o parecer do relator. Informamos ao(a) senhor(a) pesquisador(a) que de acordo com a Resolução 466 CNS, de 12/12/2012 (título X, seção X.1., art. 3, item b, e, título XI, seção XI.2., item d), há necessidade de apresentação de relatórios semestrais, devendo o primeiro relatório ser enviado até 10/08/2017. O CEP reitera a necessidade de entrega de uma via (não cópia) do TCLE ao sujeito participante da pesquisa e solicita ao pesquisador responsável leitura da carta circular 003/2011 CONEP/CNS antes do início do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193	CEP: 16.015-050
Bairro: VILA MENDONCA	
UF: SP	Município: ARACATUBA
Telefone: (18)3636-3200	Fax: (18)3636-3332
E-mail: andrebertoz@foa.unesp.br	

UNESP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA-CAMPUS DE
ARAÇATUBA/ UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.914.629

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_518196.pdf	09/02/2017 11:36:49		Aceito
Outros	Termo_de_autorizacao.pdf	09/02/2017 11:33:19	Fernanda Izaura Rodrigues	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/11/2016 15:53:20	Fernanda Izaura Rodrigues	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	29/11/2016 15:49:45	Fernanda Izaura Rodrigues	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_gestante_ame.pdf	07/10/2016 23:05:20	Fernanda Izaura Rodrigues	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	07/10/2016 23:02:32	Fernanda Izaura Rodrigues	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACATUBA, 10 de Fevereiro de 2017

Assinado por:

André Pinheiro de Magalhães Bertoz
(Coordenador)

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193
Bairro: VILA MENDONCA CEP: 16.015-050
UF: SP Município: ARACATUBA
Telefone: (18)3636-3200 Fax: (18)3636-3332 E-mail: andrebertoz@foa.unesp.br