

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina Dentária



**Hábitos e Conhecimentos relacionados com a
Saúde Oral numa População de Grávidas**

Edna Maria Rebocho Cascalheira

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2014

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina Dentária



**Hábitos e Conhecimentos relacionados com a
Saúde Oral numa População de Grávidas**

Edna Maria Rebocho Cascalheira

Dissertação orientada

pela Professora Doutora Sónia Alexandra Mateus Flores Mendes Borralho

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2014

Índice

Agradecimentos	vii
Resumo e palavras-chave.....	ix
I. Introdução.....	1
1. Principais alterações de saúde oral durante a gravidez.....	2
2. Tabagismo durante a gravidez.....	3
3. Atendimento médico-dentário durante a gravidez	4
4. Promoção para a saúde oral durante a gravidez.....	4
4.1 Promoção para a saúde oral da grávida.....	5
4.2. Promoção para a saúde oral do bebé	5
II. Finalidades e objetivos.....	7
III. Materiais e métodos.....	8
1. Construção do questionário.....	8
2. Estrutura do questionário.....	8
3. Recolha de Dados.....	9
3.1 População de estudo.....	9
3.2. Aplicação do questionário.....	10
3.3 Processamento e tratamento dos dados.....	10
3.4. Questões éticas	10
IV. Resultados.....	11
1. Caracterização da amostra.....	11
2. Hábitos relacionados com a saúde oral antes e durante a gravidez.....	12
3. Hábitos tabágicos.....	16
4. Informação sobre saúde oral durante a gravidez.....	16
5. Crenças e conhecimentos sobre saúde oral da grávida e do bebé.....	17
6. Relação entre os comportamentos relacionados coma saúde oral e as habilitações literárias da grávida.....	20

7. Relação entre as crenças e conhecimentos relacionados com a saúde oral e as habilitações literárias das grávidas.....	20
V. Discussão.....	21
1. Caracterização da amostra.....	21
2. Hábitos relacionados com a saúde oral antes e durante a gravidez.....	22
3. Hábitos tabágicos.....	25
4. Informação sobre saúde oral durante a gravidez.....	25
5. Saúde oral da grávida e do bebé.....	26
6. Limitações do estudo.....	29
VI. Conclusão e considerações finais.....	30
VII. Referências bibliográficas.....	33
Apêndices.....	41
Apêndice I- Índice de tabelas e figuras.....	43
Apêndice II- Lista de abreviaturas.....	45
Apêndice III-Questionário do estudo.....	47
Apêndice IV- Carta de explicação dos objetivos e procedimentos do estudo às grávidas.....	57
Apêndice V- Pedido de autorização às direções das instituições de saúde	59

Agradecimentos

À minha orientadora Professora Doutora Sónia Mendes, por todo o trabalho, rigor científico e ensinamentos que foram elementos essenciais para a realização desta tese. Agradeço também toda a amizade, gentileza, apoio, incentivo e disponibilidade dispensada ao longo destes meses. Foi um privilégio fazer parte desta equipa.

Ao Professor Doutor Mário Bernardo, Professora Doutora Ana Coelho, Professora Doutora Luísa Barros e Professora Doutora Ana Rita Goes pelas correções e sugestões apontadas na fase de elaboração do questionário.

Aos docentes e funcionários da faculdade por toda a ajuda e ensinamentos transmitidos que contribuíram para a minha formação profissional e pessoal.

Aos colegas e amigos que tive a sorte de conhecer na faculdade, por toda a ajuda, apoio nas horas mais complicadas e gargalhadas esboçadas durante esta caminhada. Um agradecimento especial à Joana, Rita, Letícia, Sara, Carolina, Nádia e Tânia, companheiras fiéis deste percurso.

Aos amigos de sempre, que nunca me deixaram e tiveram uma palavra de incentivo. Obrigada por todos os bons momentos que me proporcionam.

À Joana Fialho e à Catarina por toda a lealdade, amizade e companheirismo.

Aos meus queridos pais, irmãos, primo, avós, tios e Teresa por toda a vossa força, ajuda, paciência e conselhos. São muito especiais para mim e foram o meu pilar ao longo desta caminhada.

Às minhas duas estrelinhas, é com saudade que vos dedico todo o meu trabalho e vitórias.

E a ti, meu querido Jaime por toda a ajuda, paciência, incentivo, dedicação e amor.

Resumo

Introdução: A gravidez constitui um período onde a mulher se encontra, de uma forma geral, mais vulnerável à existência de problemas orais, mas por outro lado, também estão mais recetivas à informação sobre os cuidados a ter consigo e com o seu futuro bebé. Assim, este período pode ser aproveitado para a realização de ações de promoção e educação da saúde oral, quer da própria grávida quer do seu futuro filho, contribuindo desta forma para a redução da prevalência e incidência de cárie dentária.

Objetivos principais: Conhecer os hábitos relacionados com a saúde oral e os conhecimentos e crenças relacionadas com a saúde oral da grávida e do seu futuro bebé.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo observacional e transversal, cuja recolha de dados foi realizada através de um questionário. O questionário foi aplicado a grávidas do primeiro filho, no segundo ou terceiro trimestre de gestação que frequentavam instituições de saúde da região de Lisboa.

Resultados: A amostra foi constituída por 72 mulheres. A maioria (68,1%) das grávidas considerou a sua saúde oral muito importante. No entanto, apenas 48,6% visitou o médico dentista neste período. Cerca de 82% das participantes escovava os dentes duas ou mais vezes por dia, mas apenas 5,6% utilizava o fio ou a fita dentária diariamente. As participantes referiram que comiam mais frequentemente entre as refeições (58,3%) e, 16,7% responderam que ingeriam, neste período, mais alimentos doces e açucarados. As crenças das grávidas sobre a saúde oral do bebé revelaram-se, de um modo geral positivas, no entanto, a maioria não sabia quando deve ser efetuada a primeira consulta ao dentista.

Conclusões: As grávidas demonstraram hábitos de escovagem bem implementados, mas a maioria não utilizava fio dentário e algumas apresentavam hábitos alimentares cariogénicos. A gravidez deve ser considerada um momento importante para a promoção da saúde oral da grávida e do futuro bebé.

Palavras-chave: saúde oral, gravidez, hábitos, conhecimentos, crenças.

Abstract

Introduction: Pregnancy is a period where women are more vulnerable to oral problems, but on the other hand, are more receptive to information about their future baby and own healthcare. Thus, this period can be leveraged for carrying out actions of promotion and education of oral health, contributing in this way to the reduction of the prevalence and incidence of tooth decay. **Objectives:** Describe oral health-related habits, knowledge and beliefs about pregnancy and baby's oral health. **Materials and methods:** Cross-sectional study with self-applied questionnaire to pregnant women of the first child, in the second or third trimester of pregnancy, who frequented health institutions of the Lisbon region. **Results:** The sample included 72 pregnant women. The majority (68.1%) considered their oral health very important, however only 48.6% visited the dentist in this period. About 82% of participants brushed their teeth twice or more times per day, but only 5.6% used the dental floss daily. The participants reported they ate most often between meals (58.3%) and 16.7% responded that consumed, in this period, more cariogenic food. The beliefs of the pregnant women about the oral health of the baby proved to be generally positive, however, most women didn't know when to perform the first visit to the dentist. **Conclusions:** Pregnant women have shown brushing habits well implemented, but most didn't used dental floss and some presented cariogenic dietary habits. Pregnancy should be considered an important moment for the promotion of oral health of the pregnant and the future baby.

Keywords: oral health, pregnancy, habits, knowledge, beliefs.

I. Introdução

Apesar da diminuição evidente da prevalência de cárie dentária nas últimas décadas, esta doença constitui ainda um grave problema de saúde pública em Portugal, sendo a principal doença crónica na infância. Aos 6 anos de idade as crianças portuguesas apresentam uma prevalência de cárie de 49% e um cpod médio de 2,10 (Direção-Geral de Saúde - DGS, 2008a). Estes dados remetem para a necessidade de uma intervenção precoce, que deve ser iniciada durante a gravidez e no primeiro ano de vida da criança (Kandelman e Ouatik, 2006; DGS, 2008a).

A intervenção precoce deve envolver, os pais e educadores, em especial, dos bebés e das crianças até aos 6 anos, pois estes têm um papel fulcral na implementação das rotinas diárias, que incluem a aquisição de hábitos de higiene oral e hábitos alimentares saudáveis (Mobley *et al.*, 2009). Sendo as crianças destas idades muito dependentes dos seus pais é importante que estes sejam instruídos e motivados desde cedo para a saúde oral dos seus filhos (Castilho *et al.*, 2013; Lemos *et al.*, 2014).

A influência que o estado de saúde oral da mãe apresenta na saúde oral do seu filho é conhecida e apontada em diversos estudos, sendo os hábitos de escovagem, a existência de lesões de cárie não tratadas ou a perda de dentes da mãe mencionados como um indicador de cárie dentária dos seus filhos, bem como da sua deficiente saúde oral (Stevens *et al.*, 2007; Wigen *et al.*, 2010; Dye *et al.*, 2011; Qiu *et al.*, 2013). Um outro aspeto descrito na literatura é a transmissão vertical de bactérias cariogénicas, nomeadamente do grupo *streptococci mutans*, da mãe para os seus filhos (Mitchell *et al.*, 2009; Agarwal *et al.*, 2011; Dye *et al.*, 2011). Também as crenças dos pais sobre saúde oral são descritas como importantes indicadores de risco da cárie e dos comportamentos dos seus filhos (Pine *et al.*, 2004; Kelly *et al.*, 2005; Schroth *et al.*, 2007).

Existem também algumas crenças relacionadas com os tratamentos de medicina dentária durante a gravidez, que podem influenciar a saúde oral da própria grávida (Scavuzzi *et al.*, 2008 Cabral *et al.*, 2013). Efetivamente, durante a gravidez, devido a alterações hormonais, são descritas modificações ao nível da cavidade oral como gengivite, mobilidade dentária, lesões gengivais benignas, cárie dentária. Consequentemente, deve ser reforçada a importância da aquisição de bons hábitos de

saúde oral neste período a fim de reverter ou minimizar estes acontecimentos (Ozen B *et al.*, 2012; Committee on Health Care for Underserved, 2013). No entanto, nem sempre este reforço e a informação sobre os cuidados de saúde oral são realizados, pois existe ainda muito enraizada a crença que a grávida não deve visitar o dentista, nem realizar tratamentos dentários (Albuquerque *et al.*, 2004).

Deste modo, a promoção e educação para a saúde oral das grávidas, relacionadas não só com a sua própria saúde oral, mas também com a saúde oral dos seus filhos, podem ser consideradas importantes estratégias para redução da prevalência e gravidade da cárie (Dye *et al.*, 2011). Os programas de promoção de saúde oral durante o período pré-natal têm sido apontados como bastante benéficos, provavelmente porque as mulheres, nesta fase da sua vida, estão particularmente recetivas a intervenções de educação para a sua saúde e para a saúde do seu futuro bebé (Rezende *et al.*, 2004). Por esta razão, as consultas de vigilância e acompanhamento da gravidez, podem ser um meio oportuno para informar e sensibilizar os pais para a importância de uma boa saúde oral. Nestas consultas deve ser dado ênfase aos cuidados a ter com a alimentação e com a higiene oral da criança, especialmente após a erupção do primeiro dente (DGS, 2005).

1. Principais alterações de saúde oral durante a gravidez

Geralmente, entre os três e os oito meses de gestação ocorrem alterações a nível gengival, que tendem a regredir após o parto. Estas manifestações surgem associadas à acumulação de placa bacteriana, fator etiológico principal, e a variações hormonais que ocorrem durante a gestação, nomeadamente o aumento do estrogénio e da progesterona. Assim, durante a gravidez pode haver com frequência inflamação dos tecidos periodontais, edema gengival, sensibilidade aumentada e hemorragia fácil (California Dental Association Foundation, 2010; Ozen *et al.*, 2012). Estas alterações fisiológicas complexas podem condicionar alguns aspetos ao nível da cavidade oral, como o aumento da permeabilidade vascular e a diminuição da resposta imune do hospedeiro, tornando-a mais suscetível a infeções (Pentapati *et al.*, 2013). Geralmente desenvolve-se um tipo de gengivite, conhecido como gengivite gravídica, que se caracteriza pela presença de uma gengiva edemaciada, de consistência lisa, coloração avermelhada e com hemorragia fácil. Uma outra manifestação oral relatada por algumas grávidas é a mobilidade dentária, que provavelmente se relaciona com o grau de inflamação

gingival. Esta inflamação pode perturbar os tecidos periodontais do compartimento inferior, responsáveis pela ancoragem do dente (Silk *et al.*, 2008).

Para além destas alterações gengivais generalizadas são também descritos aspetos pontuais de crescimento e hipertrofia gengival, designados de “epúlide gravídica” ou “tumor gravídico”. Este tipo de lesão ocorre com maior frequência em áreas de gengivite inflamatória ou zonas de irritação recorrente, associadas a depósitos marcados de placa e/ou cálculo dentário. Estas manifestações tendem a regredir após o parto e só em casos pontuais de desconforto, hemorragia fácil ou interferência no alinhamento dentário deve-se proceder à sua excisão (Laine, 2002; Silk *et al.*, 2008; CDA Foundation, 2010).

Na literatura, apesar do assunto ser ainda controverso, alguns estudos apontam as doenças periodontais (gengivite e periodontite) como um fator de risco para a prematuridade do bebé, para a restrição do seu crescimento e para a pré-eclâmpsia da mãe (Jeffcoat *et al.*, 2001; Offenbacher *et al.*, 2006).

Pelo exposto, pode dizer-se que, de um modo geral, para a manutenção de um bom estado de saúde oral durante a gravidez, devem ser realizadas medidas preventivas de educação para higiene oral e, em casos específicos, ações terapêuticas periodontais supra e/ou subgingival para uma eliminação eficaz da placa bacteriana (CDA Foundation, 2010).

2. Tabagismo durante a gravidez

Hábitos tabágicos durante a gestação podem acarretar, entre outras complicações, um parto pré-termo, baixo peso do bebé ao nascer, microcefalia, aborto ou morte neonatal (Leopércio e Gigliotti, 2004; Correia *et al.*, 2007). Sendo a gravidez uma época de profundas alterações físicas e psicológicas, pode ser também uma oportunidade para alterar estilos de vida, para comportamentos mais saudáveis. Visto que, as gestantes dão particular atenção ao bem-estar fetal, este pode ser um motivo para que as mulheres grávidas parem de fumar, podendo a gravidez ser uma ocasião ideal para intervenções de cessação de hábitos tabágicos (Correia *et al.*, 2007).

3. Atendimento médico-dentário durante a gravidez

Devem ser realizados esforços, por parte dos profissionais de saúde, para desmistificar a crença de que a mulher grávida não pode efetuar tratamentos dentários. Algumas mulheres grávidas revelam medo em realizar este tipo de tratamentos e consideram que durante a gestação os seus dentes ficam mais fracos, conduzindo ao aparecimento de lesões de cárie e à sua perda (Scavuzzi *et al.*, 2008). No entanto, os benefícios de proporcionar um atendimento dentário durante a gravidez superam eventuais riscos que possam advir de um tratamento dentário não efetuado. Deve ter-se em consideração que a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças orais são também uma necessidade durante a gestação (CDA Foundation, 2010). A saúde oral pode e deve ser vigiada durante a gravidez, sendo o segundo trimestre o ideal para a execução de algum tratamento necessário (Antunes, 2001).

Alguns países desenvolvidos, como os Estados Unidos da América, o Reino Unido e a Grécia, têm implementado estratégias para tentar melhorar a saúde oral da grávida, incluindo prestação de cuidados pré-natais e acesso gratuito a serviços públicos de medicina dentária durante a gravidez (George *et al.*, 2013). Também em Portugal, o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) prevê a utilização de cheques dentista durante a gravidez. As grávidas, seguidas no Serviço Nacional de Saúde (SNS), podem ser referenciadas para consultas de medicina dentária, mediante a decisão do médico de família e com base em critérios clínicos. Desta forma, podem ser emitidos cheques-dentista que permitem à grávida ter acesso a um conjunto de cuidados de medicina dentária nas áreas da prevenção, do diagnóstico e do tratamento. São fornecidos, no máximo, três cheques-dentista por gravidez que podem ser utilizados até 60 dias após a data prevista para o parto ou efetiva do mesmo (DGS, 2008b).

4. Promoção para a saúde oral durante a gravidez

Tal como já referido, durante o período de gestação a grávida encontra-se num momento muito propício a problemas de saúde oral. Assim, as consultas de vigilância da gravidez e também as de medicina dentária e higiene oral devem incluir a educação para a saúde oral da própria grávida e também do futuro bebé.

4.1. Promoção para a saúde oral da grávida

É recomendado, para a prevenção das doenças orais, a escovagem bidirária dos dentes, devendo um dos momentos ser à noite antes de dormir. A escovagem deve realizar-se com uma escova macia e dentífrico fluoretado. A limpeza dos espaços interproximais deve ser realizada com fio dentário ou com escovilhão, sendo recomendada uma vez por dia, antes da escovagem (CDA Foundation, 2010).

Adicionalmente, devem ser promovidos bons hábitos alimentares durante a gravidez, sendo este fator importante a considerar não só para a saúde oral, como para outras doenças de grande importância durante a gravidez, como a obesidade, a diabetes gestacional e a hipertensão. A nutrição e a promoção de bons hábitos alimentares são fatores relevantes para uma boa saúde geral durante a gestação, visando garantir o desenvolvimento do feto e a proteção do organismo materno (Lucas *et al.*, 2014).

Os hábitos e os desejos alimentares da gestante podem levar a lanches mais frequentes, podendo estes ser compostos por doces ou outros alimentos cariogênicos, aumentando o risco de desenvolver cárie. Assim, a grávida deve ser aconselhada a ter uma alimentação variada e equilibrada, evitando alimentos açucarados, especialmente no intervalo das refeições (Fitzsimons *et al.*, 1998).

Estes são os tópicos mais importantes que devem ser reforçados para a melhoria e manutenção da saúde oral nas grávidas. As ações de educação, para serem mais efetivas, devem ser apelativas, incluir demonstrações e exemplos concretos, de modo a melhorar a eficácia da grávida nas suas rotinas de higiene oral e de alimentação.

4.2. Promoção para a saúde oral do bebé

A Cárie Precoce da Infância (CPI) é uma doença crónica que afeta a dentição decídua de crianças em idade pré-escolar, antes dos 6 anos de idade, e pode desenvolver-se imediatamente após a erupção dentária (Areias *et al.*, 2010). A prevalência de CPI é mais acentuada nos grupos mais desfavorecidos da sociedade, no entanto, as crianças provenientes destes contextos são as que menos recebem cuidados de saúde oral (Dye *et al.*, 2011). Os prestadores de cuidados desempenham um papel crucial na prevenção da CPI, sendo fundamental a sua educação e sensibilização desde cedo (Akpabio *et al.*, 2008). Existem estudos que evidenciam a importância de

programas de saúde oral durante a gravidez, sendo estes eficazes na redução da CPI (Dye *et al.*, 2011).

Nos lactentes, antes da erupção dentária, a higiene deve, idealmente, ser efetuada após a amamentação, de modo a familiarizar a criança com a higiene oral. O prestador de cuidados deve colocar uma dedeira de borracha ou silicone, ou em alternativa, uma gaze embebida em água, para realizar a limpeza gengival. Com a erupção do primeiro dente, deve introduzir-se a escovagem dentária com uma escova macia (Areias *et al.*, 2010). É recomendada a escovagem bidária com dentífrico fluoretado, devendo ser uma delas obrigatoriamente antes de ir dormir. A escovagem dos dentes deve ser supervisionada, por um adulto, até cerca dos 6 anos de idade (Cosme e Marques, 2005; CDA Foundation, 2010; Huebner *et al.*, 2010; American Academy of Pediatric Dentistry - AAPD, 2013/2014a). Os pais acreditam que as práticas de higiene oral devem ser implementadas "cedo", mas muitos não sabem precisar a altura correta de quando iniciar a higiene oral da criança (Fitzsimons *et al.*, 1998).

No que respeita à primeira visita ao dentista, as recomendações convergem para que esta ocorra, idealmente, no momento da erupção do primeiro dente (Bhaskar *et al.*, 2014). Nesta primeira consulta o objetivo é instruir e motivar os cuidadores da criança para promoção da saúde oral infantil. Realiza-se uma observação da cavidade oral da criança, avaliando o seu risco de cárie e, consoante esta apreciação, o clínico deve delinear um esquema de consultas e recomendações, que visam a prevenção de eventuais problemas de saúde oral (AAPD, 2013/2014b).

Por vezes, os cuidados com a nutrição e com a saúde oral podem ser descurados, principalmente no período de desenvolvimento e crescimento da dentição dos dentes decíduos (Fitzsimons *et al.*, 1998). A ingestão de açúcar é um fator importante para o aparecimento de cárie, devendo a sua frequência de ingestão ser diminuída (Akpabio *et al.*, 2008). Os açúcares devem, idealmente ser ingeridos no final da refeição e preferivelmente, serem seguidos de correta higiene oral (Cosme e Marques 2005). Deve ter-se especial atenção à colocação de substâncias e líquidos açucarados no biberão e chucha, que permanecem em contato com as superfícies dentárias levando à sua consequente degradação, por processo cariogénico (Areias *et al.*, 2010; AAPD, 2013/2014c).

Um outro aspeto a considerar para a prevenção da cárie é a exposição ao flúor. Em crianças com menos de 6 anos, a exposição ao flúor é importante, mas a sua ingestão excessiva pode resultar em fluorose dentária (DGS,2005; Bennadi *et al.*, 2014). Por esta razão, a escovagem dos dentes deve ser sempre supervisionada até aos 6 anos e a quantidade de dentífrico a ser colocado na escova deve ser do tamanho da unha do dedo mindinho da criança. Deste modo, poderá ser recomendado um dentífrico fluoretado entre 1000 e 1500ppm de flúor (DGS, 2005).

Os suplementos de flúor têm sido usados como medidas de saúde pública, bem como para uso individual (Clarkson *et al.*, 2000). Em crianças, a sua dosagem deverá ser adequada à idade e ao peso, tendo em conta os eventuais riscos de toxicidade do flúor (Cosme e Marques 2005). A utilização de suplementos de flúor não é recomendada a grávidas, nem a crianças menores de 3 anos de idade ou que consumam água com teor de fluoreto superior a 0,3 ppm (DGS, 2005). O uso de suplementos de flúor é apenas recomendado em indivíduos de alto risco de desenvolver cárie (DGS, 2005; AAPD, 2013d).

II. Finalidade e Objetivos

O presente trabalho tem como finalidade contribuir para o estudo da saúde oral em grávidas da população portuguesa, pois a gestação considera-se um importante momento para a promoção da saúde oral, tanto da mãe, como do futuro bebé.

Os seus objetivos principais foram conhecer, numa população portuguesa de grávidas: a) Os hábitos relacionados com a saúde oral, nomeadamente hábitos de higiene oral, hábitos alimentares, hábitos tabágicos e visitas ao médico dentista; b) As crenças e conhecimentos relacionados com a saúde oral da grávida e do seu futuro bebé.

Considerou-se também de interesse estudar: a) A existência de alterações, antes e durante a gravidez, relativamente aos hábitos relacionados com a saúde oral; b) A relação entre as habilitações literárias da grávida e os seus comportamentos e também as suas crenças e conhecimentos relacionados com a saúde oral.

III. Materiais e métodos

Para atingir os objetivos propostos foi desenhado um estudo observacional e transversal. A recolha dos dados foi realizada através da aplicação de um questionário (Apêndice III), desenvolvido especificamente para o presente estudo.

1. Construção do questionário

O questionário foi construído com base na revisão da literatura (Kim e Telleen 2004; Akpabio *et al.*, 2008; Hullah *et al.*, 2008; Andrade, 2009; Boggess *et al.*, 2010; Scavuzzi *et al.*, 2010; Boggess *et al.*, 2011; Bates e Riedy, 2012; Hashim, 2012; Ozen *et al.*, 2012; George *et al.*, 2013; Pentapati *et al.*, 2013).

Após a sua elaboração, o questionário foi submetido à análise de quatro peritos, dois psicólogos e dois médicos dentistas. A análise por este painel teve como objetivo a validação do conteúdo do questionário, onde se pretendeu verificar a clareza das questões e a pertinência dos temas abordados.

Depois desta avaliação pelo painel de peritos, foram realizadas algumas alterações sugeridas e posteriormente realizou-se um pré-teste do questionário, que incluiu a aplicação do questionário a seis grávidas, com as mesmas características da população-alvo do estudo. O pré-teste teve como objetivo a verificação prática da aplicação do questionário, fornecendo também informação sobre a clareza das perguntas e sobre o tempo utilizado para o seu preenchimento. De um modo geral, as grávidas do pré-teste não apresentaram dificuldades no preenchimento do questionário e, mesmo aquelas com menos habilitações literárias, conseguiram responder a todas as questões. O tempo médio de preenchimento do questionário verificou-se ser de cerca de 10 minutos.

2. Estrutura do questionário

O questionário inclui seis secções, cujas variáveis estão indicadas na Tabela 1.

Tabela 1: Estrutura do questionário utilizado no estudo.

Secção	Tema	Variáveis recolhidas
I	Informações gerais sobre a gravidez	Trimestre de gestação Existência de gravidez de risco Acompanhamento da gravidez Acompanhamento da saúde oral
II	Hábitos relacionados com a saúde oral, antes e durante a gravidez	Perceção do estado de saúde oral Frequência de visita ao dentista ou higienista oral Frequência da escovagem dos dentes Momento da escovagem dos dentes Utilização de dentífrico com flúor Outras fontes de flúor Utilização de fio/fita dentária Visita ao dentista/higienista oral, durante a gravidez, e o seu motivo Motivo da consulta de medicina dentária / higiene oral Motivo porque não consultou o dentista/ higienista oral durante a gravidez Hábitos alimentares durante a gravidez
III	Hábitos tabágicos durante a gravidez	Hábitos tabágicos atuais Motivo da cessação tabágica
IV	Informação sobre saúde oral durante a gravidez	Fonte da informação Tópicos abordados acerca de saúde oral Utilização do cheque-dentista
V	Saúde oral da grávida e do bebé	Tópicos relacionados com crenças sobre a saúde oral durante a gravidez Tópicos relacionados com crenças da grávida sobre a saúde oral do bebé Momento da primeira consulta de medicina dentária do bebé
VI	Informações gerais da grávida	Idade Habilitações literárias Profissão

3. Recolha de Dados

O trabalho de campo realizou-se durante os meses de abril e maio de 2014.

3.1. População de estudo

O questionário do estudo foi aplicado em instituições frequentadas por grávidas. Foi pedida autorização ao serviço de obstetrícia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC), ao serviço de obstetrícia do Hospital de Santa Maria (HSM) e também a instituições privadas da região de Lisboa (consultório de obstetrícia e locais de preparação para o parto). Somente uma instituição contactada, um dos locais de preparação para o parto, não aceitou participar no estudo, alegando falta de disponibilidade no momento da recolha de dados.

Apenas foram incluídas no estudo as mulheres grávidas do primeiro filho e que estivessem no segundo ou terceiro trimestre da gravidez. Foram excluídas as grávidas que apresentassem uma gravidez de risco que, de algum modo, pudesse alterar a sua condição de saúde oral.

3.2. Aplicação do questionário

O questionário do estudo foi autopreenchido pelas grávidas participantes. Na MAC foi distribuído, pela própria investigadora, às grávidas que se encontravam na sala de espera. No HSM o questionário foi fornecido às grávidas pela enfermeira responsável. Nos locais privados foi a rececionista quem forneceu o questionário no período de espera para a consulta ou sessão de preparação para o parto.

3.3. Processamento e tratamento dos dados

Para a análise dos dados foi utilizado o programa *SPSS, versão 22* (IBM®). A introdução dos dados no programa foi efetuada manualmente pela investigadora. Foi realizada a análise descritiva de todas as variáveis. A análise inferencial foi realizada utilizando os testes estatísticos adequados às características e distribuição das respetivas variáveis, com um nível de significância de 5%.

3.4. Questões éticas

O estudo obteve parecer positivo da Comissão de Ética para a Saúde da Maternidade Dr. Alfredo da Costa e foi autorizado pelas direções de todas as instituições participantes.

Apenas foram incluídas grávidas que voluntariamente aceitaram participar no estudo. Antes da aplicação do questionário foram sempre explicados às participantes os objetivos e procedimentos do estudo, presencialmente, no caso da MAC, ou através de uma carta que acompanhava os questionários (Apêndice IV). A confidencialidade dos dados foi sempre garantida pois, após o preenchimento, os questionários eram colocados, pelas próprias participantes, num envelope.

IV. Resultados

1. Caracterização da amostra

A amostra estudada foi constituída por 72 grávidas do primeiro filho, encontrando-se 26,4% no segundo trimestre de gestação e as restantes 73,6% no terceiro trimestre. A idade das gestantes variou entre os 15 e os 41 anos de idade, sendo a média de idades 29,1 (dp=5,6). Cerca de 48,6% das participantes apresentava um nível de educação superior (Tabela 2).

A maioria das participantes realizava seguimento médico da gestação na maternidade ou hospital público (64,9%), ao contrário do que acontecia com o acompanhamento da saúde oral, que era realizado essencialmente numa clínica ou consultório privado (70,8%) (Tabela 2).

Tabela 2: Caracterização da amostra.

	% (n)
Habilitações literárias (n=70)	
Sem o ensino básico completo (menos que o 9º ano)	1,4 (1)
Ensino básico completo (9º ano)	17,1 (12)
Ensino secundário completo (12º ano)	32,9 (23)
Ensino superior (licenciatura, mestrado ou doutoramento)	48,6 (34)
Trimestre de gestação (n=72)	
Segundo trimestre	26,4 (19)
Terceiro trimestre	73,6 (53)
Acompanhamento da gravidez (n=72)	
Centro de saúde	30,6 (22)
Maternidade/Hospital público	69,4 (50)
Consultório privado	18,1 (13)
Acompanhamento da saúde oral (n=72)	
Não faço acompanhamento	23,6 (17)
Centro de saúde/hospital público	4,2 (3)
Clínica/ consultório privado	70,8 (51)
Faculdade de Medicina Dentária	1,4 (1)

2. Hábitos relacionados com a saúde oral antes e durante a gravidez.

A maioria das grávidas (54,2%) classificou o estado da sua saúde oral como “bom”, antes da gravidez, descendo esta frequência para 40,3% durante a gravidez. Antes da gravidez nenhuma grávida considerava o seu estado de saúde oral “mau” ou “muito mau”, aumentando estas percentagens, respetivamente, para 2,8% e 1,4% durante a gravidez (Figura 1). As grávidas consideraram ter antes da gravidez uma melhor saúde oral do que durante a gravidez ($p < 0,001$).

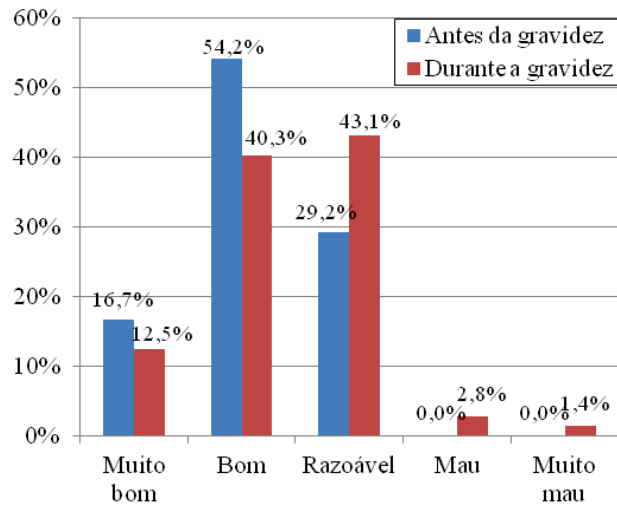


Figura 1: Classificação do estado de saúde oral antes e durante a gravidez (n=72).

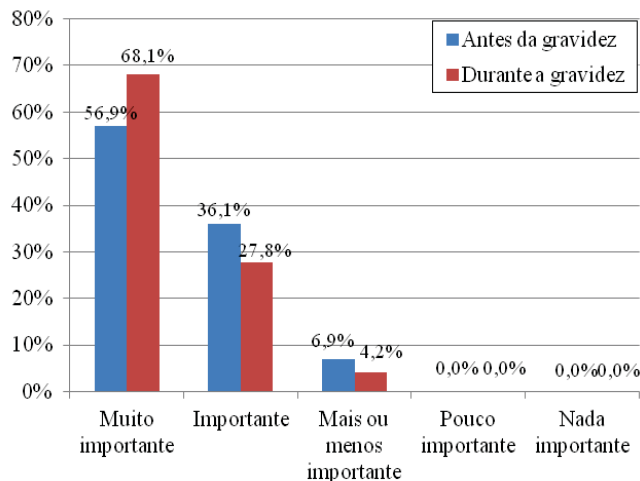


Figura 2- Grau de importância atribuído à saúde oral antes e depois da gravidez (n= 72).

Cerca de 56,9% das participantes consideraram a saúde oral como “muito importante” antes da gravidez, aumentando para 68,1% depois da gravidez. As grávidas deram mais importância à saúde oral durante a gravidez, do que antes da gravidez ($p=0,004$) (Figura 2).

Os resultados sobre os hábitos relacionados com a saúde oral das gestantes, tanto no período anterior à gravidez, como durante a gravidez, podem ser consultados na Tabela 3.

Tabela 3: Hábitos relacionados com a saúde oral, antes e durante a gravidez.

	Antes da gravidez	Durante a gravidez	valor de p
	% (n)	% (n)	
Frequência de visitas ao dentista			
Nunca	1,4 (1)	11,4 (8)	
Regularmente, mesmo sem queixas	68,1 (49)	54,3 (38)	0,4
Apenas com alguma queixa ou dor	30,6 (22)	32,9 (23)	
Não se deve ir ao dentista	0,0 (0)	1,4 (1)	
Frequência de escovagem dos dentes			
Nunca	0,0 (0)	0,0 (0)	
Menos que 1x/dia	1,4 (1)	1,4 (1)	0,6
1x/dia	18,1 (13)	16,7 (12)	
2 ou mais X/dia	80,6 (58)	81,9 (59)	
Momento da escovagem dos dentes			
Antes do pequeno-almoço	41,7 (30)	43,1 (31)	
Depois do pequeno-almoço	54,2 (39)	55,6 (40)	
Antes do almoço	0,0 (0)	1,4 (1)	
Depois do almoço	36,1 (26)	30,6 (22)	0,4
Antes do jantar	1,4 (1)	0,0 (0)	
Depois do jantar	45,8 (33)	45,8 (33)	
Antes de dormir	56,9 (41)	56,9 (41)	
Utilização de dentífrico fluoretado			
Sim	84,7 (61)	87,3 (62)	0,2
Não	15,3 (11)	12,7 (9)	
Outras fontes de flúor			
Não utiliza	81,7 (58)	80,3 (57)	
Suplementos alimentares	0,0 (0)	0,0 (0)	0,6
Soluções para bochechar	15,5 (11)	16,9 (12)	
Comprimidos de flúor	2,8 (2)	2,8 (2)	
Frequência de utilização do fio dentário			
Nunca	25,0 (18)	27,8 (20)	
Raramente	20,8 (15)	19,4 (14)	0,2
De vez em quando	48,6 (35)	47,2 (34)	
Todos os dias	5,6 (4)	5,6 (4)	

*Teste utilizado: Wilcoxon.

A maioria das grávidas afirmou consultar o médico dentista regularmente, quer antes (68,1%) quer durante a gestação (54,3%).

De igual modo, também uma maioria das participantes respondeu que escovava os dentes duas ou mais vezes por dia, tanto antes da gravidez (80,6%), como durante a

gravidez (81,9%). Relativamente ao momento no qual é realizada a escovagem verificou-se ser mais frequente o momento “antes de ir dormir”, logo seguido de “após o pequeno-almoço”, tanto antes, como durante a gravidez.

A grande maioria das participantes referiu utilizar dentífrico fluoretado tanto antes (84,7%), como depois da gravidez (87,3%). Pelo contrário, a utilização de outras fontes de flúor verificou-se pouco frequente, com uma grande percentagem de grávidas a responder que não utiliza outras fontes de flúor, nem antes (81,7%), nem depois da gravidez (80,3%).

Relativamente à utilização de fio ou fita dentária, apenas 5,6% das grávidas referiu utilizá-lo todos os dias, quer antes, quer durante a gravidez.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis dos hábitos relacionados com a saúde oral, quando comparados os períodos antes e durante a gravidez ($p>0,05$) (Tabela 3).

A maioria das participantes não visitou o dentista durante a gravidez (51,4%). As grávidas que consultaram o médico dentista referiram como principal motivo da consulta a revisão (40,0%) (Tabela 4).

Tabela 4: Visitas ao dentista durante a gravidez.

	% (n)
Visita ao dentista durante a gravidez (n=72)	
Sim	48,6 (35)
Não	51,4 (37)
Principal motivo da visita ao dentista (n= 35)	
Limpeza dentária	20,0 (7)
Consulta de revisão	40,0 (14)
Dor de dentes	8,6 (3)
Tratamento de um dente	17,1 (6)
Extração dentária	2,9 (1)
Problema com as gengivas	11,4 (4)
Motivo por não ter visitado dentista (n =37)	
Não teve problemas com os dentes	62,2 (23)
Problema passou, sem ir à consulta	2,7 (1)
Não teve tempo	13,5 (5)
Não se deve ir ao dentista grávida	8,1 (3)
Outro motivo	13,5 (5)

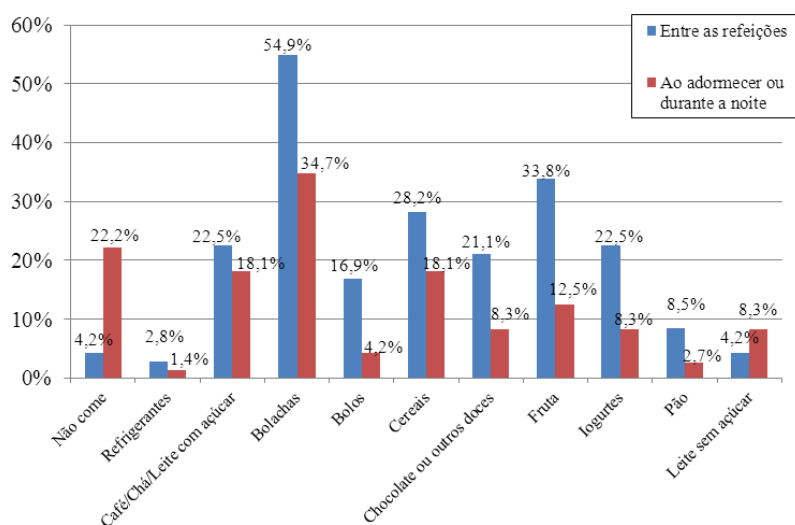
Por outro lado, as participantes que não visitaram o dentista apontaram, como principal motivo para não ter realizado essa consulta, não ter tido qualquer problema nos dentes (62,2%). Cerca de 8,1% referiu não ter ido ao dentista, pois considera que não se deve ir ao dentista durante a gravidez (Tabela 4).

Relativamente aos hábitos alimentares durante o período de gestação, cerca de 58,3% das gestantes referiu comer mais frequentemente entre as refeições. Adicionalmente, 16,7% das participantes revelaram que ingeriam, durante a gravidez, mais alimentos doces e açucarados (Tabela 5).

Tabela 5: Alteração de hábitos alimentares durante a gravidez (n=72).

	% (n)
Não teve alteração de hábitos	9,7 (7)
Come menos quantidade de comida devido a náuseas/enjoos	11,1 (8)
Come mais quantidade de comida	26,4 (19)
Come mais frequentemente entre refeições	58,3 (42)
Come mais alimentos doces e açucarados	16,7 (12)
Sim, outro	4,2 (3)

Os alimentos referidos como mais ingeridos entre as refeições, durante a gravidez, foram as bolachas (54,9%), a fruta (33,8%) e os cereais (28,2%). Relativamente aos alimentos ingeridos, no período ao adormecer ou durante a noite, a maioria das respostas recaiu para a opção bolachas (34,7%), café/chá/leite com açúcar



(18,1%) e cereais (18,1%).

De destacar que 22,2% das grávidas afirmou não ingerir qualquer tipo de alimento entre as refeições (Figura 3).

Figura 3- Alimentos ingeridos, durante a gravidez entre as refeições (n=71) e ao adormecer ou durante a noite (n=72).

3. Hábitos tabágicos

A maioria (58,7%) das gestantes indicou que nunca fumou (Figura 4). Das grávidas que já fumaram e deixaram de fumar (34,4%), a maioria deixou esse hábito devido à gravidez (51,7%) (Figura 5).

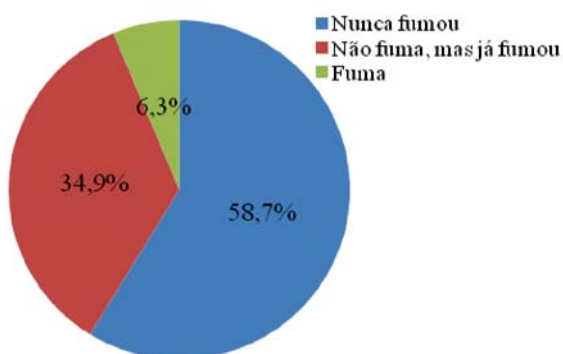


Figura 4- Hábitos tabágicos (n=72).

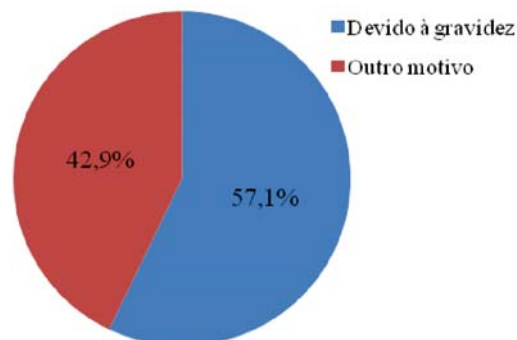


Figura 5- Motivo da cessação tabágica (n=25).

4. Informação sobre saúde oral durante a gravidez

Apenas metade das participantes do estudo referiram ter recebido informação sobre saúde oral durante a gravidez. As principais fontes dessa informação foram o médico de família (47,2%) e o médico dentista (30,6%). A informação sobre a higiene oral foi o tópico mais frequentemente abordado (77,8%) (Tabela 6).

Tabela 6: Informação sobre saúde oral durante a gravidez

	% (n)
Informação sobre cuidados de saúde oral (n =72)	
Sim	50,0(36)
Não	50,0 (36)
Fonte da informação (n= 36)	
Médico de família	47,2 (17)
Obstetra	16,7 (6)
Médico dentista/ Higienista oral	30,6 (11)
Familiar/ amigo	13,9 (5)
Revista/ livro/ panfleto	16,7 (6)
Enfermeiro	11,1 (4)
Curso de preparação para o parto	8,3 (3)
Tópicos abordados (n= 36)	
Higiene oral	77,8 (28)
Visitas ao médico dentista	36,1 (13)
Hábitos alimentares	25,0 (9)
Cuidados a ter com as gengivas	47,2 (17)
Cuidados a ter com a boca e dentes do bebê	16,7 (6)

A maioria das grávidas (65,3%) não recebeu o cheque-dentista, referindo que não foi informada da sua existência (78,1%). Das participantes que receberam o cheque-dentista, cerca de 48,0% não o utilizaram, assinalando como principais razões para não o ter feito, não ter precisado (25,0%) ou falta de tempo para ir a uma consulta (25,0%) (Tabela 7).

Tabela 7: Utilização do cheque-dentista durante a gravidez.

	% (n)
Recebeu cheque-dentista durante a gravidez (n= 72)	
Sim	34,7 (25)
Não	65,3 (47)
Utilizou o cheque-dentista (n=25)	
Sim	52,0 (13)
Não	48,0(12)
Motivo porque não utilizou o cheque-dentista (n=12)	
Não precisou	25,0 (3)
Durante a gravidez não quer ir ao dentista	8,3 (1)
Utilizar após a gravidez	16,6 (2)
Falta de tempo	25,0 (3)
Outro motivo	25,0 (3)
Motivo porque não recebeu o cheque-dentista (n=32)	
Não foi informada	78,1 (25)
Não o foi pedir	9,4 (3)
Não o foi levantar	6,3 (2)
Acompanhada no privado	6,3 (2)

5. Crenças e conhecimentos sobre saúde oral da grávida e do bebé

Na Tabela 8 são apresentados todos resultados sobre as crenças e os conhecimentos das grávidas sobre a sua própria saúde oral e sobre a saúde oral do bebé.

Pode destacar-se, que a grande maioria das grávidas considerou importante escovar os dentes duas vezes por dia (98,6%) e usar um dentífrico com flúor (84,5%). Por outro lado, 70,8% das participantes concordou que é normal os dentes ficarem mais fracos durante a gravidez. É também interessante verificar que cerca de 80% das grávidas discorda que não se deve visitar o dentista ou o higienista durante a gravidez (Tabela 8).

Tabela 8: Crenças e conhecimentos da grávida sobre a sua saúde oral e sobre a saúde oral do bebé.

Crenças e conhecimentos da grávida sobre a sua saúde oral	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo
É importante escovar os dentes duas vezes ao dia para manter boa saúde oral (n= 72).	98,6 (71)	1,4 (1)	0 (0)
Para uma boa saúde oral é preferível comer os alimentos açucarados entre as refeições (n= 71).	5,6 (4)	35,2 (25)	59,2 (42)
Devemos usar uma pasta com flúor (n=71).	84,5 (60)	12,7 (9)	2,8 (2)
Durante a gravidez não se deve consultar o dentista (n=72).	4,2 (3)	13,9 (10)	81,9 (59)
Durante a gravidez não se deve consultar o higienista oral (n=70).	4,3 (3)	14,3 (10)	81,4 (57)
É normal as grávidas terem problemas nas gengivas (n=72).	69,4 (50)	29,2 (21)	1,4 (1)
Durante a gravidez é normal as gengivas sangrarem (n=72).	62,5 (45)	30,6 (22)	6,9 (5)
É normal os dentes ficarem mais fracos durante a gravidez (n=72).	70,8 (51)	23,6 (17)	5,6 (4)
Durante a gravidez é normal ter problemas nos dentes (n=72).	55,6 (40)	34,7 (25)	9,7 (7)
Crenças e conhecimentos da grávida sobre a saúde oral do bebé			
A saúde oral do bebé é influenciada pela saúde oral da mãe (n=70).	32,9 (23)	60,0 (42)	7,1 (5)
As bactérias que provocam a cárie transmitem-se de mãe para filho (n=69).	14,5 (10)	65,2 (45)	20,3 (14)
A cárie é uma doença provocada por bactérias (n=71).	76,1 (54)	22,5 (16)	1,4 (1)
Os dentes do bebé devem começar a ser escovados quando aparecem na boca (n=72).	62,5 (45)	33,3 (24)	4,2 (3)
Não devemos utilizar uma pasta com flúor para escovar os dentes do bebé, porque ele engole a pasta (n=71).	29,6 (21)	64,8 (46)	5,6 (4)
É importante que os pais ajudem os seus filhos a escovar os dentes até aos 6 anos de idade (n=72).	94,4 (68)	2,8 (2)	2,8 (2)
A partir dos 3 anos as crianças já podem escovar os dentes sozinhas, sem ajuda ou controlo do adulto (n=72).	16,7 (12)	26,4 (19)	56,9 (41)
Os bebés devem tomar comprimidos de flúor para prevenir a cárie (n=72).	11,1 (8)	48,6 (35)	40,3 (29)
Os dentes de leite, quando têm problemas, não precisam de ser tratados pois vão cair (n=72).	9,7 (7)	18,1 (13)	72,2 (52)
A colocação de substâncias doces ou açucaradas no biberão do bebé pode causar-lhe cáries (n=72).	69,4 (50)	26,4 (19)	4,2 (3)
A colocação de substâncias doces ou açucaradas na chucha do bebé pode causar-lhe cáries (n=72).	73,6 (53)	25,0 (18)	1,4 (1)

No que respeita às crenças e conhecimentos sobre a saúde oral do bebé, verificou-se que 71,6% das inquiridas concordou que a cárie é uma doença de origem bacteriana, mas 20,3% discorda que a origem dessas bactérias possa ser da mãe. Adicionalmente, apenas 32,9% concorda que a saúde oral do bebé é influenciada pela mãe.

Em relação à higiene oral do bebé 62,5% das participantes concorda que os dentes devem ser escovados quando aparecem na boca, mas apenas 5,6% discorda que não se deve utilizar um dentífrico fluoretado. Verificou-se que 56,9% das grávidas discordaram que a partir dos 3 anos as crianças já podem escovar os dentes sozinhas. Sobre a possibilidade do bebé tomar comprimidos de flúor para prevenção da cárie, apenas 9,7% das inquiridas concorda. As substâncias doces ou açucaradas foram tidas,

pela maioria, como possíveis causadoras de cárie quando colocadas no biberão (69,4%) ou chucha (73,6%) (Tabela 8).

Relativamente ao tipo de alimentos colocados no biberão do bebé, a maioria das participantes classificou como cariogénicos o leite com chocolate (84,7%), o leite com açúcar (80,6%), os refrigerantes (79,2%) e o leite com mel (73,6%). É interessante verificar que apenas 19,4% considerou o leite com papa como um alimento cariogénico (Tabela 9).

Tabela 9: Opinião das grávidas sobre os alimentos colocados no biberão que podem causar cáries (n=72).

	% (n)
Água	1,4 (1)
Leite em pó	5,6 (4)
Leite simples	2,8 (2)
Leite com açúcar	80,6 (58)
Leite com mel	73,6 (53)
Leite com papa	19,4 (14)
Leite com chocolate	84,7 (61)
Refrigerantes	79,2 (57)
Sumos de fruta naturais	16,7 (12)
Néctares	48,6 (35)

Quando questionadas sobre o momento ideal para o bebé realizar a primeira consulta ao médico dentista, 45,1% das participantes respondeu que não sabia. Cerca de 31,0% das grávidas afirmou que o bebé deve ir pela primeira vez ao dentista quando a dentição de leite estiver completa (Tabela 10).

Tabela 10: Opinião das grávidas sobre o momento da primeira consulta do bebé ao médico dentista (n= 71).

	% (n)
Não sabe	45,1 (32)
Quando o primeiro dente de leite erupciona	14,1 (10)
Quando a dentição de leite está completa	31,0 (22)
Quando os dente definitivos erupcionam	5,6 (4)
Só quando o bebé tem algum problema nos dentes	1,4 (1)
Quando necessário	2,8 (2)

6. Relação entre os comportamentos relacionados com a saúde oral e as habilitações literárias das grávidas.

Verificou-se uma tendência para que as grávidas com mais habilitações literárias tivessem melhores comportamentos de saúde oral, nomeadamente escovagem bidiária dos dentes, uso de fio dentário diariamente e visitas ao dentista durante a gravidez. No entanto, estas diferenças não foram estatisticamente significativas ($p > 0,05$) (Tabela 11).

Tabela 11: Relação entre os comportamentos relacionados com a saúde oral durante a gravidez e as habilitações literárias das grávidas (n=70).

Habilitações literárias	Escovagem bidiária dos dentes	valor de p	Uso de fio dentário todos os dias	valor de p	Visita ao médico dentista	valor de p
	% (n)		% (n)		% (n)	
Até 9 anos de escolaridade	14,0 (8)		0,0 (0)		20,6 (7)	
Ensino secundário completo	36,8 (21)	0,09	25,0 (1)	0,5	32,4 (11)	0,9
Ensino superior completo	49,1 (28)		75,0 (3)		47,1 (16)	

*T este utilizado: χ^2

7. Relação entre as crenças e conhecimentos relacionados com a saúde oral e as habilitações literárias das grávidas.

Quando estudada a relação entre as crenças e conhecimentos e as habilitações literárias das grávidas, apenas se verificaram diferenças significativas relativamente às afirmações “A partir dos 3 anos as crianças já podem escovar os dentes sozinhas, sem ajuda ou controlo do adulto” e “A colocação de substâncias doces ou açucaradas no biberão do bebé pode causar-lhe cáries”, pelo que somente as suas distribuições são apresentadas na Tabela 12.

Verificou-se que as grávidas com mais habilitações literárias apresentaram crenças mais positivas relativamente à ajuda do adulto na escovagem dos dentes a partir dos 3 anos e à colocação substâncias cariogénicas no biberão do bebé.

Tabela 12: Relação entre as crenças e os conhecimentos relacionados com a saúde oral e as habilitações literárias das grávidas (n=70).

Crenças e conhecimentos sobre saúde oral	Habilitações literárias			valor de p
	Até 9 anos de escolaridade	Ensino secundário completo	Ensino superior completo	
	% (n)	% (n)	% (n)	
Discorda que a partir dos 3 anos as crianças podem escovar os dentes sozinhas	23,1 (3) ^a	65,2 (15) ^b	67,6 (23) ^b	0,029
Concorda que as substâncias açucaradas no biberão podem causar cárie	38,5 (5)	73,9 (17)	82,4 (28)	0,009

*Teste utilizado: Kruskal-Wallis.

Os grupos que partilham a mesma letra não são significativamente diferentes.

V. Discussão

1. Amostra do estudo

A amostra do estudo, apesar de pequena dimensão, apresentou características satisfatórias no que se refere à sua variabilidade relativamente à idade e habilitações literárias das grávidas. A idade média das participantes do estudo foi de 29,1 anos o que revela uma semelhança com os dados do último censo do Instituto Nacional de Estatística (INE), em que a idade média das mulheres portuguesas aquando o nascimento do primeiro filho é de 28,9 anos (INE, 2012a). Por outro lado, uma percentagem significativa das gestantes apresentava o ensino superior completo (48,6%), resultados um pouco acima dos encontrados pelo INE na região de Lisboa, onde a proporção da população com formação superior e com idades compreendidas entre os 30 e os 34 anos, foi cerca de 36% (INE, 2012b). No entanto, este resultado pode ser explicado, tal como refere o INE no último censo, que é o género feminino e a região de Lisboa que apresentam as qualificações mais elevadas. Por outro lado, o presente estudo refere-se somente às mulheres que fizeram acompanhamento da sua gravidez.

2. Hábitos relacionados com a saúde oral antes e durante a gravidez.

A maioria das grávidas considerou o seu estado de saúde “bom”, tanto antes, como durante a gravidez. Um estudo português, realizado numa população de grávidas do Porto, também revelou resultados semelhantes (Andrade, 2009). No entanto, no presente estudo, verificou-se que, de um modo geral, as grávidas consideraram a sua condição de saúde oral significativamente pior durante a gravidez. Adicionalmente, as participantes do estudo consideraram a sua saúde oral como um parâmetro “muito importante”, sendo esta importância significativamente maior durante a gravidez. Estas diferenças poderão ser explicadas devido a alterações orais sentidas no período de gestação, que levam a grávida a dar particular atenção à sua saúde oral (Committee on Health Care for Underserved, 2013; Pentapati *et al.*, 2013; Ozen B, 2012). Também Andrade, no estudo realizado no Porto, verificou que uma grande maioria das grávidas (89,9%) classificava a sua saúde oral como “bastante ou muito importante” (Andrade, 2009).

Apesar da maioria das grávidas visitar regularmente o dentista, ainda cerca de um terço das participantes afirmou fazê-lo apenas em caso de existência de queixas. Por outro lado, apesar de não significativa, verificou-se uma tendência para que as participantes do estudo recorram menos ao dentista durante a gravidez, dados que remetem para crença que durante a gravidez não devem ser realizadas consultas de saúde oral (Scavuzzi *et al.*, 2008). Estes dados são também apoiados pelo facto da maioria das grávidas ainda não ter efetuado nenhuma consulta de medicina dentária durante a gravidez, apesar de uma grande percentagem já se encontrar no último trimestre. Outros estudos, também realizados em populações de grávidas, apresentaram resultados semelhantes (Pizi *et al.*, 2009; Thomas *et al.*, 2008; Ozen *et al.*, 2012). As visitas ao dentista são descritas, na população portuguesa em geral, como sendo efetuadas numa base pouco frequente. Segundo o Inquérito Nacional de Saúde (INS), realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) e pelo INE (2009), 86% dos residentes em Portugal já visitou um profissional de saúde oral, mas os que o fizeram nos últimos 12 meses foram apenas 46,3%.

Apesar das visitas ao dentista não serem tão frequentes como se desejaria, o principal motivo mencionado para visitar um profissional de saúde oral foi a realização de uma consulta de revisão ou uma limpeza dentária, evidenciado, por parte das

grávidas que visitaram o profissional de saúde, algum cuidado com o controlo e manutenção da saúde oral durante a gravidez. Estas também foram as principais razões da visita ao dentista verificadas por Habashneh e colaboradores (2005). De igual modo, no INS verificou-se que, na população em geral, cerca de 34,4% dos indivíduos foram ao dentista no último ano por motivos preventivos (INSA e INE, 2009).

Por outro lado, o principal motivo referido pelas grávidas por não terem recorrido aos serviços de saúde oral foi a inexistência de problemas orais, encontrando-se esta razão também bastante referenciada noutros estudos (Habashneh *et al.*, 2005; Pizi *et al.*, 2009). Estes dados apontam para a necessidade de um aconselhamento da população, com vista a incentivar a visita ao profissional de saúde como forma de prevenção e de diagnóstico precoce de eventuais problemas orais (Pereira *et al.*, 2013). A relevância do acompanhamento dentário durante a gravidez é evidenciada na literatura, sendo o segundo trimestre considerado o ideal para a execução de algum tratamento necessário (Silk *et al.*, 2008; Antunes, 2011).

Os resultados relativos à frequência da escovagem dos dentes podem considerar-se bastante positivos, pois a maioria das grávidas referiu que realizava a escovagem dos dentes duas ou mais vezes ao dia, sendo o momento mais frequente para a realização dessa escovagem “antes de dormir”. Estes resultados estão de acordo com as recomendações relativas aos hábitos de higiene oral (CDA Foundation, 2010), sendo semelhantes aos resultados de outros estudos realizados em grávidas (Honkala *et al.*, 2005 e Ozen *et al.*, 2012). Também o INS revelou que 76,5% das mulheres portuguesas realizava a escovagem dos dentes duas ou mais vezes ao dia (INSA e INE, 2009).

Um outro resultado positivo foi que a maior parte das participantes mencionou a utilização de dentífrico fluoretado, tal como recomendado (CDA Foundation, 2010). Por outro lado, as outras fontes de flúor não se verificaram frequentes. Há algumas décadas era recomendado o uso de flúor em comprimidos durante a gravidez, mas a evidência científica atual refere o efeito tópico do flúor na prevenção da cárie (Clarkson e Mcloughlin, 2000; Marinho, 2008), não sendo também recomendada em Portugal (DGS, 2005), o que pode explicar em parte estes resultados.

Embora a escovagem dos dentes se tenha verificado bem implementada, o mesmo não se passou relativamente à utilização de meios de remoção de placa bacteriana interproximal, com a grande maioria das grávidas a não utilizar o fio ou a fita dentária diariamente. Também Ozen e colaboradores (2012) verificaram que 92% das grávidas não utilizava regularmente o fio ou fita dentária. Por esta razão, é essencial reforçar a importância deste meio de remoção de placa bacteriana para prevenção de doenças orais, tanto a nível individual, como comunitário. Este reforço é de extrema importância na população de grávidas (Silk *et al.*, 2008; CDA Foundation, 2010), de modo a diminuir as doenças associadas à acumulação de placa bacteriana, que, tal como já referido, podem verificar-se mais frequentes durante a gravidez.

Tal como no estudo de Pentapati e colaboradores (2013) verificou-se uma tendência para que as grávidas com mais habilitações literárias tivessem melhores comportamentos de saúde oral, nomeadamente escovagem diária dos dentes, embora no presente estudo as diferenças não se demonstrarem estatisticamente significativas. Estes resultados indicam a maior importância de um reforço na promoção da saúde nas grávidas com um nível de instrução mais baixo.

Os resultados encontrados relativamente aos hábitos alimentares apoiam a ideia que as grávidas podem ser consideradas um grupo de risco para o desenvolvimento de doenças orais. A maioria das participantes referiu comer mais frequentemente entre as refeições, assumindo algumas ingerir mais alimentos doces e açucarados. Por esta razão, neste grupo específico, as questões alimentares devem ser abordadas na educação para a saúde, para que as grávidas façam uma alimentação variada e frequente, mas visando a importância da redução do consumo de doces, principalmente no período entre as refeições (Fitzsimons *et al.*, 1998; Lucas *et al.*, 2014). As bolachas foram referidas como o alimento mais frequentemente ingerido entre as refeições e ao adormecer ou durante a noite, sendo este um alimento considerado bastante cariogénico, pois para além da sua constituição açucarada, apresenta uma grande aderência à superfície dentária. Igualmente, também os cereais foram bastante mencionados e, por razões semelhantes, são considerados prejudiciais para a saúde oral (Tinanoff, 2005; Touger-Decker e Mobley, 2013). Pelo exposto, os tópicos relacionados com a alimentação são muito importantes e seria essencial que os profissionais de saúde incluíssem as questões

alimentares, não só na educação para a saúde geral, como também na educação para a saúde oral.

3. Hábitos tabágicos

A maioria das grávidas que já tinha fumado, deixou de o fazer devido à gravidez, demonstrando, tal como documentado na literatura, que esta fase da vida pode ser oportuna para alterar estilos de vida e incentivar comportamentos mais saudáveis (Leopércio e Gigliotti, 2004; Correia *et al.*, 2007).

4. Informação sobre saúde oral durante a gravidez

A maioria das grávidas não recebeu qualquer informação sobre saúde oral. No entanto, as grávidas que receberam informação referiram como principal fonte o dentista ou médico de família. Estes resultados são semelhantes aos de outros estudos (Thomas *et al.*, 2008; Andrade, 2009; Pizi *et al.*, 2009) e podem demonstrar que ainda é dada pouca importância à saúde oral durante a gravidez ou, também, a existência de barreiras, por parte dos médicos assistentes, em fornecer este tipo de informações. Suri e os seus colaboradores (2014) constataram que a maioria dos obstetras estava consciente da suscetibilidade da grávida relativamente a problemas de saúde oral, no entanto, apenas 40% recomendou a realização de consultas dentárias de rotina e somente 47% aconselhou as suas pacientes sobre higiene oral durante período pré-natal. Como já referido, este é um período em que as mulheres estão particularmente recetivas à informação sobre a sua saúde e do seu bebé, e como tal, seria importante que os profissionais de saúde que as acompanham realizassem ações de sensibilização e promoção para a saúde oral (Rezende *et al.*, 2004).

Esta sensibilização pode ser realizada durante as consultas do cheque-dentista. No entanto, grande parte das participantes do estudo não adquiriu este cheque, referindo não ter recebido informação sobre o assunto. Este resultado pode ser explicado pela maioria das gestantes não ser acompanhada no centro de saúde, onde estes são fornecidos (DGS, 2008b). Para melhorar o acesso às consultas de medicina dentária e à informação sobre os cuidados a ter com a saúde oral, as grávidas seguidas no hospital deveriam ser informadas sobre a existência desta parceria entre os consultórios privados e o SNS.

5. Saúde oral da grávida e do bebê

Praticamente todas as grávidas (98,6%) consideraram importante a escovagem bdiária para a manutenção de uma boa saúde oral, concordando que esta deveria ser efetuada com um dentífrico fluoretado. Estes resultados podem considerar-se muito positivos, indo de encontro às recomendações para a promoção de hábitos saudáveis em saúde oral (CDA Foundation, 2010).

Quanto aos hábitos alimentares, a maioria discorda que “ Para uma boa saúde oral é preferível comer alimentos açucarados entre refeições”, respeitando as advertências que vão de encontro a uma alimentação variada e equilibrada evitando alimentos açucarados, especialmente no intervalo das refeições (Fitzsimons *et al.*, 1998). No entanto, esta crença já não é apoiada nos resultados relacionados com os comportamentos sobre os hábitos alimentares, onde, tal como já discutido, se verifica que existe um consumo aumentado de alimentos cariogénicos entre as refeições, o que evidencia a necessidade de educação e promoção da saúde relativamente ao tipo de alimentos que se deve preferencialmente consumir entre as refeições.

Apesar da maioria das participantes concordar que a consulta do dentista ou higienista oral pode ser realizada durante a gestação, ainda existem cerca de 20,0% das grávidas que têm crenças menos positivas sobre o assunto. As crenças relacionadas com os tratamentos de medicina dentária durante a gravidez podem influenciar a saúde oral da grávida, levando a que esta não procure um profissional de saúde oral (Scavuzzi *et al.*, 2008 Cabral *et al.*, 2013). No entanto, tal como já evidenciado, apesar de serem que se pode ir ao dentista, a maioria das grávidas (51,4%) não foi ao dentista durante a gravidez, o que pode também revelar dificuldades no acesso a este tipo de serviços.

A maioria das participantes considerou que as grávidas têm frequentemente problemas ao nível das gengivas e que é normal as gengivas sangrarem. Estes resultados estão de acordo com o que é citado na literatura, apontando a gestação como um período de grande suscetibilidade ao aparecimento de problemas orais, nomeadamente quadros de gengivite, “epúlide” ou “tumor gravídico” decorrentes de alterações fisiológicas desta fase (Avula *et al.*, 2013). Outros estudos revelaram resultados semelhantes (Antunes, 2001; Andrade, 2009).

Por outro lado, também a maioria das participantes concorda que é normal os dentes ficarem mais fracos e apresentarem problemas durante a gravidez, tal como nos estudos de Antunes (2001), de Andrade (2009) e de Ozen e colaboradores (2012). Este padrão de resposta está associada à crença, muito evidenciada na literatura, que o cálcio da mãe é perdido para o bebé (Laine, 2002; Keirse e Plutzer, 2010; Ozen *et al.*, 2012).

De modo similar ao estudo de Massoni e colaboradores (2009), relativamente à etiologia da cárie, a maioria das participantes do presente estudo concordou que esta é uma patologia de origem bacteriana, no entanto grande parte das inquiridas não considerou a transmissibilidade das bactérias da mãe para o filho. É também interessante verificar que apenas cerca de um terço considera que a saúde oral da mãe influencia a saúde oral do filho. Estas crenças menos positivas podem contribuir para uma colonização precoce da criança. Deste modo, seria importante incluir informação sobre estes assuntos em atividades de educação para a saúde oral direcionadas para grávidas, de modo a serem evitados hábitos que propiciem esta transmissão e colonização precoce, que é descrita como um importante fator para o desenvolvimento de cárie na infância (Figueiredo *et al.*, 2004; Agarwal *et al.*, 2011; Dye *et al.*, 2011).

As crenças sobre o tratamento da dentição decídua demonstraram-se positivas, com a maioria das grávidas a concordar que os dentes de leite devem ser tratados. Este resultado é semelhante aos de Massoni e colaboradores (2009). De facto, o tratamento de dentes decíduos é descrito como sendo importante, contribuindo, quer para a promoção da saúde dos dentes permanentes, quer para a saúde geral da criança (AAPD, 2013/2014b).

Relativamente às crenças e conhecimentos sobre os cuidados de higiene oral dos bebés, verificou-se que a maioria das gestantes considerou que os dentes devem começar a ser escovados logo após a sua erupção e também que é importante a ajuda dos pais na escovagem. Efetivamente, a escovagem deve ser iniciada precocemente, de modo a ser estabelecida uma rotina diária e considera-se que a criança, até cerca dos 6 anos, pode não ter destreza suficiente, para realizar sozinha esta tarefa. Assim, os pais apresentam um papel preponderante na garantia de uma escovagem eficaz (Cosme e Marques, 2005; CDA Foundation, 2010; Huebner *et al.*, 2010; AAPD, 2013/2014a). Por outro lado, esta ajuda até aos 6 anos de idade, permite também a supervisão da quantidade de dentífrico que deve ser colocado na escova da criança, de modo a

prevenir a fluorose dentária (Wright *et al.*, 2014). É interessante verificar que a ajuda dos pais na escovagem foi uma das crenças influenciada pelas habilitações literárias da grávida, o que evidencia a importância de transmitir informação sobre este assunto em especial às futuras mães com menor nível de instrução.

No entanto, relativamente às crenças e conhecimentos sobre a utilização de dentífrico com flúor os resultados não se demonstraram tão positivos, existindo uma percentagem significativa (29,6%) de futuras mães que considerou que não deve ser utilizado este tipo de dentífrico. Este conceito deve ser desmistificado, aconselhando e incentivando os pais ao uso de dentífrico fluoretado, pelos benefícios importantes, que este apresenta, na prevenção da cárie dentária (AAPD, 2013/2014a, Wright *et al.*, 2014). A sua quantidade deve, no entanto, ser controlada, aplicando na escova o equivalente de dentífrico ao tamanho da unha do dedo mindinho da criança (DGS, 2005), de modo a ser prevenida a fluorose dentária.

Apenas cerca de 40,0% das grávidas discordou que os bebés devem tomar suplementos de flúor. A AAPD preconiza que a utilização de suplementos de flúor é apenas recomendada em indivíduos de alto risco de desenvolver cárie (AAPD, 2013d). Segundo a DGS os suplementos de flúor não devem ser administrados a crianças menores de 3 anos de idade ou que consumam água com teor de fluoreto superior a 0,3 ppm (DGS, 2005). Estas recomendações são apoiadas pela evidência científica da ação tópica preventiva dos fluoretos, dando uma importância maior à escovagem dos dentes das crianças, pois esta leva à remoção de placa bacteriana e, ao mesmo tempo, efetua uma aplicação tópica de flúor na cavidade oral (Clarkson e McLoughlin, 2000; AAPD, 2013d; Wright *et al.*, 2014)

As crenças relacionadas com a colocação de substâncias doces ou açucaradas na chucha e biberão do bebé revelaram-se positivas, encarando as grávidas este tipo de substância como prejudicial, potenciando o aparecimento de cárie dentária nas crianças. Estudos semelhantes revelaram que uma elevada percentagem de mães consideravam lesivo que o seu filho adormecesse com este tipo de substâncias no biberão (Akpabio *et al.*, 2008; George *et al.*, 2013). Estes hábitos são muito prejudiciais pois levam a que haja um contato prolongado de hidratos de carbono com as superfícies dentárias, contribuindo para a sua desmineralização (Areias *et al.*, 2010; AAPD, 2013/2014c). As participantes do estudo conseguiram identificar corretamente a maioria das substâncias

cariogénicas, no entanto, poucas selecionaram o leite com papa como sendo cariogénico. É por isso importante sensibilizar e informar as futuras mães, no sentido de não utilizar este tipo de substâncias no biberão, em especial ao adormecer ou durante a noite. A crença sobre a colocação de substâncias doces no biberão revelou-se associada ao nível de instrução da grávida, evidenciando uma maior importância da inclusão deste tópico nas atividades de educação para a saúde de mulheres com menos habilitações literárias.

Por último, a maioria das participantes referiu desconhecer o momento ideal para a primeira consulta de saúde oral do bebé. Resultados distintos obtiveram Hanna e colaboradores (2007), num estudo realizado em gestantes do Serviço Materno-Infantil da Universidade Estadual do Pará no Brasil, no qual 57% apontavam o primeiro ano de vida para a realização da primeira consulta de saúde oral e apenas 27% desconhecia o momento ideal para esta visita. Como já mencionado, alguns autores e associações recomendam que esta consulta ocorra, idealmente, no momento da erupção do primeiro dente (Areias *et al.*, 2009; AAPD, 2013/2014a; Bhaskar *et al.*, 2014). No entanto, em Portugal não existe um protocolo sobre este assunto e embora existam alguns autores que aconselham a primeira consulta de saúde oral por volta dos seis meses, aquando da erupção do primeiro dente (Areias *et al.*, 2010), o boletim de saúde infantil só apresenta registo da dentição a partir dos 3 anos de idade.

6. Limitações do Estudo

Apesar de ser um estudo transversal, com todas as desvantagens que este tipo de estudo apresenta, esta investigação pretendeu ser um contributo para o conhecimento da saúde oral nas grávidas portuguesas e das suas crenças e conhecimentos sobre a sua saúde oral e do seu futuro bebé. A sua amostra, apesar de pequena dimensão, incluiu grávidas de dois locais de referência com serviço de obstetrícia da cidade de Lisboa. No entanto, a grande maioria das participantes é relativa à Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Este facto pode ser explicado devido aos diferentes tipos de aplicação e recolha dos questionários do estudo. Apenas foi possível à investigadora administrar pessoalmente os inquéritos a todas as participantes na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, nas restantes esta foi realizada por um funcionário da instituição. Pelas características da amostra, a extrapolação dos resultados, para a população portuguesa em geral, tem de ser efetuada com cuidado.

Seria interessante a realização de um estudo longitudinal, com uma amostra maior e que permitisse a comparação dos dados recolhidos por questionário, com variáveis provenientes da observação intraoral das grávidas e posteriormente também dos seus bebés.

V. Conclusões e considerações finais

A maioria das grávidas referiu realizar a escovagem bidária dos dentes com pasta fluoretada. Pelo contrário, somente uma minoria utilizava fio ou fita dentária.

Relativamente aos hábitos alimentares durante o período de gestação, a maioria referiu comer mais frequentemente entre as refeições, revelando também algumas participantes a ingestão de mais alimentos doces e açucarados neste período. As bolachas, alimento bastante cariogénico, demonstraram ser a opção mais escolhida pelas grávidas para ingerir entre as refeições e ao adormecer ou durante a noite.

A gravidez foi referenciada pela maioria das participantes como o motivo para a cessação tabágica, apoiando a ideia de que este período pode ser oportuno para a alteração de hábitos nocivos.

Apesar de muitas participantes considerarem ser correto e útil visitar um profissional de saúde oral durante a gestação, a maioria acabou por não visitar o dentista neste período, evidenciando eventuais crenças negativas sobre os tratamentos dentários durante a gravidez ou uma dificuldade de acesso a este tipo de serviços.

Verificou-se que a maioria das gestantes concorda que é normal os dentes ficarem mais fracos e apresentarem problemas dentários durante a gestação, revelando a possível crença que o cálcio da mãe é perdido para o bebé.

Grande parte das inquiridas não considerou a possibilidade da transmissão das bactérias da mãe para o filho, e ainda poucas consideraram que a saúde oral da mãe influencia a saúde oral do filho. Uma percentagem significativa de futuras mães concordou que o bebé não deve utilizar um dentífrico fluoretado. Verificaram-se algumas dúvidas quanto ao momento ideal para a realização da primeira consulta do bebé no médico dentista, referindo grande parte das inquiridas não saber quando esta consulta deve ser realizada.

Apesar de ter sido verificada uma tendência para que as grávidas com mais habilitações literárias tivessem melhores comportamentos de saúde oral, estas diferenças não foram estatisticamente significativas. Por outro lado, as grávidas com maior nível de instrução demonstraram crenças mais positivas sobre a ajuda dos pais na escovagem dos dentes após os 3 anos de idade e sobre a colocação de substâncias doces no biberão.

A gravidez deve ser encarada como um período importante para a educação para a saúde oral da grávida e do bebé. Seria importante um envolvimento multidisciplinar neste tipo ações, podendo as consultas de vigilância da gravidez, as consultas de medicina dentária da grávida e, posteriormente as consultas de saúde infantil ser utilizadas para a transmissão de informação e de educação para a saúde oral. Os tópicos que devem ser mais reforçados nestas atividades são: a utilização diária de fio dentário por parte das grávidas, as questões alimentares (tanto da grávida, como do bebé), a idade de início da escovagem dos dentes do bebé com pasta fluoretada e a primeira visita ao médico dentista. O reforço desta informação é importante principalmente nas grávidas de menor nível de instrução.

VI. Referências bibliográficas

Agarwal V, Nagarajappa R, Keshavappa SB, Lingesha RT. Association of maternal risk factors with early childhood caries in schoolchildren of Moradabad, India. *Int J Paediatr Dent*. 2011; 21:382-8.

Akpabio A, Klausner CP, Inglehart MR. Mothers'/guardians' knowledge about promoting children's oral health. *J Dent Hyg*. 2008; 82:12.

Albuquerque O, Abegg C, Rodrigues C. Pregnant women's perceptions of the Family Health Program concerning barriers to dental care in Pernambuco, Brazil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2004; 20:789-796.

American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Policy on Early Childhood Caries: Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. *Pediatric Dentistry Reference Manual 2013/2014a*; 35:50-2.

American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Guideline on Periodicity of Examination, Preventive Dental Services, Anticipatory Guidance/Counseling, and Oral Treatment for Infants, Children, and Adolescents. *Reference Manual 2013/2014b*; 35:114-22.

American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Policy on Dietary Recommendations for Infants, Children, and Adolescents. *Pediatric Dentistry Reference Manual 2013/2014c*; 35:56-8.

American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Guideline on Fluoride Therapy. *Pediatric Dentistry Reference Manual 2013/2014d*; 35: 167-9.

Andrade R. Saúde Oral na gravidez: Avaliação dos conhecimentos das grávidas sobre Saúde Oral durante a gravidez (Dissertação de Mestrado). Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2009.

Antunes A, Rosete V, Fagulha J. Saúde Oral na Grávida. *Acta Médica Portuguesa*. 2001; 14:385-393.

Areias C, Macho V, Raggio D, Melo P, Guimarães H, Andrade C, Pinto G. Saúde oral em Pediatria. *Acta Pediatr Port.* 2009; 40:126-32.

Areias C, Macho V, Raggio D, Melo P, Guimarães H, Andrade C, Pinto G. Cárie precoce da infância – o estado da arte. *Acta Pediatr Port.* 2010; 41:217-21.

Avula H, Mishara A, Arora N, Avula J. KAPA Assessment of Oral Health and Adverse Pregnancy Outcomes Among Pregnant Women in Hyderabad, India. *Oral Health Prev Dent.* 2013; 11:261-270.

Bates SB, Riedy CA. Changing knowledge and beliefs through an oral health pregnancy message. *J Public Health Dent.* 2012; 72:104-11.

Bennadi D, Kshetrimayum N, Sibyl S, Reddy CV. Toothpaste Utilization Profiles among Preschool Children. *J Clin Diagn Res.* 2014; 8:212-5.

Bhaskar V, McGraw KA, Divaris K. The importance of preventive dental visits from a young age: systematic review and current perspectives. *Clin Cosmet Investig Dent.* 2014; 8:21-27.

Boggess KA, Urlaub DM, Massey KE, Moos MK, Matheson MB, Lorenz C. Oral hygiene practices and dental service utilization among pregnant women. *J Am Dent Assoc.* 2010; 141:553-61.

Boggess KA, Urlaub DM, Moos MK, Polinkovsky M, El-Khorazaty J, Lorenz C. Knowledge and beliefs regarding oral health among pregnant women. *J Am Dent Assoc.* 2011; 142:1275-82.

Cabral M, Santos T, Moreira T. Percepção das gestantes do Programa de Saúde da Família em relação à saúde bucal do município de Ribeirópolis, Sergipe, Brasil. *Rev Port Saúde Pública.* 2013; 31:173-180.

California Dental Association Foundation. Oral health during Pregnancy & Early Children: Guidelines for Health Professionals. 2010.

Castilho A, Mialhe F, Barbosa T, Puppim-Rontani R. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr (Rio J).* 2013; 89:116-123.

Clarkson J, & Mcloughlin J. Role of fluoride in oral health promotion. *International Dental Journal*. 2000; 50: 119-128.

Committee on Health Care for Underserved. Oral Health Care During Pregnancy and Through the Lifespan. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*. 2013.

Correia S, Nascimento C, Gouveia R, Martins S, Sandes AR, Figueira J, Valente S, Rocha E, Da Silva L. Gravidez e Tabagismo *Acta Med Port*. 2007; 20: 201-207.

Cosme P, Marques P. Cáries Precoces da Infância- Uma Revisão Bibliográfica. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac*. 2005; 46:109-116.

Direção-Geral da Saúde (DGS). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Circular Normativa N°: 1/DSE de 18 de Janeiro de 2005.

Direcção-Geral de Saúde (DGS). Estudo de prevalência de doenças orais em Portugal. Lisboa- DGS; 2008a.

Direcção-Geral de Saúde (DGS). Alargamento do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – grávidas e pessoas idosas – Informações Técnicas. Circular Normativa n°8/ /DSPPS/DCVAE de 15 de abril de 2008b.

Dye B, Vargas C, Lee J, Magder L, Tinanoff N. Avaliação da relação entre o estado de saúde oral da criança e o estado de saúde oral da mãe. *JADA*. 2011; 142:173-183.

Figueiredo M, Cruz I, Caufield P. The Transmissibility Relation Of Dental Caries Between Mothers And Their Adopted Children. *UEPG Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa*. 2005; 11: 15-27.

Fitzsimions D, Dwyer J, Palmer C, Boyd L. Nutrition and oral health guidelines for pregnant women, infants, and children. *J Am Diet Assoc*. 1998; 98:182-6.

George A, Johnson M, Blinkhorn A, Ajwani S, Bhole S, Yeo AE, Ellis S. The oral health status, practices and knowledge of pregnant women in south-western Sydney. *Australian Dental Journal*. 2013; 58: 26–33.

Habashneh R, Guthmiller JM, Levy S, Johnson GK, Squier C, Dawson DV, Fang Q. Factors related to utilization of dental services during pregnancy. *J Clin Periodontol.* 2005; 32: 815–821.

Hanna L, Nogueira A, Honda V. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. *RGO.* 2007; 55: 271-274.

Hashim R..Self-reported oral health, oral hygiene habits and dental servisse utilization among pregnant women in United Arab Emirates. *Int J Dent Hyg.* 2012; 10:142-6.

Honkala S, Al-Ansari J. Self-reported oral health, oral hygiene habits, and dental attendance of pregnant women in Kuwait. *J Clin Periodontol.* 2005; 32: 809– 814.

Huebner CE, Riedy CA. Behavioral Determinants of Brushing Young Children's Teeth:Implications for Anticipatory Guidance .*Pediatr Dent.* 2010; 32:48-55.

Hullah E, Turok Y, Nauta M, Yoong W. Self-reported oral hygiene habits, dental attendance and attitudes to dentistry during pregnancy in sample of immigrant women in North London. *Arch Gynecol Obstet.* 2008; 277:405-9.

Instituto Nacional de Estatística (INE). Estatísticas no Feminino: Ser Mulher em Portugal. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2012a.

Instituto Nacional de Estatística (INE). Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2012b.

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) e Instituto Nacional de Estatística (INE). Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: INSA e INE; 2009.

Jeffcoat M, K Geurs, Reddy, M, Cliver S, Golden-berg R, Hauth J.(Periodontal infection and preterm birth. *Journal American Dental Association- JADA.* 2001; 132: 875-880.

Kandelman D, Ouatik N. Prevention of Early Childhood Caries (ECC). *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec (JODQ).* 2006 (suplement):9-13.

Keirse M, Plutzer K. Women's attitudes to and perceptions of oral health and dental care during pregnancy. *J. Perinat. Med.* 2010; 38: 3–8.

Kelly SE, Binkley CJ, Neace WP, Gale BS. Barriers to care-seeking for children's oral health among low-income caregivers. *Am J Public Health*. 2005; 95:1345-51.

Kim YO, Telleen S. Predictors of the Utilization of Oral Health Services by Children of Low-income Families in the United States: Beliefs, Cost, or Provider? *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 2004; 34:1460-7.

Laine M. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta Odontol Scand*. 2002; 60:257-64.

Lemos LV, Myaki SI, Walter LR, Zuanon AC. Promoção da saúde oral na primeira infância: idade de ingresso em programas preventivos e aspectos comportamentais. *Einstein*. 2014; 12:6-10.

Leopércio W, Gigliotti A. Smoking and its peculiarities during pregnancy: a critical review. *J Bras Pneumol*. 2004; 30:176-185.

Lucas C, Charlton KE, Yeatman H. Nutrition Advice During Pregnancy: Do Women Receive it and Can Health Professionals Provide it? *Matern Child Health J*. 2014 (published online).

Marinho VC. Evidence- based effectiveness of topical fluoride. *Adv Dent Res*. 2008; 20:3-7.

Massoni A, Ferreira J, Silva F, Carvalho L, Duarte R. Pregnant women's knowledge about infant oral health. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2009; 13: 41-47.

Mitchell SC, Ruby JD, Moser S, Momeni S, Smith A, Osgood R, Litaker M, Childers N. Maternal transmission of mutans Streptococci in severe-early childhood caries. *Pediatr Dent*. 2009; 31:193-201.

Mobley C, Marshall TA, Milgrom P, Coldwell SE. The contribution of dietary factors to dental caries and disparities in caries. *Acad Pediatr*. 2009; 9:410-4.

Offenbacher S, Boggess K, Murtha A, Jared H, Lieff S, Mckaig R. Progressive periodontal disease and risk of very preterm delivery. *Obstetrics and Gynecology*. 2006; 107:29-36.

Ozen B, Ozer L, Basak F, Altun C, Açikel C. Turkish Women's Self-Reported Knowledge and Behavior towards Oral Health during Pregnancy. *Med Princ Pract.* 2012; 21:318-322.

Pentapati K, Achary S, Bhat M, Rao S, Singh S. Knowledge of Dental Decay and Associated Factors Among Pregnant Women: A Study from Rural India. *Oral Health Prev Dent.* 2013; 11:161-168.

Pereira C, Veiga N, Amarala O, Pereira J. Comportamentos de saúde oral em adolescentes portugueses. *Rev port saúde pública.* 2013; 31:158–165.

Pine CM, Adair PM, Nicoll AD, Burnside G, Petersen PE, Beighton D, *et al.*. International comparisons of health inequalities in childhood dental caries. *Community Dent Health.* 2004; 21:121-30.

Pizi E, Borges R, Fonini A. Avaliação do grau de conhecimento quanto aos cuidados odontológicos da gestante e do bebê. *Colloquium Vitae.* 2009; 1: 58-64.

Qiu RM, Wong MC, Lo EC, Lin HC. Relationship between children's oral health-related behaviors and their caregiver's sense of coherence. *BMC Public Health.* 2013; 19:13:239.

Rezende GP, Costa LR, Cardoso RA. Pediatric dentistry during rooming-in care: evaluation of an innovative project for promoting oral health. *J Appl Oral Sci.* 2004; 12:149-53.

Scavuzzi A, Nogueira P, Laporte M, Alves A. Evaluation of Oral Health Knowledge and Practices of Pregnant Women Attending Public and Private Health Services in the City of Feira de Santana, BA, Brazil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa.* 2008; 8:39-45.

Schroth RJ, Brothwell DJ, Moffatt ME. Caregiver knowledge and attitudes of preschool oral health and early childhood caries (ECC). *Int J Circumpolar Health.* 2007; 66:153-67.

Silk H, Douglass A, Douglass J, Silk L. Oral Health During Pregnancy. *American Am Fam Physician.* 2008; 77:1139-44.

Stevens J, Ilda H, Ingersoll G. Implementing na Oral Health Program in a Group Praticice. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2007; 36:581-91.

Suri V, Rao NC, Aggarwal N A study of obstetricians' knowledge, attitudes and practices in oral health and pregnancy. *Educ Health (Abingdon).* 2014; 27:51-4.

Thomas N , Middleton P, Crowther C. Oral and dental health care practices in pregnant women in Australia: a postnatal survey. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2008; 21;8:13.

Tinanoff N. Association of Diet with Dental Caries en Preschool Children. *Dent Clin N Am.* 2005; 49:725-37.

Touger-Decker R, Mobley C. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Oral health and nutrition. *J Acad Nutr Diet.* 2013; 113:693-701.

Wigen TI, Espelid I, Skaare AB, Wang NJ. Family characteristics and caries experience in preschool children. A longitudinal study from pregnancy to 5 years of age. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011; 39:311-7.

Wright JT, Hanson N, Ristic H, Whall CW, Estrich CG, Zentz RR. Fluoride toothpaste efficacy and safety in children younger than 6 years: a systematic review. *J Am Dent Assoc.* 2014; 145:182-9.

Apêndices

Apêndice I

Índice de tabelas e figuras

Tabelas

Tabela 1: Estrutura do questionário utilizado no estudo.	9
Tabela 2: Caracterização da amostra.	11
Tabela 3: Hábitos relacionados com a saúde oral, antes e durante a gravidez.	13
Tabela 4: Visitas ao dentista durante a gravidez.	14
Tabela 5: Alteração de hábitos alimentares durante a gravidez (n=72).	15
Tabela 6: Informação sobre saúde oral durante a gravidez.	16
Tabela 7: Utilização do cheque-dentista durante a gravidez.	17
Tabela 8: Crenças e conhecimentos da grávida sobre a sua saúde oral e sobre a saúde oral do bebé.	18
Tabela 9: Opinião das grávidas sobre os alimentos colocados no biberão que podem causar cáries (n=72).	19
Tabela 10: Opinião das grávidas sobre o momento da primeira consulta do bebé ao médico dentista (n= 71).	19
Tabela 11: Relação entre os comportamentos relacionados com a saúde oral e as habilitações literárias da grávida (n=70).	20
Tabela 12: Relação entre as crenças e os conhecimentos relacionados com a saúde oral e as habilitações literárias das grávidas (n=70).	21

Figuras

Figura 1: Classificação do estado de saúde oral antes e durante a gravidez (n=72).	12
Figura 2- Grau de importância atribuído à saúde oral antes e depois da gravidez (n= 72).	12

Figura 3- Alimentos ingeridos, durante a gravidez entre as refeições (n=71) e ao adormecer ou durante a noite (n=72).	15
Figura 4- Hábitos tabágicos (n=72).	16
Figura 5- Motivo da sensação tabágica (n=25).	16

Apêndice II

Lista de abreviaturas

AAPD	American Academy of Pediatric Dentistry
CDA	Foundation California Dental Association Foundation
CPI	Cárie Precoce da Infância
dp	Desvio padrão
DGS	Direção-Geral da Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
INS	Inquérito Nacional de Saúde
INSA	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
ppm	Partes por milhão
PNSPO	Plano Nacional da Promoção da Saúde Oral
SNS	Serviço Nacional de Saúde

Apêndice III

Questionário do estudo

Saúde Oral durante a Gravidez

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

❖ **POR FAVOR ASSINALE COM UMA CRUZ OU ESCREVA A SUA RESPOSTA EM CADA UMA DAS PERGUNTAS.**

❖ **ATENÇÃO: EM CADA UMA DAS PERGUNTAS ESCOLHA SÓ UMA OPÇÃO, EXCETO QUANDO INDICADO O CONTRÁRIO.**

1 – Está grávida do primeiro filho? Sim Não

2 - Em que trimestre da gestação se encontra?

1º trimestre 2º trimestre 3º trimestre

3 - A sua gravidez é considerada de risco? Sim Não

3.1- Caso responda “Sim”, indique qual a condição de saúde para que seja considerada uma gravidez de risco: _____

4 - Onde é que a sua GRAVIDEZ é acompanhada?

- Não faço acompanhamento da gravidez
- No centro de saúde
- Na maternidade/hospital público
- No consultório privado

5 - Onde é que a sua SAÚDE ORAL é acompanhada?

- Não faço acompanhamento da minha saúde oral
- No centro de saúde / hospital público
- Numa clínica / consultório privado
- Outro. Qual? _____

A. HÁBITOS RELACIONADOS COM A SAÚDE ORAL

1 - As perguntas que se seguem são relativas à SUA saúde e higiene oral ANTES e DURANTE a gravidez. Por favor coloque um X na opção que melhor se adequa ao seu caso.

		Antes da gravidez	Durante a gravidez
1.1. Como considera o seu estado de saúde oral?	Muito bom		
	Bom		
	Razoável		
	Mau		
	Muito mau		
1.2. Que importância atribui à sua saúde oral?	Muito importante		
	Importante		
	Mais ou menos importante		
	Pouco importante		
	Nada importante		
1.3. Qual a frequência das suas visitas ao médico dentista ou higienista oral?	Nunca		
	Regularmente, mesmo sem queixas (pelo menos uma vez por		
	Apenas com alguma queixa ou		
	Não se deve ir ao dentista		
1.4. Com que frequência escova os dentes?	Nunca		
	Menos de uma vez/dia		
	Uma vez/dia		
	Duas ou mais vezes por dia		
1.5. Em que altura do dia escova os dentes? <i>(NESTA QUESTÃO PODE ASSINALAR MAIS DO QUE UMA HIPÓTESE)</i>	Nunca		
	Antes do pequeno-almoço		
	Depois do pequeno-almoço		
	Antes de almoço		
	Depois de almoço		
	Antes do jantar		
	Depois do jantar		
Antes de ir dormir			
1.6. Utiliza pasta de dentes com flúor?	Sim		
	Não		
1.7. Utiliza outras fontes de flúor?	Não		
	Sim, suplementos alimentares		
	Sim, soluções para bochechar		
	Sim, comprimidos de flúor		
1.8. Com que frequência utiliza o fio/fita dentário?	Nunca		
	Raramente		
	De vez em quando		
	Utilizo todos os dias		

2 – DURANTE A GRAVIDEZ visitou o médico dentista ou higienista oral? Sim Não

2.1 - **Se visitou** o médico dentista ou higienista oral DURANTE A GRAVIDEZ qual foi o PRINCIPAL motivo da última consulta? (Por favor indique só UMA hipótese referindo o PRINCIPAL motivo).

- Eu não fui ao dentista/higienista oral
- Limpeza dos dentes
- Consulta de revisão
- Dor de dentes
- Tratamento de um dente
- Tirar um dente
- Problemas com as gengivas
- Outro. Qual? _____

2.2 - **Se não visitou** o médico dentista ou higienista oral DURANTE A GRAVIDEZ porque não o fez? (Por favor indique só UMA hipótese referindo o PRINCIPAL motivo de não ter ido ao dentista).

- Eu fui ao dentista/higienista oral
- Não tive problema nenhum na boca ou nos dentes
- O problema passou, sem ser necessário ir à consulta
- Tenho medo de ir ao dentista
- Tenho medo de ir ao higienista
- Não tive tempo
- É muito caro
- Não se deve ir ao dentista quando se está grávida
- Não se deve ir ao higienista quando se está grávida
- Outro. Qual? _____

3 - DURANTE A GRAVIDEZ considera que os seus hábitos alimentares se alteraram? (NESTA QUESTÃO PODE ASSINALAR MAIS DO QUE UMA HIPÓTESE)

- Não
- Sim, como menos quantidade de comida devido a náuseas / enjoos da gravidez
- Sim, como mais quantidade de comida
- Sim, como mais frequentemente entre as refeições
- Sim, como mais alimentos doces e açucarados
- Sim, outro. Qual? _____

4 - DURANTE A GRAVIDEZ come frequentemente (todos os dias ou a maioria dos dias) entre as refeições alguns dos seguintes alimentos?

(NESTA QUESTÃO PODE ASSINALAR MAIS DO QUE UMA HIPÓTESE)

- Não como nada entre as refeições
- Refrigerantes
- Café /Chá / Leite com açúcar
- Bolachas
- Bolos
- Cereais
- Chocolate ou outros doces
- Outros. Quais? _____

5 - DURANTE A GRAVIDEZ come frequentemente (todos os dias ou a maioria dos dias) ao adormecer ou durante a noite alguns dos seguintes alimentos?

(NESTA QUESTÃO PODE ASSINALAR MAIS DO QUE UMA HIPÓTESE)

- Não como nada ao adormecer ou durante a noite
- Refrigerantes
- Café / Chá / Leite com açúcar
- Bolachas
- Bolos
- Cereais
- Chocolate ou outros doces
- Outros. Quais? _____

B. HÁBITOS TABÁGICOS

1 - Fuma?

- Nunca fumei
- Não fumo, mas já fumei.
- Sim, fumo. Quantos cigarros por dia? _____

1.1. Se deixou de fumar, qual o motivo?

- Devido à gravidez
- Outro motivo. Qual? _____

C. INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE ORAL

1 – DURANTE A GRAVIDEZ recebeu alguma informação sobre os cuidados a ter com a boca e com os dentes? Sim Não

1.1- Se sim, qual a fonte dessa informação (PODE ASSINALAR MAIS DO QUE UMA HIPÓTESE).

- Médico de família
- Obstetra
- Médico Dentista / Higienista oral
- Familiar /amigo
- Revista / livro / panfleto
- Enfermeiro
- Curso de preparação para o parto
- Outro: Qual? _____

1.2 – Se recebeu informação sobre saúde oral durante a gravidez, indique quais os tópicos que foram abordados. (PODE ASSINALAR MAIS DO QUE UMA HIPÓTESE)

- Não recebi informação
- Higiene oral
- Visitas ao médico dentista
- Hábitos alimentares relacionados com a saúde oral
- Cuidados a ter com as gengivas
- Cuidados a ter com a boca e dentes do bebé
- Outros. Quais? _____

3 - Recebeu o cheque-dentista DURANTE a gravidez?

Sim Não

3.1. - Se recebeu, utilizou o cheque-dentista? Sim, utilizei Não utilizei

3.2. - Se recebeu o cheque e não o utilizou, indique o motivo.

- Não precisei
- Durante a gravidez não quero ir ao dentista
- O meu dentista não aderiu ao cheque-dentista
- Outro motivo. Qual? _____

3.3.- Se não recebeu o cheque dentista, indique qual o motivo.

D. SAÚDE ORAL DA GRÁVIDA E DO BEBÉ

1- Indique a sua concordância relativamente ao seguinte grupo de afirmações.

	1 Concordo	2 Não concordo nem discordo	3 Discordo
1.1. É importante escovar os dentes duas vezes ao dia para manter uma boa saúde oral.			
1.2. Para uma boa saúde oral é preferível comer os alimentos açucarados entre as refeições.			
1.3. Devemos usar uma pasta com flúor.			
1.4. Durante a gravidez não se deve consultar o dentista.			
1.5. Durante a gravidez não se deve consultar o higienista oral.			
1.6. É normal as grávidas terem problemas nas gengivas.			
1.7. Durante a gravidez é normal sangrar das gengivas.			
1.8. É normal os dentes ficarem mais fracos durante a gravidez.			
1.9. Durante a gravidez é normal ter problemas nos dentes.			
1.10. A saúde oral do bebé é influenciada pela saúde oral da mãe.			
1.11. As bactérias que provocam a cárie transmitem-se de mãe para filho.			
1.12. A cárie é uma doença provocada por bactérias.			
1.13. Os dentes do bebé devem começar a ser escovados quando aparecem na boca (normalmente por volta dos 6 meses).			
1.14. Não devemos utilizar uma pasta com flúor para escovar os dentes do bebé, porque ele engole a pasta.			
1.15. É importante que os pais ajudem os seus filhos a escovar os dentes até aos 6 anos de idade.			
1.16. A partir dos 3 anos as crianças já podem escovar os dentes sozinhas, sem ajuda ou controlo do adulto.			
1.17. Os bebés devem tomar comprimidos de flúor para prevenir a cárie.			
1.18. Os dentes de leite, quando têm problemas, não precisam de ser tratados pois vão cair.			
1.19. A colocação de substâncias doces ou açucaradas no biberão do bebé pode causar-lhe cáries.			
1.20. A colocação de substâncias doces ou açucaradas na chucha do bebé pode causar-lhe cáries.			

2 – Quais das seguintes alimentos considera que podem causar cáries, caso sejam colocadas no biberão?

(NESTA QUESTÃO PODE ASSINALAR MAIS DO QUE UMA HIPÓTESE)

- Água
- Leite em pó
- Leite simples
- Leite com açúcar
- Leite com mel
- Leite com papa
- Leite de crescimento
- Leite com chocolate
- Refrigerantes
- Sumos de fruta naturais
- Néctares

3 – Quando considera que o seu bebé deve ir pela primeira vez ao dentista?

(ATENÇÃO, assinalar só UMA HIPÓTESE, a que considera mais correta)

- Não sei
- Quando nasce o primeiro dente de leite (entre os 6 meses e 12 meses de idade)
- Quando tiver a dentição de leite completa (entre os 2 e os 3 anos)
- Quando começarem a nascer os dentes definitivos (por volta dos 6 anos)
- Só quando tiver algum problema nos dentes
- Outro. Qual? _____

E. INFORMAÇÕES GERAIS

1-Que idade tem? _____

2-Quais as suas habilitações literárias?

- Não tenho o ensino básico completo (menos do que o 9ºano)
- Ensino básico completo (9º ano)
- Ensino secundário completo (12º ano)
- Licenciatura, mestrado ou doutoramento

3 - Indique a sua profissão: _____

MUITO OBRIGADA pela sua participação! A sua colaboração foi muito importante.

Caso tenha alguma sugestão poderá apresentá-la de seguida.

Apêndice IV

Carta de explicação dos objetivos e procedimentos do estudo às grávidas

HÁBITOS E CONHECIMENTOS RELACIONADOS COM A SAÚDE ORAL NUMA POPULAÇÃO DE GRÁVIDAS

Lisboa, (Data)

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL), está a realizar-se um estudo sobre a SAÚDE ORAL DURANTE A GRAVIDEZ. Nesta altura da vida da mulher, existem diversas alterações hormonais que tornam a cavidade oral mais suscetível a alguns problemas de saúde. Por outro lado, as grávidas estão mais recetivas à informação sobre os cuidados a ter consigo e com o seu futuro bebé.

Os principais objetivos deste estudo consistem no conhecimento dos hábitos e das crenças relacionados com a saúde oral da grávida e do seu bebé. Para a recolha desta informação será aplicado um questionário a grávidas e é nesse sentido que vimos pedir a sua colaboração.

Por favor, responda ao questionário em anexo. A sua participação é muito importante de modo a percebermos mais sobre a saúde oral durante a gravidez.

O questionário demora somente 10 minutos a preencher. Responda com sinceridade, não existem respostas certas ou erradas, o que é importante é a sua experiência sobre o assunto. A participação no estudo é voluntária e a confidencialidade dos dados será sempre mantida.

Muito obrigado pela sua colaboração!

Qualquer dúvida não hesite em contactar a aluna de Mestrado responsável pelo estudo:

Edna Cascalheira

«contactos da investigadora»

Com os melhores cumprimentos,

Edna Cascalheira

(Aluna do 5º ano de Medicina Dentária da FMDUL)

Nota: Este estudo foi aprovado pela comissão de Ética da Maternidade Alfredo da Costa.

Apêndice V

Pedido de autorização às direções das instituições de saúde

Lisboa, (data)

Exma. Senhora Presidente do Conselho de Administração (Nome do Estabelecimento):

Sou aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa e, nesta qualidade, encontro-me a desenvolver um trabalho de investigação no âmbito da minha dissertação de mestrado. O tema da dissertação será “Conhecimentos e Hábitos de Saúde Oral numa População de Grávidas”, sendo orientada pela Mestre Sónia Mendes, Assistente da disciplina de Medicina Dentária Preventiva e Comunitária da mesma faculdade.

Durante a gravidez, além das diversas alterações hormonais existentes que tornam a cavidade oral mais suscetível a alguns problemas de saúde, as grávidas apresentam-se, na sua maioria e de uma forma geral, mais recetivas à informação sobre os cuidados a ter consigo e com o seu futuro bebé. Assim, este importante período da vida da mulher pode ser aproveitado para a realização de ações de promoção e educação da saúde oral, quer da própria mulher quer do seu futuro filho. Para tornar mais efetivas estas atividades de prevenção das doenças orais, é necessário conhecer as crenças e os hábitos relacionados com a saúde oral durante a gravidez.

Deste modo, os principais objetivos desta investigação consistem em conhecer os hábitos e crenças relacionados com a saúde oral da grávida e do bebé. O método da recolha de dados consistirá na aplicação de um questionário, que demora cerca de 10 minutos a preencher. Este questionário é aplicado, pela investigadora, às grávidas na sala de espera pelo que não interfere com o período de consulta das gestantes. Apenas

serão incluídas mulheres grávidas que, naturalmente, sejam voluntárias, após explicação, por parte da autora, dos objetivos do estudo e do seu procedimento. Os dados recolhidos são confidenciais e utilizados somente para os fins da investigação e eventual publicação científica.

Venho deste modo, solicitar a V. Ex.^a a autorização para aplicar o questionário, que junto em anexo, às grávidas que frequentam a Consulta Externa de Obstetrícia (Nome do Estabelecimento).

Subscrevo-me, sem outro assunto e agradecendo antecipadamente a atenção.

Com os melhores cumprimentos

Edna Maria Rebocho Cascalheira