



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS
MÉDICOS OBSTETRAS/GINECOLOGISTAS E MÉDICOS
DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR SOBRE SAÚDE ORAL
NAS GRÁVIDAS**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Teresa Sofia Ferreira Mota

Viseu, 2017



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS
MÉDICOS OBSTETRAS/GINECOLOGISTAS E MÉDICOS
DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR SOBRE SAÚDE ORAL
NAS GRÁVIDAS**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Teresa Sofia Ferreira Mota

Orientador: Professora Doutora Andreia Figueiredo

Coorientador: Professora Doutora Mariana Seabra

Viseu, 2017

*“O destino não é frequentemente inevitável, mas é
uma questão de escolha.
Quem faz escolhas,
escreve a sua própria história, constrói os seus
próprios caminhos.”*

Augusto Cury

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Andreia Figueiredo, por acreditar que era possível a elaboração deste trabalho desde o primeiro instante, por toda a ajuda e disponibilidade e pela sua preocupação constante, o meu muito obrigada.

À minha co-orientadora, Professora Doutora Mariana Seabra, obrigada pela disponibilidade, conselhos e críticas sempre tão construtivas.

Aos meus pais, obrigada pelo vosso apoio e amor incondicional, pela ajuda preciosa que me deram na elaboração deste trabalho, sem vocês não teria sido possível a sua realização. Obrigada por acreditarem em mim, por me apoiarem nesta etapa da minha vida, por me permitirem encontrar um novo rumo e por nunca me deixarem desistir.

À minha binómia, Rafaela, obrigada por teres sido a melhor parceira que poderia ter tido, por seres a amiga, a confidente, o meu porto de abrigo nos momentos mais difíceis e nos mais alegres também. Por teres partilhado comigo todos os pacientes desde os mais queridos, aos mais loucos e aos mais insuportáveis que nos apareceram ao longo deste percurso. Foste sem dúvida das melhores coisas que Viseu me trouxe.

Ao André Alves Martins e à Rita Carvalho Costa vou levar-vos comigo para a vida, obrigada pela vossa amizade, espírito de entre ajuda e por todos os momentos simplesmente inesquecíveis e fantásticos que partilhamos juntos durante estes 5 anos.

Ao André Rebolo e ao Luís Clemente, o espaço que resta não chega para vos agradecer por terem feito deste ano o melhor, e aquele que me vai deixar mais saudades. Obrigada por serem uns amigos extraordinários, por terem sido os melhores parceiros de escrita de tese que podia ter tido durante todas as tardes, noites e madrugadas que tivemos pela frente. Sempre com a vossa boa disposição e bom gosto musical, obrigada por toda a vossa ajuda e apoio, tornaram este percurso muito mais fácil.

Obrigada à Dra. Rosa Couceiro, à Dra. Ana Morgado e à Dra. Rosário Lopes pela vossa ajuda e preciosas sugestões para a elaboração do questionário aplicado. Obrigada também à Dra. Ana Rita, Dra. Grace Espírito Santo e Dr. Cláudio Espírito Santo pela vossa ajuda e disponibilidade na divulgação deste estudo.

E finalmente o meu muito obrigado a todos os clínicos pela vossa participação e colaboração indispensável à realização desta investigação.

Resumo

A gravidez assume-se como um período em que ocorrem inúmeras alterações, quer de natureza fisiológica, como hormonal e emocional na vida de uma mulher. As grávidas constituem um grupo especial, uma vez que estão particularmente sensibilizadas nesta fase das suas vidas para a prevenção, modificação e aquisição de novos hábitos. No entanto, ainda existe um grande número de grávidas que continuam a negligenciar a sua saúde oral.

Surge, portanto, a necessidade de avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos Obstetras/Ginecologistas e dos médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF) sobre a realização e a segurança de tratamentos dentários durante a gravidez e as suas possíveis implicações na saúde oral do futuro bebé.

A amostra do estudo realizado foi constituída por 109 médicos, 83 médicos de MGF e 26 médicos Obstetras/Ginecologistas. Os dados foram recolhidos através de um questionário anónimo, distribuído eletronicamente e passível de ser respondido de 1 de Janeiro de 2017 a 31 Março de 2017. Os resultados obtidos foram analisados estatisticamente pelo programa SPSS (versão 23®) para Windows 7 (Chicago Inc., USA) e forneceram os seguintes resultados: 60% dos médicos de MGF questionam as grávidas sobre a última ida ao dentista, enquanto que apenas 11% dos médicos Obstetras/Ginecologistas o fazem; apenas 39% dos médicos de MGF afirmam que as grávidas apresentam queixas dentárias, contra 62% dos Obstetras/Ginecologistas; 92% dos médicos Obstetras/Ginecologistas consideram a realização de radiografias intraorais segura, mas apenas 24% dos médicos de MGF têm a mesma opinião e 98% dos médicos de MGF afirma emitir sempre os cheques-dentista.

Concluindo continuam a persistir alguns dos mitos sobre a realização de tratamentos dentários durante a gravidez. Portanto, existe a necessidade de sensibilizar os médicos para a importância de adquirirem um maior conhecimento sobre questões de saúde oral durante a gravidez e enfatizar o seu papel de promotores de saúde.

Palavras-chave: gravidez; saúde oral; obstetras; cuidado pré-natal; medicina geral e familiar.

Abstract

Pregnancy is a period of complex physical, hormonal and emotional changes in a women's life. Pregnant women are a special group that are particularly receptive in these moment of their lives to prevention, and to change habits. However, there are a lot of pregnant women that still don't have a special care with oral health.

So, there is the need to evaluate the knowledge, attitudes and practices of Obstetricians and General Practitioners about dental treatments' safety during pregnancy and the possible overcomes on oral health of their children's.

There were 109 respondents, 83 General Practitioners and 26 Obstetricians. All data was collected through a structured, anonymous, online questionnaire between 1st January and 31st March of 2017.

The results were subjected to statistical analysis using SPSS (version 23®) for Windows 7 (Chicago Inc., USA) and provide the follows outcomes: 60% of General Practitioners ask pregnant women about their last dental visit, but only 11% of Obstetricians do; only 39% of General Practitioners said that pregnant women have dental complaints against 62% of Obstetricians; 92% of Obstetricians believe dental X-rays are safe during pregnancy, but only 24% of General Practitioners answered in accordance and 98% of General Practitioners claim to always provide "*Cheque-dentista*".

In conclusion, there are some myths that still persist about dental treatments during pregnancy. Therefore, there's the need to show the physicians the real importance of a good oral hygiene and increase their roll, as health care providers, during pregnancy.

Keywords: pregnancy; oral health; obstetrics; prenatal care; general practitioners

Índice

Agradecimentos	VII
Resumo	IX
Abstract	XI
I - Introdução	1
1.1. Gravidez	3
1.2. A Saúde Oral e a gravidez	4
1.2.1. Doenças Periodontais	4
1.2.2. Cárie Dentária	5
1.2.3. Erosão Dentária	6
1.2.4. Mobilidade Dentária	7
1.3. Medidas e Estratégias de Saúde Oral na gravidez	7
1.3.1. A gravidez e o tratamento dentário	8
1.3.2. Raio-X	8
1.3.3. Medicação	9
1.3.4. Flúor	11
1.4. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral	12
1.4.1. Recomendações gerais e documentos de apoio	13
II – Objetivos	17
III - Materiais e Métodos	21
IV – Resultados	27
V - Discussão dos Resultados	49
VI - Conclusões	67
VII – Bibliografia	73
VIII – Anexos	81

I - Introdução

1.1. Gravidez

A gravidez constitui um período especial na vida de uma mulher, que implica uma série de alterações quer de natureza fisiológica, como psicológica, hormonal e também emocional.^(1,2)

Este período assume-se assim, como um período privilegiado para a prevenção, sensibilização, modificação e aquisição de novos hábitos vocacionados para a promoção da saúde da gestante e com vista a um bom desenvolvimento do futuro bebé.^(1,3,4) Sendo por esse motivo considerada como a altura ideal para desmitificar crenças e preocupações relativas aos tratamentos dentários, informando a gestante da necessidade de efetuar a manutenção de um baixo índice de placa bacteriana, uma dieta adequada e de estar consciencializada para as possíveis alterações que possam ocorrer na sua cavidade oral ao longo da gestação.⁽⁵⁾

Torna-se portanto imperativo que ocorra a formação de hábitos saudáveis antes do nascimento da criança até à sua idade adulta, para que no futuro possa ser possível alcançar uma população que apresente uma baixa incidência de cáries dentárias e doença periodontal, uma vez que as medidas preventivas destas patologias continuam a ser a arma mais eficaz para a sua irradicação,^(6,7) sendo portanto, de extrema importância a transmissão de orientações para a saúde oral no período pré-natal.^(8,9)

As mudanças fisiológicas que ocorrem na grávida são resultado de um aumento significativo a nível hormonal, fundamentalmente dos níveis séricos de estrogénios e progesterona. Estas hormonas vão atuar em todos os órgãos e sistemas, incluindo a cavidade oral da gestante, condicionando assim o modo de atuação dos clínicos.⁽¹⁰⁻¹²⁾

O desequilíbrio hormonal e as modificações causadas pelo crescimento fetal vão manifestar alterações em vários órgãos e sistemas do organismo, tais como: sistema cardiovascular, sistema endócrino, sistema urinário, sistema respiratório, sistema hematológico, sistema imunitário, sistema neurológico e sistema gastrointestinal. A nível do sistema gastrointestinal vamos destacar as que ocorrem a nível da cavidade oral, englobando os tecidos dentários e os tecidos moles.⁽¹³⁾ A cavidade oral está particularmente sujeita a mudanças durante a gravidez, uma vez que o aumento hormonal conduz a modificações do equilíbrio normal da boca, podendo levar a uma exacerbação do processo cariioso e a afecções gengivais, assim como uma maior frequência de refeições ricas em hidratos de carbono e uma higiene oral mais deficiente, estão associadas a um aumento da placa bacteriana e um aumento da produção de ácido no meio oral.⁽¹²⁾

As principais alterações decorrentes da gravidez estão relacionadas com um aumento da inflamação gengival, da permeabilidade vascular dos tecidos gengivais e a uma resposta exacerbada dos tecidos periodontais aos irritantes locais que vão conduzir na grande maioria das gestantes a um quadro de gengivite gravídica. Para além destas alterações a ocorrência de episódios de vômito e refluxo gastro esofágico estão relacionados com queixas de erosão e sensibilidade dentária.^(9,12,14)

1.2. A Saúde Oral e a gravidez

As principais mudanças que ocorrem na cavidade oral devem-se essencialmente ao aumento de estrogénios e progesterona. Este aumento vai provocar uma maior permeabilidade vascular e uma diminuição da resposta imunitária, tornando a gestante mais suscetível a infeções orais.⁽¹³⁾

De seguida vamos abordar as patologias orais mais comuns durante a gravidez.

1.2.1. Doenças Periodontais

A doença periodontal é a segunda patologia oral mais prevalente no mundo. Define-se como um processo inflamatório, crónico e infecioso que afeta os tecidos de suporte dos dentes, sendo a sua natureza multifatorial e dependente da suscetibilidade do hospedeiro, de fatores ambientais e da presença de placa bacteriana. Pode ser classificada consoante a sua gravidade em: gengivite e periodontite.^(15,16)

A gengivite caracteriza-se por uma inflamação reversível dos tecidos gengivais que envolvem os dentes, que tem como principal causa o acúmulo de placa bacteriana derivada de uma má higiene oral, enquanto que na periodontite ocorre a destruição de osso alveolar e dos tecidos periodontais.⁽¹⁷⁾

A gengivite observada durante a gestação recebe o nome de gengivite gravídica, e pode ocorrer durante toda a gravidez, resultando de uma resposta exacerbada aos fatores locais, provocada pela intensa produção hormonal de estrogénios e progesterona, não sendo, portanto, causada diretamente pela gravidez e geralmente verifica-se a sua recidiva após o nascimento.^(10,13)

Geralmente ocorre durante o 1º trimestre da gestação e apresenta um pico no 8º mês, sendo que cerca de 60-70% das grávidas sofre desta patologia que apresenta características inflamatórias marcantes, como forte edema, aumento de sangramento gengival e tendência para hiperplasia, essencialmente na zona anterior da maxila por vestibular.⁽¹⁸⁾

Em alguns casos esta condição pode agravar-se e originar uma zona de aumento de proliferação capilar e reação inflamatória acentuada, formando lesões semelhantes ao granuloma piogénico, mas que neste caso são denominadas de granuloma grávidico, caracterizadas por um aspeto liso e brilhante, consistência mole, sangramento à palpação, indolores e cuja excisão não é necessária na maioria dos casos, pois ocorre a sua regressão após o parto.⁽¹⁰⁾

A doença periodontal é provocada por um crescimento acentuado de bactérias gram-negativas anaeróbias na região subgingival, que vão provocar uma inflamação persistente e por consequência a destruição dos tecidos periodontais de suporte. A periodontite é caracterizada por um aumento da profundidade do sulco gengival e pela consequente formação de uma bolsa periodontal, com perda de inserção e de osso alveolar circundante, assim como um aumento da mobilidade dentária e presença de recessões gengivais.^(15,19)

Deve-se, portanto, realizar um controlo contínuo durante a gravidez das doenças periodontais, pois em casos de periodontite severa a presença de concentrações elevadas de prostaglandinas na corrente sanguínea pode provocar complicações gestacionais segundo alguns estudos, como os realizados por *Offenbacher S et al*⁽²⁰⁾ em 1996 e em 1998, que ao recolherem fluido gengival de mães de recém-nascidos prematuros e de baixo peso ao nascer, verificaram que o nível de prostaglandinas era consideravelmente superior quando comparado a mães que tiveram o parto a termo.⁽⁸⁾ Concluindo assim que a doença periodontal em mulheres grávidas é um fator de risco para prematuridade e baixo peso.^(16,21-24) No entanto esta associação ainda continua a gerar controvérsia, criando assim a necessidade da realização de mais estudos para a comprovar.

No entanto, a prática frequente de hábitos de higiene oral e a realização de tratamento médico dentário, permite uma diminuição dos níveis de placa bacteriana, o que vai ter um contributo essencial na prevenção/redução das doenças periodontais.^(11,25) Contudo, muitas gestantes não têm conhecimento dos efeitos que uma saúde oral deficiente durante a gravidez pode ter sobre o feto e, por estes motivos, muitas delas não procuram qualquer tipo de tratamento/aconselhamento médico dentário durante a este período.⁽²⁶⁾

1.2.2. Cárie Dentária

A cárie dentária é uma doença infetocontagiosa que se caracteriza pela desmineralização dos tecidos dentários e que possui uma etiologia multifatorial, cujos principais fatores associados são: uma dieta alimentar rica em hidratos de carbono, a presença

de microrganismos (bactérias cariogênicas), a suscetibilidade do hospedeiro (a existência de dentes comprometidos) e uma deficiente higiene oral.^(19,27-29)

No entanto, está provado que a gravidez não provoca o aparecimento de cáries nem é responsável, como continua a persistir em mitos, pela perda de cálcio e de minerais dos tecidos dentários da gestante para contribuir para a formação óssea do feto.

Existe, contudo, um aumento da prevalência de lesões de cáries durante a gravidez que se deve a alterações na dieta, geralmente mais rica em alimentos cariogênicos, um aumento de placa bacteriana causado por negligências com a higiene oral e uma maior exposição do esmalte ao ácido gástrico devido a episódios de vômitos.⁽²⁷⁾

A cárie dentária resulta da adesão ao esmalte dentário de bactérias específicas, principalmente *Streptococcus mutans*, que vão metabolizar os açúcares produzindo ácidos, que levam a uma diminuição do pH, que com o tempo vão acabar por provocar a desmineralização da estrutura dentária.⁽²⁹⁾ As bactérias responsáveis pela cárie dentária são na maioria das vezes adquiridas logo à nascença ou durante a infância, através de transmissão vertical direta da mãe para o filho, logo quanto maior a concentração de *Streptococcus mutans* presentes na saliva materna, maior o risco de no futuro a cavidade oral da criança vir a ser colonizada por estas bactérias e maior a suscetibilidade de desenvolver cáries dentárias.⁽²⁹⁻³¹⁾ Essa transmissão bacteriana é influenciada por vários fatores, tais como: a carga bacteriológica presente na saliva materna, a composição salivar, a reatividade da própria criança, a dieta alimentar, a higiene oral e a exposição a fluoretos.⁽³¹⁾

Existe, portanto, a necessidade de instruir as grávidas sobre quais os comportamentos preventivos que devem adotar para reduzir a transmissão precoce de bactérias cariogênicas ao bebé, uma vez que a cárie dentária é considerada como um problema de saúde pública devido à sua elevada prevalência e impacto na sociedade.⁽³²⁾

1.2.3. Erosão Dentária

A ocorrência de vômitos e náuseas é um sintoma muito comum durante a gravidez, essencialmente durante o 1º trimestre, e geralmente é experimentado por cerca de 70 a 85% das grávidas.⁽¹⁸⁾ Esse elevado número de episódios de vômito vai provocar a erosão das superfícies dentárias, devido à exposição contínua com o ácido proveniente do estômago, que vai levar a uma diminuição do pH do meio oral provocando o desgaste dentário. Este fenómeno ocorre principalmente nas faces linguais e palatinas e pode provocar situações de hipersensibilidade dentária.^(13,33)

Para prevenir a erosão dentária as grávidas devem ser aconselhadas a não escovar os dentes imediatamente após o vômito, mas sim a bochecharem com uma solução tampão, como por exemplo bicarbonato de sódio diluído em água, ou a utilizarem colutórios com flúor de modo a promover a remineralização da estrutura dentária.^(3,14,34)

1.2.4. Mobilidade Dentária

A mobilidade dentária durante a gravidez, e por vezes a consequente perda dentária, pode ocorrer mesmo na ausência de qualquer patologia periodontal, isto porque este fenómeno é provocado pelas alterações hormonais referidas anteriormente: um aumento acentuado dos níveis de estrogénios e progesterona. Essas alterações hormonais vão provocar, ao nível da cavidade oral, alterações na lâmina dura e nas fibras periodontais que vão conduzir à mobilidade dentária.^(11,35)

A mobilidade dentária surge essencialmente no 3º trimestre de gravidez e tende a reverter-se após o parto, sendo que, quando não está associada a problemas periodontais não irá provocar perda de peças dentárias.^(35,36)

1.3. Medidas e Estratégias de Saúde Oral na gravidez

A manutenção de uma boa higiene oral durante a gravidez é essencial, uma vez que as grávidas apresentam uma elevada suscetibilidade às doenças orais.⁽³¹⁾

É importante, portanto, alcançar um meio oral saudável, realizando um controlo apertado das possíveis patologias que possam surgir durante a gravidez e que possam ser causadas pela deficiente higiene oral, alterações na dieta, episódios de vômitos ou pelo aumento da acidez do meio oral, e para isso, nada melhor do que incluir um exame cuidadoso da cavidade oral no acompanhamento pré-natal. Para além disso a grávida deve ser aconselhada a desenvolver bons hábitos de higiene oral e uma dieta alimentar adequada.^(35,37-39)

A gravidez, no entanto, não consiste por si só qualquer motivo para adiar o tratamento dentário de rotina ou a realização de algum tratamento necessário, dado que todas as intervenções dentárias que tenham como por objetivo remover dor e focos de infeção não devem ser adiadas ou não tratadas, uma vez que está provado que a disseminação sistémica de infeções é considerada teratogénica. No entanto, existe a necessidade desenvolver alguns cuidados especiais para minimizar os riscos tanto para a mãe, como para o feto e por esse

motivo existem alguns tratamentos mais invasivos que devem ser adiados até ao final da gestação.^(10,18,33,40)

Portanto, os profissionais de saúde que acompanham a grávida durante o período de gestação, têm o dever de combater alguns dos mitos que ainda persistem, sem qualquer fundamento científico, até aos dias de hoje, relativamente aos tratamentos no âmbito da Medicina Dentária durante a gestação.^(35,38) Estes mitos levam a que a saúde oral seja muitas vezes esquecida e negligenciada, uma vez que muitas grávidas apresentam receio em realizar tratamentos dentários, pois acreditam que estes possam ser prejudiciais para o feto.⁽³⁹⁾

1.3.1. A gravidez e o tratamento dentário

A gravidez é, sem dúvida, um período oportuno para a prevenção e educação para a saúde, uma vez que as gestantes se encontram particularmente recetivas às mudanças e ávidas de conhecimentos que assegurem o bem-estar do seu bebé.⁽⁴⁾

A AAPD recomenda que todas as gestantes consultem o seu médico dentista durante o 1º trimestre da gravidez, para realizarem uma avaliação completa da sua saúde oral durante a gravidez e, caso necessário, realizar os tratamentos indispensáveis para a manutenção da sua saúde oral.^(33,41)

Diversos estudos confirmam que o atendimento médico-dentário é seguro e eficaz em todos os trimestres da gravidez, deitando por terra os mitos que persistem em relação à segurança dos tratamentos dentários durante a gravidez. Portanto, os procedimentos dentários necessários para a manutenção do bem-estar e de uma boa saúde oral podem ser realizados em qualquer altura da gestação, contudo, o período ideal é durante o 2º trimestre.^(3,14)

Uma boa anamnese, assim como o registo do historial médico no momento da realização de consultas durante a gravidez, são armas fundamentais para que o médico dentista possa avaliar corretamente a situação clínica e qual o melhor plano de tratamento a efetuar. Por este motivo, a grávida deve fornecer informações clínicas e de hábitos pessoais como: doenças prévias, hábitos tabágicos/alcoólicos, hábitos de higiene oral, hábitos alimentares (especial atenção à ingestão frequente de hidratos de carbono, bebidas ácidas e açucaradas).⁽³³⁾

1.3.2. Raio-X

A utilização de meios complementares de diagnóstico como é o caso dos raios-X não está contraindicada durante a gravidez, contudo deve ser realizada apenas quando necessário

e utilizando sempre as medidas de proteção individuais (aventais e colares de chumbo).^(3,10,14,40)

Relativamente à exposição do feto à radiação está demonstrado que as radiografias dentárias apresentam o menor risco de radiação para o feto, de entre todos os procedimentos de diagnóstico radiográfico, pois emitem uma dose de radiação muito baixa. Dose essa que varia consoante o exame radiográfico utilizado.⁽⁴²⁾ No caso de uma radiografia periapical a dose de radiação é de 0.005mSv, num status radiográfico completo é de 0,15mSv e numa tomografia computadorizada é de 0.2mSv. O risco teratogénico para o feto é, portanto muito baixo.^(3,33,43)

Deve-se, no entanto, tentar otimizar-se as técnicas radiográficas, usando um sistema de imagiologia rápido, que permita diminuir o tempo de exposição ao máximo, e proteger sempre a região abdominal e a glândula tiroide.^(40,42,43)

1.3.3. Medicação

Durante a gravidez outro medo que persiste é a utilização de fármacos. Para tentar diminuir os riscos associados à prescrição farmacológica nas grávidas, a FDA criou tabelas nas quais classifica os fármacos de acordo com a sua segurança e risco eventual para o feto.

Na tabela seguinte podemos verificar essa classificação.⁽¹⁰⁾

Tabela 1: Classificação FDA

Categoria	Descrição
A	Estudos controlados e adequados em mulheres grávidas, não mostraram risco de desenvolvimento de anomalias fetais.
B	Estudos em animais não mostraram evidência de risco fetal, no entanto não existem estudos realizados em mulheres grávidas. Estudos em animais mostraram um efeito adverso, no entanto estudos bem controlados em mulheres grávidas não mostraram associação entre o fármaco e risco para o feto.
C	Estudos em animais mostraram efeitos adversos e não existem estudos adequados e controlados em mulheres grávidas. Não foram realizados estudos em animais, nem em mulheres grávidas.

D	Estudos adequados e bem controlados ou observacionais em mulheres grávidas, demonstraram existir risco para o feto. No entanto, os benefícios da terapia podem sobrepor-se aos riscos.
X	Estudos bem controlados e adequados realizados em animais e grávidas mostraram que existe uma associação positiva para anomalias fetais. O seu uso é contraindicado em mulheres grávidas ou que pensem em engravidar.

Relativamente aos anestésicos locais injetáveis, a lidocaína a 2% é considerada segundo a FDA como categoria B, portanto a sua utilização durante a gravidez é considerada segura durante a gestação.⁽¹⁸⁾

A FDA classifica no grupo dos antibióticos os fármacos pertencentes ao grupo das penicilinas seguro, no entanto contraindica a utilização de tetraciclina durante a gravidez, pois ao utilizar este fármaco ocorre a sua deposição nos tecidos dentários e ósseos do feto durante a calcificação, acontecimento que vai provocar alterações na coloração dos dentes da futura criança.^(33, 61)

Tabela 2: Classificação dos antibióticos na gravidez FDA

Fármaco	Categoria FDA	Uso	Efeitos adversos
Amoxicilina	B	Seguro durante a gravidez	-
Metronidazol	B	Seguro durante a gravidez	-
Penicilina V	B	Seguro durante a gravidez	-
Cefalosporinas	B	Seguro durante a gravidez	-
Clindamicina	B	Seguro durante a gravidez	-
Tetraciclina	D	Não deve ser utilizado	Descoloração dentária

Em relação aos analgésicos, o paracetamol é sem dúvida alguma o fármaco de eleição durante a gravidez, devido ao seu uso ser considerado bastante seguro. Quanto ao grupo dos anti-inflamatórios o uso deste deve ser realizado com muitas precauções e apenas quando considerado estritamente necessário.⁽³⁶⁾

Tabela 3: Classificação de analgésicos e anti-inflamatórios na gravidez FDA

Fármaco	Categoria FDA	Uso	Efeitos adversos
Paracetamol	B	Seguro durante a gravidez	-
Aspirina	C/D	Usar com precaução (não usar no 3º trimestre)	Hemorragia pós-parto
Ibuprofeno	B/D	(Deve ser evitado no 1º e 3º trimestre e utilizado apenas durante 24-72h)	Atraso no trabalho de parto
Naproxeno	B/D	Evitar uso no 3º trimestre	Atraso no trabalho de parto

1.3.4. Flúor

Os efeitos benéficos do flúor na prevenção da cárie e a sua utilização nos produtos dentários é um dos métodos considerados mais eficazes para promover uma boa saúde oral, uma vez que este tem um papel importante no processo de remineralização e inibição da desmineralização do esmalte dentário e na inibição da atividade bacteriana.⁽⁴⁴⁻⁴⁶⁾

A sua administração pode ser efetuada de forma sistémica ou tópica. A aplicação tópica, a mais usual, faz-se com recurso a pastas dentífricas e colutórios, sem necessidade de supervisão médica ou através de géis e vernizes em consultório. Em relação à administração sistémica, os métodos mais usuais são a fluoretação de águas de consumo ou suplementos de flúor sob a forma de gotas ou comprimido, no entanto o seu uso está contraindicado durante a gravidez.^(45,46)

A DGS recomenda a partir dos 6 anos a utilização de pastas dentífricas fluoretadas, com valores entre os 1000-1500 ppm, duas escovagens diárias, com a quantidade aproximada de 1cm (*in DR Despacho n.º 153/2005 – 2.ª série*).

O flúor é considerado segundo a FDA como categoria C, e atualmente não existe nenhuma evidência científica clara sobre os eventuais benefícios da suplementação sistémica de flúor durante a gravidez para prevenção futura de cáries na criança, por este motivo nem a DGS nem a AAPD recomendam o uso de suplementos de flúor sistémico durante a gestação, uma vez não existem evidências científicas que suportem que o seu uso seja benéfico para o feto.^(33,47)

1.4. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

A promoção de uma boa saúde oral inclui educação e tratamentos que visem estabelecer saúde durante a gravidez. O estabelecimento de uma boa saúde oral é um dos principais objetivos no atendimento médico-dentário na grávida, assim como o aconselhamento e a educação dos pais sobre a sua própria saúde oral, que visa criar comportamentos que promovam a saúde oral do futuro filho.⁽⁴⁰⁾

As principais estratégias preventivas a adotar durante a gravidez são: a realização de um *check-up* dentário para despiste de cárie e doenças periodontais; instruir a grávida sobre a etiologia da cárie e periodontite, os seus mecanismos de transmissão, hábitos alimentares e correta higiene oral; e tratamento dentário, para controlar as patologias orais e diminuir a quantidade de microrganismos presentes na cavidade oral.⁽¹⁷⁾

É, portanto, de extrema importância que as mulheres sejam informadas e incentivadas a consultar o seu médico dentista no período pré-concepcional ou durante o 1º trimestre da gravidez.⁽³³⁾

O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral tem como objetivo proporcionar o acesso a cuidados de saúde oral a diversos grupos-alvo, através da atribuição de cheques dentistas.

Desde janeiro de 2008 que foi aprovado o alargamento do PNPSO, por despacho ministerial, a mulheres grávidas utentes do Serviço Nacional de Saúde.

As orientações dadas pelo PNPSO na circular Normativa nº1/DSE 18.1 de 2005 são:

- “Na consulta de saúde materna ou de vigilância da gravidez, a boca da mãe dever merecer particular atenção. Em caso de gravidez programada, a futura mãe deverá fazer todos os tratamentos dentários necessários a uma boa saúde oral. Se já estiver grávida e tiver dentes cariados ou doença periodontal, não deve deixar de proceder ao necessário tratamento.
- Uma boa saúde oral da mãe favorece a boa saúde oral do filho.
- Ainda antes de o bebé nascer, as consultas de vigilância das grávidas, são uma boa oportunidade para sensibilizar os pais para a importância da saúde oral no contexto de uma saúde global. Por isso, as mensagens devem dar destaque aos cuidados a ter com a alimentação e a higienização da boca da criança, especialmente após a erupção do primeiro dente.”

Este projeto tem como finalidade a Promoção da Saúde Oral das grávidas e a diminuição da incidência e prevalência das doenças orais nas grávidas (*DGS, circular informativa nº 4 DSPPS, 2008*).

Os principais objetivos deste projeto são:

- “Garantir o acesso das grávidas a um conjunto de cuidados de medicina dentária, nas áreas de diagnóstico;
- Prevenção e tratamento, designadamente da cárie dentária e da doença periodontal;
- Avaliar a situação da saúde oral das grávidas seguidas no Serviço Nacional de Saúde.”

O financiamento deste projeto é feito através de cheques dentistas que são fornecidos nas consultas de acompanhamento pré-natal nos Centros de Saúde. Cada grávida tem direito a um máximo de três cheques no valor de 35€ cada, que estão destinados a tratamentos preventivos e curativos, de modo a garantir que a grávida não apresenta lesões ativas de cárie dentária no final dos tratamentos (*DGS, circular informativa n.º 4 DSPPS, 2008*).

A execução destes tratamentos pode ser concluída até 60 dias após o parto. Os cuidados preventivos e/ou curativos são efetuados em consultórios de médicos dentistas e médicos estomatologistas que aderiram ao projeto (*Portaria n.º 301/2009, 2009*).

O 1º cheque é entregue à grávida no Centro de Saúde onde está a ser seguida, posteriormente se aceitar a indicação da realização de uma consulta de medicina dentária e o consequente registo no sistema de informação do projeto, mediante o plano de tratamento elaborado na 1ª consulta poderá vir a ser emitido o 2º e 3º cheques (*DGS, circular informativa n.º 4 DSPPS, 2008*). A utente tem a liberdade de escolher o médico dentista que entender, desde que este conste na lista de aderentes ao programa e esta escolha deve ser mantida até ao termo da validade do cheque-dentista, exceto em situações específicas como saída do profissional do PNPSO, mudança de domicílio da grávida e incompatibilidade entre o médico e a utente (*DGS, 2005*).

O PNPSO pretende que se estabeleça uma abordagem multidisciplinar durante o acompanhamento pré-natal da grávida, no qual os profissionais de diferentes áreas, nomeadamente os Médicos Obstetras/Ginecologistas, os Médicos de Medicina Geral e Familiar e os Médicos Dentistas, trabalhem em conjunto para um bem-estar generalizado da paciente.⁽⁴⁸⁾

1.4.1. Recomendações gerais e documentos de apoio

A DGS sem alterar nenhuma das bases teóricas do PNPSO, tomou a iniciativa de criar um documento de apoio, tendo em vista responder às dificuldades que foram surgindo na implementação de algumas das suas atividades e em resposta a essa necessidade surgiu o

PLANO B, que “tem como objetivo propor alternativas ao desenvolvimento das ações, em especial, através de sugestões práticas, no planeamento, execução e acompanhamento das estratégias seguidas”.

Algumas das orientações e temas considerados importantes na educação para a saúde da grávida que constam no PLANO B:

- Escovar os dentes duas vezes por dia com um dentífrico fluoretado;
- Utilizar diariamente o fio dentário;
- Limitar o consumo de alimentos açucarados apenas às refeições. Optar pela água ou leite em vez das bebidas gaseificadas açucaradas;
- Ter os dentes e a gengiva saudáveis aquando do nascimento do bebé, motivando para a relação entre a saúde oral da grávida e da criança;
- Criar a ideia de que a mãe e o pai serão os principais responsáveis pela saúde oral do seu filho até aos 7 anos;
- Sensibilizar as mães para o facto de que a melhoria da saúde oral durante a gravidez pode ajudar, no futuro, a prevenir o aparecimento da cárie nos filhos. A cárie é uma doença infecciosa e transmissível;
- Sensibilizar as mães, os profissionais de saúde e o público em geral, sobre a importância e segurança do tratamento dentário (sempre que haja necessidade) durante a gravidez.

Recomendações relativas aos episódios de vómito:

- Comer pequenas quantidades de alimentos não cariogénicos ao longo do dia;
- Após o vómito, colocar uma colher de bicarbonato de sódio num copo de água e bochechar, de forma a neutralizar os ácidos;
- Mastigar pastilhas sem açúcar depois das refeições (pode reduzir o reflexo de vómito);
- Após o vómito, se possível escovar bem os dentes (devendo-se esperar no mínimo 30 minutos para realizar a escovagem) com uma escova macia e movimentos suaves, usando um dentífrico fluoretado.

Interesse do estudo e justificação

A saúde oral é essencial para o bem-estar geral, logo não deve ser de maneira alguma descurada durante o período da gestação, para permitir que a gestante tenha uma gravidez saudável e para que ocorra um desenvolvimento adequado do futuro bebé.⁽⁴⁴⁾

Contudo, apesar de todas as estratégias preventivas desenvolvidas nos últimos anos, incluindo a introdução das grávidas no PNPSO, continuam a persistir medos e mitos sobre o tratamento dentário durante a gravidez. Muitas grávidas continuam a não estar informadas da importância de uma boa saúde oral durante a gravidez, sendo esta componente da sua saúde negligenciada. Como resultado, as patologias mais frequentes durante a gravidez acabam por não ser tratadas, o que é extremamente prejudicial para grávida e pode vir a provocar complicações futuras no feto.^(3,5,9)

Perante esta realidade, o conhecimento e os comportamentos adequados sobre a saúde oral e tratamentos dentários durante a gravidez por parte dos clínicos que acompanham a gestante são extremamente importantes. Com o objetivo de melhorar esta realidade realizou-se este estudo, que pretende perceber qual a perspetiva dos médicos Obstetras/Ginecologistas e dos médicos de Medicina Geral e Familiar face à saúde oral na grávida e as possíveis implicações na saúde oral do futuro bebé.

Para além disso, pretende-se através deste estudo vir a fornecer as informações necessárias para que os clínicos possam realizar uma melhor orientação relativamente à saúde oral das gestantes, sensibilizando-os para o seu papel de prevenção e educação de incutir hábitos de saúde oral nas utentes, assim como o aconselhamento da realização de consultas de Medicina Dentária.

II – Objetivos

Os médicos Obstetras/Ginecologistas e os médicos de Medicina Geral e Familiar estão particularmente envolvidos no acompanhamento da grávida ao longo de toda a gravidez. São, portanto, estes profissionais que devem saber fazer o aconselhamento da consulta ao médico dentista, preferencialmente aquando do planeamento da gravidez ou mesmo durante a gravidez.

É importante que estes estejam cientes de bons hábitos de saúde oral no sentido de a gravidez decorrer sem complicações dentárias, beneficiando assim as grávidas de uma boa saúde oral, algo imprescindível para a futura saúde do seu bebé.

Objetivo Geral

Avaliar as perceções, atitudes e conhecimentos dos médicos Obstetras/Ginecologistas e dos médicos de Medicina Geral e Familiar face à saúde oral na grávida, assim como sobre a realização e a segurança de tratamentos dentários durante a gravidez e as suas possíveis implicações na saúde oral do futuro bebé.

Objetivos Específicos

1. Perceber quais as recomendações dos clínicos relativamente ao encaminhamento das grávidas em consultas de Medicina Dentária;
2. Compreender quais os cuidados, instruções de higiene oral e motivação para a saúde oral que os clínicos fornecem durante a gravidez;
3. Conhecer a perceção dos médicos Obstetras/Ginecologistas e dos médicos de Medicina Geral e Familiar relativamente à realização/segurança de tratamentos dentários durante a gravidez;
4. Avaliar quais os fármacos mais prescritos e seguros durante a gravidez;
5. Orientar os médicos Obstetras/Ginecologistas e os médicos de Medicina Geral e Familiar sobre as principais alterações/sintomas/queixas que ocorrem a nível da saúde oral durante a gravidez;
6. Perceber qual a opinião dos médicos Obstetras/Ginecologistas e dos médicos de Medicina Geral e Familiar acerca da realização de ações de sensibilização durante a gravidez;
7. Conhecer quais as orientações dadas pelos médicos Obstetras/Ginecologistas e pelos médicos de Medicina Geral e Familiar às grávidas;

8. Avaliar se os médicos de Medicina Geral e Familiar seguem as recomendações do PNPSO nas Grávidas e se informam e orientam as grávidas para o uso dos cheques dentistas;

9. Comparar as respostas obtidas neste estudo pelos médicos Obstetras/Ginecologistas e os médicos de Medicina Geral e Familiar com as respostas obtidas numa população de grávidas de um trabalho de investigação desenvolvido na disciplina de Odontopediatria no ano letivo 2015/2016 sobre as mesmas temáticas;

10. Sensibilizar os médicos Obstetras/Ginecologistas e os médicos de Medicina Geral e Familiar para a importância de estes assumirem um papel de prevenção e educação de hábitos de saúde oral nas utentes, assim como a necessidade de aconselhamento da realização de consultas de Medicina Dentária quando estas planeiam engravidar.

III - Materiais e Métodos

1. Caracterização do Estudo

O presente estudo é do tipo descritivo transversal, através da aplicação de questionários formulados a uma amostra por conveniência de médicos Obstetras/Ginecologistas e médicos de Medicina Geral e Familiar nas regiões do Norte e Centro do País, para avaliar especificamente as suas atitudes e práticas relativamente à saúde oral nas grávidas.

2. Caracterização da Amostra

A população-alvo para o desenvolvimento da pesquisa foram os médicos Obstetras/Ginecologistas e os médicos de Medicina Geral e Familiar, assim como, os respetivos internos de especialidade, nas regiões do Norte e Centro do País, Todas as respostas ao questionário foram incluídas, constituindo a amostragem de conveniência.

3. Recolha de Dados

Para a realização deste estudo, formulou-se um questionário anónimo (Anexo 4) que foi distribuído eletronicamente e passível de ser respondido de 1 de Janeiro de 2017 a 31 Março de 2017. O questionário, realizado pela autora da dissertação, com o auxílio das orientadoras, foi submetido a um protocolo de validação interna, realizado pela Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa, considerando, ainda, o consentimento do clínico.

Após a aprovação pela Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa, o questionário foi colocado *on-line* através da utilização da ferramenta JotForm®.

O questionário foi dividido em 5 grupos distintos:

1. Caracterização da amostra: Detalhes pessoais dos clínicos, direcionado para adquirir dados sociodemográficos para fazer a caracterização dos médicos obstetras/ginecologistas e dos médicos de medicina geral e familiar. Esta secção contém perguntas que incluem a idade e o género, o número de anos de prática clínica, identificação da especialidade do clínico, distrito onde exerce a sua profissão e se possui ou não formação pós-graduada em saúde oral.

2. Hábitos de aconselhamento de consultas de Medicina Dentária: as perguntas que constituem esta parte do questionário pretendem esclarecer as

recomendações dos clínicos relativamente à comparência das grávidas em consultas de Medicina Dentária.

3. Prevenção: Instruções de higiene oral e motivação para a saúde oral a dar durante a gravidez às gestantes.

4. Práticas dos médicos Obstetras/Ginecologistas e dos médicos de Medicina Geral e Familiar: este setor do questionário permite avaliar as atitudes dos clínicos relativamente à realização de tratamentos dentários durante a gravidez, realçando quais consideram seguros, assim como quais os fármacos que consideram mais utilizados durante a gravidez.

5. Eficácia do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral nas grávidas: Recomendações dos médicos Obstetras e médicos de Medicina Geral e Familiar perante eventuais queixas das grávidas, assim como quais os cuidados e informações que são fornecidas pelos Médicos de Medicina Geral e Familiar relativamente à emissão dos cheques dentista.

Para a distribuição do questionário recorreu-se a “mailing lists” dos ACES de Trás-os-Montes II - Alto Tâmega e Barroso, do ACES do Douro I – Marão e Douro Norte, do ACES do Douro II - Douro Sul e da USF Buarcos e UCSP Figueira Urbana, assim como, a “mailing lists” do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro e do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

4. Análise estatística

Os dados obtidos foram agrupados em MS Excel® antes de se proceder à análise estatística. Todos os resultados foram analisados estatisticamente pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 23®) para Windows 7.

Na análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva adequada a cada variável, recorrendo à análise de frequências absolutas e relativas.

Para a análise da associação entre variáveis qualitativas recorreu-se ao teste do Qui-Quadrado da Independência. Este apresenta alguns requisitos, sem os quais não pode ser aplicado, nomeadamente o facto de não poder haver mais do que 20% das células da tabela cruzada com valores esperados inferiores a 5% e não poder haver valores esperados inferiores a 1. Este teste apresenta hipótese nula (H0), quando as variáveis são independentes. Existe evidência científica que as variáveis estão relacionadas quando o

valor de p associado ao teste é inferior ao nível de significância determinado, ou seja, quando $p < 0,05$.

Nos casos em que o teste do Qui-Quadrado da Independência não pode ser aplicado, recorreu-se ao teste da Correção de Continuidade (Continuity Correction), válido para aplicar em tabelas 2×2 .

Ao cruzar os anos de atividade com as respostas do questionário, uma vez que os anos de atividade correspondem a uma variável quantitativa, teve que se averiguar, para cada questão, se se podia utilizar o teste paramétrico T (se existirem 2 grupos, 2 hipóteses de resposta) ou ANOVA (se existirem 3 ou mais grupos, 3 ou mais hipóteses de resposta). Para tal, foi necessário verificar se os pressupostos de utilização dos testes paramétricos se verificavam, em cada questão, nomeadamente a normalidade da variável nos diferentes grupos. Para nenhuma questão, este pressuposto se verificou, pelo que, em todas as questões, houve necessidade de utilizar os testes não paramétricos. Numa pergunta com 2 respostas, aplicou-se o teste Mann-Whitney e em perguntas com 3 ou mais aplicou-se o Kruskal-Wallis.

Em todos os testes utilizou-se um nível de significância (α) de 5%, isto é, $\alpha = 0,05$.

A intensidade da relação entre as variáveis é dada pelo coeficiente de Cramer. Este é uma medida de associação entre duas variáveis medidas numa escala categórica, podendo assumir valores entre 0 e 1. O valor 0 corresponde a ausência de relação entre as variáveis, valores próximos de zero representam associações fracas e valores próximos de 1 correspondem a relações fortes.

Para inclusão na secção de resultados apenas foram consideradas as variáveis cruzadas que apresentaram uma relação estatisticamente significativa, independentemente da sua intensidade.

IV – Resultados

1. Caracterização da amostra

Do total da amostra analisada, constituída por 109 participantes, 73 (67,0%) pertencem ao género feminino e 36 (33,0%) ao masculino.

Relativamente à distribuição da idade (Tabela 1), o grupo etário de médicos com idade superior a 50 anos e o grupo etário de médicos com idade inferior a 30 anos correspondem à maior parte da amostra, com uma percentagem de 67,0%: 35,8% (n=39) e 31,2% (n= 34) respetivamente. As percentagens mais baixas de resposta corresponderam aos grupos de médicos com idades compreendidas entre os 41 e os 45 anos 2,8% (n= 3) assim como ao grupo etário das idades compreendidas entre os 46 e os 50 anos 3,7% (n= 4).

Tabela 1: Distribuição da idade dos clínicos

		Frequência	Percentagem
Idade	< 30 anos	34	31,2%
	31 – 35 anos	20	18,3%
	36 – 40 anos	9	8,3%
	41 – 45 anos	3	2,8%
	46 – 50 anos	4	3,7%
	>50 anos	39	35,8%
	Total	109	100%

Na amostra analisada verificou-se que o clínico que possuía menor número de anos de atividade apresentava 2 anos de experiência e o que possuía o maior número de anos de atividade apresentava 40 anos, sendo a média do número de anos de atividade de 18 anos com um desvio padrão de mais ou menos 13,96.

Quanto à especialidade de cada um dos participantes verificou-se que a amostra é constituída por uma maior percentagem de médicos de Medicina Geral e Familiar 76,1% (n= 83) e em menor percentagem por médicos Obstetras/Ginecologistas 23,9% (n= 26).

A maior percentagem de clínicos exerce a sua atividade profissional no distrito de Vila Real 66,1% (n=72) e a menor percentagem pertence ao Distrito de Aveiro 3,7% (n=4) (Tabela 2).

Tabela 2: Distrito onde exerce a atividade profissional

	Frequência	Percentagem
Vila Real	72	66,1%
Viseu	15	13,8%
Coimbra	11	10,1%
Aveiro	4	3,7%
Leiria	7	6,4%
Total	109	100%

Do total de participantes apenas 3 (2,8%) responderam que possuíam formação pré ou pós-graduada em saúde oral.

A restante análise apresentada de seguida, referente à estatística descritiva, foi feita em conjunto para as duas especialidades.

2. Hábitos de aconselhamento de consultas de MD

Quando questionados se numa consulta de planeamento familiar aconselham uma mulher que pretende engravidar a ir a uma consulta de Medicina Dentária 70,6% (n= 77) dos clínicos responde afirmativamente contra 29,4% (n= 32) que respondem que não aconselham e cerca de 79,8% (n=87) nessa mesma consulta referem a importância de manter uma correta saúde oral durante a gravidez contra 20,2% (n=22) que não fazem qualquer referência relativamente à saúde oral.

Relativamente ao aconselhamento durante a gravidez sobre idas a consultas de Medicina Dentária 89,9% (n=98) dos clínicos responderam que aconselham e apenas 10,1% (n=11) responderam que não o fazem, mas apenas cerca de menos de metade dos clínicos 49,5% (n=54) questionam sobre a última ida ao médico dentista.

3. Prevenção

Na amostra analisada 70,6% (n=77) dos clínicos aconselham as grávidas a praticar hábitos de higiene oral e 29,4% (n=32) dizem não aconselhar.

Segundo o Gráfico 1, a maioria dos clínicos aconselha a grávida a efetuar escovagem dentária após qualquer refeição 52,3% (n=57) e apenas 0,9% aconselham apenas 1x/dia.

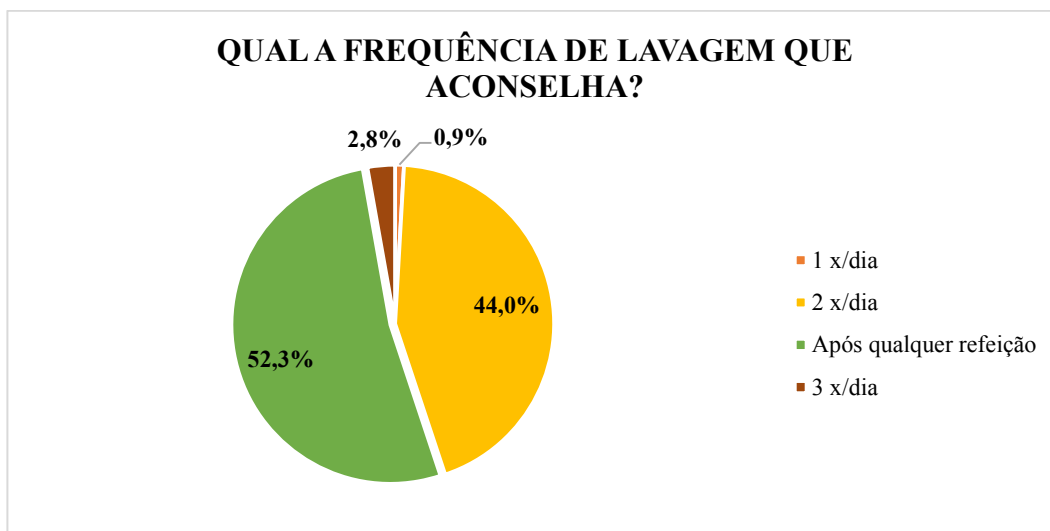


Gráfico 1: Distribuição da frequência de lavagem dentária aconselhada.

Quando questionados se aconselham o uso de pastas com flúor durante a gravidez 56,0% da amostra (n=61) aconselha e cerca de 44,0% (n=48) dizem não aconselhar. Todavia, apenas 21,1% da amostra (n=23) conhece os valores de flúor recomendados pelas *guidelines* da Direção Geral de Saúde (1500 ppm).

4. Práticas dos médicos Obstetras/Ginecologistas e dos médicos de Medicina Geral e Familiar

Segundo a Tabela 3, após um episódio de vômito, 53,2% (n=58) da amostra não emite qualquer aconselhamento e 15,6% (n=17) da amostra aconselha a realização de bochechos com colutórios.

Tabela 3: Aconselhamento após episódio de vômito

	Frequência	Porcentagem
Escovagem Dentária	34	31,2%
Bochechos com colutórios	17	15,6%
Nada	58	53,2%
Total	109	100%

Na amostra analisada 56,0% (n=61) dos clínicos responderam que as grávidas não apresentam queixas dentárias durante a gravidez e apenas 44,0% (n=48) afirma que sim.

Ao questionar os clínicos se estes observam a cavidade oral das grávidas 78,9% (n=86) observam apenas quando existem queixas, 12,8% (n=14) nunca observam e apenas 8,3% (n=9) dizem observar sempre a cavidade oral nas consultas de acompanhamento pré-natal.

A opinião dos clínicos sobre se a gravidez provoca mudanças na saúde oral das grávidas é na sua maioria 84,4% (n=92) da amostra que sim, contra apenas 15,6% (n=17) da amostra que respondeu que não provoca.

De acordo com o Gráfico 2, 55,0% (n=60) da amostra aponta como principais mudanças a associação de gengivas inflamadas e/ou sangramento gengival e apenas 4,6% (n=5) referiu perda dentária.

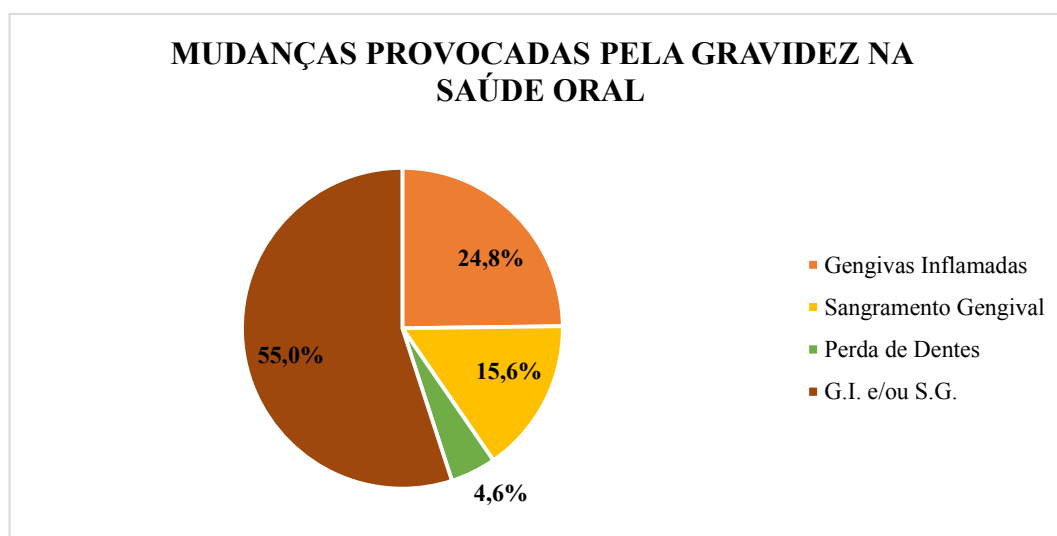


Gráfico 2: Distribuição das mudanças causadas pela gravidez na saúde oral.

Em relação à associação entre patologias da cavidade oral e complicações durante a gravidez, 58,7% (n=64) dos clínicos afirma que existem enquanto que 41,3% (n=45) apresentam uma opinião contrária.

De acordo com a Tabela 4, quando questionados sobre quais são as complicações mais frequentes que ocorrem durante a gravidez devido à eventual associação com patologias da cavidade oral, com a mesma percentagem, 17,4% (n=19) da amostra respondeu possíveis infecções e parto pré-termo ou baixo peso à nascença. No entanto a maioria da amostra não respondeu a esta questão, 61,5%.

Tabela 4:Quais as complicações associadas a patologias da cavidade oral mais frequentes durante a gravidez

	Frequência	Percentagem
Possíveis infecções	19	17,4%
Parto pré-termo /baixo peso à nascença	19	17,4%
Outros (cáries/perda de cálcio/sangramento gengival)	4	3,7%
Não responderam	67	61,5%
Total	109	100%

Relativamente ao aconselhamento de adiar as idas a consultas de Medicina Dentária até ao nascimento do bebé, 94,5% (n=103) dos clínicos responderam que não aconselham a adiar e apenas 5,5% (n=6) responderam que aconselham.

Obtiveram-se resultados muito semelhantes quando se questionou sobre adiar as consultas durante o período de amamentação, 92,7% (n=101) não aconselham a adiar e apenas 7,3% (n=8) aconselham a adiar.

Segundo o Gráfico 3, 53,2% (n=58) da amostra respondeu que as consultas/tratamentos dentários podem ser realizados durante toda a gravidez e apenas 6,4% (n=7) respondeu que apenas deviam ser realizadas durante o 2º trimestre.

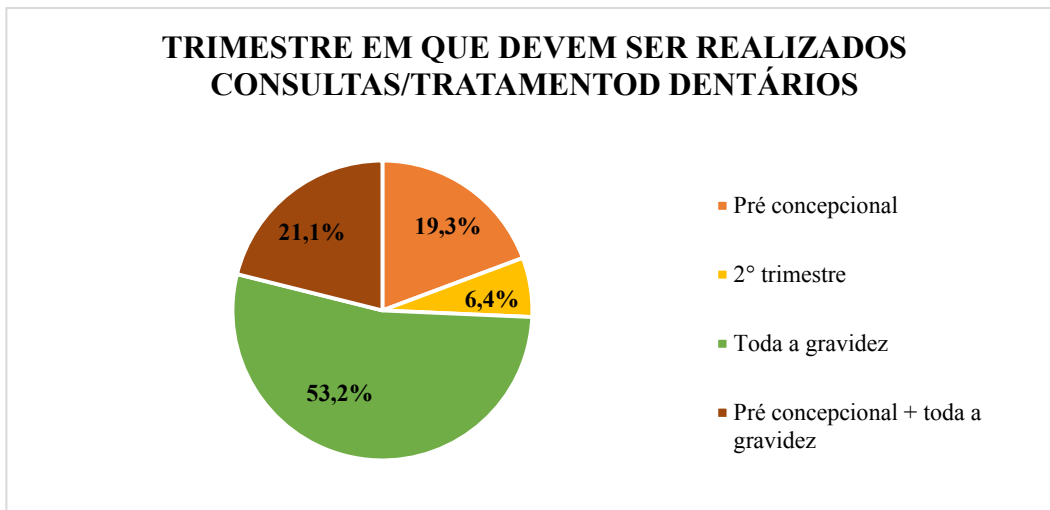


Gráfico 3: Distribuição do trimestre mais aconselhado para a realização de consultas/tratamentos dentários.

A opinião da maioria (80,8%) dos clínicos relativamente à segurança da realização de intervenções dentárias em caso de dor durante a gravidez é que podem ser realizadas durante toda a gravidez. E apenas 5,5% (n=6) da amostra respondeu que deveriam ser realizadas durante o 2º trimestre.

Segundo o Gráfico 4, 67,0% (n=73) da amostra respondeu que em caso de dor de origem dentária medica e orienta a grávida para ser vista por um médico dentista. Apenas 3,7% (n=4) medica com Paracetamol/AINE/Tramadol.

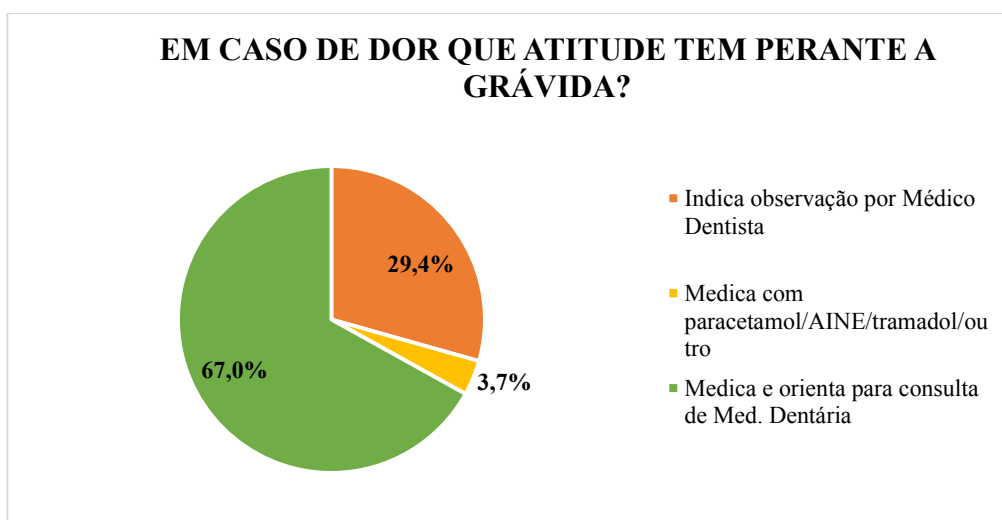


Gráfico 4: Distribuição da atitude em caso de dor que a grávida tem perante a dor.

Na amostra analisada 100% (n= 109) dos clínicos consideraram segura a observação da cavidade oral durante a gravidez.

Apenas 36,7% (n=40) da amostra considera segura a realização de radiografias intraorais durante a gravidez, 52,4% (n=57) não considera seguro e 11% (n=12) não respondeu a esta questão.

Relativamente à realização de ortopantomografias durante a gravidez, 63,3% (n=69) da população do estudo não recomenda a sua realização, 22,0% (n=24) considera seguro e 14,7% (n= 16) optou por não responder à questão.

A opinião dos clínicos sobre a realização de extrações dentárias durante a gravidez é: 75,2% (n=82) considera seguro, 11,9% (n=13) não considera seguro e 12,8% (n=14) não respondeu.

Em relação ao uso de anestesia local 79,8% (n=87) da amostra considera seguro, 8,3% (n=9) não considera seguro e 11,9% (n= 3) não respondeu.

Cerca de 86,2% (n=94) da amostra analisada considera segura a realização de destarizações durante a gravidez, apenas 6,4% (n=7) não considera seguro e 7,3% (n=8) não respondeu.

Apenas 10,1% (n=11) da amostra não recomenda a realização de restaurações dentárias durante a gravidez enquanto que para 67,0% (n=73) é segura a sua realização e 22,9% (n=25) optou por não responder.

Na opinião dos clínicos a realização de desvitalizações é segura para cerca de 54,1% (n=59) da amostra, apenas cerca de 20,2% (n=22) não considera seguro e 25,7% (n=28) não respondeu.

Relativamente a qual o anestésico local mais seguro para a grávida, cerca de 96,3% (n=105) da amostra considerou a Lidocaína e apenas 3,7% (n=4) referiu a Mepivacaína como uma opção válida.

Ao serem questionados se os anestésicos locais deveriam ser administrados com ou sem a associação de vasoconstritor, 13,8% (n=15) da amostra respondeu com vasoconstritor. 76,1% (n=83) respondeu sem vasoconstritor, 3,7% (n=4) com ou sem e por fim 6,4% (n=7) da amostra não responderam a esta questão.

Segundo o Gráfico 5, 87,2% (n=95) da amostra respondeu Amoxicilina/Amoxicilina + Ácido Clavulânico quando questionados qual o antibiótico mais seguro durante a gravidez e 7,3% (n=8) da amostra respondeu os grupos das Penicilinas/Macrólidos/Cefalosporinas.

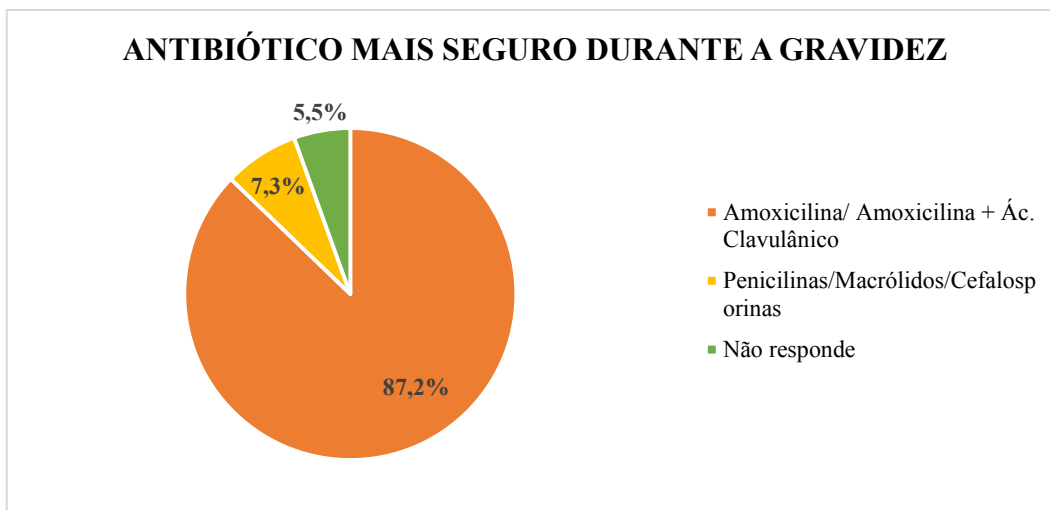


Gráfico 5: Distribuição de qual o antibiótico considerado mais seguro para as grávidas.

Na amostra analisada 98,2% (n=107) dos clínicos consideraram Paracetamol como o analgésico mais adequado para a grávida e 1,8% (n=2) a associação Paracetamol + tramadol.

Segundo o Gráfico 6, 32,1% (n=35) da amostra respondeu Ibuprofeno ou Ibuprofeno (excepto 3º trimestre) e 9,2% (n=10) respondeu outros, como Clonixina, Diclofenac, Naproxeno.

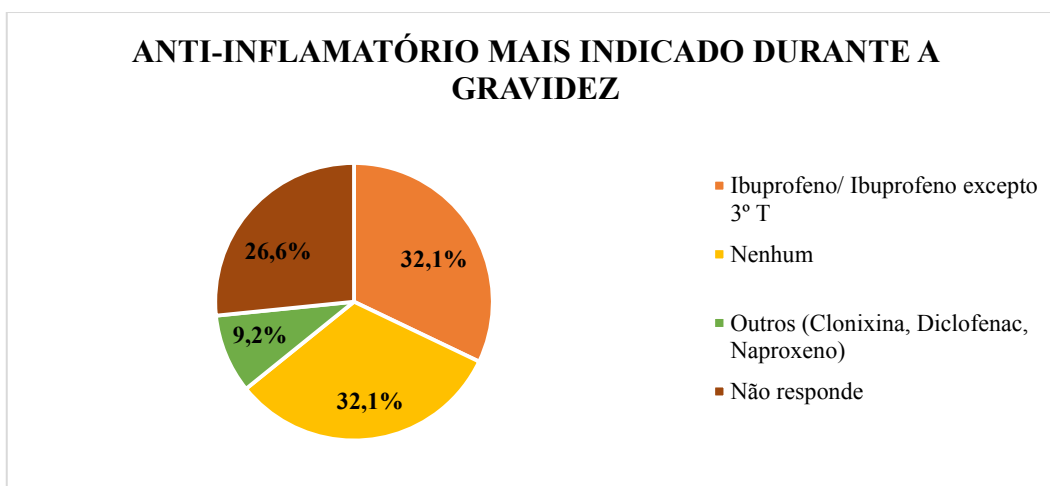


Gráfico 6: Distribuição de qual o anti-inflamatório considerado mais seguro para as grávidas.

Ao questionar os clínicos se estes restringem o uso de alguns fármacos durante a gravidez pelo seu eventual efeito secundário na saúde oral do feto/bebê, 67,9% (n=74) responderam que sim e apenas 32,1% (n=35) não restringiam.

Dos fármacos que eram restringidos 32,4% (n=24) da amostra respondeu Tetraciclina/Outros, 12,2% (n=9) respondeu AINE's e cerca de 55,4% não respondeu.

Na amostra analisada 89,9% (n=97) afirmou que habitualmente consulta as tabelas de classificação de fármacos durante o período da gravidez e amamentação e apenas 11,0% (n=12) disse não consultar.

No entanto, apenas 5,5 % (n=6) da população do estudo respondeu quais as categorias descritas (A, B, C, D, X), 36,7% (n=40) apenas afirmou conhecer, 4,6% (n=5) disse não conhecer e 53,2% (n=58) não respondeu a esta questão.

Segundo a Tabela 5, 56,9% (n=62) da amostra não recomenda o uso de flúor sistêmico durante a gravidez e apenas 11,9% (n=13) diz recomendar.

Tabela 5: Qual a opinião sobre o uso de flúor sistêmico durante a gravidez

	Frequência	Porcentagem
Recomenda	13	11,9%
Não recomenda	62	56,9%
Indiferente	34	31,2%
Total	109	100%

A opinião dos clínicos sobre a colocação de implantes durante a gravidez é maioritariamente contra a sua colocação, 82,6% (n=90) e apenas 17,4% (n=19) considera segura a sua colocação.

Em relação à realização de tratamentos ortodônticos durante a gravidez 63,3% (n=69) da amostra considera segura a sua realização e 36,7% (n=40) tem opinião contrária.

5. Eficácia do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral nas grávidas

Quando questionados se consideram uma mais valia a realização de ações de sensibilização para a saúde oral durante a gravidez 97,2% (n=106) dos clínicos responde afirmativamente contra apenas 1,8% (n=2) que respondem negativamente.

Cerca de 60,6% (n=66) da amostra considera os Centros de Saúde, bons locais para a realização dessas ações de sensibilização, 11,9% (n=13) da amostra apontou os Centros de Saúde juntamente com Hospitais como locais ideais e 9,2% (n=10) os Centros de Saúde juntamente com as redes sociais, e meios de comunicação (TV, Rádio).

Segundo o Gráfico 7, 27,5% (n=30) da amostra respondeu que essas ações deveriam ser realizadas durante toda a gravidez e 3,7% (n=4) da amostra respondeu que essas ações deveriam ser realizadas no período pré concepcional e durante toda a gravidez.

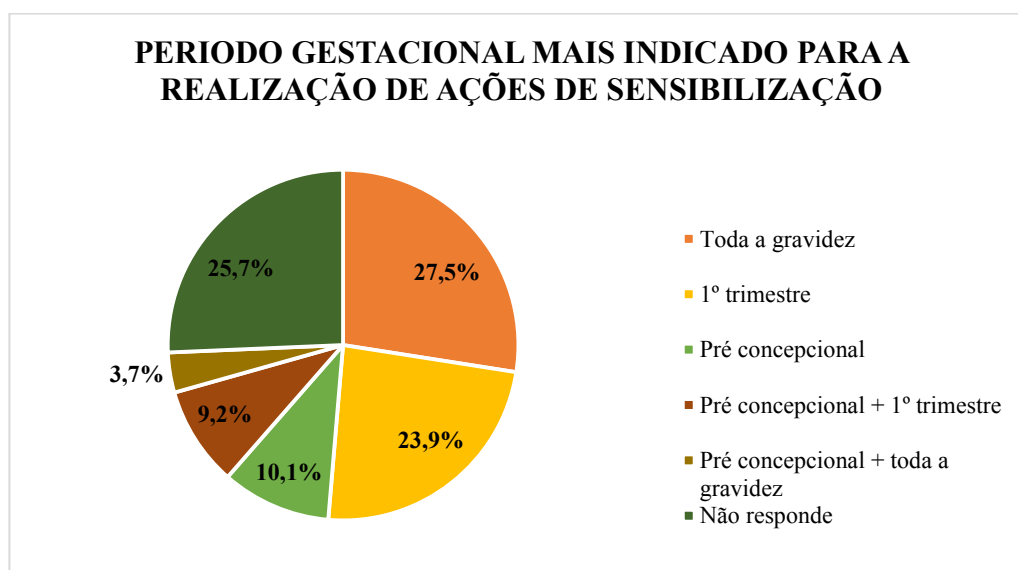


Gráfico 7: Distribuição de qual o período gestacional mais indicado para a realização de ações de sensibilização para a promoção da saúde oral.

Segundo a Tabela 6, 87,2% (n=95) dos clínicos referencia as grávidas quando estas apresentam queixas dentárias para serem observadas por Médicos Dentistas (Medicina Privada) e apenas 0,9% (n=1) diz reencaminhar para o serviço de Estomatologia (Hospital Público).

Tabela 6: Para onde referencia as grávidas quando estas apresentam queixas dentárias

	Frequência	Percentagem
Médico Dentista (Medicina Privada)	95	87,2%
Estomatologista (Hospital Público)	1	0,9%
Médico Dentista + Estomatologista	11	10,1%
Não responde	2	1,8%
Total	109	100%

Quando questionados qual o principal motivo para os clínicos referenciarem na sua maioria para os Médicos Dentistas (Medicina Privada) 62,4% (n=68) da amostra afirma que se deve ao facto de não haver resposta no SNS e 34,9% (n=38) da amostra referiu que se devia a uma resposta insuficiente no SNS.

Na amostra analisada (onde foram apenas consideradas as respostas dos médicos de Medicina Geral e Familiar) 100% (n=83) dos clínicos afirma informar as grávidas da existência de cheques dentistas.

Relativamente à emissão de cheques dentistas 97,6% (n=81) da amostra afirma que emite sempre e apenas 2,4% (n=2) diz emitir quando solicitado.

Segundo o Gráfico 8, 75,9% (n=63) da amostra afirmou realizar a emissão dos cheques dentistas na primeira consulta de acompanhamento pré-natal e apenas 3,7% (n=4) diz emitir em qualquer consulta.

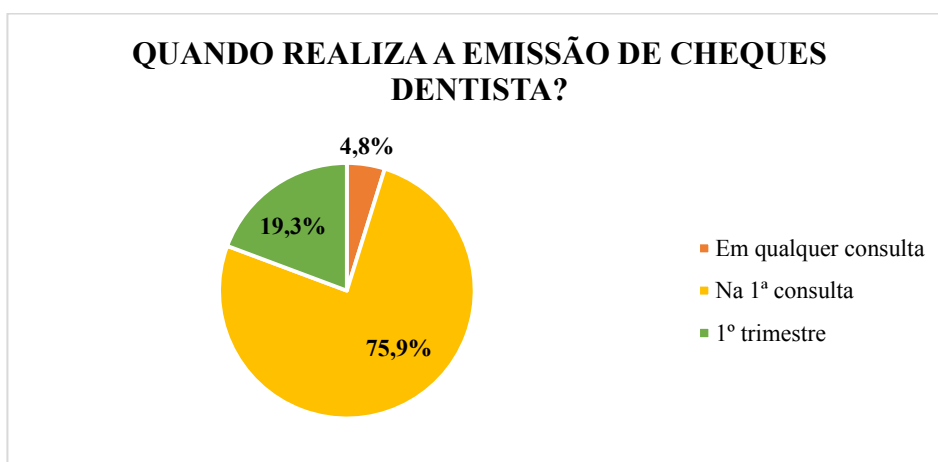


Gráfico 8: Distribuição de quando realiza a emissão de cheques dentista

De seguida vão ser apresentados os resultados obtidos após cruzamento de variáveis, no entanto só serão apresentados aqueles que possuem significância estatística.

Correlação entre a especialidade e o aconselhamento da ida a consultas de medicina dentária a mulheres que planeiam engravidar

A distribuição do aconselhamento de idas a consultas de Medicina Dentária a mulheres que planeiam engravidar, de acordo com a especialidade do clínico é visível na Tabela 7.

Pode usar-se o teste qui-quadrado, cujo $p=0,008<0,05$. Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,254 (25,4%), o que indica uma relação moderada.

Na amostra, verifica-se uma tendência para os médicos de Medicina Geral e Familiar recomendarem a ida a consultas de Medicina Dentária, enquanto que nos médicos Obstetras/Ginecologistas o aconselhamento e o não aconselhamento estão equilibrados.

Tabela 7: Distribuição do aconselhamento de idas a consultas de Medicina Dentária a mulheres que planeiam engravidar

	Sim	Não	Total
Obstetra/Ginecologista	13	13	26
MGF	64	19	83
Total	77	32	109

Correlação entre a especialidade e a referência à importância de uma boa saúde oral durante a gravidez

A distribuição da referência à importância de uma boa saúde oral durante a gravidez de acordo com a especialidade do clínico foi analisada e pode utilizar-se o teste qui-quadrado, cujo $p=0,008<0,05$, logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,255 (25,5%), o que indica uma relação moderada.

Na amostra, verifica-se uma tendência mais acentuada por parte dos médicos de Medicina Geral e Familiar para referir essa importância ($71/83=85,5\%$) em relação aos médicos Obstetras/Ginecologistas ($16/26=61,5\%$).

Correlação entre a especialidade e o aconselhamento da ida a consultas de medicina dentária as grávidas

A distribuição do aconselhamento da ida a consultas de medicina dentária às grávidas de acordo com a especialidade do clínico foi analisada, no entanto não se pode usar o teste qui-quadrado, mas como se tratava de uma tabela 2×2 , usou-se o teste de correção de continuidade cujo $p=0,004 < 0,05$. Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é $0,313$ ($31,3\%$), o que indica uma relação moderada.

Na amostra, verifica-se uma tendência mais acentuada para esse aconselhamento por parte dos médicos de Medicina Geral e Familiar ($79/83=95,2\%$) em relação aos médicos Obstetras/Ginecologistas ($19/26=73,1\%$).

Correlação entre a especialidade e o hábito de questionar as grávidas acerca da sua última ida/consulta de medicina dentária

A distribuição do hábito de questionar as grávidas acerca da sua última ida/consulta de medicina dentária de acordo com a especialidade do clínico foi analisada e pode utilizar-se o teste qui-quadrado, cujo $p=0,008 < 0,05$, logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é $0,382$ ($38,2\%$), o que indica uma relação moderada forte.

Na amostra, verifica-se que os médicos de Medicina Geral e Familiar têm por hábito questionar sobre a última ida ao dentista ($50/83=60,2\%$) e os médicos Obstetras/Ginecologistas na sua maioria não o fazem ($4/26=11,4\%$).

Correlação entre a especialidade e a opinião dos clínicos sobre se as grávidas costumam apresentar queixas durante a gravidez

A distribuição sobre a opinião dos clínicos se as grávidas apresentam queixas durante a gravidez de acordo com a sua especialidade foi analisada e pode utilizar-se o

teste qui-quadrado, cujo $p=0,039<0,05$, logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,197 (19,7%), o que indica uma relação moderada.

Na amostra, verifica-se que para a maioria dos médicos de Medicina Geral e Familiar não existem queixas (32/83=38,6%) enquanto que para os médicos Obstetras/Ginecologistas existem. (16/26=61,5%).

Correlação entre a especialidade e a opinião dos clínicos sobre se a realização de radiografias intraorais é segura durante a gravidez

A distribuição sobre a opinião dos clínicos se a realização de radiografias intraorais é segura durante a gravidez de acordo com a sua especialidade é visível na Tabela 8.

Pode usar-se o teste qui-quadrado, cujo $p=0,000<0,05$, logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,608 (60,8%), o que indica uma relação forte.

Na amostra, verifica-se que para a maioria dos médicos Obstetras/Ginecologistas a realização de radiografias intraorais é segura (23/25=92%), enquanto que para os médicos de Medicina Geral e Familiar a sua realização não é considerada tão segura (17/72=23,6%).

Tabela 8: Distribuição da opinião dos clínicos sobre a segurança da realização de radiografias intraorais durante a gravidez

	Sim	Não	Não responde	Total
Obstetra/Ginecologista	23	2	1	26
MGF	17	55	11	83
Total	40	57	12	109

Correlação entre a especialidade e a opinião dos clínicos sobre se a realização de ortopantomografias é segura durante a gravidez

A distribuição sobre a opinião dos clínicos se a realização de ortopantomografias é segura durante a gravidez de acordo com a sua especialidade foi analisada e pode utilizar-se o teste qui-quadrado, cujo $p=0,000<0,05$, logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,387 (38,7%), o que indica uma relação moderada forte.

Na amostra, verifica-se que, para mais de metade dos Médicos Obstetras/Ginecologistas, a realização de ortopantomografias é segura (12/21=57,14%) enquanto que para os médicos de Medicina Geral e Familiar a sua realização não é considerada tão segura (12/72=16,67%).

Correlação entre a especialidade e a opinião dos clínicos sobre qual o antibiótico mais seguro para a grávida

A distribuição sobre a opinião dos clínicos relativamente a qual o antibiótico mais seguro para a grávida de acordo com a sua especialidade foi analisada, no entanto o teste qui-quadrado não pode ser utilizado, mas como é tabela 2x2, usou-se a correção de continuidade, que originou um $p=0,000<0,05$, logo as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,416 (41,6%), o que indica uma relação moderada forte.

Na amostra, verifica-se que ambas as especialidades recomendam maioritariamente Amoxicilina ou a associação fixa Amoxicilina e Ácido Clavulânico, no entanto cerca de 27,0% (7/26) dos médicos Obstetras recomendam Penicilinas/Macrólidos/Cefalosporinas contra apenas 1,3% (1/77) dos médicos de Medicina Geral e Familiar.

Correlação entre a especialidade e a opinião dos clínicos sobre quais os fármacos que devem ser restringidos nas grávidas

A distribuição sobre a opinião dos clínicos relativamente a quais os fármacos que devem ser restringidos durante a gravidez por eventuais efeitos secundários na saúde oral do feto/bebé de acordo com a sua especialidade foi analisada, no entanto o teste qui-

quadrado não pode ser utilizado, mas como é tabela 2x2, usou-se a correção de continuidade, que originou um $p=0,033<0,05$, logo as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,432 (43,2%), o que indica uma relação moderada forte.

Na amostra, verifica-se que a maioria dos médicos Obstetras/Ginecologistas restringe o uso de tetraciclina (57,7%), enquanto que apenas 12,1% dos médicos de Medicina Geral e Familiar refere a importância de restringir o uso de tetraciclina durante a gravidez.

Correlação entre o número de anos de atividade e o aconselhamento da ida a consultas de medicina dentária a mulheres que planeiam engravidar

A distribuição da consideração dos clínicos que constituem a totalidade da amostra sobre o aconselhamento da ida a consultas de medicina dentária a mulheres que planeiam engravidar de acordo com o seu número de anos de atividade, foi analisada e para tal utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney, que originou um $p=0,014<0,05$.

Na amostra verifica-se que o número de anos de atividade influencia a resposta a esta questão, sendo que os clínicos que aconselham a ida têm em média mais anos de atividade (cerca de 20 anos) do que os que respondem não aconselham (cerca de 12 anos).

Correlação entre o número de anos de atividade e a referência à importância de uma boa saúde oral durante a gravidez

A distribuição da consideração dos clínicos que constituem a totalidade da amostra sobre a questão se enfatiza ou não a importância de uma boa saúde oral durante a gravidez de acordo com o seu número de anos de atividade, foi analisada e para tal utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney, que originou um $p=0,005<0,05$.

Na amostra verifica-se que o número de anos de atividade influencia a resposta a esta questão, sendo que os clínicos que fazem referência à importância de uma boa saúde oral durante a gravidez têm em média mais anos de atividade (cerca de 20 anos) do que os que responderam que não (cerca de 9 anos).

Correlação entre número de anos de atividade e o hábito de questionar as grávidas acerca da sua última consulta de medicina dentária

A distribuição da consideração dos clínicos que constituem a totalidade da amostra sobre o hábito de questionar as grávidas acerca da sua última consulta de medicina dentária de acordo com o seu número de anos de atividade, foi analisada e para tal utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney, que originou um $p=0,014<0,05$.

Na amostra verifica-se que o número de anos de atividade influencia a resposta a esta questão, sendo que os clínicos que habitualmente questionam as grávidas sobre a sua última consulta de medicina dentária têm em média mais anos de atividade (cerca de 23 anos) do que os que responderam que não questionam (cerca de 12 anos).

Correlação entre o número de anos de atividade e o aconselhamento de práticas regulares de higiene oral às grávidas

A distribuição da consideração dos clínicos que constituem a totalidade da amostra sobre o aconselhamento de práticas regulares de higiene oral às grávidas de acordo com o seu número de anos de atividade, foi analisada e para tal utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney, que originou um $p=0,003<0,05$.

Na amostra verifica-se que o número de anos de atividade influencia a resposta a esta questão, sendo que os clínicos que aconselham a prática de hábitos de higiene oral nas grávidas têm em média mais anos de atividade (cerca de 20 anos) do que os que responderam que não emitem qualquer aconselhamento (cerca de 11 anos).

Correlação entre o número de anos de atividade e o aconselhamento do uso de pastas com flúor durante a gravidez

A distribuição da consideração dos clínicos que constituem a totalidade da amostra sobre o aconselhamento do uso de pastas com flúor durante a gravidez de acordo com o seu número de anos de atividade, foi analisada e, para tal, utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney, que originou um $p=0,014<0,05$.

Na amostra verifica-se que o número de anos de atividade influencia a resposta a esta questão, sendo que os clínicos que aconselham o uso de pastas com flúor durante a

gravidez têm em média mais anos de atividade (cerca de 21 anos) do que os que responderam que não aconselham. (cerca de 14 anos).

Correlação entre o número de anos de atividade e a opinião dos clínicos se a gravidez provoca ou não mudanças a nível da saúde oral das grávidas

A distribuição da consideração dos clínicos que constituem a totalidade da amostra sobre qual a sua opinião acerca da questão se a gravidez provoca ou não mudanças a nível da saúde oral das grávidas de acordo com o seu número de anos de atividade foi analisada, e para tal, utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney, que originou um $p=0,014<0,05$.

Na amostra verifica-se que o número de anos de atividade influencia a resposta a esta questão, sendo que os clínicos que consideram que a gravidez provoca alterações ao nível da saúde oral têm em média mais anos de atividade (cerca de 19 anos) do que os que responderam que não provoca (cerca de 12 anos).

Correlação entre o número de anos de atividade e o aconselhamento de qual a frequência de lavagem durante a gravidez

A distribuição da consideração dos clínicos que constituem a totalidade da amostra sobre o aconselhamento relativamente à frequência de lavagem durante a gravidez de acordo com o seu número de anos de atividade, foi analisada e para tal utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, que originou um $p=0,001<0,05$.

As diferenças significativas apenas se verificam entre os clínicos que responderam 2x/dia e os que responderam após qualquer refeição, sendo que os clínicos que responderam que a frequência de lavagem deveria ser após qualquer refeição têm em média mais anos de atividade (cerca de 22 anos) do que os que responderam que apenas 2x/dia (cerca de 13 anos).

Correlação entre o número de anos de atividade e o aconselhamento de qual o trimestre mais indicado para a realização de consultas/tratamentos dentários

A distribuição da consideração dos clínicos que constituem a totalidade da amostra sobre o aconselhamento de qual o trimestre mais indicado para a realização de

consultas/tratamentos dentários de acordo com o seu número de anos de atividade, foi analisada e para tal utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, que originou um $p=0,001<0,05$.

As diferenças significativas apenas se verificam entre os clínicos que responderam “toda a gravidez” e os que responderam “pré concecional + toda a gravidez”, sendo que os clínicos que responderam “pré concecional + toda a gravidez” têm em média mais anos de atividade (cerca de 25 anos) do que os que responderam que apenas “toda a gravidez” (cerca de 14 anos).

Correlação entre o número de anos de atividade e a opinião dos clínicos sobre se a realização de desvitalizações é segura durante a gravidez

A distribuição da consideração dos clínicos que constituem a totalidade da amostra sobre se a realização de desvitalizações durante a gravidez é segura, com o seu número de anos de atividade, foi analisada e para tal utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney, que originou um $p=0,023<0,05$.

Na amostra verifica-se, portanto, que o número de anos de atividade influencia a resposta a esta questão, sendo que os clínicos que consideram a realização de desvitalizações durante a gravidez é segura têm em média menos anos de atividade (cerca de 15 anos) do que os que responderam que não consideram segura (cerca de 22 anos).

Correlação entre o número de anos de atividade e o aconselhamento do uso de flúor sistémico durante a gravidez

A distribuição da consideração dos clínicos que constituem a totalidade da amostra sobre o aconselhamento do uso de flúor sistémico durante a gravidez de acordo com o seu número de anos de atividade, foi analisada e para tal utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, que originou um $p=0,002<0,05$.

Verifica-se, portanto, que o número de anos de atividade influencia a resposta a esta questão, sendo que os clínicos que recomendam o uso de flúor sistémico durante a gravidez têm em média mais anos de atividade (cerca de 35 anos) do que os responderam que não recomendam (cerca de 19 anos) ou que é indiferente (cerca de 8 anos).

Correlação entre o número de anos de atividade e a opinião dos clínicos sobre a realização de tratamentos ortodônticos durante a gravidez

A distribuição da consideração dos clínicos que constituem a totalidade da amostra sobre se a realização de tratamentos ortodônticos durante a gravidez com o seu número de anos de atividade, foi analisada e para tal utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney, que originou um $p=0,014<0,05$.

Na amostra verifica-se, portanto, que o número de anos de atividade influencia a resposta a esta questão, sendo que os clínicos que consideram que a realização de tratamentos ortodônticos durante a gravidez pode ser efetuada têm em média menos anos de atividade (cerca de 14 anos) do que os que responderam que não deve ser realizada (cerca de 24 anos).

V - Discussão dos Resultados

5.1. Método de Investigação

O presente estudo obteve 109 respostas, número que se pode considerar satisfatório, uma vez que o trabalho em questão se insere na categoria de estudo piloto e podemos encontrar na literatura estudos piloto semelhantes que possuem uma amostra idêntica à que conseguimos recrutar.^(49,50)

O método de distribuição *on-line* do questionário através da utilização da ferramenta JotForm[®] demonstrou ser o ideal para a obtenção de um maior número de respostas. Para a distribuição do questionário recorreu-se a “*mailing lists*” dos ACES de Trás-os-Montes II - Alto Tâmega e Barroso, do ACES do Douro I – Marão e Douro Norte, do ACES do Douro II - Douro Sul e da USF Buarcos e UCSP Figueira Urbana, assim como, a “*mailing lists*” do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro e do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu. Também outros autores optaram por esta forma de divulgação nos seus estudos, como refere a bibliografia.^(49–51)

A escolha dos ACES nos quais foi aplicado o questionário, bem como dos serviços de Ginecologia/Obstetrícia já referidos deveu-se ao facto de existir uma maior facilidade de acesso e de comunicação com os mesmos por parte da investigadora.

Comparando o método pelo qual optámos (divulgação online) com o método tradicional (preenchimento em papel), concluímos que este último não permitiria atingir de forma tão prática e rápida uma amostra mais alargada de médicos de Medicina Geral e Familiar e de médicos Obstetras/Ginecologistas, nem abranger várias regiões do país. Desta forma evitaram-se os custos inerentes à necessidade de deslocações. Este tipo de divulgação tem como grande desvantagem excluir participantes que não utilizem frequentemente e-mail e serviços de Internet e não permitir o contacto direto com os participantes, o que impossibilita o esclarecimento de dúvidas ou o incentivo ao preenchimento do questionário.

A ferramenta JotForm[®], utilizada para a elaboração do formulário, foi essencial para o tratamento dos dados e análise estatística, uma vez que, ao ser compatível com o Microsoft Office[®], permitiu descarregar diretamente os resultados/respostas para uma folha de Excel[®] e, posteriormente, para o SPSS[®]. Este processo automático de preenchimento/inserção de dados permitiu uma diminuição do erro associado a uma transposição manual.

A presente investigação teve como objetivo avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos Obstetras/Ginecologistas e dos médicos de Medicina Geral e Familiar e essa avaliação foi feita a partir das respostas dos próprios médicos através da aplicação do questionário, deve ser equacionada a existência de um viés de resposta. Isto poderá ser particularmente evidente nas questões relativas a comportamentos e atitudes médicas, onde os participantes podem ter sido influenciados a responder de acordo com o que é mais aceite ou considerado mais correto.

No seguimento da tese intitulada “A medicina dentária e a gestação. “Estarão as grávidas cientes da importância da saúde oral para elas próprias e para a criança que irá nascer?” desenvolvida na disciplina de Odontopediatria no ano letivo 2015/2016 foi feita a comparação das respostas dadas, a perguntas semelhantes existentes nos dois estudos: dos clínicos do nosso estudo com as das grávidas do referido trabalho.

5.2. Caracterização da amostra

A amostra do estudo em questão foi constituída por um total de 109 indivíduos, sendo que este número idealmente deveria ser alargado para conseguirmos um maior número de resultados com significância estatística. No entanto, outros estudos semelhantes também apresentaram uma amostra da mesma ordem de grandeza do nosso estudo, à semelhança do estudo realizado por *Wilson et al* em 2017.^(49,50)

Verificou-se que a maioria dos médicos que compõem a nossa amostra pertencem ao género feminino (67%, n=73) encontrando-se em menor número os médicos do género masculino (33%, n=36). Este resultado vai de encontro ao que era esperado, tendo em conta a estatística realizada em 2016, dos médicos inscritos na Ordem dos Médicos, de acordo com a especialidade, idade e género (anexo 1), a qual revela que 60,5% (n=3961) dos médicos que exercem Medicina Geral e Familiar são do género feminino, assim como, 63,9% (n=1078) dos médicos Obstetras/Ginecologistas.

Relativamente à distribuição da idade, a maioria da amostra encontra-se na faixa etária acima dos 50 anos (35,8%) e na faixa etária abaixo dos 30 anos (31,2%) perfazendo um total de 67,0% da nossa amostra. Em relação ao facto de existir uma maior percentagem de clínicos com idade superior a 50 anos na nossa amostra, mais uma vez este resultado vai de encontro com o esperado, uma vez que a estatística disponibilizada pela Ordem dos Médicos (Anexo 1), revela que 74,6% (n=4891) dos médicos que

exercem Medicina Geral e Familiar possuem mais de 50 anos, assim como, 74,9% (n=1283) dos médicos Obstetras/Ginecologistas. Em relação ao grande número de respostas obtidas pertencentes ao grupo etário abaixo dos 30 anos, deveu-se ao facto de os inquiridos terem tido uma taxa de resposta muito elevada por parte dos médicos do Internato de Medicina Geral e Familiar e do Internato de Obstetrícia/Ginecologia, uma vez que o uso da Internet, e-mails e outras ferramentas informáticas é muito mais elevado em faixas etárias mais baixas.

O facto de a nossa amostra ser constituída por dois extremos das faixas etárias, < 30 anos e > 50 anos, resultou numa grande discrepância quanto ao número de anos de atividade, uma vez que se obteve respostas de clínicos que apenas exerciam há 2 anos e também de clínicos que já exerciam há 40 anos. No entanto, em média, a nossa amostra apresentava cerca de 18 anos de exercício da sua atividade clínica, o que nos parece bastante interessante, no que diz respeito a relevância dos resultados. Estamos a falar, portanto, de médicos com alguma experiência.

Quanto à especialidade dos clínicos que constituem a nossa amostra verificou-se que existe uma maior percentagem de médicos de Medicina Geral e Familiar 76,1% (n=83) em comparação com a percentagem de médicos Obstetras/Ginecologistas 23,9% (n=26). Este resultado está novamente coincidente com os dados da Ordem dos Médicos, (anexo 1), que revela que existem cerca de 6553 médicos de Medicina Geral e Familiar e apenas 1714 médicos Obstetras/Ginecologistas a exercer em Portugal. O ideal seria conseguir uma amostra mais equilibrada entre especialidades, no entanto, dado o número de médicos de Medicina Geral e Familiar ser muito superior ao número de médicos Obstetras/Ginecologistas conseguimos que os nossos resultados sejam coincidentes com a realidade.

No estudo verificou-se que a maior percentagem de clínicos exerce a sua atividade profissional no distrito de Vila Real 66,1% (n=72) e a menor percentagem pertence ao Distrito de Aveiro 3,7%, (n=4). Estes dados não estão de acordo com a estimativa realizada em 2016, dos médicos inscritos na Ordem dos Médicos, de acordo com distrito, idade e sexo (Anexo 2), a qual revela que no distrito de Vila Real exercem apenas 1,3% dos médicos e 4,1% exercem no distrito de Aveiro. Esta discrepância deve-se, como já foi referido, à facilidade de contactar os médicos do ACES de Trás-os-Montes II - Alto Tâmega e Barroso, do ACES do Douro I – Marão e Douro Norte, do ACES do Douro II - Douro Sul, assim como do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro.

5.3. Hábitos de aconselhamento de MD

Os resultados relativos aos aconselhamentos de idas a consultas de Medicina Dentária a mulheres que pretendem engravidar e a referência aos benefícios de uma correta saúde oral durante a gravidez por parte dos clínicos que constituem a amostra demonstra que cerca de 70% a 80% da amostra está sensibilizada para realizar esse aconselhamento.⁽⁴⁹⁾ Esse número aumenta para os 90% quando questionados se aconselham as grávidas a realizar consultas de Medicina Dentária. No entanto apenas cerca de 50% dos clínicos questionam sobre a última ida ao Médico Dentista, sendo este comportamento similar ao que é descrito noutros estudos sobre esta temática.⁽⁵¹⁾

Estes comportamentos, exceto o não questionarem sobre a última ida a uma consulta de Medicina Dentária, estão de acordo com as orientações da Direção Geral de Saúde, que refere: “...as mulheres grávidas representam um outro grupo populacional a ter em atenção... a existência de transmissão mãe-filho de bactérias patogénicas envolvidas na génese das doenças orais. Neste contexto, a Assembleia Mundial de Saúde sugere aos Estados membros que integrem nas suas políticas a prevenção e controlo das doenças orais, na mãe e na criança *“In Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 19 de Fevereiro de 2008 - Despacho n.º 4324/2008”*”.

No entanto, ao comparar com as respostas dadas pelas gestantes no estudo “A medicina dentária e a gestação. “Estarão as grávidas cientes da importância da saúde oral para elas próprias e para a criança que irá nascer?” verificou-se que não existe conformidade nas respostas, uma vez que 89% das gestantes referiram que não realizaram uma consulta com o médico dentista antes de engravidar, sendo que 45% referiu não o ter feito por não ter pensado sobre isso, o que revela que não obtiveram qualquer aconselhamento. Desta forma, mais estudos devem ser realizados para confirmar a veracidade destes dados.

5.4. Prevenção

Tal como descrito na literatura, na nossa amostra verificou-se que mais de metade dos médicos, 70%, aconselha as grávidas a praticar hábitos de higiene oral. Infelizmente quando questionados sobre se referem hábitos de escovagem dentária e sobre o uso de pastas dentífricas com flúor essa percentagem desce para os 50%.⁽³⁵⁾ Todavia, apenas

21% da amostra sabe qual os valores de flúor recomendados pelas *guidelines* da Direção Geral de Saúde entre 1000 a 1500 ppm e a quantidade recomendada de aproximadamente 1 cm. Estes resultados indicam-nos que existe algum desconhecimento dos clínicos em relação às práticas de higiene oral, nomeadamente frequência de lavagem e quantidade de flúor presente nas pastas dentífricas, no entanto, essas indicações e valores podem facilmente ser acedidas nas *guidelines* do PNPSO no site da DGS.

Uma vez mais, ao comparar com as respostas dadas pelas gestantes no estudo “A medicina dentária e a gestação. “Estarão as grávidas cientes da importância da saúde oral para elas próprias e para a criança que irá nascer?” verificou-se que não existe conformidade nas respostas dos clínicos e das gestantes. Visto que 77% das gestantes afirmou não ter recebido informação sobre saúde oral e gravidez e 60% considerou não estar suficientemente informada sobre saúde oral na gravidez, o que vai contra os dados obtidos no nosso estudo.

5.5. Práticas dos médicos Obstetras/Ginecologistas e dos médicos de Medicina Geral e Familiar

Os resultados relativos à perceção dos clínicos em relação ao método de atuação mais correto após um episódio de vômito, revela alguma falta de informação dos profissionais de saúde, no que diz respeito a esta temática. Uma vez que 31% admite aconselhar a escovagem dentária após um episódio de vômito, aconselhamento esse que difere do referido pela literatura, que aponta como atitude correta, não escovar os dentes num espaço temporal de 30 minutos e a realização de bochechos com colutórios ou bochechar com uma colher de bicarbonato de sódio diluído num copo de água, para neutralizar os ácidos. No entanto, resultados idênticos foram verificados em outros estudos realizados.^(11,34)

No nosso estudo, cerca de 56% dos clínicos afirma que as grávidas não apresentam queixas a nível dentário durante a gravidez.

Verificou-se que, tal como aconteceu em outros estudos, o exame à cavidade oral das grávidas não faz parte do exame da grávida na consulta, e a grande maioria dos clínicos (cerca de 79% da nossa amostra) só observa a cavidade oral se existirem queixas e 13% afirma nunca observar.^(49,51) Muitos dos clínicos afirma não realizar esse exame por falta de conhecimentos a nível dentário, no entanto este deveria fazer parte do exame

pré-natal e, para tal acontecer os médicos de Medicina Geral e Familiar ou os médicos Obstetras/Ginecologistas deveriam recomendar às grávidas a realização de uma consulta de Medicina Dentária.

Relativamente à ocorrência de mudanças na saúde oral durante a gravidez existe um consenso generalizado da maioria dos clínicos de que de facto ocorrem, tanto na nossa amostra (84% respondeu que sim) como em outros estudos realizados. Essas mudanças que ocorrem durante a gravidez devem-se às alterações hormonais decorrentes desse período, o aumento acentuado dos níveis de estrogénio e progesterona são os principais causadores dessas mudanças, assim como, uma maior acumulação de placa bacteriana por uma higiene deficiente aliada a uma dieta mais cariogénica e a um aumento do nível de acidez presente na cavidade oral, derivado aos episódios de vómito e a uma maior frequência de refeições fora das refeições principais, que vai levar a que ocorra uma maior presença de ácidos no meio oral ao longo do dia.^(7,36)

Cerca de 55% dos clínicos da nossa amostra, tal como acontece em estudos realizados por outros autores, quando questionados sobre quais as principais mudanças que ocorrem, responderam gengivas inflamadas e/ou sangramento gengival. Essas alterações mais citadas durante a gravidez são consistentes com o diagnóstico de gengivite gravídica: gengivas inflamadas, edemaciadas, sangramento gengival, aparecimento de tumores gravídicos benignos. Outras das alterações mais frequentes são: queixas de erosão dentária, aumento do número de cáries, mobilidade dentária e periodontite. A gengivite gravídica, tal como descrito na literatura, é a alteração mais comum. É provocada por uma reação inflamatória exagerada a irritantes locais, sendo esta inflamação gengival que, por sua vez pode levar à sensação de dor durante a escovagem, conduzindo a uma pior higiene oral, aumento de placa bacteriana e por consequência maior inflamação o que pode agravar a condição para o diagnóstico de periodontite, que por sua vez irá também provocar um aumento da mobilidade dentária. Em relação ao aumento de cáries dentárias e erosão dentária, a gravidez não provoca nenhuma dessas condições, no entanto, o aumento do consumo de açúcares associado a um maior número de refeições a episódios de vómitos e refluxo gastro esofágico podem levar a uma maior erosão dentária e por consequente a uma maior exposição da dentina, provocando um aumento de sensibilidade dentária e um aumento da suscetibilidade para o aparecimento de cáries dentárias.^(10,11,36)

No nosso estudo, tal como acontece em outros do mesmo género, para cerca de 59% da amostra, as patologias da cavidade oral podem estar relacionadas com possíveis

complicações durante a gravidez e para cerca de 17% dos clínicos as complicações mais comuns são possíveis infecções e parto pré-termo ou baixo peso à nascença. Existem vários estudos que afirmam que essa associação existe, referindo que grávidas que possuem doença periodontal têm uma maior suscetibilidade de sofrer complicações durante a gravidez, como: baixo peso à nascença, parto pré-termo e ruptura precoce de membranas, devido à existência de um foco infeccioso na cavidade oral que ao ser difundido na corrente sanguínea poderá alcançar os tecidos placentários e uterinos, levando a um aumento dos mediadores inflamatórios que irá conduzir a um parto prematuro. No entanto, outros estudos relatam a não existência dessa associação, alegando que não existem dados suficientes para a provar, e que é necessário fazer mais pesquisas sobre os mecanismos biomoleculares que podem estar envolvidos nessa relação. Contudo, apesar de não haver consenso, deve-se evitar o desenvolvimento e/ou controlar a doença periodontal na grávida.^(1,8,12)

Segundo a bibliografia que consultámos, as idas a consultas de Medicina Dentária não devem ser adiadas nem durante a gravidez nem durante o período de amamentação, e as respostas dadas pelos médicos Obstetras/Ginecologistas e os médicos de Medicina Geral e Familiar da nossa amostra estão de acordo, uma vez que mais de 90% respondeu que não aconselham o adiamento das mesmas. A existência de crenças sem fundamentação científica provoca medo e insegurança em relação a tratamentos dentários durante a gravidez, no entanto de acordo com a literatura sabe-se que nenhum tratamento dentário está contraindicado durante a gravidez, uma vez que é mais prejudicial para o feto a manutenção de infeções na cavidade oral da mãe do que qualquer tratamento realizado. Desta forma, a ida às consultas de Medicina Dentária não deve ser adiada.^(1,48)

Cerca de 53% da amostra respondeu que as consultas/tratamentos dentários podem ser realizados durante toda a gravidez e apenas 6% respondeu que apenas deviam ser realizadas durante o 2º trimestre. Segundo a literatura e as *guidelines* da AAPD o tratamento dentário pode ser realizado em qualquer altura da gravidez, contudo o período de eleição para a sua realização é o 2º trimestre da gestação, uma vez que é considerado o período mais estável da gestação, onde o risco de aborto é mais baixo, a organogénese já se encontra completa.^(30,48,52) O 2º trimestre também é considerado o período mais confortável para a grávida, pois os episódios de náuseas e vômitos já são menos frequentes do que no 1º trimestre e ainda não está sujeita a situações incómodas frequentes durante o 3º trimestre, tais como: frequência urinária aumentada, devido ao

peso e redução da bexiga, edema nos membros inferiores, hipotensão postural e desconforto na posição supina devido à pressão exercida na veia cava e na artéria aorta.⁽⁴⁴⁾

Esse valor sobe até aos 81% quando se fala em realizar intervenções dentárias em caso de dor durante toda a gravidez, visto que, adiar um tratamento necessário e prolongar a dor pode resultar num aumento do risco para a grávida e por consequência para o feto, uma vez que o uso frequente de anti-inflamatórios é muito mais prejudicial do que a realização de um tratamento dentário.

Em caso de dor de origem dentária, tal como relatado em outros trabalhos, mais de metade dos clínicos, 67%, medica e orienta a grávida para ser avaliada por um Médico Dentista, uma vez que consideram que esta não é a sua área de especialidade.^(48,53)

Durante a gravidez existem vários tipos de tratamentos que são considerados seguros pela maioria dos clínicos da nossa amostra, tal como se verifica em diversos estudos e é apoiado bibliograficamente em artigos científicos, nos quais é referido que a gravidez não contraindica a realização de tratamentos dentários, e que o adiamento dos mesmos pode configurar-se como uma má-prática médica. Por estes motivos estas devem ser sempre realizadas e desta forma acabar com mitos e crenças que apenas servem para afastar a grávida de uma gravidez saudável a nível da sua saúde oral.^(12,26,51,54,55)

Quando questionados os clínicos referiram que a observação da cavidade oral é segura, com concordância de 100% da amostra; as extrações dentárias são seguras para cerca de 75% da amostra; as destartarizações (limpezas) também são consideradas seguras para 86% da nossa amostra; a realização de restaurações dentárias para 67% da amostra são seguras; a realização de desvitalizações com um valor um pouco menor de concordância (54%), mas mesmo assim mais de metade da amostra considera segura; tratamentos ortodônticos, 63% da amostra considera segura a sua realização; apenas quando questionados sobre a colocação de implantes a opinião foi contrária e a maioria da nossa amostra demonstrou ser contra a sua colocação, cerca de 83%, uma vez que se trata de um procedimento mais invasivo e não urgente, logo o seu adiamento até ao final da gravidez não coloca em risco o bem-estar da grávida.

No entanto, quando questionados sobre a segurança da realização de radiografias intraorais e ortopantomografias a opinião dos clínicos altera-se e a maioria não aconselha a sua realização durante a gravidez, atingindo os 52% e 63% da amostra respetivamente. Contudo, esta opinião não está de acordo com a bibliografia e outros estudos realizados, nos quais se refere que a realização de radiografias intraorais e ortopantomografias não representa qualquer perigo para o feto, uma vez que não existem estudos que comprovem

alguma associação entre a exposição à radiação emitida nos raios-X realizados pelos médicos dentistas e um aumento de malformações congénitas ou inibição de crescimento intrauterino. Está cientificamente provado que a radiação emitida é muito menor que as doses necessárias para causar malformações congénitas, e menor ainda que a radiação cósmica absorvida diariamente. No entanto, devem ser sempre utilizadas as medidas de proteção individuais existentes (aventil e colar de chumbo para proteção radiológica), tendo em particular atenção a glândula tiroideia uma vez que esta, dada a sua posição anatómica se encontra mais suscetível à exposição da radiação emitida durante a realização de exames radiográficos. Todavia, o uso de colares de proteção tiroideia reduz substancialmente a exposição à radiação, logo estes devem sempre ser utilizados durante a realização de radiografias dentárias, para uma maior proteção da grávida e do feto.^(10,35,38,43,50,55)

Relativamente aos fármacos mais utilizados durante a gravidez os clínicos da nossa amostra referiram, assim como acontece em outros trabalhos de investigação sobre o tema: o uso dos anestésicos locais é considerado seguro (80%) e a lidocaína (96%) é considerada a opção ideal, uma vez que pertence à categoria B da FDA. A lidocaína não associado a vasoconstritor (76%), é uma opção segura para a grávida desde que seja administrada na dosagem correta.^(36,38) Como primeira linha na antibioterapia a Amoxicilina/Amoxicilina + Ácido Clavulânico (87%) pertencente à categoria B da FDA, pode ser utilizado durante a gravidez e aleitamento em segurança, uma vez que a sua ação é orientada diretamente para estruturas existentes nas bactérias, logo não causam danos nem ao organismo materno nem ao feto, desde que dentro das doses recomendadas e por um período limitado de tempo.^(10,44) O paracetamol pertencente à categoria B da FDA é o analgésico mais adequado para a grávida (98%), é considerado como o fármaco de eleição no caso de dor oro-facial durante a gestação, uma vez que a sua utilização é considerada extremamente segura. Contudo, deve ser respeitada a dose máxima diária (4 gramas) devido a possíveis questões de hepatotoxicidade.^(10,44) Quanto aos anti-inflamatórios são necessários cuidados especiais na sua administração, estando mesmo o seu uso restringido no 3º trimestre da gestação. O ibuprofeno está classificado durante o 1º e 2º trimestre na categoria B da FDA, mas no 3º trimestre é classificado na categoria D, uma vez que a sua utilização durante este trimestre foi associada a baixos níveis de líquido amniótico, inibição do trabalho de parto e encerramento precoce do ducto arterial fetal.⁽³⁸⁾ Os clínicos referem que fazem a restrição de vários fármacos de acordo com as tabelas de classificação da FDA (90%), uma vez que as únicas categorias seguras na

gravidez são a categoria A e B, sendo que a categoria C já exige precauções especiais e a categoria D está contraindicada. No entanto, as categorias descritas (A, B, C, D) foram apontadas como desconhecidas por cerca de 5% da amostra, o que nos preocupou uma vez que estas tabelas são de fácil acesso e extremamente importantes aquando da prescrição de fármacos.^(10,36) O uso das tetraciclinas foi referido como restringido por cerca de 32% dos clínicos, uma vez que está classificado como categoria D da FDA e está descrito na literatura que o seu uso durante a segunda metade da gravidez está contraindicado, uma vez que este antibiótico atravessa com facilidade a membrana placentária e vai unir-se ao cálcio dos tecidos dentários do feto durante a mineralização, causando anomalias no esmalte e provocando uma descoloração amarelo-acastanhada nos dentes da futura criança.^(36,38) O uso de flúor sistémico também foi referido como sendo não recomendado pela maioria da amostra (57%). Esta recomendação vai de encontro aos estudos realizados que comprovam não existir nenhuma evidência científica que o uso de flúor sistémico durante a gravidez irá beneficiar a dentição da futura criança, uma vez que a maioria da superfície de esmalte da dentição decídua só é formada após o nascimento. Este fármaco está classificado como pertencente à categoria C da FDA e indicada a sua utilização apenas em casos de severo refluxo gastro esofágico causada por episódios exacerbados de vômito durante os primeiros meses da gravidez.^(1,44)

5.6. Eficácia do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral nas grávidas

No estudo realizado, é de realçar que a grande maioria dos médicos (97%) pensa que a realização de ações de sensibilização para a saúde oral durante toda a gravidez é uma mais valia e para cerca de 62% os Centros de Saúde seriam os locais ideais para a sua realização. Todavia, também foram referidos os Hospitais e o recurso a novas tecnologias de informação para a divulgação, como a Internet, através da partilha em redes sociais, e outros meios de comunicação como a TV e a rádio. Este tipo de ações está a ser apoiada e incentivada por projetos do SNS complementares ao PNPSO, como o PLANO B que têm como principais objetivos dar resposta às dificuldades que têm surgido na implementação de algumas das atividades do PNPSO, “através do desenvolvimento das ações, em especial, através de sugestões práticas, no planeamento, execução e acompanhamento das estratégias seguidas”. Simultaneamente, será necessário

criar espaços de educação permanente que estimulem a aprendizagem dos profissionais ao longo da vida e a criação de novos incentivos tais como, a construção de novos materiais de apoio e a execução de projetos de iniciativa regional ou local que tornem mais visível a importância da promoção da saúde oral.” *in PLANO B*.

O motivo pelo qual os médicos que participaram no nosso estudo referenciam as grávidas quando estas apresentam queixas dentárias para serem observadas por Médicos Dentistas (Medicina Privada) (87%) deve-se ao facto de não haver resposta suficiente no SNS, uma vez que como se sabe apenas no ano passado (2016) foi iniciado um projeto piloto para inclusão de Médicos Dentistas no SNS contemplando apenas 13 profissionais em Unidades de Saúde da Grande Lisboa e Alentejo, mas estando previsto o seu futuro alargamento a outras zonas dos país.

No nosso estudo, quando questionados os médicos de Medicina Geral e Familiar se informam as grávidas da existência de cheques dentistas a totalidade dos inquiridos respondeu que informa e 98% dos médicos diz que realiza sempre a sua emissão, sobretudo na primeira consulta de acompanhamento pré-natal.

Ao comparar as respostas dadas pelas gestantes no estudo “A medicina dentária e a gestação. “Estarão as grávidas cientes da importância da saúde oral para elas próprias e para a criança que irá nascer?” verificou-se que relativamente aos cheques dentista, as respostas obtidas foram semelhantes em ambos os grupos. Uma vez que 90% das gestantes referiram estar informadas acerca do direito da utilização de cheque-dentista e 100% dos clínicos diz informar as gestantes da existência dos mesmos.

O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, inicialmente destinado apenas a crianças e jovens escolarizados, sofreu um alargamento a 27 Maio 2008, em que as grávidas seguidas no Serviço Nacional de Saúde passaram a ser contempladas, com o objetivo de promover a saúde oral das grávidas de modo a avaliar e diminuir a incidência e a prevalência das doenças orais, através da prestação de um conjunto de cuidados de Medicina Dentária, nas áreas de prevenção, diagnóstico e tratamento (Anexo 3). Como resultado desse alargamento cada grávida que seja seguida no Serviço Nacional de Saúde passou a ser contemplada com 3 cheques dentistas para utilizar durante a gravidez e até 60 dias após o nascimento.

Na tabela 9 do “Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas (2015)”, podemos verificar que a utilização dos cheques dentistas pela população de grávidas têm se mantido em valores próximos dos 80% ao longo dos últimos anos. O que demonstra que apesar de serem

informadas da existência dos mesmos e de estes serem emitidos, apenas 80% das gestantes os utiliza. Existe, portanto, um défice de consciencialização por parte das gestantes, que se pode refletir numa falha de informação dos profissionais de saúde no período pré-concepcional.

Tabela 9: Número total de cheques utilizados no âmbito do PNPSO

Cheques utilizados por grupo-alvo	2010	2011	2012	2013	2014	2015	var. 2015/2014
Grávidas	68.120	67.626	71.261	67.959	71.313	78.319	9,8%
Idosos	9.530	8.353	8.118	8.107	7.638	7.828	2,5%
Saúde Infantil <=6 anos	10.621	13.126	14.683	11.677	14.450	17.972	24,4%
Crianças e Jovens	308.032	318.559	314.930	312.393	300.660	287.998	-4,2%
Crianças e Jovens 16 anos				2.122	4.138	9.906	139,4%
Crianças e Jovens Idades Intermédias	1.706	2.959	4.877	5.245	6.689	10.006	49,6%
Portadores de VIH/SIDA	20	566	503	960	947	906	-4,3%
Projeto DE Intervenção Precoce no Cancro Oral					954	2.082	118,2%
TOTAL	398.029	411.189	414.372	408.463	406.789	415.017	
Taxa de Utilização dos cheques	2010	2011	2012	2013	2014	2015	var. 2015/2014
Grávidas	84%	84%	84%	82%	81%	80%	-1,2%
Idosos	87%	89%	89%	87%	88%	87%	-1,1%
Saúde Infantil <=6 anos	56%	62%	61%	58%	50%	63%	26,0%
Crianças e Jovens	66%	74%	100%	61%	74%	77%	4,1%
Crianças e Jovens 16 anos				69%	78%	62%	-20,5%
Crianças e Jovens Idades Intermédias	52%	67%	76%	75%	59%	78%	32,2%
Portadores de VIH/SIDA	39%	89%	86%	86%	87%	89%	2,3%
Projeto DE Intervenção Precoce no Cancro Oral					35%	46%	31,4%
TOTAL	69%	76%	94%	64%	74%	76%	

Fonte: DGS. PNPSO, SISO

5.7. Discussão das variáveis cuja correlação é estatisticamente significativa

Relativamente ao facto dos aconselhamentos de idas a consultas de Medicina Dentária antes e durante a gravidez, de promoção da saúde oral e de questionar quando realizou a última consulta de Medicina Dentária serem predominantemente realizados por médicos de Medicina Geral e Familiar pode ser justificado por haver um contacto mais frequente por parte destes médicos com a grávida, levando-os a assumirem de uma forma mais séria o papel de promotores da saúde oral durante a gravidez, uma vez que estão

diretamente envolvidos no programa de PNPSO e como tal estão mais sensibilizados para esta temática do que os médicos Obstetras/Ginecologistas, que parecem acabar por assumir que não faz parte das suas competências fazer esse aconselhamento. O fator anos de atividade também contribui para um maior aconselhamento, uma vez que são médicos mais experientes logo a probabilidade de já terem ao longo dos anos da sua atividade observado/ouvido queixas relativas à saúde oral por parte das grávidas é mais significativa, o que os leva a estarem mais alerta e sensibilizados para a promoção da saúde oral.^(49,51,54)

No que diz respeito à existência de queixas durante a gravidez verifica-se que, para a generalidade dos médicos de Medicina Geral e Familiar não existem queixas, no entanto os médicos Obstetras/Ginecologistas afirmam que elas existem. Portanto, os médicos Obstetras/Ginecologistas possuem mais conhecimentos em relação às mudanças que ocorrem na cavidade oral durante a gravidez, tais como gengivas inflamadas, sangramento gengival, tumores gravídicos, gengivites gravídicas, periodontites, erosão e sensibilidade dentária, o que lhes permite estar mais alerta para eventuais queixas e para realizarem o encaminhamento necessário para essas patologias poderem ser tratadas.^(10,53)

Tal como em outros estudos realizados, verifica-se que para a maioria dos médicos Obstetras/Ginecologistas a realização de radiografias intraorais e ortopantomografias é segura, enquanto que para os médicos de Medicina Geral e Familiar a sua realização seria de evitar durante a gravidez. Este resultado permite-nos concluir que os médicos Obstetras/Ginecologistas possuem mais e melhores conhecimentos sobre os valores da radiação emitidos durante a realização destes exames, talvez porque na sua prática diária realizam exames imagiológicos como ecografias e, como tal, podem ter adquirido formação sobre outros exames radiológicos. Este facto leva-os a considerar que a realização destas radiografias não apresenta perigos para o feto, uma vez que a radiação emitida é muito menor que as doses necessárias para causar manifestações congénitas, fazendo sempre ênfase para a necessidade de utilizar as medidas de proteção individuais existentes (aventais e colares de chumbo) para uma maior proteção da grávida e do feto.^(10,51)

De acordo com a bibliografia existente, verifica-se que ambas as especialidades recomendam maioritariamente Amoxicilina ou a associação fixa Amoxicilina e Ácido Clavulânico, assim como se verifica que a 75% dos médicos Obstetras/Ginecologistas restringe o uso de tetraciclinas enquanto que apenas 12% dos médicos de Medicina Geral e Familiar refere a importância dessa restrição. A restrição às tetraciclinas deveria ser

idealmente forte por ambas as especialidades uma vez que está descrito na literatura que o seu uso durante a 2ª metade da gravidez está contraindicado por provocar malformações no esmalte e descolorações amarelo-acastanhadas nos dentes decíduos da futura criança. Contudo, mais uma vez se revela que os médicos Obstetras/Ginecologistas estão mais alerta e possuem mais informação relativamente à temática da saúde oral e gravidez.^(36,38,50)

Outros resultados revelam que são os médicos com mais anos de atividade clínica os mais sensibilizados para aconselhar a prática de hábitos de higiene oral nas grávidas, o uso de pastas com flúor a frequência de lavagem considerada ideal (sempre após qualquer refeição). Estes resultados poderão ser explicados pelo fator experiência, ou seja, pelo maior número de grávidas acompanhadas pelos mesmos ao longo dos anos de atividade. No entanto, seria de esperar que médicos mais novos estivessem mais sensibilizados para questões da saúde oral, uma vez que o PNPSO na gravidez só entrou em vigor no ano de 2008.⁽³⁵⁾

No estudo, existe uma tendência por parte dos clínicos que possuem mais anos de atividade para considerarem que a gravidez provoca alterações ao nível da saúde oral, sendo que também são estes clínicos que referem que o trimestre mais indicado para a realização de consultas/tratamentos dentários é o período “pré concecional + toda a gravidez”. Os clínicos que possuem maior número de anos de atividade são tal como já mencionado anteriormente médicos mais experientes e como tal estão mais consciencializados sobre as alterações que ocorrem durante a gravidez causadas pelo aumento acentuado dos níveis de estrogénio e progesterona, por uma higiene deficiente aliada a uma dieta mais cariogénica e a um aumento do nível de acidez presente na cavidade oral, derivado aos episódios de vómito. Fatores estes que os levam a estarem mais consciencializados para a existência dessas alterações.

Relativamente a qual o trimestre mais indicado para a realização de consultas/tratamentos dentários seria de esperar que os clínicos com maior número de anos de atividade respondessem essencialmente 2º trimestre em vez de “pré concecional + toda a gravidez”, uma vez que segundo a literatura e as *guidelines* da AAPD o período de eleição encontra-se entre as 14 e 20 semanas de gestação. Todavia, esta resposta mais abrangente vem demonstrar que mesmo os clínicos com mais anos de atividade, estão atentos às novas diretrizes e *guidelines* que afirmam que o tratamento dentário pode ser realizado em qualquer altura da gravidez e inclusive a AAPD recomenda que todas as grávidas devem realizar uma consulta de Medicina Dentária durante o 1º trimestre a fim

de obter uma avaliação dentária completa, onde inclua a sua história clínica dentária, exame clínico completo da sua cavidade oral e a avaliação do seu risco de cárie.^(30,33,52)

Os clínicos com menor número de anos de atividade são aqueles que afirmam que realização de desvitalizações e tratamentos ortodônticos durante a gravidez é segura. Demonstrando assim estarem mais informados para questões relacionadas com a saúde oral e para os riscos associados de não realizar/adiar tratamentos dentários, o que pode levar a uma proliferação e permanência de agentes infecciosos no organismo da grávida, que é muito mais prejudicial do que a realização de tratamentos dentários que estão descritos na literatura como não sendo contraindicados durante a gravidez.^(30,55)

No que diz respeito à recomendação do uso de flúor sistêmico durante a gravidez verificou-se que os clínicos que recomendam essa suplementação têm em média mais anos de atividade. Essa recomendação errônea, poderá ser explicada por há uns anos atrás se considerar que essa suplementação poderia ser vantajosa baseada apenas numa associação dose/efeito empírica e ausência de estudos bem delineados, o que atualmente está comprovado através de vários estudos com impacto científico que não existe nenhuma evidência científica que suporte que essa suplementação traga alguma vantagem para o desenvolvimento das peças dentárias do futuro bebê.^(1,44)

5.8. Limitações e Perspetivas Futuras

Após a realização deste estudo e todos os objetivos propostos terem sido cumpridos podemos identificar como principais limitações: o número de indivíduos da nossa amostra deveria ser mais alargado, para assim abranger um maior número de clínicos e obter resultados mais significativos; assim como, deveríamos tentar abranger mais regiões do país para a nossa amostra ser mais representativa da realidade nacional; idealmente deveria existir também um maior equilíbrio entre o nº de clínicos de cada especialidade e deveríamos tentar divulgar o nosso questionário durante um período mais alargado e através de outros meios, uma vez que o método de distribuição online do questionário não permite chegar aos clínicos que não utilizam regularmente a Internet e os seus e-mails;

Muito existe ainda para aprender, criar e melhorar nos serviços prestados pela comunidade, e pelos clínicos em particular, às gestantes. Os resultados do nosso estudo poderão contribuir de forma positiva para uma melhor compreensão sobre a importância de uma boa saúde oral durante este período.

As nossas sugestões para futuras investigações são: redefinir algumas perguntas do nosso questionário, assim como, acrescentar outras que após a comparação com estudos semelhantes nos parecem relevantes, sobre os temas sensibilidade dentária e mobilidade dentária; realizar um estudo simultâneo com médicos, grávidas e pessoal de enfermagem dos centros de saúde; reavaliar o atual esquema de vigilância médico-dentária na população de gestantes do nosso País; promover uma efetiva articulação entre as diferentes áreas da Medicina com a Medicina Dentária durante o período da gestação; alcançar o reconhecimento por parte das grávidas da necessidade de efetuarem consultas de Medicina Dentária quando planeiam engravidar e durante a gestação; prosseguir a investigação do tema para desmistificar os eventuais malefícios dos tratamentos dentários durante a gravidez e enfatizar a importância da prevenção e das boas práticas de higiene oral.

VI - Conclusões

Após todos os objetivos previamente definidos terem sido cumpridos, foi possível alcançar as seguintes conclusões:

1) Relativamente às recomendações dadas pelos médicos Obstetras/Ginecologistas e médicos de Medicina Geral e Familiar, aproximadamente 70% dos médicos inquiridos neste trabalho afirmam que aconselham uma mulher que planeie engravidar a realizar uma consulta de Medicina Dentária. No entanto, verifica-se uma maior tendência para esse aconselhamento ser realizado por parte dos médicos de Medicina Geral e Familiar e por parte dos médicos que possuem um maior número de anos de atividade. Esse aconselhamento aumenta para cerca de 90% quando estão perante a confirmação da gravidez e também este aconselhamento é mais enfatizado por parte dos médicos Medicina Geral e Familiar.

2) Quando questionados sobre quais os cuidados/motivação e instruções de higiene oral que fornecem às grávidas, cerca de 71% da amostra afirma aconselhar a prática de hábitos de higiene oral, sendo que os médicos de Medicina Geral e Familiar referem mais essa importância, assim como os médicos que estão há mais anos em atividade. Contudo, apenas cerca de 52% dos inquiridos aconselham as grávidas a realizarem escovagem dentária após qualquer refeição e o uso de pastas com flúor durante a gravidez é recomendado por cerca de 56% da amostra, mas maioritariamente pelos médicos que possuem em média mais anos de atividade. 21% da amostra conhece os valores de flúor recomendados pelas *guidelines* da Direção Geral de Saúde (1000 a 1500 ppm) assim como apenas 15,6% dos médicos recomenda a realização de bochechos com colutórios após um episódio de vômito.

3) As perceções dos médicos que constituem a nossa amostra relativamente à realização de consultas/tratamentos dentários durante a gravidez são, na sua maioria, que estes não devem ser adiados nem durante a gravidez nem no período de amamentação. Mais de 50% da amostra respondeu que as consultas/tratamentos dentários podem ser realizados durante toda a gravidez, verificando-se ainda que para os médicos com mais anos de atividade o período de pré-conceção também é considerado ideal para a realização das mesmas. Relativamente à observação da cavidade oral é opinião unânime que esta é 100% segura, o que já não se verifica quando se fala na realização de radiografias intraorais, onde apenas 36,7% da amostra considera segura a sua realização, mas de realçar que 92% dos médicos Obstetras/Ginecologistas inquiridos consideram segura a sua realização contra apenas 23% dos médicos de Medicina Geral e Familiar. Quando questionados sobre a realização de ortopantomografias a opinião é semelhante, apenas 22% da amostra considera segura a sua realização, e novamente é verificada uma opinião divergente entre as duas especialidades,

uma vez que para 57% dos médicos Obstetras/Ginecologistas a sua realização é segura, contra apenas 17% dos médicos de Medicina Geral e Familiar. Para mais de 70% da amostra a realização de extrações dentárias é segura, tal como o uso de anestesia local. A realização de destartarizações é segura para 86% da amostra e a realização de restaurações para cerca de 67%. Na opinião dos clínicos a realização de desvitalizações é segura para cerca de 54% da amostra, sendo que os clínicos que manifestam essa opinião têm em média menos anos de atividade. Em relação à colocação de implantes mais de 80% dos clínicos é contra a sua colocação, no entanto, em relação à realização de tratamentos ortodônticos cerca de 63% da amostra considera que é segura, sendo que estes são na maioria os clínicos que têm em média menos anos de atividade.

4) Relativamente aos antibióticos mais prescritos pelos médicos de Medicina Geral e Familiar e pelos médicos Obstetras/Ginecologistas durante a gravidez cerca de 87% da amostra respondeu amoxicilina ou amoxicilina em associação fixa com o ácido clavulânico e apenas 7% respondeu prescrever fármacos dos grupos das Penicilinas/Macrólidos/Cefalosporinas, verificando-se que apenas cerca de 1% dos médicos de Medicina Geral e Familiar optam por essas opções enquanto que para cerca de 27% dos médicos Obstetras/Ginecologistas estes constituem boas alternativas terapêuticas. O analgésico mais prescrito durante a gravidez pela maioria dos médicos da amostra (98%) é o paracetamol. No entanto, quando se fala em anti-inflamatórios as opiniões são divergentes: cerca de 32% da amostra respondeu “ibuprofeno” ou “ibuprofeno (excepto 3º trimestre)” e 9% respondeu outros, tais como, Clonixina, Diclofenac, Naproxeno. Mas a grande maioria não responde/não recomenda o uso de anti-inflamatórios durante a gravidez. Para cerca de 96% da amostra a lidocaína é o anestésico local mais seguro para a grávida e 76% dos clínicos afirma que os anestésicos locais devem ser administrados sem vasoconstritor associado. Para 68% dos clínicos que constituem a amostra, deve-se restringir o uso de alguns fármacos durante a gravidez devido ao seu efeito nocivo na saúde oral do feto/bebé. Quando questionados quais os fármacos que restringiam 12% respondeu AINE's e 32% respondeu Tetraciclina/Outros, sendo que 58% dos médicos Obstetras/Ginecologistas restringe as tetraciclina enquanto que apenas 12% dos médicos de Medicina Geral e Familiar refere restringir. A grande maioria da amostra, cerca de 90%, afirmou consultar habitualmente as tabelas de classificação de fármacos, mas apenas 6% respondeu quais as categorias descritas nessas tabelas. Em relação ao uso de flúor sistémico mais de metade da amostra, 57%, não recomenda o seu uso durante a gravidez, sendo que a maioria dos clínicos que diz não recomendar têm menos anos de atividade clínica.

5) Na população do presente estudo mais de metade dos clínicos afirmou que as grávidas não apresentam queixas dentárias durante a gravidez. No entanto, esta opinião não é unânime nas duas especialidades, uma vez que para cerca de 62% dos médicos Obstetras/Ginecologistas estas existem contra apenas 39% dos médicos de Medicina Geral e Familiar. Quando questionados se observam a cavidade oral das grávidas 79% da amostra afirmou observar apenas quando existem queixas, e uma vez que, para mais de metade da amostra, as grávidas não apresentam queixas, deduz-se que cerca de 40% das grávidas não possui a cavidade oral observada durante a gravidez. A perceção do conhecimento dos clínicos relativamente às mudanças na saúde oral durante a gravidez é na sua maioria, cerca de 84%, positiva, sendo que os clínicos que consideram que a gravidez provoca alterações ao nível da saúde oral têm, em regra, mais anos de atividade. Para 55% da amostra as principais mudanças que ocorrem durante a gravidez são: gengivas inflamadas e/ou sangramento gengival. Quando questionados sobre a existência de eventuais complicações durante a gravidez devido à associação com patologias da cavidade oral, 59% dos clínicos afirma existir, e para cerca de 17% essas complicações podem traduzir-se em possíveis infeções e parto pré-termo ou baixo peso à nascença.

6) Uma grande maioria dos clínicos da amostra, cerca de 97%, considera que a realização de ações de sensibilização para a saúde oral durante a gravidez é uma mais valia e 60% da amostra aponta os Centros de Saúde como locais ideais para a realização dessas ações de sensibilização. Porém, sobre qual seria o período mais indicado para a realização dessas ações as opiniões dividem-se: cerca de 27% dos clínicos pensa que deveriam ser realizadas durante toda a gravidez, mas para 24% da amostra o período ideal já seria durante o 1º trimestre.

7) 87% dos clínicos da amostra diz referenciar as grávidas para consultas de Medicina Dentária no setor privado quando estas apresentam queixas dentárias. Quando questionados sobre o porquê desse referenciamento, 62% afirma que se deve ao facto de não haver resposta no SNS e 35% que se deve a uma resposta insuficiente no SNS.

8) Algumas das medidas implementadas no Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral na Grávida parecem estar em funcionamento uma vez que a totalidade dos médicos de Medicina Geral e Familiar afirma informar as grávidas da existência de cheques dentistas. 98% dos médicos de Medicina Geral e Familiar afirma realizar sempre a sua emissão, maioritariamente na primeira consulta de acompanhamento pré-natal (76%).

9) Quando comparadas as respostas obtidas na população de grávidas do estudo “A medicina dentária e a gestação. “Estarão as grávidas cientes da importância da saúde oral para elas próprias e para a criança que irá nascer?” desenvolvido na disciplina de

Odontopediatria no ano letivo 2015/2016 com as respostas obtidas pela nossa amostra de clínicos, verifica-se que na maioria das vezes parece não existir concordância entre elas. No entanto, temos que realçar que os estudos não são concordantes a nível de amostra, ou seja, não foram feitos de forma simultânea e, portanto, estes clínicos não são os médicos assistentes destas grávidas. Parece existir uma tendência, que deverá ser avaliada com um estudo futuro, simultâneo, com avaliação de clínicos e de grávidas constantes do seu ficheiro.

10) Este estudo piloto demonstrou ter relevância e interesse para sensibilizar os profissionais de saúde em questão sobre as alterações e cuidados que devem existir durante a gravidez relativos à saúde oral. Concluindo assim, que persistem alguns dos mitos relativamente à realização de tratamentos dentários, assim como na realização de radiografias intraorais que a muito se devem por falta de informação adequada sobre os mesmos, uma vez que foi possível observar respostas diferentes consoante a especialidade em questão.

Através da divulgação dos resultados obtidos pretende-se sensibilizar os médicos para a importância de adquirirem um maior conhecimento sobre questões da saúde oral durante a gravidez. Enfatizar também o seu papel de promotores de saúde uma vez que possuem contacto frequente com as pacientes durante o período da gravidez, assumindo assim um papel importante na prevenção das patologias orais mais frequentes durante a gravidez, tais como gengivites grávidica, aumento de hemorragias e hiperplasia gengival. No entanto, para que esta promoção da saúde oral possa existir, é necessário que ocorra uma abordagem multidisciplinar durante o acompanhamento pré-natal da grávida, no qual os profissionais de diferentes áreas, nomeadamente os médicos Obstetras/Ginecologistas, os médicos de Medicina Geral e Familiar e os médicos dentistas, trabalhem em conjunto para um bem-estar generalizado da paciente. Este papel torna-se ainda mais importante em Portugal, devido à falta de acesso à Medicina Dentária, principalmente por parte da população mais carenciada, e pelo desconhecimento das grávidas acerca das alterações que podem ocorrer na sua saúde oral durante este período.

VII – Bibliografia

1. Gerson Feldens E, Alberto Feldens C, Floriani Kramer P, Muriel Claas B, Costamilan Marcon C. A Percepção dos Médicos Obstetras a Respeito da Saúde Bucal da Gestante. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2005;5(1):41–6.
2. Aleixo RQ, Moura CO de, Almeida FA de, Silva HM-L lima e, Moreira KFA. Alterações Bucais em Gestantes- Revisão da Literatura. *Saber Científico Odontológico*. 2010;1(1):68–80.
3. Kumar J, Samelson R. Oral health care during pregnancy recommendations for oral health professionals. *N Y State Dent J*. 2009;75(6):29–33.
4. Shah HG, Sodani D, Chaudhary DJ. Knowledge, attitude and practices among Gynecologists regarding Oral Health of expectant mothers of Vadodara City, Gujarat. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2013;7(2).
5. Bastiani C, Cota ALS, Provenzano MGA, Fracasso M de LC, Honório HM, Rios D. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucas e tratamento odontológico durante a gravidez. *Odontologia Clínico-Científica*. 2010;9(2):155–60.
6. Keirse MJNC, Plutzer K. Women’s attitudes to and perceptions of oral health and dental care during pregnancy. *J Perinat Med*. 2010;38(1):3–8.
7. Hashim R, Akbar M. Gynecologists’ knowledge and attitudes regarding oral health and periodontal disease leading to adverse pregnancy outcomes. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2014;4:166–72.
8. Offenbacher S, Katz V, Fertik G, Collins J, Boyd D, Maynor G, et al. Periodontal Infection as a Possible Risk Factor for Preterm Low Birth Weight. *J Periodontol*. 1996;67:1103–13.
9. Gajendra S, Kumar J V. Oral health and pregnancy: a review. *N Y State Dent J*. 2004;70(1):40–4.
10. Giglio JA, Lanni SM, Laskin DM, Giglio NW. Oral health care for the pregnant patient. *J Can Dent Assoc*. 2009;75(1):43–8.
11. Kandan PM, Menaga V, Raja R, Kumar R. Oral health in pregnancy (Guidelines to gynaecologists, general physicians & oral health care providers). *J Park Med ASSoc*. 2011;1009–14.
12. Strafford KE, Shellhaas C, Hade EM. Provider and patient perceptions about dental care during pregnancy. *J Matern Neonatal Med*. 2008;21(1):63–71.
13. Kanotra S, Sholapurkar AA, Pai KM. Considerações odontológicas na gravidez: revisão. *Rev Clín Pesq Odontol Curitiba*. 2010;6(2):161–5.
14. Steinberg BJ, Hilton I V, Iida H, Iada H, Samelson R. Oral health and dental care

- during pregnancy. *Dent Clin North Am.* 2013;57(2):195–210.
15. Parihar AS, Katoch V, Rajguru SA, Rajpoot N, Singh P, Wakhle S. Periodontal Disease: A Possible Risk-Factor for Adverse Pregnancy Outcome. *J Int oral Heal.* 2015;7(7):137–42.
 16. Vanterpool SF, Tomsin K, Reyes L, Zimmermann LJ, Kramer BW, Been J V. Risk of adverse pregnancy outcomes in women with periodontal disease and the effectiveness of interventions in decreasing this risk: protocol for systematic overview of systematic reviews. *Syst Rev.* 2016;5:16.
 17. Vamos CA, Thompson EL, Avendano M, Daley EM, Quinonez RB, Boggess K. Oral health promotion interventions during pregnancy: a systematic review. *Community Dentistry and Oral Epidemiology.* 2015;43(5):385–96.
 18. New York State Department of Health. Oral Health Care During Pregnancy and Early Childhood Practice Guidelines. New York State Dep Heal. 2006;
 19. Tanner ACR. Anaerobic culture to detect periodontal and caries pathogens. *J oral Biosci.* 2015;57(1):18–26.
 20. Offenbacher S, Jared HL, O'Reilly PG, Wells SR, Salvi GE, Lawrence HP, et al. Potential Pathogenic Mechanisms of Periodontitis-Associated Pregnancy Complications. *Ann Periodontol.* 1998;3(1):233–50.
 21. Shenoy RP, Nayak DG, Sequeira PS. Periodontal disease as a risk factor in pre-term low birth weight--an assessment of gynecologists' knowledge: a pilot study. *Indian J Dent Res.* 2009;20(1):13–6.
 22. Ide M, Papapanou PN. Epidemiology of association between maternal periodontal disease and adverse pregnancy outcomes - Systematic review. *J Clin Periodontol.* 2013;40(14).
 23. Wilder R, Robinson C, Jared HL, Lieff S, Boggess K. Obstetricians' knowledge and practice behaviors concerning periodontal health and preterm delivery and low birth weight. *J Dent Hyg.* 2007;81(4):81.
 24. Rocha JM da, Chaves VR, Urbanetz AA, Baldissera R dos S, Rösing CK. Obstetricians' knowledge of periodontal disease as a potential risk factor for preterm delivery and low birth weight. *Braz Oral Res.* 2011;25(3):248–54.
 25. Chung LH, Gregorich SE, Armitage GC, Gonzalez-Vargas J, Adams SH. Sociodemographic disparities and behavioral factors in clinical oral health status during pregnancy. *Community dentistry and oral epidemiology.* 2014;42(2):151–9.

26. George A, Shamim S, Johnson M, Dahlen H, Ajwani S, Bhole S, et al. How Do Dental and Prenatal Care Practitioners Perceive Dental Care During Pregnancy? Current Evidence and Implications. *Birth*. 2012;39(3):238–47.
27. Reis DM, Pitta DR, Ferreira HMB, Jesus MCP de, Moraes MEL de, Soares MG. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. *Cien Saude Colet*. 2010;15(1):269–76.
28. Molina-Frechero N, Durán-Merino D, Castañeda-Castaneira E, Lilia M, Juárez-López A, Frechero NM. Dental caries experience and its relation to oral hygiene in Mexican children. *Gaceta Médica de México*. 2014;455–9.
29. Albino J, Tiwari T. Preventing Childhood Caries. *J Dent Res*. 2016;95(1):35–42.
30. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Perinatal Oral Health Care. *Clinical Practice Guidelines*. 2009;140–5.
31. Boggess KA, Edelstein BL. Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. *Matern Child Health J*. 2006;10:169–74.
32. Prasai Dixit L, Shakya A, Shrestha M, Shrestha A. Dental caries prevalence, oral health knowledge and practice among indigenous Chepang school children of Nepal. *BMC Oral Health*. 2013;13:20.
33. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Oral Health Care for the Pregnant Adolescent. *Clinical Practice Guidelines*. 2007;159–65.
34. Enabulele J, Ibhawoh L. Resident obstetricians’ awareness of the oral health component in management of nausea and vomiting in pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:1–5.
35. Silk H, Douglass AB, Douglass JM, Silk L. Oral health during pregnancy. *American Family Physician*. 2008;77(8):1139–44.
36. Hemalatha VT, Manigandan T, Sarumathi T, Aarthi Nisha V, Amudhan A. Dental considerations in pregnancy-A critical review on the oral care. *J Clin Diagnostic Res*. 2013;7(5).
37. Oliveira MAM. Atendimento odontológico na gravidez: considerações clínicas e emprego de medicamentos. *Livraria Santos Editora*; 1990. 60.
38. Vasconcelos RG, Gadelha M, Doutor V, Patologia E, Ufrn OP, Porpino R, et al. Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. *Rev Brasileira Odontol*. 2012;69(1):120–4.
39. Wasylko L, Matsui D, Dykxhoorn SM, Rieder MJ, Weinberg S. A review of

- common dental treatments during pregnancy: implications for patients and dental personnel. *J Can Dent Assoc.* 1998;64(6):434–9.
40. Cengiz SB. The pregnant patient: considerations for dental management and drug use. *Quintessence international.* 2007;38(3):133–42.
 41. George A, Shamim S, Johnson M, Dahlen H, Ajwani S, Bhole S, et al. How Do Dental and Prenatal Care Practitioners Perceive Dental Care During Pregnancy? Current Evidence and Implications. *Birth.* 2012;39(3):238–47.
 42. Kellaranta A, Ekholm M, Toroi P, Kortnesniemi M. Radiation exposure to foetus and breasts from dental X-ray examinations: effect of lead shields. *Dentomaxillofacial Radiol.* 2016;45(1):1–9.
 43. American Dental Association. Dental Radiographic Examinations: Recommendations for Patient Selection and Limiting Radiation Exposure. ADA. 2012;1–27.
 44. Mendonça Oliveira JF, Gonçalves PE. Verdades e Mitos sobre o Atendimento Odontológico da Paciente Gestante. *Rev Port Estomatol Med Dentária e Cir Maxilofac.* 2009;50(3):165–71.
 45. Lenzi TL, Montagner AF, Soares FZM, de Oliveira Rocha R. Are topical fluorides effective for treating incipient carious lesions? *J Am Dent Assoc.* 2017;147(2):84–91.
 46. Kanduti D, Sterbenk P, Artnik B. Fluoride: A Review of Use and Effects on Health. *Mater Sociomed.* 2016;28(2):133–7.
 47. Maturo P, Costacurta M, Perugia C, Docimo R. Fluoride supplements in pregnancy, effectiveness in the prevention of dental caries in a group of children. *Oral Implantol (Rome).* 2011;4(1–2):23–7.
 48. Araújo SM de, Pohlmann C dos S, Reis VG. Conhecimento e atitudes dos médicos ginecologistas/obstetras a respeito da saúde bucal da gestante. *Rev da Fac Odontol - UPF.* 2010;14(3).
 49. Wilson EH, Farrell C, Zielinski RE, Gonik B. Obstetric provider approach to perinatal oral health. *J Matern Neonatal Med.* 2017;30(9):1089–91.
 50. Suri V, Rao NC, Aggarwal N. A study of obstetricians' knowledge, attitudes and practices in oral health and pregnancy. *Educ Heal.* 2014;27(1):51–4.
 51. Morgan MA, Crall J, Goldenberg RL, Schulkin J. Oral health during pregnancy. *J Matern Neonatal Med.* 2009;22(9):733–9.
 52. Ferreira F, Gasparin A, Oliveira M, Neto F, Praetzel J. Percepção de médicos

- obstetras sobre a saúde bucal de gestantes. *Int J Dent*. 2009;8(2):72–8.
53. Menoli APV, Frossard WTG. Perfil de médicos ginecologistas/obstetras de Londrina com relação à saúde oral da gestante. *Semina*. 1997;18(1):34–42.
 54. Al-Habashneh R, Aljundi S, Alwaeli H. Survey of medical doctors' attitudes and knowledge of the association between oral health and pregnancy outcomes. *Int J Dent Hyg*. 2008;6(3):214–20.
 55. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Oral Health Care During Pregnancy and Through the Lifespan. Committee Opinion no 569. 2013;1–6.

VIII – Anexos

Anexo 1

* DISTRIBUIÇÃO POR ESPECIALIDADES, IDADE E SEXO *

* ORDEM DOS MÉDICOS * Conselho Nacional Executivo * DT. ESTATÍSTICA 31/12/2016 * AM4005M Pág. 1 de 4/01/17 *

F O L H A R E S U M O

E S P E C I A L I D A D E	<31		31/35		36/40		41/45		46/50		51/55		56/60		61/65		F >65		TOTAL		
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
ANATOMIA PATOLÓGICA	0	0	1	1	5	8	11	13	13	10	27	44	45	12	23	11	32	23	117	610	
ANESTESIOLOGIA	0	0	114	50	173	74	157	66	85	40	151	56	184	88	69	69	220	175	1247	653	
CARDIOLOGIA	0	0	10	1	28	43	47	28	45	32	40	48	65	31	21	4	6	7	10	44	22
CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA	0	0	1	35	22	62	84	88	92	49	88	77	111	69	171	36	184	31	490	447	1243
CIRURGIA CARDIO-TORÁCICA	0	0	2	5	4	1	8	5	4	1	9	1	14	0	13	1	17	3	44	14	114
CIRURGIA MAXILO-FACIAL	0	0	0	1	4	6	1	2	8	0	5	0	2	9	5	20	2	33	18	85	72
CIRURGIA PEDIÁTRICA	0	0	7	1	7	7	3	8	2	3	6	6	8	7	3	6	17	11	32	33	55
CIRURGIA PLÁSTICA E RECONSTRUTIVA E	0	0	10	10	17	11	7	11	5	18	4	12	10	27	9	17	10	31	12	48	67
ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR	0	0	5	14	5	15	7	7	4	14	4	3	19	5	19	1	17	2	38	32	153
MEDICINA GERAL E FAMILIAR	14	8	352	134	313	117	291	101	229	103	202	95	784	440	1405	1087	371	507	3961	42592	175
DERMATO-VENEROLOGIA	0	0	16	12	35	14	25	10	25	15	23	19	25	11	31	24	26	70	206	81	89
DOENÇAS INFECCIOSAS	0	0	12	3	15	8	13	7	9	2	16	4	10	16	8	20	6	21	89	145	98
ENDOCRINOLOGIA-NUTRIÇÃO	0	0	26	7	19	5	16	3	14	8	23	9	12	10	14	16	21	40	145	145	98
ESTOMATOLOGIA	0	0	5	3	1	2	1	4	3	3	16	20	45	82	44	92	38	242	153	448	37
FARMACOLOGIA CLÍNICA	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	3	1	7	1	6	0	9	1	11	0	3
GASTROENTEROLOGIA	0	2	30	20	33	20	27	21	36	12	45	48	15	42	14	32	25	119	225	316	316
GASTROENTEROLOGIA-OBSTETRÍCIA	0	0	81	11	129	25	59	23	74	29	188	61	162	89	131	118	254	280	1078	636	62
GINECOLOGIA-OBSTETRÍCIA	0	0	5	1	8	12	3	19	5	13	4	34	11	46	14	41	15	18	14	174	62
IMUNO-HEMATOLOGIA	0	0	21	8	12	3	19	5	13	3	18	10	19	6	13	11	15	34	40	149	86
IMUNO-ALERGOLOGIA	0	0	14	2	3	25	3	24	4	16	5	14	18	1	8	2	32	48	143	99	7
MEDICINA DESPORTIVA	0	0	36	44	29	32	16	23	17	67	23	46	35	58	46	64	60	60	382	266	266
MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO	4	2	158	78	183	98	197	100	110	71	193	113	214	184	124	174	106	360	1286	1178	59
MEDICINA INTERNA	1	0	10	6	6	6	4	9	2	7	5	4	14	11	13	5	13	4	44	37	44
MEDICINA LEGAL	1	1	3	10	3	10	3	4	9	2	5	4	9	4	3	5	6	4	17	14	37
MEDICINA NUCLEAR	1	0	11	8	11	9	15	17	34	28	38	31	151	142	98	218	37	166	395	619	36
MEDICINA DO TRABALHO	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	8	32	11	36	11
MEDICINA TROPICAL	0	0	23	12	34	20	19	10	22	5	23	8	19	8	10	39	7	40	146	168	168
NEFROLOGIA	0	0	3	7	10	18	4	14	4	20	5	21	4	20	3	24	2	48	35	172	85
NEUROCIRURGIA	0	0	0	6	13	18	18	8	13	11	15	12	6	4	7	7	3	19	85	85	85
NEURORADIOLOGIA	0	0	40	29	22	24	26	21	17	12	35	30	40	28	26	36	31	86	237	266	266
NEUROLOGIA	5	4	76	47	39	58	37	30	25	49	55	63	49	83	42	130	51	200	379	664	664
OPHTALMOLOGIA	0	0	39	12	32	8	26	7	15	8	11	11	20	20	17	22	23	50	183	138	138
OTORRINOLARINGOLOGIA	0	0	27	26	26	28	32	25	15	24	21	52	30	60	16	71	5	178	172	464	464
ORTOPEDIA	0	0	21	56	21	100	13	73	6	37	24	135	20	156	7	183	4	294	116	1034	1034
PATOLOGIA CLÍNICA	1	1	159	33	247	38	162	25	103	27	193	56	152	82	130	90	161	117	1418	623	623
PEDIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESC	0	0	14	2	17	4	23	3	12	2	15	5	17	5	13	6	29	12	140	39	39
PSIQUIATRIA	0	0	35	12	47	14	46	21	25	11	45	24	47	38	48	52	60	99	253	271	271
PSIQUIATRIA INFANTIL	0	0	59	27	54	42	59	24	24	21	50	51	110	87	64	59	122	217	342	342	342
RADIOLOGIA	0	0	14	8	12	6	10	4	38	3	11	88	19	24	49	3	32	112	495	580	580
RADIOMIOLOGIA	0	0	11	6	23	8	16	5	13	6	12	10	15	8	3	13	16	17	87	74	74
SAÚDE PÚBLICA	1	0	6	6	6	6	4	8	11	4	24	17	101	52	66	64	48	74	273	230	230
UROLOGIA	0	0	5	38	5	44	2	42	0	26	0	45	4	7	12	9	18	34	45	64	64
E.E.G./NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	2	3	6	6	2	8	6	36	25	25
GENÉTICA MÉDICA	0	0	4	0	0	6	3	3	5	0	1	6	2	3	6	6	2	8	30	78	78
HIDROLOGIA MÉDICA	0	0	0	0	0	2	0	1	1	1	0	5	4	11	17	5	28	4	28	4	4
MEDICINA FARMACÉUTICA	0	0	1	1	2	2	0	3	3	10	5	16	23	5	14	4	5	41	55	12	12
NEUROFISIOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	4	1	4	2	6	4	5	3	23	12	12
MEDICINA INTENSIVA	0	0	4	1	19	20	30	23	12	22	31	25	24	46	22	33	12	25	154	195	195
MEDICINA MÉDICA	0	1	13	5	21	20	51	46	55	45	55	41	50	55	18	32	5	10	268	255	255
GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	0	0	0	0	1	2	8	7	3	12	11	42	48	87	120	112	165	57	150	319	319
GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	6	1	2	1	1	1	0	5	11	12	12
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	5	3	1	0	3	3	6	20	6	6

 * ORDEM * AM4005M *
 * DOS * Pág. 2 *
 * MÉDICOS * Conselho Nacional Executivo * 4/01/17 *

 * DISTRIBUIÇÃO POR ESPECIALIDADES, IDADE E SEXO *
 * *****
 * FOLHA RESUMO *

 DT. ESTATÍSTICA
 31/12/2016

E S P E C I A L I D A D E	<31		31/35		36/40		41/45		46/50		51/55		56/60		61/65		>65		TOTAL		
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
HEPATOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	12	0	18	15	5	13	5	7	3	12	44	47
NEFROLOGIA PEDIÁTRICA	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	5	4	0	0	3	2	0	4	16	6
CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	0	0	0	0	3	2	7	0	3	1	9	4	2	7	3	6	2	4	29	24	
ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA	0	0	0	0	0	0	3	2	0	5	2	3	0	5	0	1	0	0	5	16	
NEONATOLOGIA	0	0	0	0	20	3	19	3	19	5	26	10	32	17	16	16	10	14	142	68	
MEDICINA DA DOR	0	0	1	0	0	1	4	0	6	5	15	6	26	15	13	10	10	14	75	51	
ACUPUNCTURA MÉDICA	2	0	6	2	4	8	5	4	6	4	2	5	16	9	14	21	10	17	65	70	
MEDICINA HIPERBÁRICA E SUBAQUÁTICA	0	0	3	1	1	1	4	1	4	1	2	2	0	6	0	4	0	1	11	22	
MEDICINA MATERNO-FETAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	1	21	5	7	10	4	6	43	22	
PERITAGEM MÉDICA DA SEGURANÇA SOCIA	0	0	0	0	1	1	3	2	5	7	15	16	83	66	46	88	15	54	168	234	
CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO	0	0	0	1	2	7	0	8	2	7	1	9	0	13	1	4	0	9	6	58	
PATOLOGIA EXPERIMENTAL	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	3	1	5	0	3	7	16
ORTODONCIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	5	7	15	5	16	1	11	17	48
MEDICINA DA REPRODUÇÃO	0	0	0	0	0	0	1	3	0	5	4	9	5	2	2	7	3	2	24	21	
GINECOLOGIA ONCOLÓGICA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	4	2	5	11	3	5	3	4	16	23
DERMATOPATOLOGIA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	1	0	3	5	2	0	1	7	9
AValiação DO DANO CORPORAL	0	0	1	1	4	8	1	5	9	11	20	33	47	20	64	6	50	81	204		
MEDICINA PALIATIVA	0	0	2	2	2	4	4	2	1	1	10	0	6	2	6	3	2	0	31	14	
GERIATRIA	0	0	5	5	4	7	3	4	2	2	3	10	5	4	7	1	8	31	41		
SEXOLOGIA CLINICA	0	0	4	0	2	2	2	0	1	3	1	2	3	4	1	2	0	3	14	16	
CODIFICAÇÃO CLINICA	0	1	1	0	4	7	12	6	6	6	36	11	27	19	18	11	5	6	109	67	
MEDICINA DO SONO	0	0	0	0	1	0	6	0	5	0	3	4	6	2	2	6	1	2	24	14	
PSIQUIATRIA FORENSE	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	2	1	4	4
ORTOPEDIA INFANTIL	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	1	3	2	6	0	3	1	1	6	15	
MEDICINA AERONÁUTICA	0	2	1	0	1	1	7	3	1	1	1	2	7	1	4	0	5	14	25		
MEDICINA DO VIAJANTE	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
NÃO ESPECIALISTAS	6397	3150	2209	1176	686	516	400	344	277	329	333	375	550	595	481	652	516	1064	11849	8201	
T O T A L	6428	3175	3848	2045	2628	1716	2226	1439	1632	1329	2614	2113	3788	3544	3708	4516	2980	6780	29852	26757	

Anexo 2

DISTRIBUIÇÃO POR DISTRITOS, CONCELHOS, IDADE, SEXO

FOLHA RESUMO

Conselho Nacional Executivo

DT. ESTATÍSTICA 31/12/2015

AM4041M *
Pág 1 *
11:52:22 4/01/17 *

DISTRITO	-31 ANOS		31/35		36/40		41/45		46/50		51/55		56/60		61/65		+65 ANOS		TOTALS		
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
AVEIRO	363	140	189	85	93	55	78	53	49	36	79	57	140	99	93	178	58	217	1142	920	
BEJA	28	18	12	7	17	7	12	8	2	9	18	14	34	30	29	33	12	34	164	160	
BRAGA	667	296	330	196	133	94	88	56	56	50	100	65	118	141	122	195	57	218	1671	1311	
BRAGANÇA	60	27	30	11	12	9	9	4	5	8	16	16	23	22	28	41	12	29	195	167	
CASTELO BRANCO	62	38	43	20	17	12	13	11	20	10	17	15	29	42	45	77	16	56	262	281	
COIMBRA	669	388	430	234	294	203	201	112	108	108	190	162	274	243	277	294	213	590	2656	2334	
EVORA	67	32	46	30	28	19	28	20	18	16	19	25	34	33	38	60	19	58	297	293	
FARO	113	57	81	49	74	67	62	93	67	78	80	103	101	126	113	155	71	196	762	924	
GUARDA	80	45	40	20	6	12	5	4	3	9	16	15	28	31	27	52	14	41	219	229	
LEIRIA	122	47	70	24	49	18	34	18	26	14	45	23	85	70	70	118	44	117	545	449	
LISBOA	1495	755	1024	552	775	442	651	395	449	320	744	539	1171	828	1195	1055	1259	2128	8763	7014	
PORTALEGRE	15	10	15	12	11	15	14	24	13	17	10	23	27	39	24	46	11	55	140	241	
PORTO	1461	761	907	462	621	389	512	303	351	268	516	402	610	580	653	721	558	1121	6189	5007	
SANTARÉM	130	65	61	31	31	19	28	17	34	20	46	33	62	66	91	133	45	121	528	505	
SÉTUBAL	278	149	165	89	114	75	103	60	87	62	131	107	214	156	187	189	102	254	1381	1141	
VIANA DO CASTELO	142	60	69	38	34	23	32	14	27	19	29	26	46	59	40	70	17	57	436	366	
VILA REAL	110	42	48	22	20	14	13	11	18	10	29	25	36	54	46	79	14	58	334	315	
VISEU	202	98	89	58	69	44	38	24	13	11	49	32	61	77	45	118	28	104	594	566	
ILHA DA MADEIRA	198	84	86	42	45	34	48	23	27	15	33	37	30	54	48	71	11	77	526	437	
ILHA DE PORTO SANTO	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	3	2	
ILHA DE SANTA MARIA	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	3	
ILHA DE SAO MIGUEL	110	47	33	22	28	12	15	14	10	11	20	20	21	27	12	34	13	44	262	231	
ILHA TERCEIRA	35	11	11	4	14	7	9	4	3	2	7	5	11	14	10	10	3	21	103	78	
ILHA DA GRACIOSA	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	
ILHA DE SAO JORGE	3	1	1	0	0	0	0	1	0	2	1	0	0	1	2	2	2	1	9	8	
ILHA DO PICO	7	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	2	4	0	2	11	
ILHA DO FAIAL	3	0	2	0	4	0	0	1	1	1	2	4	2	5	7	6	0	4	21	21	
ILHA DAS FLORES	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
ILHA DO CORVO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
ESTRANGEIRO	4	2	16	11	25	24	27	25	27	33	19	24	30	51	11	24	21	58	180	252	
MORADAS DESCONHECIDAS	0	0	1	0	7	7	10	9	9	15	13	17	9	24	19	21	31	64	99	157	
TOTAL GERAL	6428	3175	3803	2020	2522	1602	2030	1306	1424	1145	2229	1789	3197	2873	3236	3788	2632	5728	27501	23426	
TOTAL (M+F)	9603	5823	4124	3336	2569	4018	6070	7024	8360	50927											

Anexo 3

Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 19 de Fevereiro de 2008

6497

Alteração Orçamental nº	3
Despacho SESS	26-04-2007
Despacho SEAD	27-06-2007
Publicado DR	

Orçamento da Segurança Social - 2007
Mapa XI

Despesas da Segurança Social por Classificação Funcional

Descrição	Dotações Corrigidas 30-06-2007	Alterações Orçamentais				Reposições abolidas aos pagamentos	Dotações Corrigidas 30-09-2007
		Transf.º verbas entre rubricas		Créditos Especiais	Modificação na redução rubrica		
		Referço	Anulação				
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)=(2+4+5+6)
Segurança Social	25.207.289,615,45	0,00	0,00	15.932.347,81	0,00	0,00	25.223.221.963,26
Prestações Sociais	18.151.726.080,10			15.932.347,81			18.167.658.427,91
Capitalização	7.055.503.535,35	0,00	0,00				7.055.503.535,35
Formação Profissional e Polif. Activ. Emprego	1.710.391,711,00	0,00	0,00	43.061.621,35	0,00	0,00	1.753.453.332,35
Políticas Activas de Emprego	590.657.863,00						590.657.863,00
Formação Profissional	1.119.733.848,00			43.061.621,35			1.162.795.469,35
Administração	454.873.674,00	0,00	0,49	1.600.950,10	0,00	0,00	456.474.623,61
Administração	431.873.674,00		0,49	0,01			431.873.673,52
PIIDDAC OSS	23.000.000,00			1.600.950,09			24.600.950,09
TOTAL ORÇAMENTO	27.372.555.000,45	0,00	0,49	60.594.919,26	0,00	0,00	27.433.149.919,22

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Ministro

Despacho n.º 4324/2008

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, aprovado pelo Despacho n.º 153/2005 (2.ª série), publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 3, de 5 de Janeiro, que se encontra em execução, enquadrado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, definiu como objectivos a redução da incidência e da prevalência das doenças orais nas crianças e adolescentes, a melhoria dos conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral e a promoção da equidade na prestação de cuidados de saúde oral às crianças e jovens com necessidades de saúde especiais.

As doenças orais, como a cárie dentária e as doenças periodontais, são um importante problema de saúde pública, uma vez que afectam grande parte da população e influenciam os seus níveis de saúde, bem-estar e de qualidade de vida.

A prevenção e o controlo das doenças orais implicam a execução sistemática e continuada de actividades de promoção da higiene oral, educação alimentar, aumento da resistência dentária e tratamento, tão precoce quanto possível, das lesões que a prevenção não conseguir evitar.

Ciente desta realidade, o XVII Governo Constitucional prevê, no seu Programa do Governo, o desenvolvimento dos cuidados de saúde oral em sede de cuidados de saúde primários.

Sucedo que o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral vigente, apesar de proporcionar a cerca de 60.000 crianças e jovens acesso a cuidados curativos, se encontra desajustado, devendo ser revisto e reestruturado até ao final de 2008, de forma a assegurar a prestação equitativa de cuidados de saúde oral ao longo do ciclo da vida, com base em procedimentos simplificados e orientados para a satisfação das necessidades de saúde nos grupos de maior de vulnerabilidade, garantindo um melhor acesso aos serviços e o alargamento progressivo das populações abrangidas. Acresce ainda a necessidade de se aumentar a cobertura dos cuidados curativos, de forma a atingir 80.000 jovens destinatários/ano e se proceder à sua avaliação, para redesenho posterior.

Importa, assim, desde já, adoptar medidas que abranjam, além de crianças e jovens, também as mulheres grávidas seguidas no Serviço Nacional de Saúde e os idosos beneficiários do complemento solidário para idosos.

Na verdade, as mulheres grávidas representam um outro grupo populacional a ter em atenção, uma vez que as alterações hormonais características neste período aumentam a frequência das doenças periodontais que, por sua vez, condicionam negativamente as práticas de higiene oral, favorecendo o aumento da incidência e da gravidade da cárie dentária.

Com efeito, existe associação entre o nível de doença oral da grávida e a ocorrência de prematuridade, baixo peso à nascença e pré-eclampsia. Alguns estudos evidenciam mesmo a existência de transmissão mãe-filho de bactérias patogénicas envolvidas na génese das doenças orais.

Neste contexto, a Assembleia Mundial de Saúde sugere aos Estados membros que integrem nas suas políticas a prevenção e controlo das doenças orais, na mãe e na criança.

Estima-se que este Programa venha a abranger, anualmente, 65 000 grávidas, que optam por efectuar a vigilância da sua gravidez nas estruturas afectas ao Serviço Nacional de Saúde.

No que respeita aos idosos, o processo de envelhecimento contribui também para uma maior ocorrência de problemas de saúde oral, designadamente de periodonpatias e perda de peças dentárias, gerando uma maior necessidade de cuidados médicos dentários. Esta situação é particularmente grave nas pessoas idosas com menos rendimentos, merecendo particular atenção do Governo que, através do Decreto-Lei n.º 252/2007, de 5 de Julho, decidiu participar financeiramente em 75% na despesa com a aquisição e reparação de próteses dentárias removíveis, até ao limite de 250 euros, dos beneficiários do complemento solidário para idosos, instituído pelo Decreto-Lei n.º 232/2005, de 29 de Dezembro. Não estavam, porém, cobertos os encargos com as consultas médicas necessárias à preparação da aplicação de próteses e suas posteriores afinações.

Assim, determino:

Artigo 1.º

Objecto e âmbito

1 — O presente despacho alarga o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, inicialmente destinado apenas a crianças e jovens escolarizados, adiante designado de Programa.

2 — O alargamento do Programa abrange:

- As grávidas seguidas no Serviço Nacional de Saúde;
- Os idosos beneficiários do complemento solidário para idosos que sejam utentes do Serviço Nacional de Saúde.

Artigo 2.º

Objectivos

O presente alargamento visa promover a saúde oral das grávidas e o tratamento de problemas de saúde oral nos idosos, com o objectivo de avaliar e diminuir a incidência e a prevalência das doenças orais nestes dois grupos de cidadãos, através da prestação de um conjunto de cuidados de medicina dentária, nas áreas de prevenção, diagnóstico e tratamento.

Artigo 3.º

Consultas de medicina dentária

1 — O acesso às consultas de medicina dentária efectiva-se através de cheque-dentista, personalizado, emitido e entregue pelo centro de saúde onde o utente é seguido, que regista os dados de identificação do utente.

2 — Para a emissão de cheque-dentista é necessário, consoante o caso:

- a) Declaração médica que ateste a gravidez;
- b) Documento válido comprovativo da situação de beneficiário do complemento solidário para idosos, emitido pelo Instituto da Segurança Social, I. P.

3 — A emissão dos cheques-dentista subsequentes depende da necessidade de proceder a ulteriores tratamentos, previstos e devidamente fundamentados no plano de tratamento estabelecido na primeira consulta pelo médico aderente.

4 — As grávidas podem receber, além do cheque inicial, até dois cheques-dentista subsequentes, destinados a consultas e tratamentos.

5 — O somatório dos cheques-dentista atribuídos às grávidas não pode ultrapassar os 120 euros.

6 — A execução dos tratamentos pode ser concluída até 60 dias após o parto.

7 — Os idosos podem receber até dois cheques-dentista por ano, destinados a consultas e tratamentos.

8 — O somatório dos cheques-dentista atribuídos aos idosos não pode ultrapassar os 80 euros anuais.

9 — Os utentes podem escolher qualquer prestador, desde que constante da lista de médicos aderentes da respectiva região de saúde.

Artigo 4.º

Prestadores

Os cuidados preventivos e curativos de medicina dentária são prestados em consultórios de médicos estomatologistas e médicos dentistas aderentes, inscritos nas respectivas ordens profissionais, podendo os higienistas orais que integram esses consultórios, vir a prestar, no âmbito das suas competências, cuidados de saúde oral sob a orientação e responsabilidade dos médicos aderentes.

Artigo 5.º

Instalações

Os médicos aderentes garantem a observância das condições higio-sanitárias das instalações e equipamentos, de acordo com a legislação aplicável, bem como o cumprimento das obrigações impostas pela Entidade Reguladora da Saúde.

Artigo 6.º

Adesão dos prestadores

1 — A ARS abre candidaturas para estomatologistas e médicos dentistas que pretendam aderir ao alargamento do Programa, numa base regional, disponibilizando, electronicamente, o contrato de adesão.

2 — Os interessados preenchem, electronicamente, o formulário e remetem à ARS documento comprovativo de que estão autorizados a exercer a profissão e declaração em como garantem aos utentes abrangidos pelo presente alargamento do Programa a qualidade da prestação de cuidados, das instalações e equipamentos, e a igualdade na marcação e realização de consultas, relativamente aos demais doentes dos seus consultórios.

3 — Após a adesão, a identificação do médico passa a constar da lista de médicos aderentes, organizada por região de saúde, e disponível no Portal da Saúde e nos sítios na internet da Direcção-Geral da Saúde e de cada ARS.

Artigo 7.º

Pagamento

1 — O pagamento dos cheques-dentista depende da sua prévia validação.

2 — A validação implica a confirmação dos cuidados prestados, pelo utente, através de assinatura legível no respectivo cheque-dentista.

3 — Os cheques-dentista validados são enviados pelo médico aderente à ARS respectiva, acompanhados da informação necessária, registada no sistema de informação, até ao oitavo dia do mês seguinte à realização dos tratamentos.

4 — A ARS procede à liquidação nos 30 dias subsequentes.

Artigo 8.º

Colaboração com outras entidades

As ARS podem estabelecer protocolos com autarquias locais para alargamento suplementar da cobertura a outros grupos-alvo ou para ampliação do número de actos por utente, recaindo os correspondentes encargos financeiros sobre estas últimas.

Artigo 9.º

Coordenação do alargamento do Programa

1 — A coordenação do alargamento do Programa a nível nacional cabe à Direcção-Geral da Saúde, a quem compete ainda:

- a) Definir os indicadores base de monitorização e avaliação técnico-científica do alargamento do Programa.
- b) Divulgar o presente alargamento do Programa aos profissionais e entidades envolvidas através de circular normativa.
- c) Avaliar a execução do Programa e propor os necessários aperfeiçoamentos.

2 — A coordenação referida no número anterior é orientada pelo responsável do Programa, na Direcção-Geral da Saúde, Mestre Rui Manuel Domingues Calado, que acumula com as funções que desempenha na Sub-Região de Saúde de Santarém.

3 — A coordenação e execução do alargamento do Programa a nível regional, incluindo os procedimentos administrativos e financeiros inerentes à quele, cabem à ARS.

Artigo 10.º

Revisão

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, aprovado pelo Despacho n.º 153/2005 (2.ª série), publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 3, de 5 de Janeiro, é revisto durante o ano de 2008.

Artigo 11.º

Entrada em vigor

O presente despacho entra em vigor a 1 de Março de 2008.

22 de Janeiro de 2008. — O Ministro da Saúde, *António Fernando Correia de Campos*.

Gabinete do Secretário de Estado da Saúde

Despacho n.º 4325/2008

A gestão integrada da doença seja ela infecciosa ou crónico-degenerativa é uma das áreas do sector da saúde que maior empenhamento tem vindo a requerer ao longo dos últimos tempos.

O desenvolvimento de modelos de “gestão integrada da doença” constitui uma estratégia central e uma ferramenta de melhoria da qualidade e da eficiência dos cuidados prestados, assumindo-se como um veículo importante e permanente de informação de apoio à decisão política, com vista à melhoria da saúde dos Portugueses.

A abordagem integrada e global da doença renal crónica deve ser objecto de uma intervenção multidisciplinar e intersectorial, que permita, por um lado, o planeamento e programação atempada dos cuidados e, por outro lado, a constante monitorização dos resultados, a satisfação do doente e a aferição do nível e da qualidade da prestação de cuidados.

Actualmente, estão criadas as condições necessárias para tratar a doença renal crónica através de um modelo de “gestão integrada da doença”, tendo em conta que se trata de um problema de saúde que, do ponto de vista da saúde pública, requer uma acção planificada e integrada, através de estratégias bem definidas, de forma a alcançar, simultaneamente, ganhos em saúde, melhoria da qualidade e racionalização do sistema.

A gestão integrada da doença está associado o modelo de pagamento por preço compreensivo que apresenta como principais características, entre outras, as seguintes:

- i) O estabelecimento de um valor compreensivo global por doente para um determinado período de tempo — a semana;
- ii) A definição de parâmetros de resultados e de controlo da qualidade dos serviços de saúde a prestar;
- iii) A relação directa entre pagamento e cumprimento dos objectivos terapêuticos definidos e;
- iv) O estabelecimento de mecanismos de auditoria, de informação, de monitorização, de acompanhamento e de avaliação.

Anexo 4



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Prezado(a) colega,

A equipa docente de Odontopediatria da Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde Viseu, Professora Dra. Andreia Figueiredo e Professora Dra. Mariana Seabra, juntamente com a aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Teresa Sofia Mota, encontram-se a realizar um estudo acerca dos conhecimentos e práticas adoptadas pelos Médicos Obstetras e Médicos de Medicina Geral e Familiar em relação à saúde oral nas gestantes, para obtenção de grau de mestre em Medicina Dentária da referida.

Nesse sentido, solicitamos a colaboração e empenho do(a) colega no sentido da análise e do preenchimento deste questionário anónimo.

A resposta a todas as perguntas demora entre 6 a 8 minutos.

O seu contributo é fundamental.

Agradecemos desde já a sua preciosa colaboração.

(Aluna)

(Orientadora da Monografia)

(Co-orientadora da Monografia)

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
Centro Regional de Viseu
Estrada da Circunvalação
(Director Clínico da Clínica Universitária)
3504-505 Viseu

Conhecimentos, Atitudes e Práticas dos Médicos Obstetras/Ginecologistas e Médicos de Medicina Geral e Familiar sobre Saúde Oral nas grávidas

IDENTIFICAÇÃO

1. Qual o seu género:
Feminino
Masculino

2. Qual a sua idade:
<30 anos
31 a 35 anos
36 a 40 anos
41 a 45 anos
46 a 50 anos
>50 anos

3. Ano licenciatura:
4. Especialidade:
Obstetra/Ginecologista
MGF
5. Distrito onde exerce atividade profissional: _____
6. Formação pré ou pós-graduada em saúde oral?
Sim
Não

QUESTIONÁRIO

7. Na consulta de uma mulher que planeia engravidar, aconselha a ida ao médico dentista?
Sim
Não
8. Nessa consulta refere a importância da saúde oral durante a gestação?
Sim
Não
9. Durante a gravidez aconselha a grávida a ir ao Médico Dentista?
Sim
Não
10. Costuma questionar as grávidas sobre a última ida/consulta ao Médico Dentista?
Sim
Não
11. Aconselha as grávidas a praticar hábitos de higiene oral?
Sim.
Não
12. Qual a frequência de lavagem que aconselha?
1x/dia
2x/dia
Após todas as refeições
Outra. _____

13. Aconselha o uso de pastas com flúor durante a gravidez?
 Sim
 Não
 Que quantidade recomenda? _____
14. Após um episódio de vômito, o que aconselha a grávida a fazer?
 Escovagem dentária
 Bochechos com colutórios
 Nada
 Outros. _____
15. As grávidas costumam ter queixas dentárias?
 Sim
 Não
16. Observa a cavidade oral das grávidas?
 Nunca
 Sempre
 Apenas quando existem queixas
17. Na sua opinião a gravidez provoca mudanças a nível da saúde oral das grávidas?
 Sim
 Não
 Quais? Gengivas inflamadas ____
 Sangramento Gengival ____
 Perda de dentes ____
18. Considera existir alguma associação entre patologias da cavidade oral e complicações durante a gravidez?
 Sim. Quais? _____
 Não
19. Aconselha as grávidas a adiar os tratamentos dentários até ao nascimento do bebé?
 Sim
 Não
20. E durante o período de amamentação?
 Sim
 Não
21. Em que trimestre aconselha a realização de consultas/ tratamentos dentários?
 Pré-concepcional
 1º trimestre
 2º trimestre
 3º trimestre
 Durante toda a gravidez
22. Em caso de dor de origem dentária considera seguro intervenções dentárias durante o:
 1º trimestre
 2º trimestre
 3º trimestre
 Durante toda a gravidez
23. Em caso de dor de origem dentária que atitude tem perante a grávida?
 Nenhuma
 Aconselho observação por especialidade
 Médico com paracetamol/AINE/tramadol/outro
 Médico e oriento para a especialidade
24. Na sua opinião quais as intervenções dentárias seguras durante a gravidez?
 Observação da cavidade oral? Sim/Não/Não responde
 Radiografias intra-orais? Sim/Não/ Não responde
 Ortodontomografias? Sim/Não/ Não responde

- Extracções dentárias? Sim/Não/ Não responde
 Anestesia local? Sim/Não/ Não responde
 Destartarizações “limpeza”? Sim/Não/ Não responde
 Restaurações? Sim/Não/ Não responde
 Desvitalizações? Sim/Não/ Não responde
25. Na sua opinião qual o anestésico local mais seguro para a grávida?
 Lidocaína
 Articaina
 Mepivacaína
 Com ou sem vasoconstritor? _____
26. Qual o antibiótico mais seguro para si durante a gravidez? _____
27. Qual o analgésico que considera mais adequado para a grávida? _____
28. Qual o anti-inflamatório mais indicado para a grávida? _____
29. Restringe o uso de fármacos a grávidas pelo eventual efeito secundário na saúde oral do feto/bebé?
 Sim. Quais?
 Não
30. Costuma consultar as tabelas de classificação dos fármacos na gravidez e amamentação?
 Sim
 Não
 Conhece as categorias que estão descritas? _____
31. Qual a sua opinião sobre o uso de flúor sistémico durante a gravidez?
 Recomenda
 Não recomenda
 Indiferente
32. Qual a sua opinião sobre a colocação de implantes durante a gravidez?
 Sim
 Não
33. E sobre a realização de tratamentos ortodônticos (utilização de aparelhos nos dentes) durante a gravidez?
 Sim
 Não
34. Considera que seria uma mais valia a realização de ações de sensibilização para a saúde oral durante a gravidez? S/N
 Em que locais? _____
 Em que período gestacional? _____
35. Quando a grávida precisa de ser observada por queixas dentárias para onde referencia?
 Médico dentista (Medicina privada)
 Estomatologista (hospital público)
 Não emite qualquer aconselhamento.
36. Se na pergunta anterior respondeu médico dentista (Medicina privada), qual o principal motivo?
 Sem resposta no SNS
 Resposta insuficiente no SNS
 Falta de confiança no SNS
 Desconhecimento da existência da especialidade de Estomatologia em contexto hospitalar
 Outro

As questões apresentadas abaixo são apenas destinadas aos Médicos de Medicina Geral e Familiar, pelo que o questionário para os Médicos Obstetras/Ginecologistas termina na questão 37.

37. Informa as grávidas da existência de cheques dentários?

Sim

Não

38. Realiza a emissão dos cheques dentários destinados às grávidas?

Sim

Não

Apenas quando solicitado

39. Se na pergunta anterior respondeu "Sim" em que consulta realiza a emissão dos cheques dentários? _____

