

Condição periodontal durante a gestação em um grupo de mulheres brasileiras *Periodontal status during pregnancy in a group of Brazilian women*

Suzely Adas Saliba MOIMAZ

Cléa Adas Saliba GARBIN

Professor Adjunto – Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia – de Araçatuba – UNESP – Araçatuba – SP – Brasil

Nemre Adas SALIBA

Professora Titular – Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia – de Araçatuba – UNESP – Araçatuba – SP – Brasil

Lívia Guimarães ZINA

Doutorando – Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia – de Araçatuba – UNESP – Araçatuba – SP – Brasil

RESUMO

Durante a gestação, inúmeros fatores contribuem para o desenvolvimento da doença periodontal. Minimizar o risco de intercorrências na gravidez e a transmissibilidade de microorganismos bucais patogênicos constitui-se em importante conduta preventiva para o binômio mãe/filho. Foi objetivo deste estudo avaliar a prevalência, severidade e necessidades de tratamento da doença periodontal em pacientes atendidas na Clínica de Gestante da FOA-UNESP, durante o período de 1999-2003. Os dados foram obtidos a partir de fichas elaboradas para registro da condição periodontal, utilizando-se medidas do Índice Periodontal Comunitário e Perda de Inserção, preconizados pela OMS. Das 315 gestantes atendidas, 86,97% apresentaram sinais da doença, correspondendo a um número médio de 3,96 sextantes; 40,75% apresentaram bolsa periodontal com 4 mm ou mais de profundidade, média de 0,98 sextante. A porcentagem de pacientes com perda de inserção maior que 4 mm foi de 26,34%. O número médio de sextantes com nível de inserção adequado foi 5,07. Em relação às necessidades de tratamento, 86,97% necessitaram de instruções em higiene bucal, 66,80% de raspagem radicular e/ou eliminação de margens de restaurações defeituosas e somente 10,92% requereram tratamento cirúrgico complexo. Estes achados confirmaram a gengivite como principal manifestação clínica da doença periodontal nas pacientes examinadas. O atendimento de gestantes através de programas preventivos visa a promoção da saúde bucal e motivação das pacientes, alcançando a prevenção primária das principais doenças bucais.

UNITERMOS

Doenças periodontais; índice periodontal; complicações na gravidez; cuidados primários de saúde; epidemiologia

INTRODUÇÃO

A gestação representa um período crítico no ciclo vital feminino. As alterações observadas nessa fase, ao contrário de reações patológicas, representam processos fisiológicos normais decorrentes da preparação do organismo feminino para a geração do bebê²⁰. Os profissionais da saúde envolvidos com o atendimento à gestante devem estar atentos a estas alterações, sejam elas fisiológicas ou psíquicas. Os cuidados são duplos: um para o feto e o outro para a mãe.

Inúmeras pesquisas têm correlacionado influências outras da gestante sobre o feto, como no que diz respeito à alimentação materna, ao consumo de álcool, ao uso de medicamentos no período gestacional^{19,20}. Os conhecimentos obtidos através desses estudos

mostram a importância do bem estar físico e emocional da gestante não só para uma melhor evolução da gestação do ponto de vista físico, mas também para o nascimento de crianças mais saudáveis e tranquilas, com perspectivas positivas de um desenvolvimento integral e seguro^{2,6-7,9}.

Durante a gravidez, com muita frequência, têm-se relatado mudanças no aspecto gengival das pacientes, com uma tendência ao agravamento da gengivite, tornando-se mais perceptível frente à presença de irritantes locais. Tais mudanças, como hiperemia, edema e sangramento gengival, estão relacionadas a fatores como deficiências nutricionais, altos níveis hormonais, presença de placa bacteriana, assim como o estado transitório de imunodepressão^{3,9,17}. Também são observadas alterações na microbiota bucal e no

metabolismo celular. O aumento nos níveis de estrógenos, especialmente progesterona, resulta em mudanças na permeabilidade vascular. Na cavidade bucal, isto pode resultar em edema gengival e aumento nos níveis de fluido crevicular^{3-4,12}. Somando-se a isto, a produção de prostaglandina é estimulada, possibilitando exacerbação do processo inflamatório gengival. Assim, a gestante pode ser considerada uma paciente com risco temporário, maior que o normal, para desenvolver complicações periodontais²⁴.

A prevalência da doença periodontal na gravidez, baseada em observações clínicas, tem variado de 35%¹⁹ a 100%²³.

Por outro lado, a mãe é considerada para a criança a principal fonte de infecção de microorganismos relacionados tanto à cárie como à doença periodontal, devendo este fator ser considerado, principalmente se a mesma apresentar alto risco para quaisquer destas enfermidades. Assim, a diminuição deste grau de risco na mãe durante a gestação constitui-se em importante conduta preventiva para a criança^{3-4,12,17,19,23,24}.

A abordagem atual do tratamento odontológico está pautada em medidas educativas e preventivas, através de uma visão integral do indivíduo. É possível afirmar que a prevenção em seu sentido restrito está representada no atendimento odontológico ao bebê, através da instrução de hábitos higiênicos e alimentares que se firmarão desde a tenra idade, evitando o desenvolvimento de doenças ou outras condições que fujam das ideais. Como as mães têm um papel chave dentro da família, pois determinam muitos dos comportamentos que seus filhos adotarão e sabendo-se que padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância permanecem fixados profundamente e são resistentes a mudanças, programas educativos e preventivos com gestantes se tornam fundamentais para que se possam introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança, trabalhando estes aspectos durante o pré-natal, aproveitando-se o entusiasmo com a chegada do bebê, o que propicia receptividade para receber novas informações e assumir responsabilidades⁷.

A condição periodontal de pacientes gestantes verificada por meio de índices gengivais e periodontais tem sido relatada por inúmeros pesquisadores da área^{5,10,18}. A vigilância contínua dos níveis e modelos de fatores de risco da periodontite é de fundamental importância para o planejamento e avaliação dos serviços odontológicos de base comunitária e para promover a saúde bucal da população¹⁶. O desenvolvimento de indicadores de saúde bucal favorece não somente o

atendimento clínico individual, como também e principalmente o levantamento e planejamento de serviços públicos ou programas de saúde bucal, proporcionando uma melhor utilização dos dados coletados. Um banco de dados global foi criado e através dos anos um número crescente de estudos epidemiológicos têm sido realizados, utilizando-se metodologia e critérios da Organização Mundial da Saúde²². O Índice Periodontal Comunitário (IPC) e Perda de Inserção Periodontal (PIP), ambos recomendados pela OMS²², possibilitam o diagnóstico da doença periodontal de forma simples, rápida e padronizada, através de um método sensível e objetivo, facilitando a relação entre epidemiologistas clínicos e especialistas periodontistas e, juntamente com uma anamnese bem realizada, o estabelecimento de tratamento adequado direcionado para grupos avaliados em programas preventivos.

O objetivo desta pesquisa foi avaliar, por meio das medidas do Índice Comunitário Periodontal e Perda de Inserção, a prevalência, severidade e necessidades básicas de tratamento da doença periodontal em um grupo de mulheres grávidas que freqüentaram a Clínica de Gestantes da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, Brasil, de janeiro de 1999 a dezembro de 2003.

MATERIAL E MÉTODO

Este estudo, tipo transversal retrospectivo, está vinculado ao Programa de Atenção Odontológica à Gestante da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, que conta com atividades de pesquisa, ensino e extensão, e o desenvolvimento de ações preventivo-curativas realizadas na Clínica de Gestantes, inserida nas atividades do curso de graduação.

O material consistiu em 315 prontuários das pacientes gestantes atendidas na Clínica de Gestante de janeiro de 1999 a dezembro de 2003. Como requisito básico de inclusão no estudo, as pacientes deveriam apresentar história clínica da doença periodontal, serem submetidas a exame clínico e registrado os índices preconizados.

A idade média da população de estudo foi 25,8 anos, sendo 15% entre 15 e 19 anos, 28% entre vinte e 24 anos, 26,62% entre 25 e 29 anos, 7% entre trinta e 34 anos e 6,69% entre 35 e 44 anos. O grupo de pacientes apresentava baixo nível socioeconômico e educacional, e residiam em área urbana. Não houve restrição quanto ao período de gestação, assim a gestante poderia encontrar-se no primeiro, segundo ou terceiro trimestre de gestação.

Os dados foram registrados em fichas elaboradas para este estudo, abrangendo os seguintes itens: número de gestações anteriores, presença de complicações durante a gravidez, exame intrabucal avaliando a condição gengival, presença de sangramento gengival atual e anterior à gravidez, avaliação da condição periodontal através IPC (Índice Periodontal Comunitário) e PIP (Perda de Inserção Periodontal).

Para a realização dos exames clínicos foram utilizados espelhos bucais e sondas periodontais (modelo semelhante ao número 621 da OMS).

As pacientes foram submetidas ao exame clínico bucal, realizado por examinadores treinados para aplicação dos códigos do IPC e PIP. Previamente à realização dos exames bucais, os examinadores passaram por um processo de calibração, com o objetivo, de minimizar a variação intra-examinador e uniformizar os critérios adotados. O processo de calibração foi realizado na Clínica de Gestantes da FOA-UNESP, visando contemplar uma grande diversidade de situações, a fim de assegurar uma interpretação uniforme e consistente dos critérios padronizados para a coleta dos dados.

As sondas periodontais utilizadas para o registro dos códigos do IPC e PIP apresentam uma ponta esférica com 0,5mm de diâmetro, uma faixa preta entre 3,5 e 5,5mm e anéis com 8,5 e 11,5mm da ponta.

A boca foi dividida em seis sextantes, em regiões compreendendo os dentes 17-14, 13-23, 24-27, 37-34, 33-43 e 44-47. O maior escore do IPC e PIP foi registrado para cada um dos sextantes, que se ausente, foi registrado com um X.

Os códigos variam de 0 a 4, segundo os critérios relacionados²²:

Índice Periodontal Comunitário: código (0): sem problemas periodontais; código 1: sangramento gengival; código 2: cálculo e sangramento; código 3: bolsa periodontal rasa (4 a 5 mm); código 4: bolsa periodontal profunda (6 mm ou mais); código X: sextante excluído, menos de 2 dentes presentes; código 9: não registrado.

Perda de Inserção Periodontal: código 0: perda de inserção de 0 a 3 mm; código 1: 4 – 5 mm; código 2: 6 – 8 mm; código 3: 9 – 11 mm; código 4: 12 mm ou mais; código X: sextante excluído, menos de 2 dentes presentes; código 9: não registrado.

Todas as normas de biossegurança recomendadas pela Organização Mundial de Saúde foram empregadas com o intuito de minimizar os riscos de contaminação, como o uso de avental, gorro, máscara e

luvas descartáveis pelos examinadores para proteção individual e o emprego dos materiais (espelho plano e sonda periodontal da OMS) devidamente autoclavados em envelopes individuais.

Todas as fichas foram conferidas uma a uma, para averiguar se todos os campos foram preenchidos; as que apresentaram algum problema foram excluídas. As fichas conferidas foram digitadas em base eletrônica. Os dados foram tabulados de acordo com a seqüência de registro das pacientes e os resultados fornecidos segundo padronização da OMS¹⁷ para levantamento básico de saúde bucal. Análises estatísticas (teste do qui-quadrado) foram realizadas pelo software GraphPad InStat.

O presente trabalho foi realizado respeitando-se os ditames da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96 e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP (Proc: FOA 2004-01155). Os exames foram realizados com o consentimento livre e esclarecido de cada paciente.

RESULTADOS

Em relação ao número de gestações, a população de estudo foi dividida em primigesta (44,03%), um filho (33,55%), dois filhos (15,98%), três filhos ou mais (6,44%). Houve uma baixa porcentagem de gravidezes de baixo risco (20,02%).

Uma grande proporção de pacientes apresentou sangramento gengival durante a gestação atual (67,94%). Além disso, 49,03% das pacientes reclamaram ter tido sangramento gengival anteriormente à gestação. Dentre as gestantes examinadas, 40,03% relataram ter observado alterações na sua gengiva durante a gravidez, como edema e vermelhidão.

A Tabela 1 mostra a prevalência da doença periodontal verificada pelo Índice Periodontal Comunitário (IPC) nas gestantes examinadas. De acordo com o IPC, mais da metade das pacientes apresentaram algum problema periodontal (86,97%), medido pela soma dos códigos 1, 2, 3 e 4. O número médio de sextantes, segundo o IPC, com tecido periodontal saudável foi 1,93 (código 0). Quase 3 sextantes apresentaram sangramento e cálculo dental como pior condição, o que representa metade dos 6 sextantes examinados. Com o registro de condições mais graves da doença periodontal (códigos 3 e 4), o número médio de sextantes afetados diminuiu, com um mínimo escore de 0,11 sextante com 6 mm ou mais de profundidade de sondagem (código 4).

Tabela 1 – Porcentagem de gestantes e número de sextantes mostrando sinais da doença periodontal, de acordo com o código mais alto registrado do Índice Periodontal Comunitário (IPC). Araçatuba, Brasil, 2006

	Código IPC							
	0	1	2	3	4	X	9	Total
% pacientes	13,03	20,17	26,05	29,83	10,92	-	-	100,0
Número médio de sextantes	1,93	1,84	1,13	0,80	0,19	0,11	-	6,00

A porcentagem de pacientes e número de sextantes apresentando perda de inserção é mostrado na Tabela 2. Ao medir o nível de inserção através do Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP), 69,64% das gestantes tiveram perda de inserção não excedendo 3 mm, correspondendo ao código 0, e a porcentagem de gestante com 4 mm ou mais de profundidade de perda

de inserção (códigos 1, 2, 3 e 4) foi baixa (26,34%). O número médio de sextantes mostrando um nível de inserção periodontal saudável foi alto (5,07) e menos de 1 sextante (0,66) teve perda de inserção representando um problema periodontal, correspondendo aos códigos 1, 2, 3 e 4.

Tabela 2 – Porcentagem de gestantes e número de sextantes mostrando sinais da doença periodontal, de acordo com o código mais alto registrado pelo Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP) – Araçatuba – SP – Brasil – 2006

	Código PIP							
	0	1	2	3	4	x	9	Total
% pacientes	69,64	20,09	4,91	0	1,34	-	4,02	100,00
Número médio de sextantes	5,07	0,55	0,10	0	0,01	0,09	0,18	6,00

Não foi observada associação estatisticamente significativa entre a presença de periodontite e o número de gestações anteriores ($p=0,0622$); periodontite e complicações durante a gestação atual ($p=0,6301$) e gestações anteriores ($p=0,0579$), considerando-se periodontite a partir do código 3 do IPC.

A figura 1 mostra a distribuição percentual das pacientes gestantes de acordo com suas necessidades

de tratamento. Uma grande parcela das pacientes (86,97%) necessitou de algum tratamento periodontal, sendo este ao menos preventivo, como instrução de higiene bucal. Além de requerer cuidados preventivos, como remoção e controle de placa, 66,8% precisaram de raspagem e alisamento radicular e/ou eliminação de margens restauradoras defeituosas, e 10,92% de tratamento mais complexo, como cirurgia periodontal.

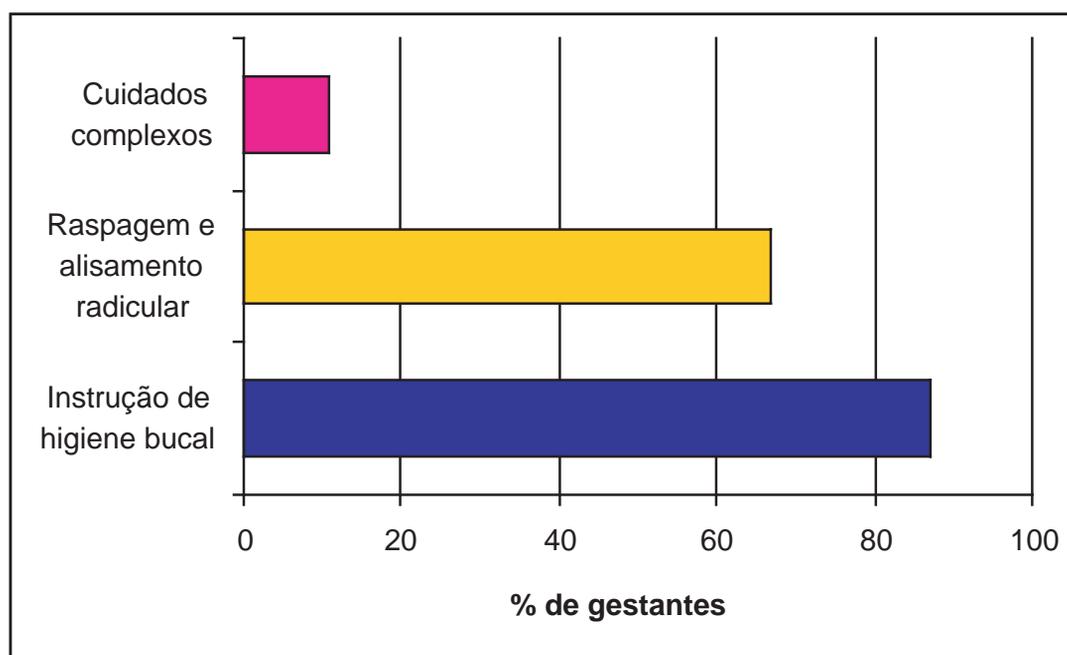


FIGURA 1 – Distribuição percentual das gestantes de acordo com suas necessidades de tratamento) – Araçatuba – SP – Brasil – 2006

DISCUSSÃO

Comparações de nosso estudo com outras pesquisas devem levar em consideração as características específicas deste grupo de pacientes, como condição socioeconômica, raça e lugar de residência (urbano ou rural).

A faixa etária mais freqüente nesta população de estudo foi 21-30 anos (58,49%), o período etário de maior fertilidade da mulher. É similar àquele observado por Rosell e colaboradores¹⁷ (20 a 29 anos, representando 63,3% do total), em um estudo realizado com um grupo de gestantes atendidas na Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP – Araraquara – SP – Brasil.

Estudos epidemiológicos e imunológico-microbiológicos têm suportado a hipótese de que a doença periodontal na gestante é um fator de risco independente para o parto prematuro, nascimento de bebês com baixo peso e restrição do crescimento fetal^{4,8,11,14-15}, mesmo depois de ter sob controle os outros múltiplos contribuintes, embora o conhecimento dos aspectos biológicos envolvidos seja ainda inconclusivo²⁵. Do total das pacientes examinadas nesse estudo, 20,02% confirmaram complicações na gravidez atual. Embora não tenha sido encontrada associação signifi-

cativa neste estudo, este é um dado importante, já que gestantes com periodontite podem estar sob um risco sete vezes maior de darem a luz à crianças prematuras e de baixo peso¹⁴. É necessária a realização de estudos longitudinais e experimentais envolvendo diferentes populações para confirmação dessa associação. Apesar de haver outras variáveis de risco obstétrico envolvidas na prematuridade, o tratamento da doença periodontal na gestante é imprescindível e pode-se tornar uma estratégia de intervenção para reduzir a incidência de nascimento de prematuros de baixo peso²⁵.

Mulheres mais jovens e em sua primeira gravidez tendem a procurar assistência médica no primeiro trimestre, enquanto outras mais velhas e com gravidezes múltiplas tendem a esperar por mais tempo, sendo muito maior a probabilidade de apresentar uma condição periodontal mais grave. O número de gestações anteriores pode influenciar em termos de aumento nos índices da doença periodontal¹². No entanto, neste estudo, a condição periodontal das gestantes parece não ter sido afetada pela diferença entre o número de gestações. Dentre as mulheres com bolsa periodontal maior que 3mm, 36,46% eram primigestas e 63,54% tinham um filho ou mais, não havendo diferenças estatísticas entre os dados.

O sangramento gengival observado em mais da metade (67,06%) das gestantes confirma uma tendência ao sangramento durante a gestação. O aumento nos níveis circulantes de progesterona causa dilatação dos capilares gengivais, permeabilidade e liberação de exudato gengival, o que pode explicar essa tendência à vermelhidão e ao aumento no sangramento durante o período gestacional²³.

Através do IPC, foi possível observar que mais de 80% das pacientes apresentavam algum sinal de doença periodontal, valor este semelhante (95%) ao relatado pelo grupo de Miyazaki¹³, em um estudo conduzido com gestantes em dois centros de saúde pública no Japão, e por Rosell e colaboradores¹⁷ (100%). A porcentagem de pacientes com bolsas periodontais foi relativamente alta (40,75%), mas quando apenas as bolsas profundas são consideradas, o percentual encontrado é bem menor (10,92%). Também, 3,96 sextantes apresentaram no mínimo sangramento ou problemas mais graves, semelhante à média de 3,6 e 5,5 sextantes observada no estudo de Miyazaki¹³ e Rosell¹⁷, respectivamente. No entanto, um número médio de 1 sextante teve 4 mm ou mais de profundidade de bolsa. Isto significa que a extensão dos problemas periodontais foi maior e a severidade menor, ou seja, as alterações do periodonto foram mais generalizadas, afetando mais sextantes, e apresentando poucos dentes severamente envolvidos.

As medidas observadas com o PIP permitem deduzir que a perda de inserção na doença periodontal presente durante a gestação não é relevante, e que esta se caracteriza muito mais por uma hiperplasia gengival do que por uma condição destrutiva dos tecidos do periodonto. Tilakaratne e colaboradores²¹ observaram que não há nenhum decréscimo significativo nos níveis de inserção com o avanço dos períodos da gravidez. Os autores também concluem que os níveis hormonais elevados característicos da gestação afetam somente a gengiva e não a inserção periodontal.

O IPC possibilitou estabelecer a necessidade de tratamento do grupo avaliado permitindo assim um direcionamento da atuação preventiva e clínica. A grande maioria (86,97%) das gestantes necessita de tratamento educativo-preventivo, que pode ser instituído de forma simples e eficaz, visando a orientação das pacientes quanto à sua saúde bucal e de seus bebês. Já 66,80% requeriam tratamento profilático, como raspagem e alisamento corono-radicular e correção das margens de restaurações defeituosas, medidas estas também possíveis de serem instituídas em programas de âmbito social, devido ao relativo baixo custo finan-

ceiro, quando comparadas aos cuidados complexos, como cirurgia periodontal, que são requisitados pelos 10,92% restantes do grupo. Estes dados diferem dos apresentados pela equipe de Agbelusi¹, já que em 250 gestantes estudadas, 50% requeriam profilaxia, 13,60% instrução em higiene bucal e 32,20% não necessitavam de qualquer tratamento. Diferenças demográficas e metodológicas podem estar contribuindo para esses resultados.

Silness & Löe¹⁹, no estudo clássico de gengivite experimental em humanos, afirmaram que a perda da manutenção periodontal está diretamente relacionada com o acúmulo de placa bacteriana, o que pode resultar em sangramento gengival e até mesmo inflamação periodontal. A higiene bucal deficiente e o acúmulo de placa, muitas vezes exacerbado durante a gestação pelo aumento da frequência de ingestão de alimentos açucarados e o descuido inversamente proporcional na higienização, aumentam a possibilidade de desenvolvimento da doença periodontal.

O conhecimento de como uma doença se comporta em uma comunidade é de fundamental importância para o planejamento, execução e avaliação de serviços odontológicos voltados à prevenção e controle desta. Assim, o atendimento às gestantes deve ser considerado não como uma continuidade desses programas, mas sim como ponto de partida de todos os projetos de prevenção de saúde. Somente através do compromisso perante a educação para a saúde, assumida pelos profissionais da área, na busca de uma assistência preventiva capaz de oferecer ao paciente uma visão melhor de seus direitos bem como a consciência sobre o seu real lugar como agente de sua própria saúde, é que efetivamente estar-se-á contribuindo para uma condição de vida mais adequada da população⁶.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo permitem afirmar que a gengivite foi a principal manifestação clínica da doença periodontal nas gestantes examinadas, e a carência de instruções em higiene bucal e práticas profiláticas corresponde à maior necessidade de tratamento destas pacientes. Sendo assim, programas educativos-preventivos direcionados a este grupo podem ajudar a manter a saúde gengival durante a gravidez e evitar o desenvolvimento de problemas periodontais severos no futuro, os quais são mais difíceis e mais caros de se tratar. O atendimento às necessidades e cuidados odontológicos durante a gestação, realizado de forma consciente por parte do profissional, permite

a manutenção da saúde integral da paciente e, conseqüentemente, de seu bebê, minimizando os riscos de transmissibilidade de microorganismos bucais

patogênicos e transformando-a em agente educador ativo, promovendo, assim, a prevenção primária em sua totalidade

ABSTRACT

During pregnancy, several factors contribute to the development of periodontal disease. To decrease the risk of pregnancy adverse outcomes and the transmissibility of oral pathogenic microorganisms is an important way to prevent the mother-child health. The aim of this survey was to evaluate the prevalence, severity and treatment needs of periodontal disease in pregnant women attending the Pregnant Women Clinic at Araçatuba School of Dentistry - UNESP, in the period from 1999 to 2003. The data was obtained from files for periodontal status record relating to the Community Periodontal Index and Loss of Attachment Assessment, recommend by WHO. Between the 315 pregnant women attended, 86.97% presented signs of periodontal disease, corresponding to an average of 3.96 affected sextants; 40.75% presented 4mm or deeper periodontal pockets, an average of 0.98 sextant. The percentage of patients with loss of attachment exceeding 4mm was 26.34%. The mean number of sextants with healthy attachment level was 5.07. Regarding the treatment needs, 86.97% of pregnant women required oral hygiene instruction, 66.80% required scale and polish and only 10.92% needed complex surgical treatment. These findings confirmed gingivitis as principal clinical manifestation of periodontal disease in the pregnant women examined. The care given to pregnant women through preventive programs aids the oral health promotion and patients motivation, reaching the primary prevention of main oral diseases.

UNITERMS

Periodontal diseases; periodontal index; pregnancy complications, primary health care; epidemiology.

REFERÊNCIAS

- Agbelusi GA, Akinwande JA, Shuhi YO. Oral health status and treatment needs of pregnant women in Lagos State. *Niger Postgrad Med J.* 2000 Sept.; 7(3):96-100.
- Albuquerque OMR, Abegg C, Rodrigues CS. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2004 maio-jun: 20(3):789-96.
- Amar S, Chung KM. Influence of hormonal variation on the periodontium in women. *Periodontol.* 2000 1994 Oct.; 6:79-87.
- Brunetti MCA. Periodontal infection associated to preterm birth and low birth weight. [tese] – São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo.; 2002.
- Cohen DW, Shapiro J, Friedman L, Kyle GC, Franklin S. A longitudinal investigation of the periodontal changes during pregnancy and fifteen months post-partum. II. *J Periodontol.* 1971 Oct.; 42(10):653-7.
- Correa MSNP. Odontopediatria na primeira infância. São Paulo: Ed.Santos; 1999.
- Costa ICC, MarcelinoG, Berti-Guimarães M, Saliba NA. A gestante como agente multiplicador de saúde. *Rev Pos-Grad.* 1998 abr./jun.; 5(2):87-92.
- Dasanayake AP, Russell S, Boyd D, Madianos PN, Forster T, Hill E. Preterm low birth weight and periodontal disease among African Americans. *Dent Clin North Am.* 2003 Jan; 47(1):115-25.
- Honkala S, Al-Ansari J. Self-reported oral health, oral hygiene habits, and dental attendance of pregnant women in Kuwait. *J Clin Periodontol.* 2005 July; 32(7): 809–14.
- Löe H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy. I. Prevalence and severity. *Acta Odontol Scand.* 1963 Dec; 21:533-51.
- Lopez NJ, Smith P, Gutierrez J. Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial. *J Periodontol.* 2002 Aug; 73(8):911-24.
- Machuca G, Khoshfeiz O, Lacalle JR, Machuca C, Bullón P. The influence of general health and social-cultural variables on the periodontal condition of pregnant women. *J Periodontol.* 1999 July; 70(7):779-85.
- Miyazaki H, Yamashita Y, Shirahama R, Gotot-Kimura K, Shimada N, Sogame A et al.. Periodontal condition of pregnant women assessed by CPITN. *J Clin Periodontol.* 1991 Nov; 18(10):751-4.
- Offenbacher S, Katz V, Fertik G, Collins J, Boyd D, Maynor G et al. Periodontal infections as a possible risk factor for preterm low birth weight. *J Periodontol.* 1996 Oct; 67(10 Suppl):1103-13.
- Offenbacher S, Leff S, Boggess KA, Murtha AP, Madianos PN, Champagne CME, et al. Maternal periodontitis and prematurity. Part I: Obstetric outcome of prematurity and growth restriction. *Ann Periodontol.* 2001 Dec; 6(1):164-74.
- Peterson PE. Priorities for research for oral health in the 21st Century – the approach of the WHO Global oral Health Programme. *Community Dent Health.* 2005 June; 22(2):71-4.
- Rosell FL, Montandon-Pompeu AAB, Valsecki JR A. Periodontal screening and recording in pregnant. *Rev. Saúde Pública.* 1999 abr; 33(2):157-62.
- Samant A, Malik CP, Chabra SK, Devi PK. Gingivitis and periodontal disease in pregnancy. *J Periodontol.* 1976 Jul; 47(7):415-8.
- Silness J, Löe H. Periodontal disease in pregnancy. II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. *Acta Odontol Scand.* 1964 Feb; 22:121-35.
- Suresh L, Radfar L. Pregnancy and lactation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004 Jun; 97(6):672-82.
- Tilakaratne A, Soory M, Ranasinghe AW, Corea SM, Ekanayake SL, de Silva M. Periodontal disease status during pregnancy and 3 months post-partum in a rural population of Siri-Lankan women. *J Clin Periodontol.* 2000 Oct; 27(10):787-92.
- World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4th ed. Geneva: WHO; 1997.

23. Yalcin F, Eskinazi E, Soydinc M, Basegmez C, Issever H, Isik G, Berber L, Has R, Sabuncu H, Onan U. The effect of sociocultural status on periodontal conditions in pregnancy. *J Periodontol.* 2002 Feb; 73(2):178-82.
24. Zachariassen RD. The effect of elevated ovarian hormones on periodontal health: oral contraceptives and pregnancy. *Women Health.* 1993 June; 20(2):21-30.
25. Zina LG, Moimaz SAS, Saliba NA, Garbin CAS. Periodontite materna e parto prematuro: aspectos biológicos, epidemiológicos e preventivos. *Rev Periodontia.* 2005 set; 15(3):10-5.

Recebido em: 13/06/06
Aprovado em: 13/06/06

Suzely Adas Saliba Moimaz
Departamento de Odontologia Infantil e Social –
Faculdade de Odontologia – UNESP
Rua José Bonifácio – 1193 Vila Mendonça
16015-050 Araçatuba – SP – Brasil.
Tel: +55-18-3636-3250
Fax: +55-18-3636-4890
sasaliba@foa.unesp.br