

## AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO PERIODONTAL EM GESTANTES DO PROJETO DE EXTENSÃO ATENÇÃO ODONTOLÓGICA MATERNO-INFANTIL (AOMI)

RITA AZEVEDO SENNA<sup>1</sup>; ANA REGINA ROMANO<sup>2</sup>; FERNANDA DE OLIVEIRA BELLO CORREA<sup>3</sup>; ANDRESSA PEDREIRA FRAGA<sup>4</sup>; MARTA SILVEIRA DA MOTA KRUGER<sup>5</sup>; FERNANDA DE BRITO SILVA<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas – [ritinhaah@hotmail.com](mailto:ritinhaah@hotmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – [romano.ana@uol.com.br](mailto:romano.ana@uol.com.br)

<sup>3</sup>Universidade Federal de Juiz de Fora – [fernandabello@hotmail.com](mailto:fernandabello@hotmail.com)

<sup>4</sup>Universidade Federal de Pelotas – [andressapedreirafraga@hotmail.com](mailto:andressapedreirafraga@hotmail.com)

<sup>5</sup>Universidade Federal de Pelotas – [martakruger@gmail.com](mailto:martakruger@gmail.com)

<sup>6</sup>Universidade Federal de Pelotas – [fernanda.brito.s@hotmail.com](mailto:fernanda.brito.s@hotmail.com)

### 1. INTRODUÇÃO

O Trabalho de Parto Prematuro (TPP) é definido como a instalação espontânea do trabalho de parto entre 20<sup>a</sup> e 37<sup>a</sup> semanas incompletas de gestação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1977). A incidência do parto prematuro está aumentada nos últimos anos, podendo chegar a 9,2% no Brasil, com metade desses sendo idiopáticos (DATASUS, 2013). BARROS *et al.* (2006) encontraram uma prevalência de 15,3% de prematuridade, em uma coorte com 4.231 nascidos vivos em Pelotas – RS, no ano de 2004.

Existem fatores de risco comprovadamente associados ao trabalho de parto prematuro como idade da mãe (<18 anos ou >35 anos), gestação múltipla, ausência de cuidado pré-natal, baixa estatura materna (<150 cm), hipertensão crônica, diabetes, lúpus eritematoso disseminado, poliartrite nodosa, endocrinopatias agudas, anemia infecciosa, trauma abdominal, alcoolismo, uso de drogas, antecedente de parto prematuro e infecções maternas do trato geniturinário a qualquer momento da gestação (DASANAYAKE, 1998). Outros fatores que podem estar associados são estado civil, raça, nível de escolaridade e utilização de tabaco (MINKOFF *et al.*, 1984; OFFENBACHER *et al.*, 1997).

Sabe-se que a inflamação e a infecção desempenham um importante papel na patogênese do parto prematuro através de vários mecanismos fisiopatológicos (PARRY; STRAUSS, 1998). Assim, devido à similaridade na patogênese das infecções à distância causadas por microrganismos gram-negativos, tem-se estudado a possibilidade da doença periodontal atuar como um fator de risco adicional na ocorrência de partos prematuros, porém os dados sobre a patogênese da doença periodontal no nascimento de bebês prematuros são inconclusivos.

A periodontite é uma condição crônico-inflamatória que afeta as estruturas de suporte dos dentes, há destruição do ligamento periodontal, do osso alveolar e, em casos extremos, pode ocorrer a perda dos dentes. Apesar de a agressão bacteriana ser necessária para a ocorrência da periodontite, o papel central na patogênese da doença é exercido pela resposta do hospedeiro através do controle das respostas imune inata e adaptativa (GENCO 1996, KINANE & BARTLOD, 2007). Evidências clínicas e científicas demonstram que fatores genéticos podem ser determinantes importantes de suscetibilidade e de progressão da periodontite (TAYLOR *et al.*, 2004). O objetivo desse estudo é avaliar a condição periodontal das gestantes que procuram o atendimento odontológico no Projeto de Extensão Atenção Odontológica Materno-infantil (AOMI) da Faculdade de Odontologia da UFPel a fim de que as gestantes que forem diagnosticadas com periodontite sejam submetidas ao

tratamento periodontal e sejam acompanhadas em manutenções preventivas frequentes até o nascimento do seu filho.

## 2. METODOLOGIA

### 2.1. Amostra

Cinquenta gestantes participaram dessa primeira parte da pesquisa que compreendeu o exame odontológico para determinação do diagnóstico periodontal. Os critérios de elegibilidade da gestante foram presença de, no mínimo, seis dentes em boca, sem necessidade de profilaxia antibiótica e estar em condição sistêmica de ser examinada.

### 2.2. Aspectos éticos

Esse projeto foi avaliado e aprovado pelo parecer 80/12 do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel.

### 2.3. Entrevista

Foi realizada uma entrevista com a gestante para coletar dados demográficos (idade materna, cor da pele) e socioeconômicos (escolaridade, estado civil, emprego durante a gravidez), além do peso e altura (usado para calcular o índice de massa corporal (IMC) antes da gestação:  $\text{peso Kg/altura}^2 \text{ (m}^2\text{)}$ ).

As gestantes também foram questionadas sobre seus hábitos e comportamentos antes e durante a gestação como: número de consultas pré-natal, uso de álcool e fumo. Foram também conduzidas perguntas relativas a hábitos de higiene bucal, relatos de sangramento gengival e de dor no período gestacional.

Após o parto, as puérperas serão contatadas para coleta dos dados referente ao nascimento dos bebês como idade gestacional da mãe ao nascimento, APGAR, peso e altura ao nascer, sendo orientadas para a obtenção desses dados na carteira nacional de vacinação infantil.

### 2.4. Condição da cavidade bucal

Foi avaliada a presença de biofilme dental segundo o índice de higiene oral simplificado (IOH-S), conforme descrito por GREENE *et al.* (1964).

Foram ainda consideradas as questões relativas à auto-avaliação da cavidade bucal contidas na entrevista.

### 2.5. Exame periodontal

O exame foi realizado com uma sonda periodontal milimetrada tipo Williams 23 (Hu-Friedy®), em todos os dentes presentes, em seis sítios por dente. A avaliação periodontal incluiu

Profundidade de sondagem: distância da margem gengival ao fundo do sulco gengival ou bolsa periodontal, em seis sítios por dente.

Sangramento à sondagem: registro dicotômico da presença/ausência de sangramento, com a utilização da sonda milimetrada, após a sondagem até a base do sulco gengival ou da bolsa periodontal, em seis sítios por dente. Considera-se a

presença de sangramento visível decorrido um tempo de até 30 segundos depois de mensurada a profundidade de sondagem.

Nível clínico de inserção: corresponde à distância da junção cimento-esmalte até a base do sulco gengival ou da bolsa periodontal, em seis sítios por dente, para cada sítio de cada elemento dentário, ou seja, a distância entre a junção cimento-esmalte e o fundo de sulco ou bolsa.

Foi utilizada a classificação das doenças periodontais proposta pela Academia Americana de Periodontia em 1999. A gestante foi classificada como portadora de periodontite quando os seguintes critérios clínicos estavam presentes: no mínimo 4 (quatro) sítios, em dentes distintos, apresentarem profundidade de sondagem  $\geq 4$ mm e nível de inserção  $\geq 3$ mm, com sangramento à sondagem (NABET *et al.*, 2010).

## 2.6. Análise estatística

Está sendo criado um banco de dados no programa EpiData 3.1, digitado em duplicidade e independentemente. Posteriormente será realizada a comparação dos arquivos de dados gerados, com o objetivo de detectar e corrigir erros, e o banco de dados será transferido para o programa Stata versão 10.0.

Serão realizadas as análises descritivas, univariada e de regressão logística, para avaliar a associação entre a doença periodontal e os fatores de risco para a prematuridade.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo encontra-se em andamento e será apresentado no Congresso de Iniciação Científica os dados da fase inicial do projeto, com o número de participantes que entrarem no estudo até a última semana do mês de Agosto. Até o momento 50 gestantes foram examinadas e os dados do periograma e das entrevistas estão sendo digitados para que seja realizada a análise estatística e as correlações entre o diagnóstico periodontal e os fatores de risco para a periodontite e os efeitos adversos da gravidez.

## 4. CONCLUSÕES

Através da compilação das informações socioeconômicas, comportamentais e odontológicas buscaremos determinar quais são os fatores de risco para os efeitos adversos da gravidez nas mulheres que procuram atendimento odontológico durante a gestação no Projeto de Extensão Atenção Odontológica Materno-Infantil (AOMI).

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABABNEH K. T.; ABU HWAIJ Z. M. F.; KHADER Y. S. Prevalence and risk indicators of gingivitis and periodontitis in a Multi-Centre study in North Jordan: a cross sectional study. **BCM Oral Health**, v.12, n.1, p.1-8, 2012.

BARROS A.J.; SANTOS I.S.; VICTORA C.G.; ALBERNAZ E.P.; DOMINGUES M.R.; TIMM I.K.; *et al.* Coorte de Nascimentos de Pelotas, 2004: metodologia e descrição. **RevSaude Publica**, v.40, n.3, p.402-13. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. DATASUS. Brasília. Acessado em jul. 2013. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinasc/snmap.htm>

DASANAYAKE A.P. Poor periodontal health of the pregnant woman as a risk factor for low birth weight. **Annals Periodontology**, v.70, n.3, p.206-211, 1998.

MINKOFF H.; GRUNEBaum A.N.; SCHWARTZ R.H. Risk factors for prematurity and premature rupture of membranes: a prospective study of the vaginal flora in pregnancy. **American Journal Obstetrics and Gynecology**, v.150, n.8, p.965-72, 1984.

NABET C.; LELONG N.; COLOMBIER M.L.; SIXOU M.; MUSSETA.M.; GOFFINET F.; KAMINSKI M. Maternal periodontitis and the causes of preterm birth: the casecontrol Epipap study. **J. Clinical Periodontology**, v.37, n.1, p.37-45, 2010.

OFFENBACHER S.; KATZ V.; FERTIK G.; COLLINS J.; BOYD D.; MAUNOR G. *et al.* Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. **J. Periodontology**, v.67, n.10, p.1103-13, 1997.

OFFENBACHER, S.; BOGGESS, K.A.; MURTHA, A.P. *et al.* Progressive periodontal disease and risk of very preterm delivery. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v.107, n. 1, p. 29-36, 2006.

PARRY S.; STRAUSS J. Premature rupture of the fetal membranes. **New England Journal of Medicine**, v.338, n.10, p.663-70, 1998.

TAYLOR JJ, PRESHAW PM, DONALDSON PT. Cytokine gene polymorphism and immunoregulation in periodontal disease. **Periodontol 2000**, n.35, p.158-82, 2004.

GENCO R.J. Current view of risk factors for periodontal diseases. **Journal of Periodontology**, n. 67, p.1041-9, 1996.

KINANE D.F.; BARTOLD P.M. Clinical relevance of the host responses of periodontitis. **Periodontol 2000**, n.43, p.278-293, 2007.

**Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death.** 9<sup>th</sup> Rev, p.773. Geneva: World Health Organization, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.** DATASUS. Brasília. Acessado em jul. 2013. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinasc/snmap.htm>