

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

GABRIELLE FEITOZA BASSI COSTA

A DOENÇA PERIODONTAL NA GESTAÇÃO: RELATO DE CASO

VOLTA REDONDA

2017

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITARIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

A DOENÇA PERIODONTAL NA GESTAÇÃO: RELATO DE CASO

Monografia apresentada ao Curso de Odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aluno: Gabrielle Feitoza Bassi Costa

Orientadora: Dra. Carolina Hartung Habibe

Coorientador: Me. Sérgio Luiz Manes Lobo

VOLTA REDONDA

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tação Wagner - CRB 7/RJ 4316

C837d Costa, Gabrielle Feitoza Bassi

A doença periodontal durante a gestação: relato de caso. /
Gabrielle Feitoza Bassi Costa. – Volta Redonda: UniFOA, 2017.

56 p. II.

Orientador(a): Carolina Hartung Habibe

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Odontologia, 2017

1. Odontologia - TCC. 2. Doença periodontal. 3. Hipertensão gestacional. I. Habibe, Carolina Hartung. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 617.6



FOLHA DE APROVAÇÃO

Trabalho de Conclusão do Curso intitulado: A doença periodontal na gestação: relato de caso.

Elaborado por: Gabrielle Feitoza Bassi Costa

E apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia.

Aprovada em 05 de Outubro de 2017

Banca Avaliadora:

.....
Prof^a Doutora Carolina Hartung Habibe

.....
Prof^a Doutora Rosiléa Chain Hartung Habibe

.....
Prof^a Mestre Miriam Salles Pereira

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meus pais, que em todos os momentos da vida estiveram presentes ao meu lado... Com palavras de motivação, gestos de carinho e motivo das minhas maiores vitórias. Vocês me guiaram com muito amor e carinho, fazendo com que o dia de hoje se tornasse realidade, onde puderam me proporcionar todas as oportunidades para meu crescimento pessoal e profissional. Serei eternamente grata a vocês, por todo amor, dedicação, carinho e compreensão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sempre me iluminar e me guiar pelo melhor caminho, pela oportunidade de ter chegado até aqui com muita saúde e sabedoria. Agradeço a meus pais, Cesar e Shirley por tudo que fizeram, por tudo que fazem e por tudo que farão por mim, vocês são minhas maiores fontes de inspiração. Agradeço também a meus irmãos Marcelle e Cesar por todo amor e paciência nesta jornada. A toda minha família e amigos por palavras de motivação e gestos de carinho. Ao meu namorado Carlos por sempre me motivar a ser melhor, por sempre me proporcionar amor, carinho e segurança. Agradeço a todos meus professores, que de alguma forma contribuíram por parte de quem me tornei... Em especial, agradeço à minha orientadora Carolina por toda ajuda para que esse trabalho se tornasse realidade... Agradeço também à professora Roberta, pelo carinho e paciência.

EPÍGRAFE

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

Carl Jung

RESUMO

A grande maioria dos recém-nascidos prematuros evolui para o óbito, e aqueles que sobrevivem enfrentam limitações e incapacitações ao longo da vida, como problemas respiratórios, neurológicos e psíquicos, déficit de atenção, dificuldade de aprendizagem e hiperatividade. O parto pré termo apresenta-se como um problema econômico e de saúde pública, elevando os custos com os cuidados necessários com o recém nascido e ao longo da sua vida. A doença periodontal tem apresentado forte correlação, não só com partos prematuros, mas também com o baixo peso ao nascimento, pré eclampsia, eclampsia e hipertensão gestacional. A investigação entre doença periodontal e desfechos indesejáveis no nascimento de bebês mostra-se como um fator importante para gestantes, devendo o tratamento da doença periodontal ser realizado ainda no período do pré natal, de maneira efetiva e direcionada. O objetivo deste trabalho foi relatar o caso de uma gestante que procurou o serviço odontológico da Clínica Integrada do UniFOA e após a anamnese da paciente foi observado, através do exame clínico, que a paciente possuía doença periodontal. Com 33 semanas a mesma apresentou um pico hipertensivo onde foi classificada com hipertensão gestacional, necessitando de internação hospitalar e intervenção médica com prescrição de anti-hipertensivos. Deu a luz a um bebê do sexo feminino com 37 semanas. Houve uma associação positiva entre a doença periodontal e a hipertensão gestacional materna.

Palavras-chave: Doença periodontal; Nascimentos prematuros; Hipertensão gestacional.

ABSTRACT

Most part of premature babies develop into death, and those survivors face a lifelong limitations and disabilities, such as respiratory, neurological, and mental illness, attention deficit, learning disability, and hyperactivity. Preterm birth presents an economic and public health problem, thus raising costs with due care for the newborn and throughout his life. Periodontal disease has shown a strong correlation, not only with premature births, but also with low birth weight and preeclampsia. The investigation between periodontal disease and undesirable outcomes in the birth of infants is an important factor for pregnant women, and the treatment of periodontal disease should be performed in the prenatal period, in an effective and directed way. The objective of this study was to report the case of a pregnant woman who sought the dental service of the Integrated Clinic of UniFOA and after the patient's anamnesis it was observed through clinical examination that the patient had periodontal disease. During the gestational period, in the third trimester, she had gestational hypertension, requiring hospitalization and medical intervention with antihypertensive prescription. She gave birth to a 37 week-old female infant, considered to be moderate to late preterm birth. She gave birth to a 37-week-old female baby. The periodontal disease was associated with gestational hypertension.

Keywords: Periodontal disease; Preterm birth; Gestational hypertension.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1	Gengiva saudável.....	17
Figura 2	Principais problemas a curto e longo prazo em bebês de muito baixo peso ao nascer.....	26
Figura 3	Exame físico intra oral.....	32
Figura 4	Exame físico intra oral.....	32
Figura 5	Exame físico intra oral.....	33
Figura 6	Hemograma completo: série vermelha e branca da paciente S.M com 26 semanas gestacionais	34
Figura 7	Após raspagem, profilaxia e aplicação tópica de flúor. Nota-se a presença de múltiplas lesões de mancha branca na cervical dos elementos e também tecido cariado	35
Figura 8	Após raspagem, profilaxia e aplicação tópica de flúor. Nota-se a presença de múltiplas lesões de mancha branca na cervical dos elementos e também tecido cariado	35

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Apgar	Escala de Apgar
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CHCM	Concentração de hemoglobina
cm	Centímetro
CoEPS	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CRH	Hormônio liberador de corticotropina
et al.	e colaboradores
FDI	Federação mundial de odontologia
FNT	Fator de necrose tumoral
g	Gramas
HCM	Volume corpuscular médio
IgM	Imunoglobulina M
IL	Interleucina
mg/L	Miligramas por litro
mm	Milímetro
mmHg	Milímetros de mercúrio
NPBA	Nascimento prematuro e de baixo peso ao nascer
OMS	Organização Mundial da Saúde
P.A	Pressão arterial
PCR	Proteína C reativa

PGE	Prostaglandina
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VCM	Volume corpuscular médio

LISTA DE APÊNDICES

Apendice A	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	43
Apendice B	Autorização para uso de imagem.....	45
Apendice C	Entrevista.....	46
Apendice D	Anamnese.....	49

LISTA DE ANEXOS

Anexo A	Parecer Consubstanciado do CoEPs.....	53
---------	---------------------------------------	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 A doença periodontal	16
2.1.1 Etiologia e evolução.....	17
2.1.2 Patógenos e processos inflamatórios.....	18
2.2 Gestação	20
2.2.1 Fatores de risco para prematuridade e baixo peso ao nascer	22
2.2.1.1 Alterações de desenvolvimento do bebê pré termo e/ou de baixo peso.....	23
2.3 Gestação e a doença periodontal	25
2.4 índice periodontal comunitário	29
3 RELATO DE CASO	30
4 DISCUSSÃO	36
5 CONCLUSÃO	39
6 REFERÊNCIAS.....	40
APENDICES	43
ANEXOS	53

1 INTRODUÇÃO

Durante a gestação, mulheres passam por grandes alterações hormonais, metabólicas e imunológicas, que têm por objetivo manter a vida e o crescimento do feto (WEILDLICH et al., 2013).

A possibilidade de as infecções periodontais maternas influenciarem negativamente no desfecho do parto foi levantado pela primeira vez no fim dos anos de 1980, onde bacteremias transitórias ocorriam comumente em indivíduos com gengivas inflamadas e alcançavam os tecidos placentários, dando o ímpeto inflamatório, induzindo o trabalho de parto. Sendo assim, bactérias bucais podem atingir os fluidos amnióticos e influenciar os tecidos maternos fetais via hematogênica (KINANE; BERGLUNDH; LINDHE, 2010).

Nascimentos pré termo ou de baixo peso, ou seja, bebês nascidos com 2.500g ou menos representam um importante problema de saúde pública, social e econômica (OFFENBACHER et al., 1996). Além disso, mais de um milhão de bebês prematuros morrem a cada ano devido a complicações no parto e muitos dos que sobrevivem sofrem algum tipo de deficiência ao longo da vida, especialmente relacionada com a aprendizagem, deficiência visual e problemas de audição (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

A American academy of periodontology (2004) recomenda que todas as mulheres grávidas ou que planejam uma gravidez devem se submeter a um exame periodontal, onde medidas preventivas e terapêuticas apropriadas podem ser instruídas com efeito benéfico na saúde de seus bebês. Sendo assim, é obrigação dos profissionais de saúde instruir a gestante sobre todos os cuidados de saúde, tanto geral quanto bucal, enfatizando a importância do pré-natal médico e odontológico (CASAMASSIMO, 2001).

Segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (2016) sobre cuidados pré-natais, todas as mulheres e recém-nascidos devem receber cuidados de qualidade durante toda a gravidez, parto e período pós-parto. Está comprovado que a implementação oportuna e adequada de práticas baseadas em evidências,

logo, cuidados pré-natais podem salvar vidas. As experiências positivas das mulheres durante os cuidados pré-natais e o parto podem constituir a base de uma maternidade saudável.

A identificação de agentes microbianos que produzem doenças periodontais graves e a eficácia do método terapêutico adequado pode ajudar na manutenção da saúde periodontal e pode ser importante para o desenvolvimento de melhores programas destinados a mulheres grávidas e dos recém-nascidos (BORGIO et al., 2014).

Informações sobre microbiota periodontal na gravidez podem melhorar o conhecimento sobre a relação entre a gravidez e doença periodontal, estando elas ligadas ou não a riscos para complicações no parto (MACHADO et al., 2012).

Segundo Codato et al. (2011) a odontologia tem menos impacto que a medicina na interação com a comunidade em relação a questões de saúde, porque geralmente as necessidades odontológicas são vistas como de menor complexidade e, muitas vezes, podem ser controladas no próprio consultório, onde há a hipótese de a gestante desconhecer que o dentista possui conhecimentos mais amplos sobre saúde, incluindo aqui saberes sobre prescrição medicamentosa, uso de RX, de anestesia, não se limitando apenas à execução puramente mecânica de procedimentos odontológicos inerentes à especialidade.

O propósito do presente estudo foi explorar através de uma revisão de literatura e o relato de um caso clínico a relação entre a doença periodontal e as possíveis complicações gestacionais, como nascimentos de prematuros, nascimentos de baixo peso, pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A Doença Periodontal

Uma gengiva saudável apresenta as seguintes características: coloração rosada, superfície com aspecto de casca de laranja, firme, e com bordas em forma de lâmina de faca, ajustando-se ao contorno dos dentes, sem presença de sangramento e exsudado (MANSON; ELEY, 1995).

A gengiva humana clinicamente saudável (Figura 1), possui um sulco de profundidade de até 3 mm (medida através de uma sonda periodontal milimetrada) (NEWMAN et al., 2011).



Figura 1: Gengiva saudável
Fonte: NEWMAN et al., 2011.

A doença periodontal pode ser classificada em gengivite e periodontite. Gengivite é uma inflamação limitada aos tecidos moles que circundam os dentes, onde na maioria dos casos ocorre devido à falta de higiene oral adequada (NEVILLE et al., 2009).

A periodontite é definida como uma inflamação dos tecidos gengivais associados a uma perda de inserção do ligamento periodontal e de suporte ósseo devido a um acúmulo de biofilme no longo eixo do dente, promovendo assim uma migração apical do epitélio sulcular ao longo da superfície radicular, resultando na formação de bolsas periodontais (NEVILLE et al., 2009).

No Brasil, mais de 15% da população brasileira com 15 anos ou mais sofrem de periodontite crônica severa. A doença periodontal é um problema de saúde pública, representando um desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo (FDI, 2015).

Entre os tipos de periodontite, a periodontite crônica é a mais comum e caracteriza-se pelo acúmulo de placa e cálculo e geralmente tem um curso de progressão lento a moderado, porém com períodos de destruição mais rápidos, variando de acordo com fatores locais, sistêmicos e ambientais (NEWMAN et al., 2011).

A periodontite crônica é classificada como localizada (< 30% dos sítios envolvidos) ou generalizada (>30% dos sítios envolvidos) e leve (1 a 2 mm de perda de inserção clínica), moderada (3 a 4 mm de perda de inserção clínica) ou grave (de perda de inserção clínica maior ou igual a 5 mm) (NEWMAN et al., 2011).

O sangramento gengival à sondagem indica uma lesão inflamatória tanto no epitélio como no tecido conjuntivo, com diferenças histológicas específicas quando comparadas à gengiva saudável. O diagnóstico precoce do sangramento é importante para prevenção da gengivite (NEWMAN et al., 2011).

2.1.1 Etiologia e evolução

As doenças periodontais são infecções causadas por bactérias anaeróbias Gram-negativas (OFFENBACHER et al., 1996). É uma doença inflamatória comum e complexa, caracterizada pela destruição dos tecidos periodontais de suporte dentário mole e duro, incluindo osso alveolar e o ligamento periodontal (NEWMAN et al., 2011).

Além do período da puberdade junto com a má higiene oral, as mulheres estão mais susceptíveis a desenvolver alterações periodontais devido aos altos níveis de progesterona, o que faz com que haja um aumento da permeabilidade vascular gengival, tornando-a mais sensível a agentes irritantes bacterianos, físicos e químicos quando associados à gravidez ou a algumas formas de anticoncepcionais orais (NEVILLE et al., 2009).

A doença periodontal progride silenciosamente até atingir estágios avançados, quando já não são reversíveis, sendo necessário ajuda de profissional especializado na terapêutica e progressão da doença, promovendo assim uma melhor qualidade de vida e conseqüentemente menos comprometimentos sistêmicos e orais. (FDI, 2015).

A doença periodontal está diretamente ligada a uma interação complexa entre o biofilme gengival e eventos imunoinflamatórios do hospedeiro que se desenvolvem nos tecidos gengivais e periodontais. A gengivite sempre antecede a periodontite, porém nem toda gengivite evolui para periodontite, devendo estar associado à alteração e composição do biofilme além da resposta imune do hospedeiro. (NEWMAN et al., 2011).

Quando a inflamação na gengiva marginal evolui para o interior dos tecidos de sustentação temos a destruição óssea, caracterizada como periodontite, sendo este o processo de transição de gengivite para periodontite. (KINANE; BERGLUNDH; LINDHE, 2010).

Dentro dos fatores etiológicos da periodontite podemos citar: biofilme específico, influência genética, resposta imune do hospedeiro e tabagismo (NEVILLE et al., 2009), além de dieta rica em carboidratos, obesidade, diabetes, e pré-diabetes (NEWMAN et al., 2011).

2.1.2 Patógenos e processos inflamatórios

Áreas ativas de periodontite possuem placas de flora anaeróbica e microaerófila gram-negativa. Apesar de diversos tipos de bactérias residirem na cavidade oral, apenas algumas delas são associadas à periodontite, como por exemplo: *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Tannarella forsythensis*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Campylobacter rectus*, *Treponema denticola* e *Fusobacterium nucleatum* (NEVILLE et al., 2009).

Quando há um acúmulo de placa bacteriana no sulco gengival, neutrófilos e macrófagos não são capazes de fagocitar essas bactérias. Observa-se então um

quadro de gengivite com seus sinais clássicos (vermelhidão, inchaço e sangramento a sondagem) (NEWMAN et al., 2011).

A vasodilatação observada no tecido gengival aumenta a permeabilidade vascular, levando a um vazamento de fluido para fora dos vasos que facilita a passagem das células de defesa, resultando em um tecido eritematoso e edemaciado. Esse quadro é reversível com a melhoria da higiene oral (NEWMAN et al., 2011).

A transição de gengivite para periodontite depende de alguns fatores, como por exemplo: a composição e quantidade do biofilme, a resposta inflamatória do hospedeiro, fatores ambientais e sistêmicos. Com a presença de biofilme subgengival, o epitélio juncional se desloca apicalmente ao longo da superfície radicular, promovendo reabsorção óssea e formação de bolsa periodontal. A bolsa periodontal apresenta-se como um ambiente protegido, quente, úmido e anaeróbio com fornecimento de nutrientes para bactérias, tornando o meio propício e adequando para seu desenvolvimento e evolução (NEWMAN et al., 2011).

A proteína C Reativa (PCR) é uma das proteínas da fase aguda da inflamação, sintetizada pelo fígado em resposta às citocinas. É encontrada no diagnóstico de necrose aguda, infecções bacterianas e processos inflamatórios (LIMA; SILVA; LIMA, 2002). O valor médio da PCR em pessoas saudáveis é de até 0,8 mg/L (ABLIJ; MEINDERS, 2002).

A PCR é uma técnica rápida e sensível para a detecção de sequências de DNA bacteriano (LIN et al., 2003). É um significativo marcador na pré-eclâmpsia e valores acima de 6,0 mg/L da PCR podem agravar a pré-eclâmpsia (CABRAL; FREITAS; VITRAL, 2002).

Valores de PCR próximos a 3 mg/L, estão associados a maiores riscos de desenvolvimento de doença arterial periférica e também, especialmente síndromes agudas coronarianas (ABLIJ; MEINDERS, 2002).

2.2 Gestação

A gestação é um processo fisiológico, e por isso sua evolução acontece na maioria dos casos sem intercorrências e seu diagnóstico é baseado em dados clínicos (história e exame físico) e testes laboratoriais, onde o diagnóstico precoce é fundamental para uma assistência pré natal de qualidade, possibilitando cuidados que visam promoção de saúde materno fetal (FREITAS et al., 2011).

Em média a gestação dura cerca de 280 dias, ou 40 semanas, entre o primeiro dia do último ciclo menstrual e o nascimento da criança, ou seja, em torno de nove meses (CUNNINGHAM et al., 2012).

O parto é definido como prematuro quando ocorre o nascimento do bebê antes que 37 semanas de gestação sejam concluídas. Existem subcategorias de parto prematuro, com base na idade gestacional: extremamente prematuro (< 28 semanas), muito prematuro (28 para < 32 semanas), moderado a tardio prematuro (32 a < 37 semanas). Cesarianas não devem ser planejadas antes de 39 semanas completas, a menos que clinicamente indicado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

A pré-eclâmpsia é definida como hipertensão persistente, após a vigésima semana de gestação, sendo a sistólica ≥ 140 mmHg, diastólica ≥ 90 mmHg e proteinúria ≥ 300 mg/24 horas (POLITANO et al., 2011). Já a eclampsia caracteriza-se por convulsões generalizadas, em geral acompanhadas por critérios de pré-eclâmpsia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Entre os distúrbios hipertensivos podemos citar hipertensão gestacional, cujo diagnóstico é feito em mulheres onde a pressão arterial alcança 140/90 mmHg ou mais pela primeira vez depois da metade da gestação. Porém a proteinúria não é identificada. Subsequentemente, a pré-eclâmpsia é desenvolvida, acompanhada de alguns sinais, como cefaleia ou dor epigástrica. Se a hipertensão não tiver evolução para uma pré-eclâmpsia, reclassifica-se como hipertensão gestacional, onde em torno de 12 semanas pós parto os valores pressóricos são normalizados (CUNNINGHAM et al., 2012).

Politano et al. (2011) afirmaram que são diversos os fatores responsáveis pela pré-eclâmpsia, e que os parâmetros periodontais com profundidade de sondagem $\geq 4\text{mm}$, e nível de inserção clínica $\geq 4\text{mm}$ estão associados individualmente ou em conjunto à pré-eclâmpsia, onde esses resultados são importantes para alertar mulheres em idade fértil da importância da saúde bucal durante a gestação.

Ainda segundo Politano et al. (2011), se a doença periodontal fosse eliminada no período gestacional, o risco de pré-eclâmpsia seria reduzido para 49,5% dos casos.

É de suma importância que a doença periodontal seja eliminada antes da gestação, ou durante, promovendo assim qualidade de vida à gestante e ao feto, o que enfatiza ainda mais a importância de um acompanhamento odontológico durante a gestação (POLITANO et al., 2011).

O aumento da pressão arterial é perigoso para mãe e para o feto, sendo que 10% das convulsões eclâmpticas desenvolvem-se antes que a proteinúria seja identificada (CUNNINGHAM et al., 2012).

Distúrbios hipertensivos são responsáveis por quase um décimo da morte de gestantes na África e na Ásia, sendo a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia a maior causa de morte materno-infantil, onde cuidados eficazes durante o pré-natal e em tempo hábil evitariam o óbito dessas mulheres (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Baixo peso ao nascer caracteriza-se pelo nascimento de bebês com menos de 2500 gramas (UNICEF; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

O trabalho de parto normal é diagnosticado quando há dilatação cervical de três cm ou mais na presença de contrações uterinas (CUNNINGHAM et al., 2012). Já no parto pré-termo, para que haja contração uterina é necessário ter inflamação (corioamnionite, infecção decidual, cervicite, etc), estresse, modificações físicas do colo uterino, isquemia uteroplacentária e hemorragia (FREITAS et al., 2011).

A contração uterina no parto pré-termo acontece através da liberação de endotoxinas locais ou citocinas inflamatórias, como o fator de necrose tumoral (FNT)

e a interleucina-1 (IL-1), além da liberação de hormônios liberados pelo estresse fetal ou materno, como ocitocina, cortisol e hormônio liberador de corticotropina (CRH) (FREITAS et al., 2011).

2. 2.1 Fatores de risco para prematuridade e baixo peso ao nascer

O parto prematuro pode ocorrer por diversas razões, algumas vezes espontaneamente, outras devido a indução precoce do trabalho de parto (cesariana), por razões médicas ou não médicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Causas comuns do parto pré-termo incluem: gestação de múltiplos, infecções, doenças crônicas (como diabetes e hipertensão arterial), influência genética, e tratamentos de infertilidade; no entanto, muitas vezes nenhuma causa é identificada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Baixas condições socioeconômicas, baixo índice de massa corporal (inferior a 19,8), deficiências nutricionais e tabagismo são também fatores que influenciam a ruptura prematura da membrana (CUNNINGHAM et al., 2012), além de anomalia fetal, anomalia uterina, abortamento de repetição, corioamnionite, parto pré-termo anterior, vaginite e etc (FREITAS et al., 2011).

Segundo Ananth e Vintzileos (2006) as causas mais comuns para o nascimento pré termo são: hipertensão arterial crônica, placenta anterior, sangramento sem explicação, isoimunização Rh, malformação congênita, pré-eclâmpsia, sofrimento fetal, feto pequeno para a idade gestacional e deslocamento da placenta.

A gengivite, acompanhada ou não da periodontite, é hoje um dos fatores de risco para trabalho de parto prematuro e pré-eclâmpsia, segundo a literatura mais recente. Sendo a prematuridade a principal causa de morte neonatal, a prevenção da saúde bucal interfere positivamente na condição do recém nascido (ECHEVERRIA; POLITANO, 2014).

Segundo Moura et al. (2009) a infecção intra-amniótica é também causa de morbidade, com produção de citocinas inflamatórias, que desencadeiam respostas inflamatórias nos tecidos maternos e fetais, induzindo a liberação de

prostaglandinas, aumentando a contratilidade uterina, favorecendo a ruptura das membranas fetais, a modificação e dilatação da cérvix e, conseqüentemente o parto pré termo.

As citocinas são produzidas por um grande número de tipos celulares, incluindo células do infiltrado inflamatório, como neutrófilos, macrófagos e linfócitos, desempenhando assim um papel fundamental na inflamação, comportando-se como mediadores inflamatórios fundamentais na doença periodontal (NEWMAN et al., 2011).

Outra via importante que leva ao parto prematuro é a ativação inflamatória na membrana decídua, surgindo no contexto de sangramento intrauterino ou infecção intrauterina oculta (CUNNINGHAM et al., 2012).

As prostaglandinas são importantes mediadores da inflamação, que resulta em vasodilatação e induz a produção de citocinas, resultando em reabsorção óssea e contribuindo assim para o dano tecidual na periodontite (NEWMAN et al., 2011).

2.2.1.1 Alterações de desenvolvimento do bebê pré termo e/ou de baixo peso

A cada ano, dos nascimentos prematuros, quase um milhão dos bebês vão a óbito devido a complicações no parto. Entre os sobreviventes, observa-se algum tipo de deficiência enfrentam ao longo da vida, como: deficiência visual, problemas de audição e especialmente problemas relacionados à aprendizagem (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Mais de 60% dos nascimentos prematuros ocorrem na África e sul da Ásia, mas a prematuridade é verdadeiramente um problema global. Há uma diferença dramática na sobrevivência de bebês prematuros, dependendo de onde eles nascem. Mais de 90% dos bebês extremamente prematuros (< 28 semanas) nascido em países de baixa renda morrem entre os primeiros dias de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

De acordo com a World Health Organization (2015) o Brasil se encontra na décima posição, com 279.300 casos de nascimento pré termo por ano.

Quanto mais prematuro é o bebê, menos preparado é o seu corpo para lidar com o mundo exterior, necessitando de cuidados especiais, como por exemplo, se manter aquecido. Possuem dificuldades de alimentação (já que a coordenação do reflexo de sucção e deglutição não está totalmente desenvolvida); E muitos começam a respirar de forma independente a partir do momento em que eles nascem, mas outros precisam de reanimação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Se não houver total desenvolvimento dos pulmões irá faltar- lhes surfactante (uma substância que permite o aumento da complacência pulmonar e conseqüentemente diminui o esforço respiratório, evita atelectasia no fim da expiração e facilita o recrutamento do parênquima colapsado), gerando assim uma dificuldade em respirar, e aqueles que começam a respirar de forma independente não tem força suficiente para continuar. Exaustos, eles podem parar de respirar (apneia) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

Pelo fato de seu sistema imunológico não estar totalmente desenvolvido, há maior risco de morte caso contraíam alguma infecção. Bebês prematuros podem sofrer hemorragia cerebral durante o parto e nos dias imediatamente após. Também podem sofrer uma lesão cerebral devido à falta de oxigênio. Hemorragias ou falta de oxigênio no cérebro podem causar paralisia cerebral, retardo no desenvolvimento e problemas de aprendizagem (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013).

Os olhos do bebê prematuro não estão preparados para o mundo exterior. Eles podem ser danificados por um crescimento anormal dos vasos sanguíneos na retina. O problema pode ser ainda mais grave em infantes muito prematuros e aqueles expostos a níveis muito elevados de oxigênio. Isso pode levar a deficiência visual ou cegueira (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013).

Segundo Cunningham et al. (2012) lactentes negros têm probabilidade duas vezes maior de morrer no primeiro ano de vida, e quase 66% desta desigualdade acontece devido ao parto prematuro.

Em populações de baixa renda, metade dos bebês nascidos entre ou abaixo de 32 semanas morrem devido à falta de cuidados, como calor, apoio ao aleitamento materno e cuidados básicos para infecções e dificuldades respiratórias. Para ajudar a reduzir taxas de prematuridade, as mulheres precisam de melhoria dos cuidados antes e durante a gravidez (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Órgão ou sistema	Problemas em curto prazo	Problemas em longo prazo
Pulmonares	Síndrome do desconforto respiratório pneumotórax, displasia bronco pulmonar, apneia da prematuridade.	Displasia bronco pulmonar, doença reativa de vias respiratórias, asma.
Gastrointestinais ou nutricionais	Hiperbilirubinemia, intolerância alimentar, enterocolite necrosante, insuficiência de crescimento.	Insuficiência no desenvolvimento, síndrome do intestino curto, colestase.
Imunológicos	Infecção hospitalar, deficiência imunológica, infecção perinatal.	Infecção pelo vírus sincial respiratório, bronquiolite.
Sistema nervoso central	Hemorragia intraventricular, leucomalacia periventricular, hidrocefalia.	Paralisia cerebral, hidrocefalia, atrofia cerebral, retardo no desenvolvimento neurológico, perda de audição.
Oftalmológicos	Retinopatia da prematuridade	Cegueira, descolamento da retina, miopia, estrabismo.
Cardiovasculares	Hipotensão, persistência do canal arterial, hipertensão pulmonar.	Hipertensão pulmonar, hipertensão arterial na vida adulta.
Renais	Desequilíbrio hidroeletrólítico, distúrbios acidobásicos.	
Hematológicas	Anemia iatrogênica, necessidade de frequentes transfusões, anemiada prematuridade.	
Endocrinológicas	Hipoglicemia, níveis transitoriamente baixos de tiroxina, deficiência de cortisol.	Distúrbios na regulação da glicose, aumento da resistência à insulina.

Figura 2: Principais problemas a curto e longo prazo em bebês de muito baixo peso ao nascer.
Fonte: EICHENWALD; STARK, 2008.

2.3 Gestação e a doença periodontal

A hipótese que a associa uma infecção ao parto pré termo é de que os próprios microrganismos ou suas toxinas, como endotoxinas (lipopolissacarídeos) podem alcançar a cavidade uterina durante a gestação pela corrente sanguínea, a partir de um foco não genital ou por meio de uma rota ascendente do trato genital inferior. Esses microrganismos, ou seus produtos, ao interagirem, provavelmente na decídua (uma das membranas ovulares), estimulam a produção de prostaglandinas

(principalmente PGE2) e o fator de necrose tumoral alfa (FNT- α) pela gestante, que alcançam níveis elevados (durante a presença de processos infecciosos), acelerando a gestação (promovendo a dilatação cervical, a contração do músculo uterino e o início do trabalho de parto e nascimento propriamente dito (BRUNETTI et al., 2008).

Desfechos indesejáveis na gestação estão diretamente ligados a liberação de mediadores inflamatórios locais e sistêmicos, além de infecções intra-uterinas (TESHOME; YITAYEH, 2016).

Há a hipótese de que nas gestantes com doença periodontal em períodos ativos da doença, microorganismos orais se deslocariam para a unidade uteroplacentária, provocando uma inflamação placentária, no qual conseqüentemente haveria danos placentários e manifestação de pré-eclâmpsia (VARSHNEY; GAUTAM, 2014).

Segundo Offenbacher et al. (1996) a infecção periodontal mostrou-se como um dos fatores de risco para o nascimentos prematuros e de baixo peso ao nascer (NPBA). Cerca de 250.000 NPBA ocorrem anualmente, sendo múltiplas as causas da prematuridade, assim como as variáveis que estão associadas com esta doença.

Cunningham et al. (2012) afirmaram que a ruptura prematura das membranas é um amplo conjunto de mecanismos patológicos, como por exemplo a infecção intra-amniótica.

Segundo Goldenberg et al. (2008, 25 a 40% dos partos pré-termo resultam de infecção intrauterina, onde essas infecções desencadeariam o parto pré-termo por meio da ativação do sistema imune inato, onde os micro-organismos estimulariam a liberação de citocinas inflamatórias (como por exemplo interleucina e fator de necrose tumoral) as quais estimulariam a produção de prostaglandina e/ou enzimas de degradação do matriz. A prostaglandina estimularia as contrações uterinas, e a degradação da matriz extracelular, levando ao parto pré termo.

Durante a gestação fatores além do acúmulo de placa estão envolvidos no aumento da inflamação gengival (O'NEIL, 1979).

Independente da idade materna, raça, idade gestacional e tabagismo, a doença periodontal é considerada um risco aumentado no desenvolvimento de pré-eclâmpsia (VARSHNEY; GAUTAM, 2014).

O período gestacional deve ser alvo de atenção aos profissionais de saúde, onde alterações hormonais (alto níveis de estrógenos e progesterona) e a presença de placa bacteriana devido à higienização bucal deficiente são frequentemente observadas (REIS et al., 2010) e que a preexistência de doença periodontal no segundo trimestre da gravidez aumenta o risco de nascimentos de parto prematuro e as chances de aumento da prematuridade são aumentadas de 4,5 para 7,0 (JEFFCOAT et al., 2001).

Durante a gravidez, devido a alterações hormonais, há um aumento na permeabilidade vascular que facilita a entrada de patógenos/subprodutos periodontais na circulação e translocação para a placenta. A progressão da doença periodontal faz com que os níveis de inflamação também sejam aumentados, o que provavelmente contribui para elevados níveis inflamatórios na corrente sanguínea, havendo assim um comprometimento inflamatório sistêmico. Além disso, a capacidade de certas bactérias periodontopatógenas, como por exemplo *F. nucleatum*, permeabilizar ativamente o endotélio e permitir que outras bactérias penetrem também, aumentam o potencial de bacteremia (MADIANOS; BOBETSIS; OFFENBACHER, 2013).

Uma vez na corrente sanguínea os patógenos têm a oportunidade de invadir o revestimento das células endoteliais, atravessando o endotélio, proliferando nos tecidos circundantes e finalmente se espalhando para a circulação sistêmica fetal e para o líquido amniótico (MADIANOS; BOBETSIS; OFFENBACHER, 2013).

A presença de bactérias/ subprodutos na placenta e no compartimento fetal estimula o sistema imune fetal a uma resposta inflamatória caracterizada pela produção de IgM e níveis elevados de citocinas pró-inflamatórias. Se a infecção materna está contida, a exposição fetal é minimizada não havendo complicações obstétricas. Se houver liberação de citocinas inflamatórias nos tecidos fetais pode haver a ruptura prematura das membranas e contração uterina, levando ao aborto espontâneo ou parto pré-termo (MADIANOS; BOBETSIS; OFFENBACHER, 2013).

Há a hipótese de que o acúmulo de citocinas pró-inflamatórias na circulação uterina possa ser de origem dos tecidos gengivais. Embora as evidências para esta afirmação sejam plausíveis, o fato carece de mais estudos (MADIANOS; BOBETSIS; OFFENBACHER, 2013).

Apesar da presença do acúmulo de biofilme na superfície dental, algumas mulheres são mais resistentes ao início de desenvolvimento da doença, estando o sistema imune diretamente ligado às respostas inflamatórias (VARSHNEY; GAUTAM, 2014).

Níveis elevados de IL-6, sICAM1 (marcador de estresse vascular), d-8-iso (uma medida de estresse oxidativo), sGP130 (marcador de estresse vascular) e PCR (proteína c-reativa) foram observados em mulheres que não realizaram tratamento periodontal durante a gestação (OFFENBACHER et al.; 2006).

Varshney e Gautam (2014) relataram que a presença de doença periodontal severa foi significativamente maior em mulheres que tiveram pré-eclâmpsia.

Em um estudo de Offenbacher et al. (2006) houve uma diminuição na incidência de nascimento prematuro (<37 semanas de gestação) em mulheres que receberam o tratamento periodontal quando comparado com as que não receberam tratamento.

Gestantes com doença periodontal foi significativamente maior nas que apresentam também hipertensão gestacional (PRALHAD; THOMAS; KUSHTAGI, 2013).

Segundo as recomendações da American Academy of Pediatric Dentistry (2011), durante a gestação devem ser implementados programas de educação em saúde oral, dieta equilibrada, fluoretação tópica, cuidados de saúde bucal profissional (com exames orais completos e tratamentos durante a gestação).

Entre as bactérias periodontopatógenas encontradas em gestantes com doença periodontal podemos citar: *P. gingivalis*, *T. forsythensis*, *T. denticola*, *Red cluster*, *P. intermedia*, *C. rectus*, *F. nucleatum*, *P. nigrescens*, *Orange cluster*, *A. actinomycetemcomitans* (OFFENBACHER et al.; 2006).

Considerando o fato de que infecções periodontais são evitáveis e prontamente tratáveis, novas estratégias de intervenção devem ser aplicadas com o objetivo de reduzir a incidência de nascimento prematuro e de baixo peso ao nascer (OFFENBACHER et al., 1996), sendo necessário o acompanhamento odontológico das gestantes, com o objetivo de identificação dos fatores de riscos, e a necessidade do tratamento preventivo e curativo ser realizado no período do pré-natal (REIS et al., 2010), tendo assim uma possível redução de aproximadamente 45.500 nascimentos prematuros e de baixo peso ao nascer por ano e uma redução concomitante nos custos de unidade de terapia intensiva quase US 1 bilhão (OFFENBACHER et al., 1996).

American Academy of Pediatric Dentistry (2011) reconheceu que a saúde bucal perinatal, juntamente com a saúde bucal infantil, é uma das bases sobre as quais a educação preventiva e os cuidados dentários devem ser construídos para aumentar a oportunidade de uma criança ter uma vida livre de doenças orais. Dentistas, médicos, profissionais de saúde e organizações comunitárias devem ser aliados para alcançar esse objetivo.

2.4 Índice periodontal comunitário

Para avaliação da condição periodontal, o Ministério da Saúde (2001) instituiu um índice que permite avaliar a condição periodontal quanto à higidez, sangramento e presença de cálculo ou bolsa. Para obter o índice periodontal comunitário, a boca é dividida em sextantes definidos pelos dentes: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 e 44-48. Seis pontos são examinados por dente, nas superfícies vestibular, lingual, mesial e distal.

A partir dos sextantes, dentes índices são examinados, onde, quando houver ausência de todos os dentes índices, examinam-se todos os dentes remanescentes do sextante. Até 19 anos os dentes índices são: 16, 11, 26, 36, 31 e 46. Vinte anos ou mais: 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46 e 47 (MINISTÉRIO DA SAÚDE et al., 2001).

Embora 10 dentes sejam examinados, apenas seis anotações são feitas: uma por sextante relativo à pior situação encontrada. Códigos são usados (MINISTÉRIO DA SAÚDE et al., 2001):

0= sextante hígido.

1= sextante com sangramento (observado diretamente ou com espelho, após sondagem).

2= cálculo (qualquer quantidade detectada no exame).

3= bolsa de 4 a 5 mm

4= bolsa de 6 mm ou mais

3 RELATO DE CASO

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do UniFOA (COEPS) em 13 de setembro de 2017 com CAAE 73101717.6.0000.5237 (ANEXO A). A publicação deste estudo foi autorizada pela própria paciente por meio da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A) e autorização de uso de imagem (APÊNDICE B).

O caso descrito diz respeito a uma paciente de vinte e nove anos, S.B, melanoderma, que procurou tratamento odontológico na Clínica Integrada curso de Odontologia do UniFOA. Na primeira consulta queixava-se de dor intensa no elemento 46, onde a noite a dor era mais acentuada. Durante a anamnese relatou que passava por sua 5^o gestação, e encontrava-se com 30 semanas e 2 dias. Informou também suplementação com sulfato ferroso devido a anemia gestacional e candidíase vaginal, em uso também de fluconazol tópico. Relatou não ter hábitos de tabagismo ou etilismo. Em sua 4^o gestação, apresentou infecção urinária e parto cesariano antecipado (não sabendo dizer semanas gestacionais).

O exame clínico revelou acúmulo de placa bacteriana generalizado nas superfícies dentais, sangramento ao toque e no momento da sondagem periodontal. Observou-se também presença de elementos cariados e bolsas periodontais, aspecto clínico compatível com periodontite crônica.

Quando considerado o índice periodontal comunitário, observou-se que dos seis sextantes examinados, apenas um não apresentava score 3, mas apresentava score 1 com presença de sangramento.



Figura 3: Exame físico intra-oral



Figura 4: Exame físico intra-oral



Figura 5: Exame físico intra-oral

Considerando os dados obtidos na anamnese e nos exames clínicos chegou-se ao diagnóstico de periodontite crônica, com os elementos 46 e 48 apresentando pulpíte irreversível.

A paciente possuía um hemograma completo recente, onde a mesma estava com 26 semanas, solicitamos então antes do início do tratamento PCR sanguíneo (com resultado: 2,2mg/L, valores elevados se comparado a uma pessoa saudável). No tratamento imediato foi realizado a biopulpectomia nos elementos 46 e 48 e raspagem supragengival com o auxílio de um ultrassom, profilaxia com jato de bicarbonato de sódio, aplicação tópica de flúor e instrução de higiene oral (com técnicas de escovação e uso do fio dental). Três sessões foram necessárias para este atendimento. Ressaltando que antes do início de cada consulta sua pressão encontrava-se normalizada (120/80 mmHg).

Hemograma completo série vermelha		Resultado
Hemácias		3,48 M/mL
Hemoglobina		9,3g/dL
Hematócrito		27,9%
VCM		80,2u ³
HCM		26,7uug
CHCM		33,3%
RDW		15,1%
Hemácias com morfologia normal		
Hemograma completo série branca		Resultado
Leucócitos		7,40 10 ³ / mm ³
Neutrófilos	79,00 %	5,85mm ³
Mielócitos	0,00 %	0,00 %
Metamielócitos	0,00 %	0,00 %
Bastões	3,00 %	0,22 %
Segmentados	76,00 %	5,62 %
Eosinófilos	4,00 %	0,30 %
Basófilos	0,00 %	0,00 %
Linfócitos	10,00 %	0,74 %
Monócitos	7,00 %	0,52 %
Contagem de plaquetas		128. x 10 ³ / mm ³
Leucócitos com aspecto normal		

Figura 6: Hemograma completo: série branca e vermelha da paciente S.B com 26 semanas gestacionais

De acordo com os resultados apresentados no hemograma, valores abaixo da normalidade de hemoglobina, hematócrito e HCM nos indica que a paciente apresentava anemia, nota-se também neutrofilia, indicando infecções bacterianas, inflamação etc.



Figura 7: Após raspagem, profilaxia e aplicação tópica de flúor. Nota-se a presença de múltiplas lesões de mancha branca na cervical dos elementos e também tecido cariado



Figura 8: Após raspagem, profilaxia e aplicação tópica de flúor. Nota-se a presença de múltiplas lesões de mancha branca na cervical dos elementos e também tecido cariado

Vinte e dois dias após o início do tratamento, durante sua consulta do pré-natal, a paciente com 33 semanas foi encaminhada para a maternidade municipal local devido ao um pico hipertensivo (160/100mmHg) queixando-se também de cefaleia, onde permaneceu por 7 dias internada, com quadro caracterizado de

hipertensão gestacional. A partir daí, por indicação médica, passou a fazer uso de Metildopa 500mg via oral a cada seis horas, besilato de Anlodipino 5mg via oral a cada doze horas, medicamentos prescritos para o controle da hipertensão, além de buscopam composto via oral, um comprimido a cada seis horas, se houvesse dor abdominal. A paciente não foi classificada no quadro de pré-eclampsia pois sua pressão arterial foi regularizada com as medicações prescritas.

Por recomendações médicas de repouso absoluto da gestante, o tratamento odontológico foi suspenso até o nascimento do bebê.

No dia 11/08/2017, a bolsa rompeu espontaneamente sendo encaminhada para a maternidade municipal local, onde deu a luz sob parto normal ao bebê do sexo feminino, com 37 semanas (de acordo com a data da última menstruação). O bebê apresentou peso ao nascer de 3,070kg, dentro do quadro de normalidade. A mãe relata não ter tido nenhuma complicação durante e após parto, e dia do parto sua pressão arterial estava 120/80 mmHg.

O bebê apresentou apgar: 9/9, sendo classificado como recém-nascido em ótimas condições, no que diz respeito à frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele.

As medicações anti-hipertensivas foram suspensas pós-parto por indicação médica.

Com exceção dos exames laboratoriais, todas as informações médicas foram transmitidas pela própria paciente, onde nós não tivemos acesso à seu prontuário médico.

4 DISCUSSÃO

A doença periodontal é classificada como gengivite e periodontite, sendo a gengivite uma inflamação dos tecidos moles que circundam os dentes devido ao um acúmulo de biofilme acompanhado da má higiene oral, em estágio reversível. Caso não haja melhora na higiene oral, a doença evolui para periodontite, quando os tecidos de sustentação dos dentes são acometidos, com a presença de bactérias anaeróbias específicas no sulco subgengival e a migração latero-apical do epitélio juncional, causando destruição do ligamento periodontal e osso alveolar, formando assim as bolsas periodontais (OFFENBACHER et al., 1996; NEVILLE et al., 2009; NEWMAN; TAKEI, 2011; LINDHE; LANG; KARRING, 2010).

Mais de 15% da população brasileira sofre de doença periodontal crônica severa e entre os fatores etiológicos pode-se citar: biofilme específico, influência genética, resposta imune do hospedeiro, tabagismo, dieta rica em carboidratos, obesidade, diabetes e pré-diabetes (FDI, 2015; NEVILLE et al., 2009; NEWMAN et al., 2011). Além desses fatores, na periodontite crônica é observado longos períodos de quiescência e curtos períodos de atividade da doença, como podemos observar no relato de caso deste estudo.

Em relação aos principais patógenos da doença periodontal podemos citar: *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Tannerella forsythensis*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Campylobacter rectus*, *Treponema denticola* e *Fusobacterium nucleatum* (NEVILLE et al., 2009; MADIANOS; BOBETSIS; OFFENBACHER, 2013).

A gestação é um processo fisiológico, onde alterações hormonais, metabólicas e imunológicas estão presentes a fim de manter a vitalidade materno-fetal. Normalmente o período de gestação compreende em 280 dias, o que equivale a 40 semanas. Em relação à pressão arterial da gestante valores maiores ou iguais 140/90 mmHg caracteriza se por hipertensão arterial, e considera-se de baixo peso bebês nascidos até 2.500g (UNICEF; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; FREITAS et al., 2011; CUNNINGHAM et al., 2012; WEILDLICH et al., 2013).

Como descrito no caso apresentado, a gestante com 33 semanas teve um episódio de pico hipertensivo, com pressão arterial em 160/100 mmHg, necessitando de intervenção médica e hospitalar. A doença periodontal é um risco aumentado para alterações cardiovasculares, como descrito no estudo de Pralhad; Thomas; Kushtagi, 2013.

Gestação de múltiplos, infecções, doenças crônicas (como diabetes e hipertensão arterial) influência genética, tratamentos de infertilidade, malformação congênita e sofrimento fetal são alguns dos fatores etiológicos do nascimento de bebês prematuros (nascidos antes de 37 semanas) e de baixo peso (nascidos com 2.500g ou menos) (ANANTH; VINTZILEOS, 2006; FREITAS et al., 2011; CUNNINGHAM et al., 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

O aumento do estrógeno e da progesterona durante a gestação acompanhados da má higiene oral pode ser citado como fator importante e contribuinte da doença periodontal. Se não houver controle de placa e orientações sobre saúde oral, a doença evolui silenciosamente para a periodontite, promovendo perda óssea e contaminação de bactérias periodontais via hematogênica, onde as mesmas são capazes de alcançar tecidos placentários liberando endotoxinas, estimulando assim a produção de citocinas inflamatórias e prostaglandina, levando a uma inflamação das membranas embrionárias (decíduas) promovendo a dilatação cervical, a contração do músculo uterino e o início do trabalho de parto e nascimento (BRUNETTI et al., 2008; NEVILLE et al., 2009; REIS et al., 2010; KINANE; BERGLUNDH; LINDHE, 2010; FREITAS et al., 2011; MADIANOS; BOBETSIS; OFFENBACHER, 2013; FDI, 2015).

A proteína C-reativa (PCR) é identificada através de exames sanguíneos, onde as mesmas identificam necrose aguda, infecções bacterianas e processos inflamatórios em curso. Resultados do PCR sanguíneo junto com exame clínico e tratamento periodontal, podem ser uma alternativa na identificação da doença e sua relação com desfechos indesejáveis da gestação, sendo a doença periodontal um fator de risco para o parto prematuro, distúrbios hipertensivos e pré-eclâmpsia (JEFFCOAT et al., 2001; ABLIJ; MEINDERS, 2002; LIMA; SILVA; LIMA, 2002; LIN et al., 2003; CUNNINGHAM et al., 2012; PRALHAD; THOMAS; KUSHTAGI, 2013; ECHEVERRIA; POLITANO, 2014). No relato de caso descrito, o valor da PCR foi 2,2

mg/L, valor levemente alterado se comparado a uma pessoa saudável, que apresenta PCR 0,8mg/L, indicando assim a possibilidade de processo infeccioso em curso, compatível com doença periodontal.

Assim como descrito por CUNNINGHAM et al., 2012, a pré-eclâmpsia é desenvolvida acompanhada de alguns sinais, como cefaleia ou dor epigástrica. No caso acima, houve relato desses sintomas além de hipertensão. Porém não havia proteinúria e a paciente foi medicada com drogas anti-hipertensivas, não desenvolvendo assim pré-eclâmpsia.

Segundo Politano et al. (2011) parâmetros periodontais com profundidade de sondagem ≥ 4 mm, e nível de inserção clínica ≥ 4 mm estão associados individualmente ou em conjunto à pré-eclâmpsia. No caso relatado a profundidade de sondagem dos elementos foi maior ou igual a 4 mm conforme descrito. Porém não houve o desenvolvimento de pré-eclâmpsia, possivelmente devido a prescrição medicamentosa de anti-hipertensivo corroborou para esse quadro.

O excesso de confiança de gestantes em seus médicos, onde infelizmente na maioria das vezes os mesmos desaconselham o tratamento odontológico em qualquer fase da gestação, dificultando a procura de serviço odontológico pelas gestantes. Isso enfatiza a necessidades de investimentos em educação direcionados aos profissionais da saúde, a nível de graduação e pós graduação, tornando de suma importância a educação em saúde oral em todos os momentos da vida, principalmente durante a gestação, onde através de um aprendizado lento e gradativo tenhamos gestantes saudáveis, e com isso a desmistificação de mitos, assim como descrito por Codato et al., 20011.

5 CONCLUSÃO

Complicações gestacionais podem ser evitadas com o auxílio de um cuidado pré-natal multidisciplinar, com inclusão do cirurgião dentista nessa etapa trabalhando na prevenção (através de instruções de higiene oral) e no processo curativo de todas as doenças orais promovendo qualidade de vida à gestante e ao feto.

O presente estudo pode nos mostrar que a doença periodontal parece ter tido uma correlação positiva como a hipertensão gestacional materna. Lembrando que a doença periodontal é multifatorial e que a patogenicidade e a virulência do micro-organismo, a quantidade de micro-organismo e o sistema imune do hospedeiro influenciam diretamente no curso e desenvolvimento da doença.

6 REFERÊNCIAS

ABLIJ, H.C; MEINDERS, A. E. C -reactive protein: history and revival. **European Journal of Internal Medicine**, Leiden, v. 13, n. 7, p.412-422, 2002.

AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. **American academy of periodontology statement regarding periodontal management of the pregnant patient**. 2004. Disponível em: <http://www.joponline.org/doi/pdf/10.1902/jop.2004.75.3.495>. Acesso em: 22 de nov. 2016.

American academy of pediatric dentistry. **Guideline on Perinatal Oral Health Care**. v. 37, n.6, p. 140-5, 2011.

ANANTH, C.V.; VINTZILEOS, A.M. Maternal-fetal conditions necessitating a medical intervention resulting in preterm birth. **Am J Obstet Gynecol**, New Brunswick, v. 195,p. 1557-63, 2006.

BORGO, P.V.; RODRIGUES, V.A.A.; FEITOSA, A.C.R.; XAVIER, K.C.B.; AVILA-CAMPOS, M.J. Association between periodontal condition and subgingival microbiota in women during pregnancy: a longitudinal study. **J Appl Oral Sci**, São Paulo, v.22,n 6, p.528-33, 2014.

BRUNETTI,C.; GAZOLLA,C.; VOGT,M.; TINOCO,E.; FISCHER, R. G.Doenças periodontais aumentam risco de parto prematuro. **Rev Perionews**, São Paulo, v.2, n.2, p.94-9, 2008.

CABRAL, A. C. V.; FREITAS, J.; VITRAL, Z. N. Concentração sérica materna da proteína C-Reativa em gestantes complicadas pela pré-eclâmpsia, **RBGO**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 9-13, 2002.

CASAMASSIMO, O.S. Maternal oral health. **Dent Clin North Am**, Columbus, v.45, n.3, p. 469-78, 2001.

CODATO, L.A.B.; NAKAMA, L.; JÚNIOR, L.C.; HIGASI, MS. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Paraná, v. 16, n. 4, p. 2297-301, 2011.

CUNNINGHAM, F.G; LEVENO, K.J; BLOOM, S.L; HAUTH, J.C; ROUSE, D.J; SPONG, C.Y. **Obstetrícia de Williams**. 23 ed. Porto alegre: editora Artmed, 2012.

ECHEVERRIA, S.; POLITANO G.T.; **Tratamento odontológico para gestantes**. 2 ed. São Paulo: Santos, 2014.

EICHENWALD, E.; STARK, A.R.; Management and Outcomes of Very Low Birth Weight. **n engl j med**, V. 358, N. 16, P. 1700-11, ed. 2008.

FEDERACIÓN DENTAL INTERNACIONAL (FDI). El desafío de las enfermedades bucodentales: una llamada a la acción global. **Atlas de salud bucodental**. 2 ed. Brighton: Myriad Editions 2015.

FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S.H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. **Rotinas em obstetrícia**. 6 ed. Porto alegre: ARTMED, 2011.

GOLDENBERG, R.L.; CULHANE, J. F.; IAMS, J. D.; ROMERO, R. **Epidemiology and causes of preterm birth**. *Lancet*, v.371, n. 9606, p. 75-84, 2008.

JEFFCOAT, M.K.; GEURS, N.C.; REDDY, M.S.; CLIVER, S.P.; GOLDENBERG, R.L.; HAUTH, J.C. Periodontal infection and preterm birth Results of a prospective study. **American Dental Association**, v. 132, n. 7, p.875-80, 2001.

KINANE, D.F.; BERGLUNDH T.; LINDHE, J.; **Tratado de periodontia clínica e implantodontia oral**. 5 ed. Rio de Janeiro: Gen e Guanabara Koogan, 2010.

LIMA, J.C.C; SILVA, A.M; LIMA, D.S. A Proteína c reativa como marcador de risco na doença cardiovascular. **Atheros**, v.13, n.1, p. 20-2, 2002.

LIN, D.; SMITH, M.A.; CHAMPAGNE, C.; ELTER, J.; BECK, J.; OFFENBACHERI, S. Porphyromonas gingivalis Infection during Pregnancy Increases Maternal Tumor Necrosis Factor Alpha, Suppresses Maternal Interleukin-10, and Enhances Fetal Growth Restriction and Resorption in Mice. **Infection and Immunity**, Chapel Hill, v. 71, n. 9, p. 5156-62, 2003.

MACHADO, F.C.; CESAR, D.E.; ASSIS, A.V.D.A.; RIBEIRO, R.A. Detection and enumeration of periodontopathogenic bacteria in subgingival biofilm of pregnant women. **Braz Oral Res**, São Paulo, v. 26, n. 5 p. 443-9, 2012.

MADIANOS, P.N.; BOBETSIS, Y.A.; OFFENBACHER, S. Adverse pregnancy outcomes (APOs) and periodontal disease: pathogenic mechanisms. **J Periodontol**, Athens, v. 84, n. 4, p. 170-80, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE; DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA; ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL. Manual do Examinador. **Ministério da saúde**, Brasília, 2001.

MANSON, M.G.; ELEY, B.M. **Manual de Periodontia**, 3 ed. São Paulo: Editora Santos, 1995.

MOURA, E.A.; DAHER, S.; SOUZA, E.; MATTAR, R.; ROCHA, D.; LEITE, A.P.L.; et al. Aspectos imunogenéticos do parto pré-termo espontâneo. **Rev. FEMINA**, Maceió, v.37, n. 9, p.499-503, 2009.

NEVILLE, B.W; DAMM, D.D; ALLEN, C.M; BOUQUOT, J.E. **Patologia oral e maxilofacial**. 3 ed. Rio de janeiro: Elsevier, 2009.

NEWMAN, M.G; TAKEI, H.H; KLOKKEVOLD, P.R; CARRANZA, F.A. **Periodontia Clínica**, 11 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

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 Periodonto**, Nashville, v. 67, n. 10, p. 1103- 13, 1996.

OFFENBACHER, S.; LIN, D.; STRAUSS, D.; MCKAING, R.; IRVING, J.; BARROS.; et al. Effects of Periodontal Therapy During Pregnancy on Periodontal Status, Biologic Parameters, and Pregnancy Outcomes: A Pilot Study. **J Periodontol**, Carolina do Norte, v. 77, n. 12, p. 2011-24, 2006.

O'NEIL, T. C. A.; Maternal T-lymphocyte response and gingivitis in pregnancy. **J Periodontol**, Sheffield, v. 50, n. 4, p. 178-184, 1979.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. Genebra, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e da eclâmpsia**. Genebra, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **¿A qué problemas de salud se enfrentan los bebés prematuros?**. 2013. Disponível em: http://www.who.int/features/qa/preterm_health_challenges/es/. Acesso em: 21 ago. 2016.

POLITANO, G.T.; PASSANI, R.; NOMURA, M. L.; VELLOSO, L.; MORANI, J.; COUTO, E. Correlation between periodontal disease, inflammatory alterations and pre-eclampsia. **J Periodont Res**, São Paulo, v. 46, p. 505-511, 2011.

PRALHAD, S.; THOMAS, B; KUSHTAGI, P. Periodontal Disease and Pregnancy Hypertension: A Clinical Correlation. **J Periodontol**, Índia, v. 84, n.8, p. 1118-25, 2013.

REIS, D.M.; PITTA, D.R.; FERREIRA, H.M.B.; JESUS, M.C.P.; MORAES, M.E.L.; SOARES, M.G. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p. 269-76, 2010.

TESHOME, A., YITAYEH, A., Relationship between periodontal disease and preterm low birth weight: systematic Review. **Pan African Medical Journal**, 2016.

UNICEF; WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Low birthweight: Country, regional and global estimates**. New York, 2004.

VARSHNEY, S.; GAUTAM, A. Poor periodontal health as a risk factor for development of pre-eclampsia in pregnant women, **J Indian Soc Periodontol**, Índia, v. 18, n. 3, p. 321-5, 2014.

WEILDICH, P.; FIORINI, T.; MOREIRA, C.H.C.; ROSING, C.K.; OPPERMAN, R.V. **Periodontia para todos da prevenção ao implante**. São Paulo: Napoleão, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preterm birth**. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/> .2015. Acesso em: 21 ago. 2016.

Apendice A: Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Carolina Hartung Habibe, Cirurgiã Dentista, portadora do CPF 1153531070 , RG 20788253-1, estabelecida em rua juiz Nilton leite 141 apto 202 jardim primavera, em Volta Redonda, cujo telefone de contato é +55 (24) 99966-2381 , vou desenvolver uma pesquisa cujo título é **“A doença periodontal na gestação: relato de caso ”**

O objetivo deste estudo é fazer um relato de caso da doença periodontal na gestação.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e não determinará qualquer risco ou desconforto. Não trará qualquer benefício direto, mas enfatizará a importância da intervenção odontológica e periodontal durante a gestação.

Informo que o Sr(a). tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Poderá, caso sinta necessidade, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, cujo endereço é: UniFOA - Campus Universitário Olezio Galotti – Prédio 1 - Av. Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325, Três Poços, Volta Redonda - RJ. CEP: 27240-560 ou pelo telefone 3340-8400, ramal 8540. Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Como pesquisador, me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos.

A sua **não identificação**, não poderá ser garantida pois os dados serão relacionados unicamente a você e as fotografias da cavidade oral e da parte inferior da face facilitarão o reconhecimento. Entretanto, serão resguardados o nome, endereço e filiação.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com o Sr.(a) e outra arquivada com o pesquisador responsável.

Acredito ter sido suficiente informado à respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **“A doença periodontal na gestação: relato de caso”**. Discuti com o pesquisador sobre a minha decisão em permitir a minha participação no estudo.

Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro que a minha **não identificação, não será possível** pois os dados se referem unicamente a mim e as fotografias facilitarão meu reconhecimento. Entretanto, o endereço, nome e filiação permanecerão em sigilo absoluto.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Volta Redonda, 24/10/2014

Samantha Barbosa

Assinatura do responsável

Nome: Samantha Barbosa

Endereço: Paulo Elui Neves Amantim 915 - Vila Rica

RG. 136041260345 Fone: (24) 998534630

[Assinatura]

Assinatura do pesquisador

Apendice B Autorização para uso de imagem**AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM**

Paciente: Samanta Barbosa

Endereço: Paulo Celso Alves Abrantes 915 - Vila Rica

Data de Nascimento: 20/07/87 RG: 136041260345

Tel: 99853-4650

Autorizo gratuita e espontaneamente, a utilização pelo pesquisador responsável, de minhas imagens fotográficas para as finalidades descritas a seguir: Publicação em Revistas Científicas, apresentação em Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação ou Especialização e exposição em Congressos Científicos.

A utilização desse material não gera nenhum compromisso de ressarcimento, a qualquer preceito, por parte do cirurgião-dentista.

Volta Redonda, 27 de Junho de 2017.

Carolina Hartung Habibe
Pesquisador Responsável
RG: 20788253-1

Assinatura do Paciente

Apendice C Entrevista

Número do prontuário: _____ Data: _____

Unidade de saúde:
_____Nome:

Idade: _____ R.G/CPF: _____

Endereço:

_____Profissão:
_____Telefones:

Altura: _____ Peso: _____ IMC: _____

Data provável do parto: _____

Tempo gestacional: _____

Nome do médico/enfermeiro que realiza o pré-natal:
_____Contato do médico:

Data da próxima visita do pré-natal: _____

1. Tem outros filhos? () Sim () Não
Se sim, quantos: _____2. Algum nasceu como parto prematuro? () Sim () Não
Se sim, de quantas semanas e quantos nascimentos? _____
Por quê: _____3. Em gestações anteriores houve pré-eclâmpsia? () Sim () Não
Se sim, em quantos nascimentos? _____4. Algum nasceu com baixo peso (>2500g)? () Sim () Não
Se sim, em quantos nascimentos? _____
Por quê? _____

5. Já abortou alguma vez? () Sim () Não

- se sim, por qual motivo? _____
6. Faz uso de algum medicamento? () Sim () Não
Qual(is)? _____
7. Está em tratamento periodontal? () Sim () Não
8. É usuário de drogas ilícitas? () Sim () Não
9. Já fez uso de drogas ilícitas? () Sim () Não
se sim, qual(is)? _____
Quando? Durante quanto tempo? _____
10. Consome bebida alcoólica? () Sim () Não
11. É fumante? () Sim () Não
12. Já fumou? () Sim () Não
13. Possui alguma doença de ordem sistêmica? () Sim () Não
Qual(is)? _____
14. É hipertensa? () Sim () Não
15. Tem diabetes? () Sim () Não
16. Possui alguma doença cardíaca? () Sim () Não
Qual(is)? _____
17. Possui alguma doença sexualmente transmissível? () Sim () Não
Qual(is)? _____
18. Quantas escovações você realiza diariamente?
() 1 escovação
() 2 escovações
() mais de 3 escovações
19. Com qual frequência você utiliza o fio dental?
() 1 vez ao dia
() 1 vez por semana
() somente quando tem incômodo
() Não faz uso
20. Você utiliza enxaguatório bucal? () Sim () Não
21. Ao saber da gravidez, o obstetra/ginecologista te encaminhou ao dentista?
() Sim () Não

22. Foi ao dentista durante a gravidez? () Sim () Não
se sim, por quê? _____
23. Durante a gestação, você recebeu alguma orientação odontológica?
() Sim () Não
Se sim, por quem? _____
Quais foram as orientações? _____
24. Percebeu alguma alteração bucal durante a gravidez? () Sim () Não
Qual(is)? _____
25. Durante a gestação, episódios de vômitos? () Sim () Não
26. Durante a gestação, episódios de febre? () Sim () Não
27. Durante a gestação, apresentou infecção urinária? () Sim () Não
28. Tem conhecimento da importância em se manter a saúde bucal durante a gravidez? (Exemplos: salivação alterada, sangramento gengival aumentado, náuseas ao escovar os dentes..). () Sim () Não
Qual(is)? _____
29. Apresenta algum outro problema relacionado à gestação não mencionado acima? () Sim () Não
Se sim, qual(is)? _____

DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO, ESTA PACIENTE ESTÁ CLASSIFICADO PARA FAZER PARTE DA PESQUISA? ()SIM () NÃO

Apendice D Anamnese

Número do prontuário:_____ Data:_____

Unidade de saúde:

Nome:_____

Telefones:_____

Data provável do parto:_____ Tempo gestacional:_____

Nome do médico/enfermeiro que realiza o pré-natal:
_____Contato do médico:
_____História da doença atual:

_____**Exame clínico e físico:**

1. Número de dentes:_____

2. Mobilidade dentária:

 sim não

3. Índice CPOD:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

4. Nódulos linfáticos:

Maxilar : sim nãoBucal: sim nãoMandibular : sim nãoSubmentoniano: sim nãoSubmandibular: sim nãoInfraclavicular: sim nãoSupraclavicular: sim nãoCervical superficial: sim nãoCervical profundo: sim nãoOccipital: sim nãoPré-auricular: sim nãoPós-auricular: sim não

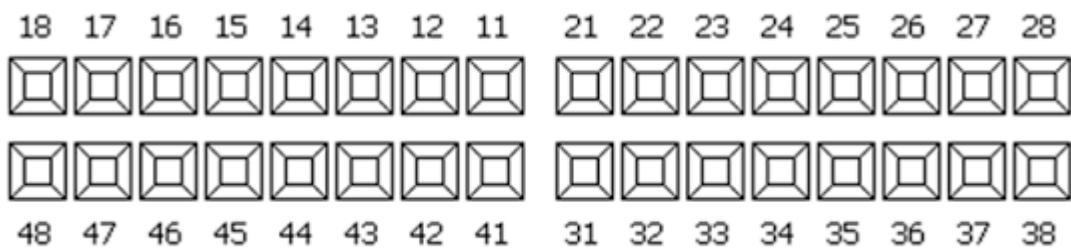
5. Índice de higiene oral simplificado (IHOS):

Índice de placa	
V	16
V	11
V	26
V	31
L	46
L	36
Total:	

Índice cálculo	
V	16
V	11
V	26
V	31
L	46
L	36
Total:	

IHOS=

6. Índice de sangramento à sondagem:



7. Índice periodontal comunitário (CPI):

Dente	V	P/L	M	D	CPI
11					
16					
17					
26					
27					
31					
36					
37					
46					
47					

Diagnóstico periodontal:

8. Fluxo salivar: _____

9. PH salivar: _____

10. Hemograma completo: () sim () não data: ____/____/____

11. PCR: () Sim () não _____

Observações:

Pós parto:

Nome da criança:

Sexo: () F () M

Data do Parto: _____

Nascimento em semanas: _____

Peso ao nascer: _____

Local do parto: _____ + _____

Complicações antes, durante ou após o parto? () sim () não

Avaliação dos sinais vitais antes das consultas

DIA: ____/____/____

Frequência Cardíaca: _____ Frequência respiratória: _____ P.A: _____

Temperatura corporal: _____

DIA: ____/____/____

Frequência Cardíaca: _____ Frequência respiratória: _____ P.A: _____

Temperatura corporal: _____

DIA: ____/____/____

Frequência Cardíaca: _____ Frequência respiratória: _____ P.A: _____

Temperatura corporal: _____

Data	Procedimientos realizados:	Ass. examinador	Ass. paciente

Anexo A Parecer Consubstanciado do CoEPs



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A doença periodontal na gestação: um relato de caso.

Pesquisador: CAROLINA HARTUNG HABIBE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 73101717.6.0000.5237

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO ARANHA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.273.600

Apresentação do Projeto:

O presente trabalho é um relato de caso de uma paciente de 31 anos, na 30ª semana de gestação com doença periodontal atendida na Clínica Integrada do curso de Odontologia.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da pesquisa é:

- 1) comparar os níveis de PCR sanguíneo antes e depois do tratamento,
- 2) orientar a paciente da relação de sua saúde oral com todo organismo, especialmente com a gestação.
- 3) confrontar os dados achados com os da literatura.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco: não há.

Benefícios: O trabalho proporcionará atualização dos conhecimentos sobre o tema abordado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A doença periodontal durante a gravidez é um tema de grande relevância para a odontologia porque é uma doença que tem forte correlação com partos prematuros e criança com o baixo peso ao nascimento.

Endereço: Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560
UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** coeps@foa.org.br



Continuação do Parecer: 2.273.600

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

não há.

Recomendações:

O trabalho apresenta alguns problemas que poderão ser de cunho ético. O pesquisador afirma que não se aplica a hipótese. Como um trabalho científico inicia sem uma hipótese, sem um resultado provável e esperado pelo pesquisador?

Também no campo dos benefícios penso que teria que melhorar a descrição, uma vez que o foco de toda pesquisa deve ser o sujeito, o pesquisado. O maior beneficiário deverá ser a própria paciente que se submete ao tratamento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Deverá alterar as descrições da hipótese e benefícios do trabalho.

Na hipótese descrever o que se espera do trabalho e no benefício acrescentar o ganho que a paciente terá com o tratamento periodontal.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	FOLHA_DE_ROSTO_CAROLINA_HABIBE_DOENCA_ASSINADA.pdf	31/08/2017 14:46:11	Ana Carolina Gioseffi	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_957013.pdf	04/08/2017 18:28:42		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BROXURA.docx	09/07/2017 17:41:01	CAROLINA HARTUNG HABIBE	Aceito
Outros	autorizacaousodeimagem.docx	08/07/2017 23:14:48	CAROLINA HARTUNG HABIBE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	08/07/2017 23:13:36	CAROLINA HARTUNG HABIBE	Aceito
Folha de Rosto	folhaDe_Rosto.pdf	08/07/2017 23:10:58	CAROLINA HARTUNG HABIBE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560
UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** coeops@foa.org.br



Continuação do Parecer: 2.273.600

VOLTA REDONDA, 13 de Setembro de 2017

Assinado por:
Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca
(Coordenador)

Endereço: Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560
UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** coeps@foa.org.br