

# Revista de Saúde Pública

---

# Journal of Public Health

## Registro periodontal simplificado em gestantes Periodontal screening and recording in pregnant women

Fernanda L. Rosell\*, Andréia A . B. Montandon-Pompeu e Aylton Valsecki Jr.

*Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Araraquara da Universidade Estadual Paulista (UNESP). Araraquara, SP- Brasil*

Fernanda L. Rosell\*, Andréia A . B. Montandon-Pompeu e Aylton Valsecki Jr. *Registro periodontal simplificado em gestantes Periodontal screening and recording in pregnant women* Rev. Saúde Pública, 33 (2): 157-62, 1999  
[www.fsp.usp.br/~rsp](http://www.fsp.usp.br/~rsp)

# Registro periodontal simplificado em gestantes Periodontal screening and recording in pregnant women

Fernanda L. Rosell\*, Andréia A. B. Montandon-Pompeu e Aylton Valsecki Jr.

*Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Araraquara da Universidade Estadual Paulista (UNESP). Araraquara, SP- Brasil*

---

## Descritores

Índice periodontal.  
Doenças da gengiva,  
epidemiologia.

## Resumo

### Objetivo

Avaliar através do PSR (Registro Periodontal Simplificado) a prevalência, severidade e necessidades básicas de tratamento da doença periodontal em gestantes que freqüentaram a Clínica de Prevenção da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP.

### Métodos

Foram examinadas 41 gestantes com idades que variaram de 16 a 37 anos. O PSR foi aplicado com auxílio de uma sonda especialmente recomendada para este exame (sonda Trinity - tipo 621 OMS), indicando os códigos 0 a 4 cujos critérios identificam de saúde gengival, sangramento, cálculo, bolsa periodontal rasa e profunda. Estes foram atribuídos a cada sextante, podendo ou não estarem associados a um asterisco (\*) diante da presença de recessão gengival, invasão de furca, mobilidade ou alterações muco-gengivais.

### Resultado

Demonstraram que 100% das gestantes apresentaram alguma alteração gengival, sendo os códigos 2 (56,1%) e o \* (19,5%) os mais prevalentes. Os grupos etários de 15-19 e 20-24 anos, apresentaram o código 2 como maior escore e ausência de sextante excluído (X). A partir do grupo de 25-29 anos, além da maior prevalência ainda ser do código 2 (54,5%), ocorreram os códigos 3 e 4 (bolsa periodontal). Os códigos \* e sextante excluído (X) tenderam a aumentar com a idade no grupo de 30-37 anos. De modo geral, os códigos 1 e 2, prevaleceram em relação ao percentual de sextantes afetados, correspondendo a 41,6% e 39,8%, respectivamente e afetando 2,49 e 2,39 sextantes, em média, por gestante. Em relação às necessidades de tratamento, 90,2% das gestantes necessitaram tratamentos adicionais aos preventivos, ou seja, 61,0% das gestantes necessitaram de raspagem e alisamento radicular e/ou eliminar margens de restaurações defeituosas e 29,2% de tratamento complexo.

### Conclusão

O atendimento às necessidades de tratamento na gravidez deve receber especial atenção com o intuito de se promover saúde bucal e motivação, e conseqüentemente, contribuir para minimizar a provável transmissibilidade de microrganismos bucais patogênicos para a criança, obtendo assim uma prevenção primária das principais doenças bucais.

---

## Correspondência para/Correspondence to:

Fernanda L. Rosell  
Rua Humaitá, 1680 – Centro  
14801-903 Araraquara, SP – Brasil.  
E-mail:rosell@techs.com.br

\*Aluna de pós-graduação - nível mestrado, Faculdade de Odontologia de Araraquara da UNESP.  
Edição subvencionada pela FAPESP (Processo n 98/13915-5).  
Recebido em 13.3.1998.  
Reapresentado em 4.8.1998.  
Aprovado em 31.8.1998.

## Keywords

Periodontal index,  
Gingival diseases,  
epidemiology.

## Abstract

### **Purpose**

*The assessment using the PSR (Periodontal Screening and Recording) of the prevalence and severity of and the basic treatment needs for periodontal disease in a group of pregnant women who attended the Preventive Dentistry Clinic at the School of Dentistry of Araraquara - UNESP.*

### **Methods**

*Forty-one pregnant women of 16 to 37 years of age, were examined. The PSR index was evaluated with a suitable periodontal probe (Trinity - model 621-WHO) with index codes scores of from 0 to 4, capable of indicating the presence of the following conditions: periodontal health, bleeding on probing, calculus, shallow and deep pockets. These codes were attributed to each sextant and could be marked with an asterisk (\*) to indicate the presence of gingival recession, furcation lesions, mobility or any other mucogingival alterations.*

### **Result**

*It is shown that 100% of the pregnant women had some kind of gingival alteration, represented mainly by PSR code 2 (56.1%) and “ \* “ (19.5%). The women in the youngest age groups, 15-19 and 20-24 years, had code 2 as their highest score with no sextant excluded. In the 25-29 age group, the PSR code 2 still prevailed (54.5%) although codes 3 and 4 were already appearing. The code “ \* “ and the occurrence of excluded sextants tended to increase in the oldest age group (30-37). In general, the affected sextants showed codes 1 and 2 more frequently, corresponding to 41.6% and 39.8% respectively, which represented a mean of 2.49 and 2.39 sextants affected in each pregnant woman. Regarding the treatment needs, 90.2% of the women needed some treatment beyond the preventive measures begun, including scaling and root planning and/or corrections of defective restorative margins (61%), and more complex treatment (29.2%).*

### **Conclusion**

*The meeting of the treatment needs during pregnancy must include special efforts to increase motivation and promote oral health, minimizing the possibility of vertical transmission of pathogenic microorganisms to the child, and thus contributing to the primary prevention of the main oral diseases.*

## INTRODUÇÃO

Doença periodontal é um termo genérico dado àquelas condições inflamatórias crônicas de origem bacteriana que se iniciam com a inflamação gengival, ou seja, uma gengivite, podendo ou não levar, com o tempo, à extensão da inflamação aos tecidos de suporte dos dentes, ou seja, a uma periodontite, e cuja progressão não se dá de maneira linear, e sim através de surtos episódicos<sup>13</sup>.

Durante a gravidez, com muita frequência, a inflamação gengival, e portanto a severidade da gengivite, tende a se agravar, e muitas vezes se tornar mais perceptível frente a presença de irritantes locais. Durante esta fase, as modificações do periodonto estão relacionadas a fatores como deficiências nutricionais, altos níveis altos de estrógeno e progesterona, presença de placa bacteriana muitas vezes favorecida por outros fatores locais, assim como o estado transitório de imunodepressão<sup>10</sup>.

A maioria das enfermidades gengivais que coincidem com a gravidez podem ser tratadas mediante a eliminação dos fatores locais através do estabelecimento de uma higiene bucal cuidadosa, e manutenção dos resultados com retornos periódicos ao cirurgião-dentista, dentro de um programa de controle de placa supervisionado<sup>12</sup>.

Adicionalmente, a mãe é considerada a principal fonte de infecção de microorganismos relacionados tanto à cárie como à doença periodontal<sup>6</sup>, devendo este fato ser considerado, principalmente se a mesma apresentar alto risco para quaisquer destas enfermidades.

Assim, a diminuição deste grau de risco na mãe, constitui-se em importante conduta preventiva para a criança, que se iniciaria ainda no período gestacional, o que é importante, pois além da gestação se constituir de uma fase durante a qual a mulher torna-se mais sensível à adoção de novos hábitos, possibi-

litando a transformação da futura mãe em competente agente educador, também reduziria-se a possibilidade de infecção precoce.

No entanto, Romero e Sanches<sup>11</sup>, observaram uma falta de motivação da gestante para com os aspectos preventivos odontológicos, resultante da baixa intervenção educacional por parte do cirurgião-dentista.

As condições em que a grande maioria das mulheres chega à gravidez, no que se refere a características biológicas e psicossociais, além dos limitados conhecimentos sobre as técnicas de higiene bucal constituem-se nas causas das patologias orais de maior frequência, ou seja, a cárie e a doença periodontal. Tal fato constitui-se em alerta e direciona os esforços preventivos do profissional e de sua equipe de educadores para a fase que antecede ao nascimento do bebê.

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<sup>1</sup>.

Muitos esforços têm sido feitos no desenvolvimento de índices periodontais para acesso prático às necessidades de tratamento periodontal<sup>4,5,7,9</sup>, cuja importância no planejamento de serviços públicos ou programas de saúde bucal tem sido enfatizada, buscando melhor utilização dos dados coletados<sup>2,8</sup>.

No ano de 1991, um índice considerado como uma modificação do CPITN (Índice das Necessidades de Tratamento Periodontal Comunitário), e baseado nos mesmos parâmetros clínicos, foi recomendado pela ADA (Associação Dentária Americana) e AAP (Academia Americana de Periodontologia)<sup>3</sup> com finalidade de estabelecer uma forma simples, rápida e padronizada de registro das condições periodontais individuais, e que ainda fosse mais completo, em relação a seu antecessor, o CPITN.

Assim, o Registro Periodontal Simplificado (PSR), é considerado, adicionalmente, um método sensível e objetivo para o diagnóstico da doença periodontal, e deve fazer parte da rotina de exame para indivíduos acima de 18 anos, estando também recomendada sua aplicação em crianças e adolescentes de alto risco à doença periodontal.

As informações obtidas após este exame são de fácil compreensão para o paciente, capacitando sua conscientização em relação às condições de saúde ou de doença do periodonto<sup>12,14,15</sup>.

O PSR facilita a comunicação entre clínicos e periodontistas<sup>12</sup>, podendo reduzir a demanda de dentes condenados periodontalmente, além de apresentar vantagens do ponto de vista jurídico, exercendo papel de proteção ao cirurgião-dentista, frente a uma eventual desistência ou não aceitação do plano de tratamento periodontal pelo paciente<sup>14</sup>.

Assim, considerou-se importante que as condições periodontais e necessidades de tratamento dadas pelo PSR sejam conhecidas em gestantes que demandam atendimento em clínicas de ensino preventivo, para que tais dados sirvam como base para planejamento de futuros programas de prevenção e mesmo tratamento da doença periodontal, nesta parcela de pacientes de grande potencial educador.

## MÉTODOS

Foram examinadas 41 gestantes, do segundo ao oitavo mês de gestação, que se apresentaram para atendimento em uma clínica de atendimento preventivo, vinculada a uma faculdade de odontologia, no segundo semestre de 1997. As idades das gestantes variaram de 16 a 37 anos.

Para realização dos exames foram utilizadas: 15 sondas periodontais da marca TRINITY, de fabricação nacional, e semelhantes às sondas número 621 da OMS, 15 espelhos bucais planos, gorros, luvas e máscaras descartáveis, estufa para esterilização do instrumental e equipamento odontológico.

Os exames clínicos foram realizados por um único examinador previamente treinado, utilizando-se os critérios do PSR.

A sonda periodontal utilizada é a tipo 621 OMS da marca Trinity, recomendada pela ADA e AAP para este exame. Apresenta uma esfera de 0,5 mm de diâmetro na sua ponta ativa, de particular importância para detecção de cálculo, evitando também o aprofundamento excessivo na bolsa periodontal. É considerada atraumática, e de maior confiabilidade na detecção de sangramento gengival. Uma faixa colorida entre as medidas de 3,5mm a 5,5mm representa um sistema de medidas, que permite a identificação de bolsas de 3,5 a 5,5mm e bolsas acima de 5,5mm.

A sonda foi utilizada percorrendo-se sua ponta ativa pelo sulco de todos os dentes presentes de cada indivíduo, tomando-se o cuidado de mínima pressão da ponta na base do sulco, e colocação da ponta ativa o mais paralelamente possível ao longo eixo dentário.

Dividindo-se a boca em seis sextantes, ou seja, em regiões compreendendo os dentes 17-14, 13-23, 24-27, 37-34, 33-43 e 44-47, o maior escore do PSR foi registrado para cada um dos sextantes, que se ausente, foi registrado com um X.

Os escores variaram de 0 a 4, podendo ou não, estar associados a um asterisco (\*), segundo os critérios relacionados a seguir:

– CÓDIGO 0: faixa colorida totalmente visível, sem sangramento a sondagem, ausência de cálculo e excessos de margens restauradoras. Tal registro, quando o mais alto para o paciente, implicou apenas em necessidade de se manter o paciente sob medidas preventivas adequadas.

– CÓDIGO 1: faixa colorida totalmente visível, embora com presença de sangramento a sondagem; sem cálculo e excessos nas margens das restaurações. As necessidades de tratamento constituem-se de eliminação da placa supragengival pelo profissional e instrução de higiene bucal.

– CÓDIGO 2: faixa colorida totalmente visível, ou seja, ausência da bolsa periodontal, sangramento a sondagem, presença de cálculo supra e/ou subgengival e/ou excessos nas margens de restaurações. Implica necessidade de raspagem e polimento das superfícies dentais, remoção dos excessos de restaurações, e medidas preventivas adequadas como instrução de higiene bucal.

– CÓDIGO 3: faixa colorida parcialmente visível, ou seja, presença de bolsa de 3,5 a 5,5 mm, indicando a necessidade de exame periodontal complementar apenas do sextante com periodontograma, radiografias, medidas de bolsa e nível de inserção e outros. Indica necessidade de tratamento periodontal especializado do sextante.

– CÓDIGO 4: faixa colorida não visível, ou seja, totalmente no interior da bolsa (presença de bolsa periodontal acima de 5,5mm). Por ser considerada periodontite avançada, neste caso haveria necessidade de se realizar um minucioso exame periodontal convencional de toda boca, medidas de bolsas, periodontograma, radiografias entre outros. Implica necessidade de tratamento periodontal especializado e complexo.

– CÓDIGO \*: a inserção do código (\*) no sextante significou a presença de problemas como, envolvimento de furca, mobilidade, problemas muco-gengivais (perda de gengiva inserida) e retração gengival acima de 3,5mm.

– Os dados coletados foram registrados em ficha apropriada, segundo recomendação da ADA & AAP,<sup>3</sup> que permite registro segundo a divisão da boca em sextantes.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Figura mostra o percentual de gestantes examinadas, segundo grupo etário, sendo 24,4% de 15-19 anos, 36,5% de 20-24 anos, faixa etária esta, a de maior prevalência, 26,8% de 25-29 anos e 12,2% de

30-37 anos. Os grupos etários foram determinados baseando-se em recomendações da OMS, e devido a presença de poucas gestantes com 35 a 44 anos, grupo etário considerado importante para comparações internacionais, estas foram incluídas no presente trabalho no grupo de 30 a 37 anos.

Observando-se a distribuição etária das pacientes examinadas, nota-se que a maioria delas encontrava-se com idade inferior a 30 anos, justamente o período de maior fertilidade feminina.

A Tabela 1 mostra prevalência das condições periodontais medidas pelo PSR nas gestantes examinadas. De um modo geral, todas as gestantes apresentam algum problema gengival, seja de forma mais simples (códigos 1 e 2) ou mais complexa (códigos 3, 4 e \*), ou seja, nenhuma gestante apresentou código 0 (gengiva saudável) em todos os seus sextantes. O código 2, ou seja, a presença de cálculo como a pior condição, foi o de maior prevalência entre as pacientes examinadas (56,1% destas), seguindo-se o código\*, presente em 19,5% destas.

Ainda na Tabela 1, pode-se observar que códigos\* (presença de envolvimento de furca, alterações muco-gengivais, recessão ou mobilidade) e X (sextante ausente) tendem a aumentar com a idade, alcançando 60% e 20%, respectivamente, o grupo de gestantes com 30 a 37 anos, observando também que neste mesmo grupo não existe códigos 1, 3 e 4.

A Tabela 2 considerou percentualmente, as condições dos sextantes segundo idade.

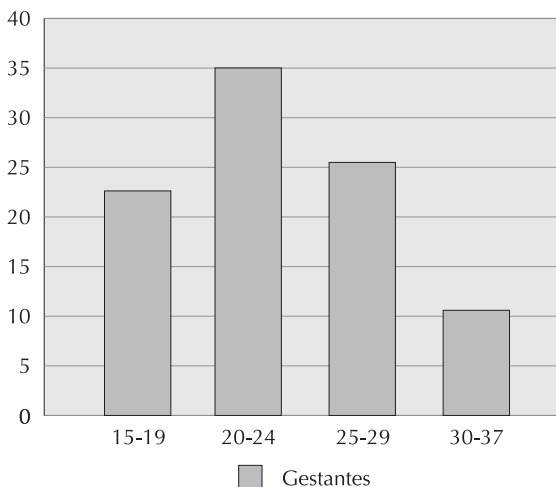


Figura - Percentual de gestantes examinadas segundo grupo etário. Araraquara, SP, 1997.

Tabela 1 - Distribuição percentual dos códigos do PSR, por gestante, segundo grupo etário. Araraquara, SP, 1997.

Grupo etário (anos)	PSR						
	0	1	2	3	4	*	X
15-19	0,0	10,0	70,0	10,0	0,0	10,0	0,0
20-24	0,0	20,0	60,0	0,0	6,7	13,3	0,0
25-29	0,0	0,0	54,5	9,1	9,1	8,2	9,1
30-37	0,0	0,0	20,0	0,0	0,0	60,0	20,0
Total	0,0	9,7	56,1	4,9	4,9	19,5	4,9

PSR - Registro Periodontal Simplificado

Tabela 2 - Percentual de sextantes afetados segundo os códigos do PSR e grupo etário. Araraquara, SP, 1997.

Grupo etário (anos)	PSR						
	0	1	2	3	4	*	X
15-19	15,0	50,0	31,6	1,7	0,0	1,7	0,0
20-24	7,8	45,5	37,8	1,1	1,1	6,7	0,0
25-29	7,6	36,4	48,5	1,5	1,5	3,0	1,5
30-37	0,0	23,3	43,4	3,3	0,0	16,7	13,3
Total	8,5	41,6	39,8	1,6	0,8	5,7	2,0

PSR - Registro Periodontal Simplificado

De modo geral, o maior percentual encontrado foi no código 1, ou seja, de 41,6 %, seguido pelo código 2 com 39,8 %. Portanto, 71,4 % das gestantes examinadas necessitariam de instrução de higiene bucal associada ou não ao tratamento periodontal básico (raspagem e aplainamento radicular).

O número médio de sextantes afetados segundo os códigos do PSR e grupo etário está representado na Tabela 3, mostrando importante componente de severidade, possível por este tipo de análise dos dados obtidos após o levantamento com o PSR.

Pela Tabela 3, quando se considera a população em geral, mais de dois sextantes, em média, ou seja, 2,5 e 2,4 apresentaram, respectivamente, sangramento e cálculo como pior condição, o que representa praticamente cinco dos seis sextantes examinados, em média (desconsiderando-se os excluídos).

A Tabela 4 mostra a distribuição percentual de gestantes segundo as necessidades de tratamento. Pode-se observar que 100% das gestantes necessitariam de algum tratamento periodontal, sendo este,

ao menos preventivo, com remoção de placa e instrução de higiene bucal, embora somente atividades preventivas atenderiam à necessidade total de tratamento de apenas 9,8% das gestantes, pois 61% necessitariam também de raspagem e/ou eliminação de margens restauradoras defeituosas, e 29,2%, de tratamento mais complexo.

O atendimento às necessidades de cuidados odontológicos durante a gravidez deve receber especial atenção por parte dos profissionais com o intuito de se promover a saúde da gestante, e conseqüentemente, minimizar a provável transmissibilidade de microrganismos bucais patogênicos para seus filhos, obtendo assim uma prevenção primária das principais doenças bucais.

O preparo adequado do profissional, no que se refere ao conhecimento das alterações sistêmicas relacionadas a própria gravidez, saúde e desenvolvimento do bebê, além do constante contato com o obstetra, especialmente quando tratamentos curativos emergenciais não puderem ser protelados, pode-

Tabela 3 - Número médio de sextantes afetados segundo os códigos do PSR e grupo etário. Araraquara, SP, 1997.

Grupo etário (anos)	Número médio de sextantes com PSR						
	0	1	2	3	4	*	X
15-19	0,9	3,0	1,9	0,1	0,0	0,1	0,0
20-24	0,5	2,7	2,3	0,1	0,1	0,4	0,0
25-29	0,5	2,2	2,9	0,1	0,1	0,2	0,1
30-37	0,0	1,4	2,6	0,2	0,0	1,0	0,8
Total	0,5	2,5	2,4	0,1	0,1	0,3	0,1

PSR - Registro Periodontal Simplificado

Tabela 4 - Percentual de gestantes segundo necessidades de tratamento (NT) e grupo etário. Araraquara, SP, 1997.

Grupo etário (anos)	NT0	NT1	NT2	NT3
15-19	0,0	10,0	80,0	10,0
20-24	0,0	20,0	60,0	20,0
25-29	0,0	0,0	63,6	36,4
30-37	0,0	0,0	20,0	80,0
Total	0,0	9,8	61,0	29,2

ria contribuir substancialmente para a saúde bucal de mãe e filho, transmitindo tranqüilidade e confiança da gestante no profissional, e no tratamento proposto, reduzindo o grande preconceito e alta ansie-

dade que os serviços odontológicos, mesmo os de finalidade preventiva, normalmente causam nessas pacientes, fazendo com que evitem o contato com o cirurgião-dentista. Tal fato pode ser percebido quando se observa a baixa demanda por atendimento deste tipo de paciente (Figura).

Deve-se levar em consideração que em condições normais, mais de 70% das gestantes teriam a totalidade de suas necessidades periodontais atendidas por procedimentos relativamente simples, como raspagens e instrução de higiene bucal (Tabela 4).

## REFERÊNCIAS

1. Ainamo J et al. Development of the World Health Organization (WHO) Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN). *Int Dent J* 1982; 32:281-91.
2. Ainamo J. Evaluation of the success of clinical trials and community programmes. *New Zealand Dent J* 1984; 8:112-4.
3. American Dental Association, American Academy of Periodontology. Periodontal screening and recording training program kit. Chicago; 1991.
4. Bellini HT. *A system to determine the periodontal therapeutic needs of a population: time evaluation and planning of treatment delivery*. Oslo: Dental Faculty, University of Oslo; 1973.
5. Costa JE, Marcos B. Determinação da necessidade de tratamento periodontal da população. *Arq Centro Estudos Curso Odontol* 1990; 27:39-48.
6. Duarte CA et al. Transmissibilidade da microbiota bucal em humanos: repercussão sobre o dente e o periodonto - revisão da literatura. *Rev Period* 1995; jan/jun:211-6.
7. Johansen JR et al. A system to classify the need for periodontal treatment. *Acta Odont Scand* 1973; 31:297-305.
8. Organização Mundial da Saúde. *Epidemiología, etiología y prevención de las periodontopatías*. Ginebra; 1978. (OMS Série de Informes Técnicos, 621).
9. Ramfjord SP. Methodology for determining periodontal needs. *J Periodontol* 1969; 40:524-8.
10. Romero RD et al. Granuloma gravídico: reporte de un caso. *Rev ADM* 1988; 45:317-20.
11. Romero RD, Sanches CM. Los odontólogos educan a sus pacientes? *Rev ADM* 1988; 45:317-20.
12. Salkin LM et al. A look at the PSR impact on one dental practice. *J Am Dent Assoc* 1993; 124:230-2.
13. Socransky SS et al. New concepts of destructive periodontal disease. *J Clin Periodont* 1984; 11:21-32.
14. Tekavec MM, Tekavec CD. PSR provides new patient-management tool. *Dent Econom* 1993; 69 (4): 69-72.
15. Turpin DL. Periodontal screening: a basic part of the orthodontic examination. *Ang Orthod* 1994; 64:163-4.