CAMILA BORGES FERNANDES

A PERIODONTIA E A PACIENTE FEMININA:

associações com as diferentes fases da vida da mulher

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para obtenção de Título de Especialista em Periodontia

PIRACICABA

2004

TCE/UNICAMP
F391p
1290004743 FOP

CAMILA BORGES FERNANDES

A PERIODONTIA E A PACIENTE FEMININA:

associações com as diferentes fases da vida da mulher

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para obtenção de Título de Especialista em Periodontia

Orientador: Prof. Dr. Antônio Wilson Sallum

PIRACICABA
2004

310

Unidade FOP/UNICAMP
N. Chamada F391p
Vol. Ex.
Tombo BC/

Unidade - FOP/UNICAMP
TCE/UNICAMP
F391p Ed.
Vol. Ex.
Tombo 4743
C D
Proc 16 P- 134/2010
Preço R$ 33,00
Data 13/04/2010
Registro

Ficha Catalográfica

F391p

Fernandes, Camila Borges.
A periodontia e a paciente feminina : associações com as diferentes fases da vida da mulher. / Camila Borges Fernandes. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2004.
23f.

Orientador : Prof. Dr. Antônio Wilson Sallum.
Monografia (Especialização) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Periodontia. 2. Saúde bucal. 3. Alterações hormonais. I. Sallum, Antônio Wilson. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Marilene Girello CRB/8–6159, da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP.

"Nossas dúvidas são traidoras e nos fazem perder o bem que poderíamos conquistar, se não fosse o medo de tentar"

William Shakspeare

SUMÁRIO

RESUMO.....05
ABSTACT.....06
1. INTRODUÇÃO.....07
2. DESENVOLVIMENTO.....08
3. CONCLUSÃO.....20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....20

RESUMO

A mulher passa por diversas alterações hormonais ao decorrer da vida e, em algumas épocas essas alterações são mais evidentes tais como, a puberdade, o período menstrual, a gravidez e a menopausa; bem como o uso de contraceptivos orais e a terapia de reposição hormonal. Com conhecimento desses aspectos, poderá ser estabelecido bom prognóstico e o mais importante, dar orientações adequadas nos períodos que antecedem essas mudanças hormonais. Assim, poderá ser incluído no tratamento clínico dessas pacientes um programa bem orientado de prevenção destas manifestações odontológicas. O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão de literatura a respeito das diferentes fases da vida da mulher em associação com a periodontia e suas possíveis alterações.

ABSTRACT

Many changes hormones period happen during women life and, in some times these changes are more evident like, puberty, menstrual period, pregnancy, menopause; beyond the use of oral contraceptive and hormonal reposition therapy. Being aware of these aspects, good prognostic can be established, and most important, correct instructions can be provided before the hormones changes period. It might be included a well direct program of prevention for this patients related to odontology manifestation. The aim of this study was to make a literature review verifying the diferences periods during women life in association with periodonty and its possible alterations.

1. INTRODUÇÃO

A saúde bucal é parte integrante da saúde geral, os problemas bucais exclusivos da população feminina devem ser levados em consideração pois as mulheres passam por diversas alterações hormonais ao decorrer da vida e, em algumas épocas essas alterações são mais evidentes. (STEINBERG, 2001 / PIZA, 2002)

As variações hormonais afetam mais do que o próprio sistema reprodutivo da mulher, tendo uma surpreendente influência na cavidade bucal. Essas alterações não são, necessariamente, o resultado da ação hormonal direta sobre os tecidos e, possivelmente, sejam bem mais explicadas como efeitos dos fatores locais (placa bacteriana, por exemplo) sobre os tecidos, que a atividade hormonal agrava. (STEINBERG, 2001)

Os profissionais de saúde bucal devem conhecer esses problemas que afligem as mulheres e estabelecer uma correta terapia, promovendo a saúde bucal e periodontal, para isso, é preciso que os ciclos de vida que ocorrem naturalmente nas mulheres sejam bem compreendidos. (PIZA, 2002) São eles, a puberdade, os anos de fertilidade, a menopausa e a pós-menopausa. Além disso, há outras preocupações adicionais, como o vínculo entre saúde bucal/saúde sistêmica, as desigualdades sociais como as distorções devido ao gênero e as desvantagens econômicas da mulher. Também merecem atenção os anticoncepcionais orais, a gravidez, as disfunções alimentares, a terapia de reposição hormonal, a osteoporose, a violência doméstica o abuso de drogas, a relativa vulnerabilidade para doenças incapacitantes como as doenças auto-imunes, o câncer e seu tratamento, bem como os problemas da articulação temporomandibular. (PERNO, 2001)

No presente trabalho, serão abordadas a saúde da mulher, suas fases hormonais e associação com a Periodontia, ressaltando sua importância no diagnóstico e tratamento da paciente feminina.

2. DESENVOLVIMENTO

As pacientes precisam de explicações específicas sobre as mudanças cíclicas na saúde bucal que correspondem às fases da vida da mulher, juntamente com instruções apropriadas de higiene bucal. (PERNO, 2001)

PUBERDADE

Nesta fase, há um aumento na produção dos hormônios sexuais, estrógeno e progesterona. Eles vão se manter estáveis até o término da fase reprodutiva da mulher. É freqüente neste período um aumento da gengivite sem aumento da quantidade de placa bacteriana. A presença de microrganismos anaeróbicos Gram negativos, como a *Prevotella intermedia, Bacteroides intermedius*, aumenta devido à maior concentração dos hormônios gonadotróficos.

Clinicamente, interação entre esta variação hormonal e os níveis bacterianos representaria:

- aumento no sangramento gengival, provocado pela escovação e pela própria mastigação;
- hiperplasia gengival (aumento celular);
- aumento na quantidade de placa e cálculo.

A terapia baseia-se:

- num rigoroso controle mecânico da placa bacteriana por meio da escovação e, se necessário, químico com o uso da clorexidina tópica a 2% ou em forma de bochecho a 0,12%;
- meticulosa raspagem dental e aplainamento radicular, para descontaminar a parede dental da bolsa periodontal;
- implementação da terapia de suporte mais regularmente que o normal (mensal ou a cada dois meses), para manter a saúde obtida.(PIZA, 2002)

CICLO MENSTRUAL

Uma variedade de alterações bucais tem sido relatada associada ao ciclo menstrual. Podemos identificar ulcerações da mucosa bucal, aftas, lesões vesiculares, sangramento gengival, edema e vermelhidão com aspecto liso e brilhante das papilas interdentais, que se tornam mais acentuadas nos períodos pré-menstruais. Durante a fase menstrual, as pacientes podem se queixar de gengivas sangrando ou inchadas, devido à fragilidade capilar alterada pela concentração hormonal, poderia também ser notado em alguns casos um aumento da mobilidade dentária no sentido horizontal. (CORDEIRO & COSTA, 1999)

Algumas mulheres não sofrem quaisquer alterações gengivais, enquanto outras se queixam de sangramento e inflamação gengival nos dias anteriores à menstruação. Esses sintomas geralmente melhoram quando começa a menstruação. (STEINBERG, 2001)

Durante o período reprodutivo, ocorrem alterações na concentração das gonadotrofinas e dos hormônios ovarianos.Estrógeno e progesterona são produzidos pelos ovários durante o ciclo menstrual. Os hormônios gonadotóficos, folículo estimulante e luteinizante, agem em conjunto com o estrógeno e a progesterona para preparar o útero para uma possível implantação do óvulo fecundado.(PIZA, 2002)

Os hormônios ovarianos podem auxiliar o aumento da inflamação gengival, desde que ocorra um desequilíbrio e/ou aumento da produção dos hormônios sexuais. (PIZA, 2002)

A terapia inclui:

- terapia periodontal básica: rígido controle mecânico e, se necessário, químico da placa bacteriana;
- raspagem dental e aplainamento radicular;
- implementação de terapia periodontal de suporte. (PIZA, 2002)

CONTRACEPTIVOS ORAIS

Os contraceptivos orais agem interrompendo o ciclo menstrual, as mulheres apresentam manifestações clínicas semelhantes as observadas na gravidez. Eles exacerbam os problemas gengivais, apresentando uma resposta exagerada aos irritantes locais e manifestações clínicas, tais como:

- maior presença do exudato inflamatório;
- edema e eritema gengival;
- hemorragias e hiperpalsia gengival. (PIZA, 2002)

Um dos efeitos mais comuns nas mucosas bucais de pessoas que usam pílulas anticoncepcionais é a inflamação gengival. Muitas pacientes têm uma resposta exagerada de inflamação gengival aos irritantes locais, caracterizada por tecidos gengivais muito avermelhados, volumosos e hemorrágicos. (STEINBERG, 2001)

Níveis elevados de progesterona - presente nos contraceptivos orais - resultam em proliferação vascular, inflamação de vênulas e capilares de tecidos levemente danificados, aumento do fluxo vascular, permeabilidade e transnudação, facilitando, desta forma, o processo inflamatório. A destruição de células mastóides gengivais pelos

hormônios sexuais aumentados e o desprendimento de histanima e enzimas proteolíticas também podem contribuir para uma resposta inflamatória mais rápida. (CORDEIRO & COSTA, 1999)

As mulheres que tomam pílula têm um aumento significativo na quantidade de espécies de Prevotella na microflora gengival. É muito provável que os hormônios sexuais femininos, em maior quantidade, substituam as naftoquinonas que certas espécies de Prevotella requerem, e sejam os responsáveis por esse aumento. (STEINBERG, 2001) Ocorre também um aumento dos Bacteróides intermedius, razão pela qual poderá aparecer maior pigmentação por melanina no tecido gengival, assim como ocorre com a pele. (PIZA, 2002)

Foram observadas também alterações quantificáveis nos componentes salivares de mulheres que tomam hormônios sexuais, incluindo a diminuição nas concentrações de proteínas, ácido siálico, fucose hexosamina, hidrogênio e eletrólitos totais. Em alguns casos foram relatadas alterações no fluxo salivar. (STEINBERG, 2001) Pode ocorrer tanto um aumento quanto diminuição do fluxo salivar, o que exige que sejam tomadas medidas cabíveis para a melhora do quadro. As utilizações de "salivas artificiais" e administração de flúor, tópico ou em forma de bochecho e até mesmo a troca ou finalização da aplicação deste recurso contraceptivo (baseando-se no monitoramento médico), podem ser coadjuvantes no tratamento. A terapia será semelhante à implementada para mulheres em época de gravidez. (PIZA, 2002)

Os contraceptivos hormonais agravam a resposta gengival aos irritantes locais similarmente aos hormônios prevalentes na gravidez e, quando ingeridos por um período superior a 18 meses, aumentam a destruição periodontal. (CORDEIRO & COSTA, 1999)

GRAVIDEZ

A gravidez será tratada de uma forma especial para diagnóstico e tratamento periodontal. É nessa fase que a mulher poderá ter as mais importantes alterações psicofisiológicas da vida. (PIZA, 2002)

Muitas mudanças sistêmicas e bucais ocorrem durante a gravidez. As mudanças bucais incluem: cáries, perimólise (erosão dental por ácidos), gengivite e granuloma gravídico, mobilidade dental, xerostomia e ptialiosmo/sialorréia. Toda mulher em idade fértil deve ser informada da importância crítica de um diagnóstico precoce e dos cuidados preventivos relacionados com gengivite da gravidez, de modo que se sintam motivadas a procurar um profissional de saúde bucal durante os períodos de gravidez. Um programa de prevenção bucal pré-natal pode incluir: aumento na freqüência do debridamento periodontal, na freqüência e/ou duração da escovação e do uso de fio dental, prescrição de colutórios ou géis com fluoreto, uso de colutórios antimicrobianos, bem como aconselhamento alimentar. (PERNO, 2001)

O primeiro trimestre da gravidez é o período de organogênese, quando o feto está sob os riscos das influências ambientais. Na última metade do terceiro trimestre há o risco de nascimento prematuro, pois o útero está muito sensível aos estímulos externos. (PERNO, 2001)

Gengivite Gravídica

A gengivite na gravidez, mais comum no segundo trimestre, é a manifestação bucal mais predominante nesse período da vida da mulher. Geralmente, ela resulta de uma má higiene bucal, irritantes locais, e mudanças dos tipos predominantes da flora bacteriana, É exacerbada por mudanças vasculares e hormonais e por um aumento da porcentagem de bactérias anaeróbicas causado pelo acúmulo de progesterona ativa, cujo metabolismo é reduzido durante a gravidez. (PERNO, 2001)

A gengivite da gravidez ocorre em cerca de 30% a 75% das mulheres grávidas. Clinicamente, são caracterizadas por: eritema; edema; hiperplasia e aumento do sangramento gengival. (PIZA, 2002) Uma cor vermelha intensa tende a estar presente na gengiva marginal e nas papilas interdentais. Ocorre perda de elasticidade, e pode também haver uma ligeira perda do sistema de inserção. Contudo, o tecido não necessariamente volta a seu estado de saúde. (PERNO, 2001)

As alterações da imunocompetência durante a gravidez podem criar uma resposta exagerada de tecidos do periodonto de suporte, aumentando a mobilidade dental. No início da gravidez, ocorre uma flutuação no nível dos hormônios circulantes. (PIZA, 2002)

Intrabucalmente, ocorrem alterações como:
-região anterior e interproximal dos dentes são as mais afetadas, principalmente devidoà respiração bucal (rinite alérgica ou desvios septais);
-aumento da profundidade de sondagem das bolsas periodontais;
-eventual ocorrência de granulomas piogênicos (0,2 a 9,6%)
-tumor da gravidez ou épulis, aparecendo mais comumente entre o segundo e o terceiro meses de gestação. Ocorre com mais freqüência entre os espaços dos dentes podendo ser: pediculados ou não, de crescimento rápido, às vezes, apresentando ulcerações de cor vermelha até arroxeada. (PIZA, 2002)

A etiologia desses episódios está comumente associada à:
-alterações na composição da flora da placa bacteriana (aumento de determinadas cepas, como as Porfiromonas);
-resposta imune da gestante;
-aumento na concentração de hormônios sexuais.
Todos esses fatores criam uma resposta do periodonto. (PIZA, 2002)

Recentes achados estabelecem que a doença periodontal pode gerar problemas para saúde geral, gerando inclusive efeitos deletérios para o feto, elevando o risco de parto prematuro e nascimento de bebês de baixo peso corporal. (PIZA, 2002)

DOENÇA PERIODONTAL X PARTO PREMATURO / BEBÊ BAIXO PESO

Precisamente como as infecções e condições bucais estão relacionadas com as doenças sistêmicas durante fases crucias da vida da mulher, tal como a gravidez, esse é um tópico que comanda atualmente os estudos clínicos em grande escala. Como as crianças prematuras são altamente vulneráveis à morbidade e à mortalidade, os dentistas devem considerar discutir com suas pacientes femininas com sinais de doença periodontal as recentes descobertas quanto à associação dessa condição com nascimentos prematuros. (JEFFCOAT & GEURS, 2001)

O peso do feto ao nascer é a variável mais importante para a sobrevivência, crescimento e desenvolvimento de uma criança. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), baixo peso ao nascer é definido como aquele abaixo de 2.500 gramas. Trata-se de uma preocupação de saúde pública, devido à maior morbidade na infância e mortalidade neonatal, quando comparadas aos nascidos com peso normal. O baixo peso acontece tanto por causa de parto prematuro quanto por retardo de crescimento intra-uterino. No parto prematuro, sabemos que os órgãos vitais dessas crianças são imaturos e, portanto incapazes de se adaptar prontamente ao início da existência extra-uterina. Esse fato justifica a maior morbidade e mortalidade nesses bebês. (BARROS & MOLITERNO, 2001)

Vários fatores de risco estão associados com o nascimento prematuro de baixo peso, como: infecções gênito-urinárias, idade materna abaixo de 20 anos ou acima de 35; uma dieta pobre, uma propensão a gestações multifetais; consumo de nicotina, drogas ou álcool; ganho de peso durante a gravidez e o peso pré-gestacional, entre outros. (JEFFCOAT & GEURS, 2001 / BARROS & MOLITERNO, 2001)

O mecanismo de ação dos microrganismos para a indução de parto prematuro ocorre quando a placa periodontal provoca inflamação, mediando substâncias químicas, incluindo as prostaglandinas E2 (PGE2). Ocorre então um aumento de certas citoquinas e do fator de necrose tumoral-alpha (TNF-α). Em grandes quantidades, a PGE2 libera uma molécula de composição extraordinariamente próxima à oxitocina, uma droga que é injetada para induzir o parto. Desse modo, uma infecção periodontal crônica pode enviar uma mensagem similar ao corpo sinalizando que já é a hora do parto mesmo quando seja demasiado cedo para fazê-lo. (JEFFCOAT & GEURS, 2001)

É importante saber que não é somente a doença periodontal que causa patologias à mãe e/ou ao feto, mas também todas as outras possíveis causas de inflamações e infecções à gestante. Portanto, daí a importância das trocas de informações entre o obstetra e o dentista durante o período gestacional, pois somente assim estaremos falando de prevenção. (AGUIAR, 2001)

MENOPAUSA

O termo menopausa significa a última menstruação e depende da função ovariana. Esta é a fase em que a mulher mais pode apresentar distúrbios metabólicos, que podem levar a manifestações e sinais muito desagradáveis. (PIZA, 2002)

É um evento normal do desenvolvimento que ocorre com mulheres de 50 anos. Diz-se que a mulher, na média, pode esperar viver a terceira parte da sua vida depois do último período menstrual. (STEINBERG, 2001)

Em virtude das freqüentes alterações menstruais, ela é considerada existente somente após um ano de amenorréia (ausência de menstruação). Já o termo climatério é a fase de transição entre o período reprodutor e não reprodutor na evolução biológica da

mulher e inclui o período antes da menopausa, em que ocorrem sintomas decorrentes do déficit hormonal que acompanham a perda da capacidade reprodutora e também o período de um ano que segue a menopausa. (PIZA, 2002)

A menopausa é acompanhada de diversas mudanças físicas. A patogênese desses sintomas é atribuída a uma ampla variedade de fatores, como os geriátricos, hormonais e psicossomáticos. (PERNO, 2001)

As manifestações bucais da menopausa incluem: mudanças na mucosa bucal, como enfraquecimento do revestimento epitelial e diminuição da queratinização; desconforto bucal, como sensação de queimação na língua, alteração na percepção de sabores (salgado, picante, ácido) e xerostomia; além de osteoporose / perda de osso alveolar. A maioria das mulheres que se queixava de desconforto bucal teve seus sintomas aliviados depois da administração de estrógeno sistêmico ou tópico. (PERNO, 2001)

OSTEOPOROSE

A osteoporose é uma doença caracterizada pela perda de densidade mineral óssea. Conforme a doença progride, o osso afetado apresenta um aumento da propensão à fratura. Por ser uma doença silenciosa, a osteoporose revela sintomas claros somente depois da fratura – mais freqüentemente na coluna, no punho e no quadril. Alguns dos fatores de risco para a osteoporose são: aumento da idade; gênero e etnia; mulheres magras ou com ossos pequenos; menopausa; falta de exercícios físicos e propensão a quedas; medicação (glicocorticóides e anticonvulsivantes) ou doenças; ingestão excessiva de álcool ou cafeína; tabagismo; níveis altos de hormônios da tireóide e bebidas gasosas. (JEFFCOAT & GEURS, 2001 / PERNO, 2001) A osteoporose é mais prevalente entre as mulheres brancas e asiáticas, bem como aquelas com menopausa precoce, pele clara ou de pequena estrutura corporal. As bebidas gasosas têm alto conteúdo de fosfatos e esgotam as reservas de cálcio nos ossos. (PERNO, 2001)

A perda óssea generalizada por osteoporose sistêmica pode tornar a mandíbula mais susceptível a uma reabsorção acelerada do osso alveolar. O comprometimento da massa da densidade da maxila ou da mandíbula, em um paciente com osteoporose sistêmica, também pode ser associado ao aumento da taxa de perda óssea ao redor dos dentes ou dos rebordos alveolares sem dentes. Estudos recentes apóiam a hipótese de que a perda sistêmica de osso pode contribuir para a perda dental em indivíduos sãos e mulheres que apresentem baixa densidade mineral óssea tendem a ter menos dentes, comparadas com os grupos de controle. (STEINBERG, 2001)

Embora tenha sido considerado que a reabsorção do rebordo alveolar era um problema local originado ou provocado pela falta de uso, inflamação ou fatores mecânicos, na atualidade, parece haver agora amplas evidências apoiando a idéia de que se trata principalmente de um problema sistêmico. (STEINBERG, 2001)

Na relação entre osteoporose e periodontite, acredita-se que a primeira não seja um fator etiológico, mas que pode aumentar a severidade da doença em casos de periodontite já estabelecida. Alguns estudos recentes sugeriram que a terapia de reposição de estrógenos protege contra a perda dental e reduz o risco de perder os dentes, protegendo o periodonto e diminuindo a severidade da doença periodontal. (STEINBERG, 2001)

A osteoporose é passível de prevenção e é conhecida como uma das "doenças silenciosas". As estratégias de prevenção são: abandonar o fumo, redução do consumo de álcool e bebidas gasosas, praticar exercícios físicos diariamente e fazer escolhas de dieta adequadas. (PERNO, 2001)

Os exames rápidos e indolores que podem ajudar a diagnosticar a osteoporose que ainda se encontra em suas etapas iniciais são a absorciometria de raios-x de energia dupla, tomografia computadorizada quantitativa e absorciometria radiográfica. A radiografia comum é incapaz de diagnosticar a osteoporose em seu estágio inicial porque a perda óssea não pode ser detectada radiologicamente até que atinja 30% ou mais. (PERNO, 2001)

O futuro pode criar estratégias para tratar a osteoporose e a doença periodontal. A terapia da osteoporose é um campo que está mudando rapidamente, algumas alternativas atuais são: dieta adequada e administração de cálcio; suplementos de vitamina D; terapia de reposição hormonal; calcitonina; bifosfonatos; alendronato; fluoreto de sódio e exercícios de musculação. (JEFFCOAT & GEURS, 2001/ PERNO, 2001)

A etiologia da doença periodontal como infecção bacteriana está bem estabelecida; contudo, a perda óssea bucal como resultado de osteopenia (perda de massa óssea) provavelmente seja importante na criação de um hospedeiro susceptível. Acredita-se que a osteoporose não seja um fator etiológico da periodontite, mas pode afetar a gravidade da doença em caso de periodontite preexistente. (PERNO, 2001)

TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL

A perda óssea nas mulheres ocorre mais rapidamente nos anos em que se seguem imediatamente à menopausa, quando os níveis naturais de estrógeno diminuem, A terapia de reposição hormonal foi projetada para repor o estrógeno, porque esse período pós-menopáusico imediato pode ocasionar uma rápida perda de densidade mineral óssea. (JEFFCOAT & GEURS, 2001)

A perda precoce ou cirúrgica dos ovários causa uma perda ainda mais dramática de estrógenos, induzindo a uma repentina menopausa. Ainda que a terapia de reposição de estrógeno freqüentemente prescreva 0,625 mg/dia, outras doses estão disponíveis. Em mulheres sem útero, geralmente combinam-se 2,5 mg de progesterona com estrógeno. (JEFFCOAT & GEURS, 2001)

A terapia de reposição hormonal demonstrou ser benéfica para a arquitetura e a densidade do osso nas mulheres pós-menopáusicas, tornando os ossos menos propensos a

fraturas; numerosos estudos clínicos demonstraram prevenir e retardar a perda óssea. (PERNO, 2001)

A terapia de reposição hormonal comprovou reduzir o risco de perda óssea e seus efeitos diversos. Os dentistas devem estar capacitados para informar suas pacientes sobre os benefícios e os riscos implicados, mas a prescrição de reposição hormonal deve ser realizada por um médico com amplos conhecimentos do histórico médico da paciente. (JEFFCOAT & GEURS, 2001)

Benefícios:

- perda óssea diminuída ou mantida;
- alívio dos sintomas vasomotores;
- diminuição dos risco potencial de doenças cardiovasculares.

Riscos Potenciais:

- aumento do risco de trombose de veias profundas, embolia pulmonar;
- sensibilidade da mama;
- sangramento e pigmentação;
- câncer de endométrio (caso não seja dado progesterona);
- aumento do risco potencial de câncer de mama;
- aumento do peso.

  (JEFFCOAT & GEURS, 2001)

O papel do dentista em informar o paciente está ficando cada vez mais complexo. Os dentistas devem primeiro examinar, para então diagnosticar e tratar a perda óssea intrabucal, como a doença periodontal. Mas devem também ter conhecimento dos fatores de risco comuns de ambas as doenças e estar atualizados sobre as últimas informações de tratamento da osteoporose, assim como sobre a sua possível eficácia no tratamento da doença periodontal. (JEFFCOAT & GEURS, 2001)

3. CONCLUSÃO

É evidente que a mulher tem necessidades próprias e requer cuidados especiais em termos de saúde bucal. As influências hormonais, durante vários ciclos da vida da mulher, têm impacto na cavidade bucal. Os membros da equipe do consultório odontológico precisam dar uma resposta e tratamento a essas questões relativas à saúde bucal das mulheres. (STEINBERG, 2001)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, B. M.; MOLITERNO, L. F. M. Seria a doença periodontal um fator de risco para o nascimento de bebês prematuros com baixo peso?. *RBO*, v.58, n.4, Jul/Ago, p.256-60, 2001

BIRKENFELD, L. et al. Menopause-related oral alveolar bone resorption: a review of relatively unexplored consequences of estrogen deficiency. *Menopause*, v.6, n.2, p.129-33, 1999

CORDEIRO, C. C.; COSTA, L. C. S. Prevenção odontológica associada às alterações hormonais. *RBO*, v.56, n.5, Set/Out, p.255-6, 1999

COHEN, L.K. Quem é ela em Odontologia. *Compendium/Número Especial*, v.22, n.1, p.4-7,2001

HILL, G. B. Preterm birth: associations with genital and possibly oral microflora. *Ann Periodontol*, v.3, n.1, Jul, p.223-31, 1998

JEFFCOAT, M.K. et al. Post-menopausal bone loss and its relationship to oral bone loss. *Periodontology 2000*, v.23, p.94-102, 2000

JEFFCOAT, M.K.; GEURS, N. Perda óssea na boca, osteoporose, e nascimento prematuro: o que nossos pacientes devem saber hoje?. *Compendium/Número Especial*, v.22, n.1, p.25-31, 2001

JEFFCOAT, M.K. et al. Current evidence regarding periodontal disease as a risk factor in preterm birth. *Ann Periodontol*, v.6, n.1, Dec, p.183-92, 2001

KREJCI, C.B.; VISADA, N.F. Women's health issues and relationship to periodontitis. *JADA*, v.133, Mar, p.323-9, 2002

LEIFF, S. et al. The oral conditions and pregnancy study: periodontal status of a cohort of pregnant women. *J. Periodontol*, v.75, n.1, Jan, p.116-26, 2004

LOESCHE, W.J. Association of the oral flora with important medical diseases. *Current Opinion in Periodontol*, v.4, p.21-8, 1997

LOZA, J.C.; CARPIO, L.C.; DZIAK, R. Osteoporosis and its relationship to oral bone loss. *Current Opinion in Periodontology*, v.3, p.27-33, 1996

MACHTEI, E.E. et al. The effect of menstrual cycle on periodontal health. *J. Periodontol*, v.75, n.3, Mar, p.408-12, 2004

MADIANOS, P.N. et al. Maternal periodontitis and prematurity. Part II: maternal infection and fetal exposure. *Ann Periodontol*, v.6, n.1, Dec, p.175-82, 2001

MASCAREÑAS, P. Et al. Influence of sex hormones onthe peridontium. *J. Clin. Periodontol*, v.30, p.671-81, 2003

MULLIGAN, R. The three phases of eve: exploring the common and unique findings in oral and systemic health of differently aging women. *Compendium*, v.23, n.10, Oct, p.32-40, 2002

OFFENBACHER, S. et al. Patential pathogenic mechanisms of periodontitis associated pregnancy complications. *Ann Periodontol*, v.3, n.1, Jul, p.233-50, 1998

PERNO, M. A higienista dental (THD): nosso papel na saúde das mulheres - trato da paciente feminina. *Compendium/Número Especial*, v.22, n.1, p.45-54, 2001

PIZA, A.M. P. T., Doença periodontal e a mulher. *Periodonto SOBRAPE*, Abr/Set, p.6-10, 2002

REDDY, M.S. Oral osteoporosis: is there na association between periodontitis and osteoporosis?. *Compendium*, v.23, n.10, Oct, p.21-8, 2002

REINHARDT, R.A. et al. Influence of estrogen and osteopenia/osteoporosis on clinical periodontitis in postmenopausal women. *J Periodontol*, v.70, n.8, Aug, p.823-8, 1999

RICHÉ, E. L. et al. Periodontal disease increases the risk of preterm delivery among preeclamptic women. *Ann Periodontol*, v.7, n.1, Dec, p.95-101, 2002

SARTÓRIO, M. L.; MACHADO, W.A . S. A doença periodontal na gravidez. *RBO*, v.58, n.5, Set/Out, p.306-8, 2001

SCANNAPIECO, F.A.; BUSH, R.B.; PAJU, S. Periodontal disease as a risk factor for verse pregnancy outcomes. A systematic review. *J. Periodontol*, v.8, n.1, Dec, p.70-8, 2003

STEINBERG, B.J. Women's oral health issues. *J. of Dental Education*, v. 63, n.3, Mar, p.271-5, 1999

SLAVKIN, H.C. Distinguishing mars from venus: emergency of gender biology differences in oral health and systemic disease. *Compendium*, v.23, n.10, Oct, p.29-31, 2002

STEINBERG, B.J. Saúde bucal das mulheres, *Compendium/Número especial*, v.22, n.1, p.8-14, 2001

TUNES, U. R.; FONSECA, L.; CORREIA, A. P. Estudo das alterações periodontais em gestantes e sua relação com a microbiota de amostras da placa subgengival, detectada pelo teste BANA. *Rev. Periodontia*, v.8, n.1, Jan/Abr, p.73-86, 1999

VERBIN, S. Genetic influences in women's oral health. *Dental Clinics of North America*, v.45, n.3, Jul, p.443-67, 2001

YALCIN, F. et al. The effects of periodontal therapy on intracrevicular prostaglandin E2 concentrations and clinical parameters in pregnancy. *J. Periodontol*, v.73, n.2, Feb, p.173-7, 2002

YALCIN, F. et al. The effect of sociocultural status on periodontal conditions pregnancy. *J. Periodontol*, v.73, n.2, Feb, p.178-82, 2002

ZAKRZEWSKA, J.M. Women as dental patients: are there any gender differences? *Int. Dent. Journal*, v.46, p.548-57, 1996