



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE
PIRACICABA



CONCORDÂNCIA DO ORIENTADOR

Declaro que o (a) aluno (a) **Cristhiane Sueli Quezada Motta RA 105924** esteve sob minha orientação para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "**Atendimento odontológico da gestante: o que o dentista precisa saber**" no ano de **2013**.

Concordo com a submissão do trabalho apresentado à Comissão de Graduação pelo aluno, com requisito para aprovação na disciplina DS833 – Trabalho de Conclusão de Curso.

Piracicaba, 17 de setembro de 2013.

Rosana de Fátima Possobon



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE
PIRACICABA



CRISTHIANE SUELI QUEZADA MOTTA

**“ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DA GESTANTE: O QUE O DENTISTA
PRECISA SABER.”**

PIRACICABA
2013



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE
PIRACICABA



CRISTHIANE SUELI QUEZADA MOTTA

**ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DA GESTANTE: O QUE O DENTISTA
PRECISA SABER**

Trabalho de Conclusão do Curso de
apresentado à Faculdade de Odontologia
de Piracicaba da Universidade Estadual
de Campinas como parte dos requisitos
para conclusão do curso de Graduação
em Odontologia .

Orientador: Prof^a. Dra. Rosana de Fátima Possobon

PIRACICABA, 2013
Av. Limeira, 901 Caixa Postal 52 - Piracicaba - SP CEP 13414-903
Tel.: (19) 2106-5200 - Fax.: (19) 3421-0144

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARILENE GIRELLO – CRB8/6159 - BIBLIOTECA DA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

Motta, Cristhiane Sueli Quezada, 1989-

M858a Atendimento odontológico da gestante: o que o dentista precisa saber - revisão de literatura / Cristhiane Sueli Quezada Motta. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2013.

Orientador: Rosana de Fátima Possobon.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) –
Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Odontologia de Piracicaba.

1. Saúde bucal. 2. Cárie. 3. Gravidez. 4. Periodontite. I.
Possobon, Rosana de Fátima, 1968- II. Universidade Estadual
de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III.
Título.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Carlos Alberto Quezada Pascual e Sueli Aparecida Motta Quezada, que foram essenciais na minha formação.

Aos meus irmãos Carlos Alberto Quezada Motta e Carlos Eduardo Quezada Motta, que sempre estiveram ao meu lado me aconselhando e me ajudando a seguir meu caminho.

Ao meu namorado, Thiago de Lucena Angioleto, que sempre segurou a barra das fases complicadas e que sempre me levantou quando eu estava a ponto de desistir, sempre me dando carinho e compreensão.

Aos meus familiares do Panamá e de São Carlos, que mesmo com a distância estavam sempre me incentivando e dando força.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, por me dar a vida, por me dar saúde e a oportunidade de estar trilhando o caminho escolhido, por estar sempre me iluminando e realizando maravilhas em minha vida.

À minha família, em especial aos meus pais, Carlos e Sueli, pelo esforço não medido para que eu me formasse, por estarem sempre ao meu lado me aconselhando, mas nunca interferindo nas minhas escolhas, por me amarem a cada dia de vida.

Aos meus irmãos, Carlos Alberto e Carlos Eduardo, que foram fundamentais no meu desenvolvimento como pessoa e por estarem sempre ao meu lado.

Ao meu namorado, Thiago, que sempre se colocou ao meu lado como amigo e companheiro, me dando força e acreditando em mim como uma profissional.

À minha orientadora, Professora Doutora Rosana de Fátima Possobon, pela orientação dedicada a minha formação, pelo incentivo, apoio e tempo concedido para me ajudar a realizar esse trabalho.

À faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, em nome do Professor Doutor Jacks Jorge Júnior.

As minhas amigas, Renata Prete, Gabriela Borghi, Karina Komada, Paola Soares, Bianca Azevedo e Isabella Bonato, pelo privilégio de ter vivido momentos maravilhosos ao lado delas. Por cada momento de alegria, tristeza, lágrimas e sorrisos. Por terem feito meus dias na faculdade os melhores.

Aos meus amigos de Jundiaí, que sempre estiveram me apoiando e dando força desde o primeiro dia de faculdade e que continuaram ao meu lado mesmo com a distância.

E a todas as pessoas que estavam ao meu redor, sempre com um sorriso e apoio, que contribuíram muito no meu dia-dia.

RESUMO

Apesar de todos os avanços de conhecimento e tecnológicos relacionados à odontologia, ainda há barreiras para o atendimento de pacientes considerados especiais. Dentre estes pacientes especiais, tem destaque a mulher grávida, que muitas vezes aguarda pelo término do período gestacional para receber atendimento odontológico. Esta revisão de literatura vem mostrar os principais problemas que a doença periodontal e a cárie podem causar em uma gestante, baseado em resultados de vários artigos e traz informações sobre como realizar o tratamento de uma mulher durante o período gestacional. Entretanto, apesar da importância da realização de um adequado pré-natal odontológico, profissionais de saúde ainda relutam em estabelecer uma rotina de atenção odontológica no pré-natal e esta relutância parte não somente de médicos ginecologistas e obstetras, como também dos próprios cirurgiões-dentistas que, por desconhecimento, ainda sentem-se inseguros para realizar o tratamento desta clientela. A literatura aponta maneiras seguras para a atuação do dentista e as vantagens e necessidades da atenção odontológica à gestante.

Palavras-chave: Saúde bucal, cárie, gravidez, periodontite.

ABSTRACT

Despite all the advances in knowledge and technology related to dentistry, there are still barriers on the care of patients considered specials. Among these special patients, the pregnant woman is highlighted, who often waits for the end of the pregnancy to receive dental care. This literature`s review is to show the main problems that periodontal disease and tooth decay can cause in a pregnant woman, based on results of several articles and it brings information about how to perform the treatment of a woman during her pregnancy. However, despite the importance of conducting an appropriate dental prenatal, health professionals are still reluctant to establish a routine of attention on dental care during the prenatal and this reluctance comes not only from gynecologists and obstetricians, but also from the dentists, who because of ignorance, still feel insecure to perform the treatment of this public. The literature suggests safe ways for dentists to perform and the advantages and needs of dental attention for the pregnant woman.

Keywords: Oral health, dental caries, pregnancy, periodontitis.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVO:.....	6
3. METODOLOGIA.....	7
4. REVISÃO.....	8
5. PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO.....	13
6. EDUCAÇÃO DA GESTANTE COM VISTAS À SAUDADE DA CRIANÇA.....	16
7. CONCLUSÃO.....	18
8. REFERÊNCIAS.....	19

1. Introdução

Apesar de todos os avanços de conhecimento e tecnológicos relacionados à odontologia, ainda há barreiras para o atendimento de pacientes considerados especiais. Dentre estes pacientes especiais, tem destaque a mulher grávida, que muitas vezes aguarda pelo término do período gestacional para receber atendimento odontológico.

As barreiras para o tratamento odontológico das gestantes são impostas não somente pelas crenças da própria mulher sobre os perigos que este tratamento pode representar para a criança em formação, mas também por alguns profissionais de saúde que, por falta de conhecimento, acabam desestimulando o atendimento deste tipo de paciente especial.

Poletto et al. (2008) relatam que ainda há recusa por parte de alguns cirurgiões-dentistas em prestar atenção odontológica a gestantes, devido a controvérsias de opiniões e abordagem deficiente do assunto durante a formação acadêmica, bem como por falta de interação multidisciplinar.

Segundo Andrade (2006), há pacientes que buscam pelo atendimento odontológico e ignoram que estão grávidas ou, ainda, não informam sua gravidez ao profissional. Portanto, na consulta odontológica inicial deve ser feita uma anamnese cuidadosa para não somente para investigar se a paciente está ou não gestando, mas que outras alterações sistêmicas esta mulher pode apresentar.

Dentre as alterações características do período gestacional, há o aumento da ocorrência da doença periodontal e do índice de cárie, causados por diversos fatores, tais como deficiências nutricionais e alterações nos níveis hormonais, das espécies microbianas orais, da resposta imune e do metabolismo celular (Possobon & Mialhe, 2009).

Assim, a gestação torna a mulher um hospedeiro mais suscetível ao desenvolvimento e à progressão da cárie e da doença gengival. Diversos estudos (Mannem et al., 2011; Shanthi et al, 2012; Hart et al, 2012) têm demonstrado que gestantes com doença periodontal são mais propensas a partos prematuros, o que leva a riscos à saúde do bebê. Portanto, esta é uma paciente que requer atenção especial do cirurgião-dentista.

Assim, há que se derrubar as barreiras para que se consiga oferecer um atendimento de qualidade para esta paciente, especialmente porque estas alterações bucais refletem-se em perigos à saúde da criança em desenvolvimento.

Barreiras para o tratamento odontológico: as crenças da gestante

“Cada filho nascido, um dente perdido”

Muitas são as crenças que envolvem o tratamento odontológico na fase gestacional. Moraes (2009) cita que muitas gestantes não procuram por tratamento odontológico por acreditarem que os dentes, durante a gestação, perdem cálcio, que é utilizado para o desenvolvimento dos ossos e dos dentes do bebê e, portanto, nenhum tratamento seria eficiente neste período.

Além disso, há o medo da gestante de que o tratamento odontológico prejudique a criança. De acordo com a Trevisan et al. (2013), a gravidez é um período fisiológico complexo, com mudanças físicas e emocionais, em que há grande preocupação da mãe com o bebê. Dentre estas preocupações, figura o tratamento odontológico como prejudicial e contra-indicada, o que contribui para o afastamento da gestante do tratamento dentário.

Reis et al. (2010) acreditam que o medo de que o tratamento odontológico realizado durante a gravidez prejudique a criança ainda assustam muitas mães, o que acaba dificultando o tratamento da saúde bucal neste período. Portanto, a gestante deveria ser atendida prontamente, sempre que procurasse por assistência. Os autores defendem a idéia de que o período de gestação deveria ser mais bem aproveitado pelos profissionais de saúde, uma vez que a mulher se torna mais receptiva as informações que possam ser usados para o benefício de seu bebê.

Estas afirmações são corroboradas pelo estudo de Bastiani et al. (2010), que relata que o período da gestacional é o melhor momento para acabar com as barreiras ao tratamento odontológico, ou seja, é o período ideal para desmentir alguns mitos e crenças e, além disso, informar a paciente sobre a importância de uma boa higienização dos dentes, a fim de evitar a formação do biofilme dentário, e da necessidade de adequação da dieta.

Barreiras para o tratamento odontológico: as atitudes do cirurgião-dentista

“Volte daqui há 9 meses”

É correto afirmar que as crenças ainda afastam muitas gestantes do tratamento odontológico. Porém, estas crenças não são mantidas somente pela gestante, mas também por alguns profissionais de Odontologia que, por falta de conhecimento, não se sentem seguros para tratar desta clientela, reforçando ainda mais o receio das pacientes (Possobon & Mialhe, 2009). Esta afirmação é corroborada pelo relato de Bastiani et al. (2010) que afirmam que muitos cirurgiões-dentistas ainda têm receio em atender gestantes, deixando que este receio se sobreponha às necessidades do tratamento, prejudicando a saúde destas mulheres.

Neste contexto, Reis et al. (2010), em sua revisão da literatura sobre a importância da educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal no período gestacional, citam que a gestante enfrenta dificuldades para conseguir tratamento odontológico, tanto nas redes públicas como nas particulares.

O estudo de Catarin et al. (2008), com 102 gestantes, mostrou que apenas 24,5% haviam procurado por atendimento odontológico durante a atual gravidez e, destas, menos da metade (40%) relataram ter recebido tratamento e ter tido seu problema bucal resolvido. Isso parece ser uma situação bastante grave, uma vez que a negação em se realizar o tratamento da gestante pode trazer um dano muito maior para esta mulher do que o próprio tratamento, em função do desenvolvimento da doença (Bastiani et al., 2010).

Poletto et al. (2008) atribuem o receio dos profissionais da área odontológica em atender gestantes à deficiente formação acadêmica e à controvérsia de opiniões e abordagens relativas ao assunto.

Portanto, torna-se necessário desenvolver atividades profissionais que incentivem as gestantes, por meio de explicações simples, a buscar pelo tratamento odontológico durante a gestação, mostrando os agravos à saúde do bebê que podem decorrer das doenças bucais e aproveitar este período, pois durante a gestação, a mulher torna-se mais receptiva a informações que possam ser usados para o benefício seu e de seu bebê (Reis et al., 2010).

Barreiras para o tratamento odontológico: as atitudes do ginecologista obstetra

“Há relação entre saúde bucal e geral?”

De acordo com Araújo et al. (2009), a assistência no pré-natal tende a permitir melhores condições de vida para mãe e para o futuro da criança, sendo que neste

período deveriam ser incluídas orientações sobre saúde bucal. Como o cirurgião-dentista ainda não tem participação plena nesta fase da vida da mulher, é necessário que médicos obstetras estejam capacitados para orientar as futuras mães sobre a importância de se cuidar da saúde bucal.

Trevisan et al. (2013) afirmam que os médicos, por serem os profissionais de saúde que têm contato mais frequente com a gestante, deveriam ter conhecimento sobre a importância do tratamento odontológico no pré-natal e, assim, contribuir para instruir e fazer encaminhamentos, colaborando com a saúde da paciente e também da criança em formação, transmitindo segurança e enfatizando a importância da necessidade do tratamento odontológico neste período. Entretanto, os autores alegam que o conhecimento dos médicos não é suficiente para que eles atuem desta forma.

Outros estudos também investigaram os conhecimentos dos médicos a respeito da saúde bucal de suas pacientes. Araújo et al. (2009) realizaram uma pesquisa em que 310 questionários foram enviados e que tiveram uma taxa de resposta de 26,7% (83 respondentes). O questionário era composto de algumas perguntas, dentre elas estavam o conhecimento dos médicos sobre saúde bucal da gestante, sendo que dos 83 médicos participantes da pesquisa, 44,6% receberam informações e 55,4% não tiveram nenhuma informação sobre este assunto. Os autores se basearam em seus resultados e nos resultados de outros estudos para afirmar que os médicos possuíam pouco conhecimento sobre saúde bucal e que estes não eram aplicados durante a consulta. Ainda, citam que as gestantes estariam mais bem assistidas se fossem orientadas pelos médicos ginecologistas-obstetras a procurar pelo tratamento odontológico. Outra questão abordada na pesquisa foi sobre a conduta dos médicos em relação ao encaminhamento da gestante para a consulta odontológica: a maioria informou que encaminhava somente quando as pacientes, por iniciativa própria, relatavam alguma queixa. Os médicos foram questionados, também, sobre quais procedimentos odontológicos eles achavam contraindicado durante a gestação e 62,6% responderam que nenhum procedimento deveria ser contraindicado. Entretanto, 37,3% apontaram como contraindicado o exame radiográfico, a exodontia, a anestesia e, ainda, os implantes e as cirurgias maiores. Entretanto, ao serem questionados sobre as alterações bucais possivelmente associadas à gestação, apenas 2,4% acreditavam que a

gestante não apresentava nenhuma alteração bucal associada à gravidez e a maioria (97,6%) tinha a informação de que a gravidez pode determinar alterações bucais.

De acordo com Alves et al. (2012), foi demonstrado em uma pesquisa de Wilder et al., com 55 obstetras na Carolina do Norte, que eles acreditam que a cárie dentária pode piorar durante a gestação e também podem perder definitivamente os dentes durante esse período; sendo que apenas metade desta parcela aconselha as gestantes a realizar exames dentários. Na Jordânia, outra pesquisa feita por Al-Habahneh et al., mostrou que 88% dos médicos, dos 250 profissionais entrevistados, aconselha á gestante a procurar o tratamento odontológico somente após o parto. Ainda, em outra pesquisa realizada por Morgan et al e Straffor et al., uma parcela do grupo ginecologistas-obstetras americanos, sabem da importância de se ter o tratamento odontológico para as gestantes, porém aconselha estas pacientes a não enfrenta-lo. Na Índia, também foi realizada uma pesquisa por Shenoy et al., que mostrou existir divergências entre profissionais que relutam em aceitar que a doença periodontal está relacionada com o baixo peso da criança ao nascer. Um estudo realizado no Brasil por Rocha et al., apresentou como resultado que apesar de os obstetras saberem da associação da inflamação gengival e os resultados obstétricos adversos, suas atitudes não estavam de acordo com o seu conhecimento.

Essa pesquisa nos leva a acreditar que um trabalho multidisciplinar entre medicina e odontologia, traria muito mais benefícios para as gestantes.

Bastiani et al. (2010) relataram que é imperioso que a relação do trinômio médico/dentista/ paciente redefina os padrões de atendimento em um contato preventivo amplo, com vistas à promoção da saúde. Para tanto, deve-se estabelecer uma ligação entre os profissionais, para o desenvolvimento de um atendimento de qualidade à gestante e ao bebê.

2. Objetivo:

Este trabalho, por meio de revisão de literatura, mostra a situação atual em relação ao atendimento odontológico de gestantes, destacando as alterações sistêmicas e bucais inerentes a este período e apresentando alguns protocolos de atendimento.

3. Metodologia

1º Etapa: Fonte

A seguir, estão descritas as fontes que forneceram a resposta para o desenvolvimento dessa Revisão:

a) Foram utilizados dois livros, um sobre terapêutica medicamentosa em odontologia e outro sobre saúde coletiva em odontologia, ambos em idioma português, disponibilizados na biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, publicados em 2006 e 2009, respectivamente.

b) Os artigos científicos sobre a temática foram acessados nos sites Pubmed e Google Acadêmico, publicados nos últimos 5 anos (2008 a 2013), nos idiomas português, espanhol e inglês, sendo que todos tinham acesso gratuito do texto completo. Os seguintes descritores foram utilizados:

b.1) Em português: Saúde bucal, cárie, gravidez, periodontite.

b.2) Em inglês: Oral health, caries, pregnancy, periodontitis.

Foram utilizados encontrados 31 artigos, sendo utilizados 22 artigos, que eram mais condizentes com o assunto abordado, sendo 13 em português e 9 em língua estrangeira.

2º Etapa: Coleta de dados

A coleta de dados seguiu a seguinte orientação:

a) Leitura Exploratória de todo material selecionado (leitura rápida que objetivou verificar se a obra consultada era de interesse para o trabalho);

b) Leitura Seletiva (leitura mais profunda das partes que realmente interessavam);

c) Registro das informações extraídas das fontes em instrumento específico (autores, ano, métodos, resultados e conclusões).

4. Revisão

4.1) Doença Periodontal e Gestação

As doenças periodontais são causadas pela formação do biofilme supra e subgingival, juntamente com a resposta inflamatória do hospedeiro, o que leva à formação de condições inflamatórias e infecciosas. A gravidade e a progressão da destruição do periodonto, causada pela doença periodontal, depende da virulência do biofilme e da resposta imune do hospedeiro (Oppermann et al., 2012).

Durante a gestação, os níveis de estrógeno e progesterona aumentam consideravelmente, resultando em aumento na permeabilidade dos vasos, levando à formação de edema gengival e aumento de prostaglandinas, o que potencializa a inflamação gengival e a perda da queratinização do epitélio gengival. Além disso, o estímulo à proliferação dos fibroblastos e a alteração da quimiotaxia e da capacidade fagocítica dos neutrófilos, juntamente com a diminuição da regulação da produção de IL-6, leva à uma diminuição a resistência dos tecidos gengivais e ao aumento dos problemas inflamatórios causados pelas bactérias que, durante a gravidez, estão em maior quantidade e se aproveitam dos hormônios para sua nutrição (Possobon & Mialhe, 2009).

Segundo Moraes (2009), na gravidez são normais as alterações na cavidade oral, como o aumento da salivação, náuseas e alterações no periodonto e algumas destas modificações podem ocorrer por causa das alterações nos hábitos de vida da gestante. Os achados de Poletto et al. (2008) corroboram esta afirmação. Estes autores sugerem que muitas doenças bucais são potencializadas pelo descuido das próprias gestantes com a saúde bucal. De fato, muitas grávidas relatam diminuir a frequência de escovação, por sentir náuseas quando estão escovando os dentes, o que leva a um maior acúmulo de biofilme (Possobon & Mialhe, 2009).

Segundo Shanthi et a. (2012), muitos estudos relatam que a doença periodontal pode ser um fator de risco para partos prematuros e baixo peso do bebê ao nascer. Por causa desse risco, sugere-se incluir o tratamento de saúde bucal para gestantes. Os autores sugerem que a promoção da saúde em nível comunitário é muito importante para prevenir a doença periodontal, e também outras doenças, em gestantes, e provar que “a perda de um dente para cada gravidez” não passa de um mito.

Ainda de acordo com Shanthy et al. (2012), a periodontite continua sendo uma doença de desafio inflamatório a um nível sistêmico, por causa da grande superfície do epitélio, que são ulceradas nas bolsas periodontais. Este fato permite que as bactérias e os seus produtos possam atingir outras partes do organismo e levem à formação de lesões de diferentes níveis. Algumas espécies bacterianas, como *Porphyromona gingivalis* e *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (anteriormente denominado *Actinobacillus actinomycetemcomitans*) podem chegar a invadir diretamente as células e tecidos. A exposição à este tipo bactérias e aos seus produtos podem acabar gerando uma resposta imuno-inflamatória, gerando alguns danos potenciais para os diferentes órgãos e sistemas. Assim, nos últimos anos, a doença periodontal vem sendo associada a diferentes doenças sistêmicas, dentre elas o baixo peso em prematuros.

O estudo de Karunachandra et al. (2012) corroboram a informação sobre a vulnerabilidade da gestante à doença periodontal e também atribui esta maior vulnerabilidade não somente a alterações sistêmicas (tais como alterações hormonais) como também à alterações nos hábitos alimentares e nos hábitos de higiene oral, o que pode implicar no aparecimento ou no agravamento da doença periodontal. Além disso, os autores afirmam que há evidências que mostram que a doença periodontal está associada com diabetes mellitus gestacional, o que pode contribuir para a morbidade infantil e materna, assim como o risco de a mãe desenvolver, subsequentemente, o diabetes mellitus do tipo 2. Além disso, a doença periodontal da mãe pode aumentar as chances de ocorrer resultados adversos na gravidez, como a pré-eclâmpsia, nascimentos prematuros, crescimento fetal retardado e baixo peso ao nascer.

Hart et al. (2012) afirmaram que o tratamento da doença periodontal realizado no início da gestação diminuiu significativamente a incidência de partos prematuros, porém não houve relação com as taxas de aborto e de natimortos. Os autores citam um estudo de meta-análise em que o tratamento periodontal não teve efeito significativo sobre as taxas globais de parto prematuro, baixo peso ao nascer, abortos espontâneos e natimortos ou resultados globais adversos da gravidez (nascimentos prematuros e espontânea abortos/natimortos). Hart et al. (2012) sugerem duas hipóteses para explicar esta falta de relação: ou não é a doença periodontal que está causando o efeito adverso na gravidez ou a intervenção para

tratar a doença periodontal está sendo iniciada muito tardiamente, devendo ser iniciado antes mesmo da concepção, a fim de evitar as conseqüências adversas durante a gravidez.

Além da doença periodontal, outra alteração pode afetar a gengiva da gestante. Segundo Andrade (2006), geralmente por volta do segundo trimestre da gravidez, ou mais tarde, pode aparecer uma lesão gengival, com características histológicas semelhantes ao granuloma piogênico, também conhecido como granuloma ou tumor gravídico, que é assemelhado a uma amora, por seu aspecto granuloso e também por sua cor vermelho- escuro. Dependendo dos problemas tanto funcionais como estéticos que o granuloma causa, a remoção cirúrgica pode ser realizada durante a gestação e também no pós-parto.

Com base em todas estas colocações, há que se enfatizar que a gravidez não causa a doença periodontal, mas que quadros periodontais já existentes podem se agravar neste período da vida da mulher, seja devido à alterações sistêmicas inerentes ao estado gestacional, seja por negligencia nos cuidados com a saúde bucal (Possobon & Mialhe, 2009).

4.2) Cárie e Gestação

Existe uma fábula que diz “um dente por cada bebê”. Segundo Andrade (2006), esta fábula justifica a perda dos dentes das gestantes, por causa do cálcio que é removido dos seus dentes e que vão para os dentes do bebê, reforçando-os. Ainda não há nenhum estudo que comprove que isto está correto. Ao contrário, foi feita uma pesquisa no ano de 1943, que demonstrou que os dentes das grávidas não tem nenhuma diminuição de cálcio nesse período.

Segundo Possobon & Mialhe (2009), durante a gestação podem ocorrer algumas alterações na alimentação da mulher. A gestante passa a se alimentar de forma mais fragmentada, com menor quantidade, mas várias vezes ao dia. Um agravante é em relação às gestantes com nível econômico mais baixo que, para suprir suas necessidades nutricionais, acabam ingerindo alimentos mais ricos em carboidratos, levando a uma maior quantidade de substrato para a formação do biofilme (Possobon & Mialhe, 2009; Kloetzel et al., 2011). Além disso, as mulheres grávidas apresentam maior incidência de azia e refluxo, o que leva à diminuição do pH salivar. Algumas gestantes, ainda, diminuem ou até param de realizar a higiene bucal, pois relatam que a pasta de dente lhes causa náuseas.

Segundo Hemalatha et al. (2013), durante o primeiro trimestre de gestação ocorre um aumento das gonadotrofinas, que estão ligadas a náuseas e vômitos. Por este motivo muitas grávidas que possuem acessos de vômitos mais frequentes, acabam tendo o esmalte da superfície interna dos dentes, normalmente dos anteriores, corroída pelos ácidos gástricos. Esta erosão pode ser controlada, orientando as grávidas a lavarem a boca com bicarbonato de sódio, para neutralizar os ácidos.

Segundo Vergnes et al. (2012), há uma hipótese de que a gravidez pode aumentar a iniciação ou a progressão da cárie, devido às alterações que ocorrem na composição salivar, por causa dos repetidos refluxos e também pela diminuição com o cuidado em relação à saúde bucal. Porém, como o período da gestação é relativamente curto, e considerando as formas de progressão da cárie, os autores acreditam não ser provável que uma lesão de cárie tenha tempo de se desenvolver tanto a ponto de causar maior dano nesse período. Os autores informam, ainda, que a gravidez nunca foi claramente associada ao aumento na incidência de cárie dentária.

A cárie dentária pode levar a situações dolorosas e estressantes, que podem trazer efeitos negativos à gestante e à criança (Possobon & Mialhe, 2009; Vergnes et al., 2012). As lesões de cárie podem causar dor na gestante, levando a um aumento nos níveis de sanguíneos de hormônios ligados ao estresse, assim como adrenalina e cortisol, sendo prejudiciais para o feto. Muitos estudos mostram como a ansiedade e o estresse tem influência no desenvolvimento da criança (Possobon & Mialhe, 2009).

Segundo Vergnes et al. (2012), um estudo realizado com 504 gestantes mostrou uma frequência de 39% de pacientes com dor oral relacionado com problemas dentários. Este estudo mostrou que a dor oral afeta mais as atividades normais de uma pessoa do que uma dor de cabeça, e um pouco menos do que as dores nas costas ou dores pélvicas. Por causa dessas dores, a automedicação é muito comum e pode causar riscos à saúde da criança. Além disso, o tratamento agudo da dor de dentes, em situações de emergência, durante a gravidez, é uma tarefa delicada para o dentista que deve lidar com as vulnerabilidades da mulher neste período.

O estudo de Karunachandra et al. (2012) mostrou que as mulheres grávidas no Sri Lanka tinham uma alta taxa de doenças bucais, sendo a idade e a área de moradia (rural ou urbana) fatores significativamente associados à experiência de cárie. Entretanto, as mulheres residentes em áreas urbanas tinham mais acesso aos serviços odontológicos.

Na pesquisa de Vergnes et al. (2012), os fatores menor idade, ser estrangeiro e ter baixo nível educacional estavam relacionados à frequência de cárie dentária e número de dentes cariados em gestantes. Os autores relataram que as mulheres que estavam na faixa etária dos 18 aos 24 anos tinham maior risco de cárie dentária do que as mulheres mais velhas, independentemente da quantidade de placa dentária e da adequação do atendimento odontológico.

5. Protocolos de Atendimento

Segundo Andrade (2006), assim que for constatado que a paciente está grávida, deve-se ficar atento para identificar algumas alterações que podem ocorrer neste período.

De acordo com Poletto et al. (2008), é importante a realização de uma boa anamnese e o contato com o médico da gestante, para saber como a paciente está de saúde e para obter informação de possíveis doenças sistêmicas. Durante o período de gestação pode-se realizar qualquer tratamento odontológico, existindo um consenso na literatura de que o segundo trimestre de gestação é o período de preferência para os tratamentos dentários.

Segundo Possobon & Mialhe (2009), o ideal é que a gestante seja atendida pelo menos uma vez por mês, para recuperar a saúde bucal da paciente acometida por cárie ou doenças gengivais, diminuindo as chances de que ocorra uma situação de emergência, pelo agravamento de quadros já instalados. Além disso, para desenvolver ações preventivas para a manutenção da saúde bucal das gestantes e oportunizar o aconselhamento para os cuidados com a saúde bucal e sistêmica da criança.

De acordo com Catarin et al. (2008), o tratamento odontológico pode ser realizado em qualquer momento da gestação, mas preferencialmente escolhe-se o segundo trimestre de gestação. Alguns cuidados devem ser tomados, tais como o uso do avental de chumbo, de protetor de tireóide e o uso de filmes de exposição ultrarrápida ao realizar a tomada radiográfica e a realização consultas mais curtas, devido à possibilidade de ocorrer hipotensão supina e hipóxia. Porém, tratamentos de urgência devem ser realizados em qualquer momento da gravidez, com o intuito de remover a dor e os focos de infecção. Sabe-se que a septicemia é teratogênica e, potencialmente, uma das principais causas do aborto espontâneo.

Segundo Andrade (2006), as sessões devem ser agendadas para a segunda metade do período da manhã, que é o momento em que os episódios de enjoo são menos frequentes.

Uma preocupação constante dos profissionais de saúde no atendimento da gestante é em relação à medicação que pode ser utilizada sem prejuízos ao feto. De acordo com Polleto et al. (2008), apenas 1% das malformações congênitas são causadas por drogas durante a gravidez. A maior incidência das malformações está

associada à nutrição pobre, ao fumo, ao consumo de álcool, às doenças e à predisposição genética. O uso de fármacos são os menos responsáveis pela malformação fetal, estando dentro de uma parcela de 8%, quando comparados com a herança cromossômica (30%), anomalias congênitas (20%) e outras etiologias desconhecidas (42%), como foi relatado por Amadei et al. (2011). Estes autores relatam que, mesmo os fármacos sendo o menor dos causadores de malformação, os profissionais de saúde têm que tomar muita precaução ao indicá-los, pois a farmacocinética de uma gestante difere da de uma mulher não-gestante. As gestantes apresentam alterações fisiológicas que podem modificar a absorção, distribuição e também a eliminação dos fármacos.

Segundo Andrade (2006), em caso de urgência, pacientes com gestação normal, paciente com caso de anemia ou com hipertensão controlada deve-se usar Lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000. Entretanto, ao atender pacientes gestantes com hipertensão arterial descontrolada, deve ser feita, em conjunto com o médico, uma avaliação dos riscos/benefícios de se realizar atendimento ambulatorial ou hospitalar. Neste caso, a droga de escolha é a Prilocaína 3% com felipressina ou a Mepivacaína 3% sem vasoconstritor. No caso de pacientes com processo doloroso já instalado, deve-se procurar remover a causa; se necessário, prescrever analgésico, sendo o mais recomendado para as gestantes o paracetamol de 500 a 700mg, tomados a cada 6 horas, com limite máximo de 3 doses diárias.

Em relação às tomadas radiográficas, Hemalatha et al. (2013) relatam que, dependendo da quantidade de radiação recebida durante a gravidez, pode-se ter como resultado o aborto, defeitos de nascimento ou deficiência mental. No entanto, a exposição do feto aos raios x, que ocorre durante um procedimento de radiografia dental é muito pequena. Mas isso não significa que o profissional de odontologia não deva tomar as precauções necessárias. Qualquer mulher em idade fértil deve utilizar proteção de chumbo sobre o abdômen. Além disso, utilizar um feixe bem colimado filmes de alta velocidade, a fim de reduzir ainda mais a exposição fetal. A teratogenicidade da radiação depende da idade fetal e da dose de radiação, sendo que o período mais crítico para o desenvolvimento fetal é entre a 4^a e a 18^a semana após a concepção.

Os profissionais de odontologia devem estar preparados para tratar qualquer paciente que busca pelo atendimento. Em relação a gestantes, saber das suas

necessidades especiais de tratamento pode ajudar o profissional a se preparar para oferecer um tratamento seguro e eficaz.

6. Educação da gestante com vistas à saúde da criança

Segundo Araujo et al. (2009), o conhecimento transmitido à gestante sobre promoção de saúde influenciam de modo positivo a formação de hábitos saudáveis na criança.

Mialhe et al. (2009) relatam que as gestantes que visitam periodicamente os serviços odontológicos para receber tratamentos curativos, preventivos e educativos, tem maior chance de que seus filhos permaneçam livres de lesões de cariosas ao longo do tempo.

De acordo com Poletto et al., (2008), se os pais não recebem instruções de aprendizado durante o período pré-natal, a chance de mudanças nos hábitos da criança é remota. Portanto, deve-se aproveitar o período pré-natal como uma chave para o desenvolvimento do cuidado da saúde bucal da criança. Há evidências de associação de cárie e placa na primeira infância com a cárie na dentição materna. A gravidez é o período ideal para o esclarecimento da saúde bucal da mãe e do bebê, porém ainda muitas gestantes não recebem nenhuma informação sobre saúde bucal.

As orientações oferecidas pelos dentistas não devem basear-se somente em práticas de higiene oral, mas devem passar pelas informações nutricionais, visando à saúde da gestante (e, por conseguinte, da criança) e à instalação de hábitos de dieta saudáveis na criança.

De acordo com Moraes (2009), é muito importante que a gestante tenha uma alimentação nutritiva e balanceada, o que vai assegurar mais saúde e melhor desenvolvimento para o seu bebê. Um aspecto muito interessante é que, durante a gestação, ocorre a formação do paladar da criança. Os mecanismos de degustação começam durante a décima quarta semana de vida intra-uterina, pois o bebê fica em contato gustativo com o líquido amniótico, podendo o líquido ficar mais ou menos doce, de acordo com a alimentação da grávida. O bebê pode acabar se acostumando com a taxa de glicose no sangue da mãe e quando nascer, ter um paladar mais voltado para o açúcar. Portanto, a gestante não deveria usar açúcar em sua alimentação, inclusive porque o açúcar natural, presente nos alimentos, já é suficiente para suprir as necessidades da mãe e do bebê.

O incentivo ao aleitamento deveria ser uma das frentes de atuação do dentista, uma vez que a criança amamentada no peito tem menos chances de

desenvolver cárie e outras alterações oro-faciais. Furtado et al. (2009) relatam que o aleitamento materno é muito importante para o crescimento e o desenvolvimento da criança. O leite materno é considerado o melhor alimento para o bebê no ponto de vista nutricional, pois reforça a imunidade da criança contra doenças infecciosas e alergias, além de garantir uma maior satisfação emocional, pelo contato entre mãe e filho. Porém, muitas crianças vêm adquirindo o hábito de sucção não nutritiva. Muitos estudos vêm demonstrando que crianças que são amamentadas naturalmente possuem menor probabilidade de desenvolver hábito de sucção não nutritiva, como chupetas e sucção digital. Os hábitos de sucção não nutritivos constituem fatores etiológicos em potencial na deteriorização da oclusão e na alteração do padrão normal de crescimento, lembrando que o desenvolvimento do complexo estomatognático é resultado da interação de fatores genéticos e ambientais. Para a odontologia, a amamentação funciona como um importante desencadeador do desenvolvimento dentofacial, propiciando uma oclusão normal, ajudando no estabelecimento de um adequado padrão de mastigação pela criança (Hebling, 2009).

7. Conclusão

A mulher quando está grávida possui muitas dúvidas e inseguranças, e procura nos profissionais da saúde alguém que as ajude a acabar com seus problemas. Porém ainda existe muita insegurança por parte dos profissionais em odontologia para realizar o tratamento destas pacientes especiais, com medo de realizar alguma técnica e acabar prejudicando o bebê. Também ainda existe o despreparo do médico ginecologista/obstetra, que muitas vezes não sabem quão importantes é o tratamento odontológico no pré-natal, e que acabam apenas indicando o tratamento quando por iniciativa própria a paciente relata algum desconforto.

A periodontite quando não tratada em gestantes, pode gerar diversos problemas, os mais citados na literatura são o parto prematuro e o baixo peso do bebê ao nascer. Também a cárie é uma doença que ainda acomete muitas grávidas e que como a periodontite pode desencadear diversos desconfortos, como a dor. Por isso os cirurgiões dentistas devem estar preparados para realizar o atendimento dessas pacientes especiais, para acabar de uma vez por todas com o mito “um dente por cada gestação”.

O cirurgião-dentista deve saber que o melhor período para a se realizar uma consulta é no período da manhã; que a paciente se necessário pode realizar tomadas radiográficas, tomando-se cuidado para protegê-la; que se pode aplicar anestesia para realização de um procedimento; e que em caso de dor o melhor analgésico indicado para uma gestante é o paracetamol.

Os profissionais de odontologia também devem orientar suas pacientes sobre a importância de ter uma boa higiene e também uma boa nutrição, e como isso pode estar ligado ao seu bebê. Também é importante ressaltar a importância da amamentação e como isso pode estar relacionado ao desenvolvimento facial de seu filho.

O dentista deve estar preparado para realizar atendimento em todo e qualquer paciente que entrar em seu consultório, sempre tendo a atenção de realizar uma boa anamnese e entrar sempre em contato com o médico do paciente quando necessário.

8. Referências

1.	Al-Habashneh R, Aljundi SH, Alwaeli HA. Survey of medical doctors' attitudes and knowledge of the association between oral health and pregnancy outcomes. <i>Int. J. Dent. Hyg.</i> 2005; 6:214-220. Doi: 10. 1111/ j. 1601-5037. 2008. 00320. X. [PubMed] [Cross Ref.]. Apud. Alves RT, Ribeiro RA, Costa LR, Leles CR, Freire MC, Paiva SM. Oral care during pregnancy: attitudes of Brazilian public health professionals. <i>International Journal of Enviromental Research and Public Health</i> 2012, 9(10), 3454-3464. doi: 10.3390/ijerph9103454.
2.	Alves RT, Ribeiro RA, Costa LR, Leles CR, Freire MC, Paiva SM. Oral care during pregnancy: attitudes of Brazilian public health professionals. <i>International Journal of Enviromental Research and Public Health</i> 2012, 9(10), 3454-3464. doi: 10.3390/ijerph9103454.
3.	Amadei SU, Carmo ED, Silveira AAS, Rocha RF. Prescrição medicamentosa no tratamento odontológico de grávidas e lactantes. <i>Revista Gaucha de Odontologia</i> 2011, Vol. 59.
4.	Andrade ED. Pacientes que requerem cuidados sistêmicos. <i>Terapêutica Medicamentosa em Odontologia</i> 2006, Livro, 2º Edição, Cap. 11, Pag. 129.
5.	Araújo SM, Pohlmann CS, Reis VG. Conhecimento e atitudes dos médicos ginecologistas/ obstetras a respeito da saúde bucal da gestante. <i>Rev. Espaço Saúde</i> 2009, Capa, V.14, Nº 3.
6.	Bastiani C, Cota ALS, Provenzano MGA, Fracasso MLC, Honório HM, Rios D. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. <i>Rev. Odonto. Odontologia Clínico – Científica (online)</i> 2010 Vol. 9, Nº 2, Recife Abri/ Jun 2010.
7.	Catarin RFZ, Andrade SM, Iwakura MLH. Conhecimentos práticas e acesso a atenção á saúde bucal durante a gravidez. <i>Rev. Espaço Saúde</i> 2008 V. 10, Nº 1, p 16-24.

8.	Furtado ANM, Filho MV. A influência do período de aleitamento materno na instalação dos hábitos de sucção não nutritivos e na ocorrência de maloclusão na dentição decídua. Revista Gaucha de Odontologia 2009, Vol. 55, Nº 4.
9.	Hart R, Doherty DA, Pennell CE, Newnham IA, Newnham JP. Periodontal disease: a potencial modifiable risk limiting conception. Oxford Journals. Medicine. Hum. Reprod. 2012 May, 27 (5): 1332-42. doi 10.1093. Epub 2012 Feb 22.
10.	Hebling SRF. Prevenção em odontologia. Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia 2009, Livro, 1º Edição, Seção 3, Cap. 30, Pag. 595.
11.	Hemalatha VT, Manigandam T, TS, Nisha VA, Amudhan A. Dental consideration in pregnancy- a critical review on the oral care. J Clin. Diagn. Res 2013 May, 7 (5): 948-53. doi: 10.7860/JCDR/2013/5405.2986. Epub 2013 Mar 21.
12.	Karunachandra NN, Perera IR, Fernando G. Oral health status during pregnancy: rural-urban comparisons of oral disease burden among antenatal women in Sri Lanka. Rural Remote Health 2012; 12: 1902. Epub 2012 Jul 9.
13.	Kloetzel MK, Huebner CE, Milgrom P. Referrals for dental care during pregnancy. Journal Midwifery Womens Health 2011 Mar-Apr, 56(2): 110-117. Doi: 10.1111/j. 1542-2011.2010.00022x. Epub 2011 Feb 28.
14.	Mannem S, Chava VK. The relationship between maternal periodontitis and preterm low birth weight: A case – control study. Contemporary Clinical Dentistry 2011 Apr, 2(2): 88-93. doi. 10.4103/0976-237x.83067.
15.	Mialhe FL, Silva MC, Cunha RB, Possobon RF. Educação em saúde. Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia 2009, Livro, 1º Edição, Seção 3, Cap. 24, Pag. 441.

16.	Moraes DAPC. Percepção das gestantes sobre prevenção oral. Faculdade de Medicina de Campos 2009.
17.	Morgan MA, Crall J, Goldenberg RL, Schulkin J. Oral health during pregnancy. <i>J. Matern. Fetal Neonatal Med.</i> 2009; 22:733-739. doi: 10.3109/14767050902926954. [PubMed] [Cross Ref]. Apud. Alves RT, Ribeiro RA, Costa LR, Leles CR, Freire MC, Paiva SM. Oral care during pregnancy: attitudes of Brazilian public health professionals. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> 2012, 9(10), 3454-3464. doi: 10.3390/ijerph9103454.
18.	Oppermann RV, Weidlich P, Musskopf ML. Periodontal disease and systemic complications. <i>Braz Oral Res</i> 2012; 26 Suppl 1:39-47.
19.	Poletto VC, Stona P, Weber JBB, Fritscher AMG. Atendimento odontológico em gestantes: uma revisão de literatura. <i>Redalcy. Stomatos</i> 2008, vol. 14, nº 26 – enero-junio,2008, pp. 64-75
20.	Possobon RF, Mialhe FL. Saúde bucal da gestante e da criança: atuação preventiva precoce. <i>Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia</i> 2009, Livro, 1º Edição, Seção 4, Cap. 31, Pag. 623.
21.	Reis DM, Pitta DR, Ferreira HMB, Jesus MCP, Moraes MEL, Soares MG. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestante. <i>SciELO. Ciência & Saúde Coletiva</i> (online). Vol. 15, Nº 1, pp 269-276, ISSN 1413-8123.
22.	Rocha JM, Chaves VR, Urbanetz AA, Baldissera RS, Rosing CK. Obstetricians' knowledge of periodontal disease as a potential risk factor for preterm delivery and low birth weight. <i>Braz. Oral. Res.</i> 2011; 25:248-254. doi: 10.1590/151806-83242011000300010. [PubMed] [Cross Ref]. Apud. Alves RT, Ribeiro RA, Costa LR, Leles CR, Freire MC, Paiva SM. Oral care during pregnancy: attitudes of Brazilian public health professionals. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> 2012,

	9(10), 3454-3464. doi: 10.3390/ijerph9103454.
23.	Shanthi V, Vanka A, Bhambal A, Saxena V, Saxena S, Kumar SS. Association of pregnant women periodontal status to preterm and low-birth weight babies: A systemic and evidence – basead review. Dent Res. J. (Isfahan) 2012 Jul-Aug, 9(4): 368-80.
23.	Shenoy RP, Nayok DG, Siqueira PS. Periodontal disease as a risk factor in pre-term low birth weight – An assessment at gynecologists’ knowledge: A pilot study. Indian J. Dent. Res. 2009; 20: 13-16. doi: 10.4103/ 0970-9290-49049. [PubMed] [Cross Ref]. Apud. Alves RT, Ribeiro RA, Costa LR, Leles CR, Freire MC, Paiva SM. Oral care during pregnancy: attitudes of Brazilian public health profissionals. International Journal of Enviromental Research and Public Health 2012, 9(10), 3454-3464. doi: 10.3390/ijerph9103454.
24.	Strafford KE, Shellhaas C, Had EM. Provider and patient perceptions about dental care during pregnancy. J. Matern. Fetal Neonatal Med. 2008; 21:63-71. doi: 10. 1080/ 14767050701796681 [PubMed] [Cross Ref.]. Apud. Alves RT, Ribeiro RA, Costa LR, Leles CR, Freire MC, Paiva SM. Oral care during pregnancy: attitudes of Brazilian public health profissionals. International Journal of Enviromental Research and Public Health 2012, 9(10), 3454-3464. doi: 10.3390/ijerph9103454.
25.	Trevisan CL, Avanzi A, Pinto M. Fatores que interferem no acesso e na adesão das gestantes ao tratamento odontológico. Archives of Health Ivestigation 2013. Capa, Vol. 2, Nº 2.
26.	Vergnes JN, Kaminski M, Lelong N, Musset AM, Sixou M, Wabet C, EPIPAP group. Frequency and risk indicators ok tooth decay among pregnant women in France: a cross- sectional analysis. PLoS One 2012 May, 7 (5): e 33296. doi. 10.1370. Epub 2012 May 7.

27.	Wilder R, Robinson C, Jared HL, Lieff S, cognition Boggess K. Obstetricians' knowledge and practice behaviors concerning periodontal health an preterm delivery and low birth weight. J. Dent. Hyg. 2007; 81-1-15 [PubMed]. Apud. Alves RT, Ribeiro RA, Costa LR, Leles CR, Freire MC, Paiva SM. Oral care during pregnancy: attitudes of Brazilian public health professionals. International Journal of Enviromental Research and Public Health 2012, 9(10), 3454-3464. doi: 10.3390/ijerph9103454.
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------