



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE NOVA FRIBURGO
Faculdade de Odontologia – FOUFF/NF



LAÍS VEIGA FARIA
LETÍCIA LOPES SALLES

**CONDIÇÃO BUCAL DE GESTANTES E A SUA RELAÇÃO COM
O PARTO PREMATURO E BEBÊS DE BAIXO PESO**

NOVA FRIBURGO

2015

LAÍS VEIGA FARIA
LETÍCIA LOPES SALLES

**CONDIÇÃO BUCAL DE GESTANTES E A SUA RELAÇÃO COM
O PARTO PREMATURO E BEBÊS DE BAIXO PESO**

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense/Campus Universitário de Nova Friburgo como Trabalho de Conclusão do Curso de graduação em Odontologia.

ORIENTADORA: PROF. DRA. LÍVIA AZEREDO ALVES ANTUNES

Nova Friburgo

2015

F224c Faria, Laís Veiga.

Condição bucal de gestantes e a sua relação com o parto prematuro e bebês de baixo peso. / Laís Veiga Faria ; Letícia Lopes Salles ; Prof^a. Dr^a Livia Azeredo Alves Antunes, Orientadora. -- Nova Friburgo, RJ: [s.n.], 2015.

39f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Federal Fluminense, Campus Nova Friburgo, 2015.

1. Saúde bucal. 2. Gestante. 3. Parto prematuro. 4. Bebê. I. Salles, Letícia Lopes. II. Antunes, Livia Azeredo Alves, Orientadora. III. Título

CDD M617.602

LAÍS VEIGA FARIA
LETÍCIA LOPES SALLES

CONDIÇÃO BUCAL DE GESTANTES E A SUA RELAÇÃO COM O PARTO
PREMATURO E BEBÊS DE BAIXO PESO

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense/ Campus Universitário de Nova Friburgo, como Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Odontologia.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Nova Friburgo

2015

À Deus pela força espiritual para a realização deste trabalho. Aos nossos pais, pelo eterno orgulho, amor, compreensão e ajuda, em especial pelo carinho ao longo de toda nossa jornada.

AGRADECIMENTO

À Prof. Dr^a. Livia Azeredo Alves Antunes, pela orientação, carinho, compreensão e por nos proporcionar o conhecimento.

Um homem que trabalha com as mãos é um operário; um homem que trabalha com as mãos e o cérebro é um artesão; mas um homem que trabalha com as mãos e o cérebro e o coração é um artista.

Louis Nizer

RESUMO

A gravidez é um momento singular, e nessa fase a gestante se encontra receptiva às orientações que levarão a garantir qualidade de vida para o seu bebê, porém, muitas delas possuem crenças errôneas relacionadas à gestação e sua condição bucal. A gestante e o bebê são pacientes especiais, à mãe no que diz respeito às alterações no protocolo de atendimento e ao rearranjo hormonal e o bebê por estar participando das alterações proporcionadas pela gestação. A prevenção bucal realizada durante a gestação é necessário, pois há grandes chances da mãe transmitir os mesmos hábitos saudáveis para o seu bebê após o nascimento. A gestante sofre alterações físicas, psicológicas, hormonais e bucais, sendo importante a orientação por parte dos cirurgiões-dentistas. O aparecimento das doenças bucais está mais relacionado ao descuido da higiene oral e não pela gestação em si, e a postergação do atendimento odontológico pode muitas vezes ser prejudicial à gestante e ao bebê, com a presença da doença periodontal, por exemplo, ocorre a liberação de produtos bacterianos (lipopolissacarídeos), desencadeando o aumento na síntese de prostaglandina E₂ (PGE₂), podendo causar alteração no crescimento fetal, parto prematuro e nascimento de bebês com baixo peso. As escolhas e atitudes da mãe irão influenciar o nascimento de um bebê saudável, porém muitas mulheres grávidas não se preocupam com sua saúde bucal, acreditando não haver correlação entre ambos. O presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão de literatura relacionando a condição bucal das gestantes e a sua consequência com o parto prematuro e bebês de baixo peso. Como fonte de dados foi realizado um levantamento bibliográfico, por meio de livros, artigos nacionais e internacionais, pesquisados em bases de dados e revisão manual nas referências dos artigos. Com base nesta revisão de literatura pode-se concluir que: i) as condições bucais frequentemente encontradas nas mulheres durante a gestação são gengivite, doença periodontal, tumor gravídico, mobilidade dental, xerostomia; ii) pesquisas na população brasileira demonstram relação entre problemas periodontais, parto prematuro e bebês de baixo peso; iii) a gestante precisa ser avaliada e tratada de forma integral. Seu atendimento deve ser ágil, com conforto. A prevenção é uma ótima estratégia no primeiro e terceiro trimestre, no entanto, caso seja necessário o tratamento o mesmo é deve ser planejado para o segundo trimestre de gravidez.

Palavras-chave: gestante, bebê, saúde bucal, parto prematuro, bebês de baixo peso.

ABSTRACT

The pregnancy is a singular moment, and at that stage the woman is receptive to suggestions that will lead to ensuring quality of life for your baby, but many of them have erroneous beliefs related to pregnancy and your oral health. The pregnant woman and the baby they are special patients, the mother with regard to changes in the care protocol and hormonal rearrangement and the baby to be participating in the changes caused by pregnancy. The oral prevention performed during pregnancy is necessary, as there are high chances of the mother transmitting the same healthy habits for your baby after birth. Pregnant women suffer physical, psychological, hormonal and oral changes, therefore the importance of guidance by dentists. The appearance of oral diseases is more related to the bad oral hygiene and not with the pregnancy itself, and the postponement of dental care can often be harmful to the mother and baby, with the presence of periodontal disease, for example, the release bacterial products (lipopolysaccharide), trigger an increase in the synthesis of prostaglandin E₂ (PGE₂), may cause changes in fetal growth, preterm delivery and birth of underweight babies. The choices and mother's attitudes will influence the birth of a healthy baby, but many pregnant women do not care about your oral health, believing there is no correlation they between. This study aims to conduct a literature review relating to oral health of pregnant women and its consequence with premature birth and low birth weight. Data source was based on a literature through books, national and international articles, searched in databases and manual review of references in articles. Based on this literature review it can be concluded that: i) oral conditions often found in women during pregnancy are gingivitis, periodontal disease, pregnancy tumor, tooth mobility, dry mouth ; ii) research in the Brazilian population demonstrate relationship between periodontal problems , premature birth and low birth weight babies; iii) he mother needs to be assessed and treated in full . Your service must be agile, with comfort. Your service must be agile with comfort. Prevention is a great strategy in the first and third quarter, however, if treatment is necessary it is to be planned for the second trimester of pregnancy.

Key words: pregnant, baby, oral health, premature birth, low birth weight babies.

LISTA DE TABELAS

QUADRO 2.1- Procedimentos odontológicos de acordo com cada trimestre gestacional.	26
QUADRO 2.2- Protocolo de atendimento básico para gestantes.....	27
QUADRO 2.3- Orientações para o exame radiográfico.....	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPM- Batimentos Por Minuto

CC- Centímetros Cúbicos

CPI / IPC / CPITN- Índice Periodontal Comunitário

CPO-D- Índice de Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados

DP- Doença Periodontal

FFFCMPA- Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre

G- Gramas

GI- Grupo I

GII- Grupo II

Gbt- Recém-nascidos a Termo

Gpmbp- Mães de Recém-nascidos Prematuros de Baixo Peso

HUUFMA- Hospital Universitário Materno Infantil da Universidade Federal do Maranhão

LPS- Lipopolissacarídeos

MRM- Movimentos Respiratórios por Minuto

MSv- Microsievert

OR- "Odds Ratio"

PGE₂- Prostaglandina E₂

PIP- Perda de Inserção Periodontal

PSF- Programa Saúde da Família

PUCRS- Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

RN-Recém-Nascido

RNs-Recém-Nascidos

SUS- Sistema Único de Saúde

UFJF- Universidade Federal de Juiz de Fora

UNESP- Universidade Estadual Paulista

UTI- Unidade de Tratamento Intensivo.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 A gravidez: quem é especial, a gestante ou o bebê?	14
2.2 As alterações que ocorrem na mulher a cada período da gestação	14
2.3 Alterações bucais decorrentes da gravidez	16
2.3.1 Gengivite	16
2.3.2 Doença periodontal	17
2.3.3 Tumor gravídico	17
2.3.4 Mobilidade dental	18
2.3.5 Xerostomia	18
2.4 Evidências científicas a respeito das alterações bucais em gestantes e sua influência no parto na população brasileira	18
2.5 Gravidez torna os dentes mais fracos geram cáries: mito ou verdade?.	23
2.6 Benefícios de tratamento odontológico na gestante para o bebê.....	24
2.7 Protocolo de atendimento a gestante	25
3 DISCUSSÃO	31
4 CONCLUSÕES	35
REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um momento único e mágico para as gestantes. Nesse período ocorrem alterações físicas, psicológicas, e hormonais de grande influência para atuação odontológica (MELO *et al.*,2007; REIS *et al.*, 2010). A prevenção e a educação em saúde se mostram muito eficazes durante o período gestacional, pois as mães se encontram mais receptivas a aquisição de novos conhecimentos para garantir a saúde do seu bebê (AMMARI, KONISH e DAMIAN, 2013). Se a gestante não possui uma saúde bucal apropriada e não assimila os conceitos de saúde, será um obstáculo realizar medidas de prevenção de doenças e promoção da sua saúde bucal. Nestes casos, ainda haverá grandes chances do bebê crescer com os mesmos hábitos (MELO *et al.*,2007).

Os procedimentos quanto ao atendimento odontológico e o que se deve fazer ou não são questões discutidas na literatura. Existem publicações que contraindicam qualquer procedimento, com exceção da profilaxia e do flúor. Outros trabalhos que procuram avaliar a necessidade efetiva de tratamento levando em consideração os riscos para o organismo, bem como os malefícios e/ou benefícios da não intervenção (VARELLIS, 2013).

A manutenção da saúde bucal durante a gestação é muito importante, no entanto, grande parte da população não possui acesso às informações relacionadas às alterações bucais deste período. A maioria das mães possuem receio de que o atendimento odontológico possa trazer algum tipo de risco para a vida do bebê baseados em mitos entre a odontologia e a gravidez. Isso dificulta a implementação de serviço adequados de atenção às gestantes. A postergação do atendimento pode ocasionar um problema maior em função da evolução da doença. Quando as gestantes chegam a procurar o cirurgião-dentista é porque já está instalado algum tipo de alteração, não sendo comum a procura para prevenção das doenças bucais (MELO *et al.*,2007).

A falta de saúde bucal pode ter uma relação muito importante no momento do parto do bebê. A presença da doença periodontal na gestante é associada como aumento do risco de partos prematuros e baixo peso ao nascer (XAVIER e XAVIER, 2004). Quanto mais severa a doença periodontal, maior é o risco de ocorrer o parto prematuro, assim o tratamento dessa doença leva a uma diminuição do percentual desses partos (RODRIGUES *et al.*, 2004).

Com essa reflexão, presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre as alterações bucais durante a gestação, evidência científica sobre a relação de problemas periodontais, parto prematuro e bebês de baixo peso na população brasileira e protocolo de atendimento a gestantes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 GRAVIDEZ: QUEM É ESPECIAL, A GESTANTE OU O BEBÊ?

A gestante é a mulher que se encontra em um período que medeia entre a fecundação e o parto, sendo um período fisiológico. O conhecimento sobre as alterações fisiológicas, psicológicas, físicas auxiliam o cirurgião-dentista a compreender o motivo pelo qual as gestantes são consideradas pacientes com necessidades especiais (XAVIER e XAVIER, 2004).

Devido à reorganização hormonal proporcionada pela gravidez, a paciente é considerada especial. Durante esse período ocorre a manutenção da gestação e o envolvimento de aspectos fisiológicos e psicológicos. O feto também, por estar em formação, é suscetível às interposições ambientais e orgânicas durante a gestação (VARELLIS, 2013).

Durante o atendimento realizado com gestante, torna-se necessário mudanças no protocolo de atendimento, como por exemplo, na utilização de anestesia, nas tomadas radiográficas e em outros procedimentos, que serão discutidos mais a frente, que a tornam paciente com necessidades especiais, o que diretamente influencia o desenvolvimento de uma gestação saudável (FINKLER, OLEINSKI e RAMOS, 2004).

2.2 AS ALTERAÇÕES QUE OCORREM NA MULHER A CADA PERÍODO DA GESTAÇÃO

Dentre as alterações fisiológicas citadas por Xavier e Xavier (2004) pode-se destacar:

- Uterinas: o peso aumenta em torno de 70 g para 1.000 g; o volume que uma mulher não estando grávida varia de 30 a 90 centímetros cúbicos (cc), aumenta para cerca de 5.000 cc;

- Cardíacas: ocorre aumento da frequência cardíaca de 10 batimentos por minuto (bpm) a partir da 14^a até a 30^a semana da gestação (em mulheres entre 14 a 21 anos de idade é de aproximadamente 78 a 85 bpm, e com mais de 21 anos de idade, de 70 a 75 bpm; a pressão sanguínea arterial diastólica a partir da 30^a semana pode diminuir levemente e a sistólica, aumentar discretamente;

- Respiratórias: ocorre aumento da frequência respiratória; aumento do consumo de oxigênio. A frequência respiratória normal é de 12 a 20 movimentos respiratórios por minuto (mrm);

- Hematológicas: o volume de sangue da gestante aumenta cerca de 1.500 mililitros (ml), (o volume normal da mulher = 4.000 a 4.500 ml, caracterizando um quadro de anemia fisiológica, acompanhada por vezes de taquicardia;

- Hormonais: ocorrem alterações hormonais intensas, como aumento e elaboração de gonadotrofina coriônica, estrogênios, progesterona e hormônio lactogênio placentário;

- Metabólicas: pode ocorrer uma fadiga no metabolismo de carboidratos, sendo necessária uma demanda maior nos níveis de insulina, ocasionando à diabetes mellitus subclínico assintomático em diabetes clínico (diabetes gestacional); a hipoglicemia é frequente; a presença de enjoos matutinos (emese ou hiperemese) são interligadas a elevação da gonadotrofina coriônica e à hipoglicemia; elevação da excreção renal; mudanças na função hepática: ocorre aumento na taxa de biotransformação e diminuição a eficiência terapêutica de medicamentos; a motilidade gástrica é diminuída, torna-se lenta;

Na gestação ocorrem alterações fisiológicas com o intuito de assegurar o desenvolvimento e proteção do bebê, decorrentes de três fatores principais: produção de enzimas e hormônios, aumento do volume plasmático e aumento da demanda de elementos nutritivos e oxigênio para suprir o feto (AMMARI, KONISH e DAMIAN, 2013).

Ocorre um aumento na demanda de energia para o desenvolvimento do feto e da placenta, levando, muitas vezes a deficiência de certos nutrientes, como ferro, ácido fólico, cálcio, vitamina D dentre outras, por isso, é necessário orientar a gestante a manter uma dieta balanceada (XAVIER e XAVIER, 2004).

Existem ainda as alterações físicas da gestante como aumento de peso, alargamento dos quadris, aumento das mamas, podem surgir estrias e varizes, aumento da parte inferior do abdome e edema nos tornozelos (XAVIER e XAVIER, 2004).

As alterações psicológicas também são relacionadas no período de gestação. O primeiro trimestre seria marcado pela instabilidade emocional, o segundo trimestre a gestante se apresenta mais estável emocionalmente e o terceiro semestre é marcado por grande ansiedade (VARELLIS, 2013).

2.3 ALTERAÇÕES BUCAIS DECORRENTES DA GRAVIDEZ

2.3.1 Gengivite

No período gestacional é relatado com muita frequência alterações gengivais, com uma tendência ao agravamento da gengivite, pois ela torna-se mais receptível aos irritantes locais (MOIMAZ *et al.*, 2006). A gravidez não inicia ou deflagra a gengivite, uma vez que sua etiologia está relacionada a presença do biofilme (AMMARI, KONISH e DAMIAN, 2013).

A gengivite é uma inflamação da gengiva gerada pelo biofilme localizado na margem gengival. A gengivite induzida se inicia nas margens gengivais podendo se agravar através da gengiva remanescente. Os sinais clínicos são a mudança na cor, consistência e no contorno gengival em um periodonto sem perda de inserção, firme e ausência de perda de osso alveolar (LINDHE *et al.*, 2010).

A gengivite constitui-se a mais comum complicação bucal que pode ocorrer na gravidez, em um grupo de 71,6% mulheres estudadas, foram afetadas cerca de 100% das mulheres, ela pôde ser identificada a partir do segundo mês de gestação. A maior susceptibilidade é recorrente dos níveis altos de progesterona, que levam à maior permeabilidade dos vasos sanguíneos gengivais, tornando a área mais vulnerável aos irritantes locais. (REIS *et al.*, 2010).

Pode-se observar uma gengivite com o aparecimento de edema, cor vermelho- escuro azulado, com superfície lisa e brilhante e principalmente a presença de sangramento durante a escovação e mastigação. Na maioria dos casos, é indolor e não acomete todas as gestantes. Essa gengivite é provocada por

substâncias do biofilme em associação com fatores sistêmicos, como alterações hormonais e de permeabilidade capilar (XAVIER e XAVIER, 2004).

2.3.2 DOENÇA PERIODONTAL

Na gestação ocorrem alterações hormonais que modificam a resposta do periodonto aos agentes irritantes. A flora que desencadeia lesões cáries é distinta da flora associada à doença periodontal que é beneficiado pelo aumento de estrogênio e progesterona (XAVIER e XAVIER, 2004; MELO *et al.*, 2007). A profundidade da bolsa é aumentada provavelmente pelo edema gengival, os molares superiores é a região mais acometida. Com um tratamento periodontal básico sendo realizado, a inflamação é eliminada (XAVIER e XAVIER, 2004).

A inflamação pode ser prevenida e desaparecer alguns meses após o parto desde que os irritantes locais sejam eliminados e haja remoção do biofilme bacteriano por meio de uma boa higiene bucal ou profilaxia profissional (BASTIANI *et al.*, 2010).

Em casos de infecção periodontal, os lipopolissacarídeos (LPS), que são produtos bacterianos, são lançados na corrente sanguínea e como resposta imune, ocorre elevação na síntese de prostaglandina E_2 (PGE_2), que é um potente mediador da inflamação, que pode ocasionar uma diminuição do crescimento fetal, parto prematuro e baixo peso (XAVIER e XAVIER, 2004).

No começo do trabalho de parto verifica-se uma elevação no nível de prostaglandina E_2 e de algumas citocinas, que induzem fisiologicamente as contrações uterinas e dilatação cervical. No decorrer das infecções periodontais, como esses mediadores inflamatórios já estão elevados, pode-se chegar a um nível crítico no líquido amniótico, intensificando o risco de parto prematuro (AMMARI, KONISH e DAMIAN, 2013).

2.3.3 TUMOR GRAVÍDICO

Outra patologia que pode vir acometer as gestantes é o tumor gravídico (histologicamente é idêntico ao granuloma piogênico), que é caracterizado por uma área localizada de hipertrofia gengival. Suas características principais são: irritação

local (cálculo), inflamação gengival, hiperplasia e crescimento acelerado. Pode ainda ser sésil ou pediculado, com coloração vermelha ou azulada, e geralmente é indolor, mas sangra com facilidade. Ele tem aparecimento durante o segundo trimestre de gestação, e geralmente regride no final da gestação, porém, se ocorrer ulceração ou interferência na mastigação a exérese é indicada (XAVIER e XAVIER, 2004). O surgimento ocorre na área interdental, comumente na papila vestibular, devido a uma resposta tecidual aumentada devido às alterações hormonais (AMMARI, KONISH e DAMIAN, 2013).

2.3.4 MOBILIDADE DENTAL

Segundo Xavier e Xavier, (2004) a presença de maior mobilidade dental poderá ser observada durante o período de gestação, sendo a principal causa a combinação da doença gengival e mudanças minerais da lâmina dura. Porém, de acordo com Varellis, (2013) em alguns casos a mobilidade pode ser decorrente do hormônio relacionado ao relaxamento pélvico, liberado na hora do parto - a relaxina.

2.3.5 XEROSTOMIA

A xerostomia, caracterizada pela redução salivar também é um acometimento bucal relacionado à gravidez. Essa alteração está associada à diferenciação da flora e a hiperacidez da cavidade bucal, favorecendo a proliferação bacteriana (XAVIER e XAVIER, 2004).

2.4 EVIDÊNCIAS CIÊNTÍFICAS A RESPEITO DAS ALTERAÇÕES BUCAIS EM GESTANTES E SUA INFLUÊNCIA NO PARTO NA POPULAÇÃO BRASILEIRA

O baixo peso ao nascer e a prematuridade são importantes fatores relacionados à mortalidade infantil e, se tratando de sobrevivência, o bebê está suscetível aos riscos e prejuízos no decorrer do seu desenvolvimento com consequências a longo prazo. Portanto, tal situação representa um intenso

problema, em razão do impacto na saúde pública (AMMARI, KONISHI e DAMIAN, 2013).

Uma pesquisa feita por Louro *et al.* (2001), no Hospital São Lucas da PUCRS (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul), Porto Alegre, no período de agosto de 1997 a julho de 1998, as mães de recém-nascidos (RNs) com peso < 2500 gramas foram selecionadas na forma de amostra de conveniência (Grupo I - GI; n=13). Para cada mãe do GI, era selecionada, como controle, a mãe do próximo recém-nascido (RN) a termo, com peso > 2500 g(gramas), (Grupo II - GII; n=13). As mães eram examinadas por um periodontista que não era informado do peso da criança, os dados gerais e perinatais eram coletados da ficha perinatal por um neonatologista da equipe. Dos 13 recém-nascidos de baixo-peso, 11 tinham peso ideal para a idade gestacional, um era pequeno e um era grande para a idade gestacional, mas todos eram pré-termo. Por serem de baixo peso ao nascer, a maioria dos recém-nascidos do Grupo I esteve internada na UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) Neonatal, tendo permanecido, em conjunto, 128 dias na UTI, enquanto nenhum recém-nascido do Grupo II necessitou de UTI. A soma total do tempo total de hospitalização dos recém-nascidos do Grupo I foi quase 5 vezes maior do que a do Grupo II. A análise multivariada indicou uma forte associação entre doença periodontal, marcada pelo Índice de severidade de, baixo peso ao nascer ("Odds ratio" - OR = 18,3; IC95%: 2,5 a 133,3); P = 0,006). Após os ajustes para diversos fatores incluindo fumo, estatura materna, bacteriúria e hipertensão prévia, o OR do Índice de Severidade caiu para 7,2 (0,4 a 125,4; P =0,176). Da mesma forma foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre o Índice de Extensão de doença periodontal e baixo peso (P= 0,033).

Glesse *et al.* (2004) examinaram 81 mulheres que tiveram os filhos antes de 37 semanas de idade gestacional (grupo- caso) e 81 mulheres que tiveram bebês depois de 38 semanas de gestação (grupo-controle), totalizando 162 mulheres entre 18 e 35 anos, foram excluídas as mães diabéticas e que tiveram problemas de infecção durante a gravidez, que faziam uso de antibiótico ou que precisassem de profilaxia antibiótica para o exame periodontal. Todas as mulheres foram atendidas no Setor de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Santa Cruz – São Paulo, entre março e dezembro de 2002. Os dados foram obtidos através de análise do prontuário, entrevista e exame clínico periodontal, sendo realizado após o parto ou até o terceiro dia após o parto. Os indicadores de doença periodontal mostraram

diferenças significativas entre casos e controles, verificou-se que todas as mães possuíam um grau de inflamação gengival, entretanto, houve uma diferença estatisticamente entre as médias do índice gengival e do índice de placa das mães do grupo-caso com relação as do grupo-controle. A presença da doença periodontal foi verificada em 46 (28,4%) das 162 mães e apresentou associação estatisticamente significativa com a ocorrência da prematuridade ($p=0,005$). No presente estudo, foi verificada uma associação entre doença periodontal e parto pré-termo, também foi sugerido a inserção de um tratamento periodontal e avaliação no programa dos cuidados pré-natais para minimizar a chance de ocorrência de prematuridade e assim, aumentar a qualidade de vida das mães.

Camargo *et al.* (2005) realizou um estudo no qual foram avaliadas 115 pacientes com idades entre 18 e 42 anos, nos meses de abril e outubro de 2003, selecionadas por conveniência dentre as clientes internadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na Maternidade Mário Totta, unidade de ensino da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA). Na avaliação da condição periodontal (periodontite) foi medido e registrado o CPI (Índice Periodontal Comunitário), que avalia a condição periodontal quanto a sangramento e presença de cálculo ou bolsa, a avaliação das condições do recém-nascido foi realizada no momento do parto, pelo médico obstetra. O acompanhamento pré-natal (variando de 2 a 11 consultas) foi realizado por 111 (96,6%) mulheres que acabaram de ter o bebê, não sendo identificada associação significativa com a doença periodontal ou com a saúde do recém-nascido. Todas as entrevistadas negaram ter consultado cirurgião-dentista durante a gestação. Foram diagnosticados 57 casos de periodontite, correspondendo à prevalência de 49,6% (IC95% 40,4 – 58,8%).

Para Cruz *et al.* (2005) existe associação entre doença periodontal materna e baixo peso ao nascer e seu efeito foi aumentado devido ao baixo nível de escolaridade das mães no presente estudo. Inicialmente participaram do caso-controle 306 mães que tiveram seus partos realizados no período de fevereiro a julho de 2003, numa instituição pública, que presta atendimento exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mas não foram incluídas quatro delas no grupo "controle" por serem portadoras de endocardite bacteriana ou pela ilegibilidade do registro do peso do recém-nascido. Após a entrevista com a gestante, um único cirurgião-dentista, que desconhecia o peso do recém-nascido, realizou o exame

clínico periodontal de toda cavidade bucal em cada participante, no consultório odontológico do hospital estudado. Nesse exame, foram medidas a profundidade de sondagem de sulco/bolsa, recessão gengival e obtidos os valores de nível/perda de inserção clínica. Foi realizado um estudo com 302 mulheres, sendo 102 mães de nascidos vivos de baixo peso (grupo caso) e 200 mães de nascidos vivos com peso normal (grupo controle).

Em um estudo feito por Lopes *et al.* (2005), foram incluídas mulheres que realizariam partos no Hospital Universitário Materno Infantil da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), entre 15 a 28 anos, sendo que as mães de recém-nascidos prematuros de baixo peso (Gpmbp) apresentaram idade variando de 15 a 27 anos (média de 21, 4 anos) e nas com recém-nascidos a termo (Gbt), a idade variou de 15 a 28 anos (média de 20, 9 anos). Observou-se que as gestantes com os recém-nascidos prematuros e de baixo peso apresentaram piores condições periodontais que as mães dos recém-nascidos a termo (Gbt). O trabalho chama atenção para as diferenças nas condições periodontais das gestantes e sua possível relação com o nascimento de recém-nascidos de baixo peso. Conclui-se que as gestantes de recém-nascidos prematuros com baixo peso apresentaram piores condições periodontais, sugerindo que a infecção periodontal pode estar relacionada ao nascimento de prematuros de baixo peso.

Moimaz *et al.* (2006) realizou uma pesquisa com 315 pacientes gestantes atendidas na Clínica de Gestante de janeiro de 1999 a dezembro de 2003 na Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP (Universidade Estadual Paulista), Brasil. Em relação ao número de gestações, a população de estudo foi dividida em primigesta (44,03%), um filho (33,55%), dois filhos (15,98%), três filhos ou mais (6,44%). Constatou-se uma baixa porcentagem de gravidezes de baixo risco (20,02%), uma grande proporção de pacientes apresentou sangramento gengival durante a gestação atual (67,94%). Além disso, 49,03% das pacientes reclamaram ter tido sangramento gengival anteriormente à gestação. Dentre as gestantes examinadas, 40,03% relataram ter observado alterações na sua gengiva durante a gravidez, como edema e vermelhidão. De acordo com o Índice Periodontal Comunitário (IPC), mais da metade das pacientes apresentaram algum problema periodontal (86,97%) e não foi observada associação estatisticamente significativa entre a presença de periodontite e o número de gestações anteriores ($p=0,0622$);

periodontite e complicações durante a gestação atual ($p=0,6301$) e gestações anteriores ($p=0,0579$).

Porém segundo Moimaz *et al.* (2009) com o objetivo de avaliar a doença periodontal de gestantes e verificar a associação desta condição e do Programa Saúde da Família (PSF) com a prevalência de parto prematuro e baixo peso. Foi realizado um estudo de coorte realizado em dois municípios brasileiros, Piacatu e Birigui, ambos localizados na região noroeste do estado de São Paulo, durante um período de dois meses (maio e junho de 2007), foi realizado o registro de todas as gestantes acompanhadas em ambos os municípios, foram incluídas aquelas acompanhadas no pré-natal de ambos os municípios, totalizando 119 pacientes, foram incluídas as gestantes a partir do terceiro mês de gestação. As participantes foram acompanhadas até o nascimento de seus bebês, quando então foram coletados dados sobre o peso (em gramas), idade gestacional (em semanas) e assistência no parto. Os exames bucais e entrevistas semi-estruturadas foram realizadas durante a gestação, em domicílio, por uma equipe previamente calibrada, Para o exame intra-bucal foi utilizado o índice periodontal comunitário (IPC) e perda de inserção periodontal (PIP), foi concluído que não houve associação entre a periodontite da mãe e o nascimento de bebês prematuros e com baixo peso na população avaliada, assim como a ausência do Programa Saúde da Família não influenciou na presença da prematuridade, mas outros fatores não identificados neste estudo poderiam estar atuando como cofatores de risco para o parto prematuro e baixo peso ao nascer, havendo a necessidade de acompanhamento da mãe e do bebê.

Em um estudo transversal retrospectivo realizado por Miana *et al.*(2010) foi coletado e registrado dados a partir dos prontuários clínicos das gestantes e bebês atendidas no Projeto Só-Riso – Atenção Materno-Infantil, projeto de extensão da Faculdade de Odontologia da UFJF (Universidade Federal de Juiz de Fora), no período compreendido entre agosto de 2007 e agosto de 2009. Foram incluídas gestantes sem distinção de raça, idade ou nível socioeconômico. Após coletarem os dados foram formados dois grupos, de acordo com a idade gestacional e peso do bebê: Grupo 1 (gestantes/bebês nascidos após 37 semanas de gestação e com peso igual ou superior a 2.500g – bebês a termo de peso normal); Grupo 2 (gestantes/bebês nascidos até 37 semanas de gestação e/ou com peso inferior a 2.500g – bebês prematuros e/ou de baixo peso). A presença de cárie ativa foi

identificada em 59% (N=49) da amostra e 18% (N=15) apresentaram bolsa periodontal. O índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) com valor médio igual a 10,13 (dp=6,00), e variação entre zero e 24, na amostra total. O CPO-D igual a zero foi registrado em apenas 5% da amostra (4/83). A prevalência de cárie dentária, estimada por meio do índice CPO-D, para a amostra total foi igual a 95%. O índice periodontal comunitário de necessidade de tratamento (CPITN) mostrou valores que variavam entre zero e quatro. Entre as 83 gestantes, 14 eram híginas e as outras 69 apresentaram escores que variavam entre um e quatro, determinando, assim, uma prevalência de DP (doença periodontal) igual a 83% (dados não demonstrados). As gestantes que tiveram bebês prematuros e/ou de baixo peso (Grupo 2) eram mais jovens e submeteram-se menos ao tratamento odontológico que as gestantes cujos bebês foram a termo de peso normal (Grupo 1). Com a análise dos resultados obtidos, pôde-se concluir que o grupo de gestantes avaliado apresentou alta prevalência de cárie dentária e doença periodontal não associadas ao nascimento prematuro e/ou baixo peso.

2.5 GRAVIDEZ TORNA OS DENTES MAIS FRACOS E GERAM CÁRIES: MITO OU VERDADE?

Estudos indicam que a cárie na gestação está mais relacionada ao descuido com a higiene bucal e mudanças na dieta do que com a diminuição de cálcio do seu organismo. A mudança dessa concentração de cálcio na gravidez, responsável pela regulação da secreção do hormônio paratireóide está apenas um pouco reduzido, ocorrendo um paratireoidismo fisiológico para proporcionar cálcio ao feto (VARELLIS, 2013). O cálcio dos dentes da mãe está em forma de cristais, não estando disponível à circulação sistêmica, reforçando a ideia de que o bebê não “rouba” o cálcio da mãe (XAVIER e XAVIER, 2004).

A gestação auxilia no aumento de lesões cariosas, devido a elevação da quantidade de biofilme bacteriano pelo descuido para com a higiene bucal (MELO *et al.*, 2007). Assim, o período da gravidez não é o fator causador para o surgimento de cáries e nem pela perda de minerais dos dentes da mãe, mas sim com a mudança da dieta e com a presença de biofilme. Provavelmente a mulher grávida negligência alguns hábitos em relação à higiene bucal, há maior exposição do esmalte dos

dentes ao ácido gástrico (devido aos vômitos) (REIS *et al.*, 2010). Além disso, a elevação da frequência na ingestão de carboidratos e consumidas diariamente, pode-se relacionar o período da gravidez à incidência de lesões de cáries (MELO *et al.*, 2007).

2.6 BENEFÍCIOS DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NA GESTANTE PARA O BEBÊ

No período gestacional a mulher se encontra receptiva às mudanças e ao processamento de informações que possam ser revertidas em benefício do bebê. As atitudes e escolhas maternas vão refletir no desenvolvimento e nascimento de um bebê saudável, logo, são necessárias ações educativas e preventivas para as gestantes, sendo essencial para que a mãe cuide de sua saúde bucal e possa transmitir hábitos adequados desde o início de vida do bebê (REIS *et al.*, 2010).

Os cuidados durante o período gestacional deveriam ser realizados mesmo antes de a mulher estar grávida, pois um adequado planejamento previne possíveis alterações indesejáveis na formação do bebê (AMMARI, KONISH e DAMIAN, 2013).

O uso de medicamentos, cigarro, álcool, carências nutricionais e doenças maternas podem interferir na odontogênese, já que a formação dos dentes do bebê ocorre por volta da sexta semana de vida embrionária, podendo acarretar problemas de saúde para o bebê, sendo necessárias orientações às gestantes durante esse período (AMMARI, KONISH e DAMIAN, 2013).

A mãe é considerada para o bebê o principal meio de transmissão de microrganismos, tanto os da cárie como da doença periodontal, logo, a diminuição desse risco na mãe durante a gravidez é uma considerável medida preventiva para o bebê (MOIMAZ *et al.*, 2006). Dessa maneira, a primeira atitude é orientar e educar as gestantes para um melhor controle do biofilme dental (AMMARI, KONISH e DAMIAN, 2013).

A gestante não pode negligenciar os cuidados odontológicos durante esse período, pois sua condição bucal atua diretamente na saúde do seu bebê. O atendimento odontológico durante a gravidez permite que a mãe possua uma microbiota bucal equilibrada, diminuindo assim a transmissão vertical dos microorganismos patogênicos para o bebê após o nascimento, auxiliando não

apenas para a ausência de cárie e doenças periodontais, mas para uma vida saudável (AMMARI, KONISH e DAMIAN, 2013).

2.7 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A GESTANTE

Existe um receio por parte dos cirurgiões-dentistas durante o atendimento as gestantes. É necessário uma interação interdisciplinar, principalmente com os ginecologistas/ obstetras. Há uma hesitação em relação à prescrição de medicamentos, tomadas radiográficas, ou o próprio atendimento em si, por isso, é de extrema importância o desenvolvimento ações, para que assim, haja a união entre o conhecimento e a prática para a vida profissional (AMMARI, KONISH e DAMIAN, 2013).

Para a realização de um atendimento seguro e de qualidade, precisa-se de uma anamnese orientada para que possa se traçar um plano de atuação, como, por exemplo, a interação com médico ginecologista, pesquisa da história médica e gestações anteriores, avaliação de medicamentos utilizados antes e durante a gestação e avaliar o estado emocional e aceitação da gravidez (VARELLIS, 2013).

A escolha sobre o tratamento deve ser respaldada na relação custo versus benefício e individualização de cada caso, associando o conhecimento e o bom senso do cirurgião- dentista, garantindo sucesso ao tratamento (VARELLIS, 2013).

Durante o atendimento deve ser levado em consideração as alterações psicológicas da gestante. Dentre as alterações psicológicas, pode-se citar o medo, a emotividade e a crença, portanto, é necessário que o cirurgião-dentista saiba lidar com eles (XAVIER e XAVIER, 2004).

O planejamento odontológico deve seguir uma prioridade, com base em análise específica e individual de cada caso. As necessidades devem ser atendidas evitando a realização de tratamentos mais complicados, em conjunto, devem suceder as abordagens curativas e preventivas (AMMARI, KONISH e DAMIAN, 2013).

Xavier e Xavier (2004) orienta que o tratamento odontológico, quando necessário, poderá ser realizado em qualquer período gestacional, devendo suprimir qualquer foco bacteriano e reabilitar elementos dentais perdidos. Segundo Bastiani *et al.* (2010), o período ideal e mais seguro para o tratamento odontológico é durante

o segundo trimestre da gestação. No entanto, os casos que necessitam tratamento de urgência devem ser solucionados sempre, independentemente do período gestacional.

O segundo trimestre de gestação é o mais indicado para que seja feito o tratamento, pois é um período de maior estabilidade. Nele existe o perigo da hipotensão postural quando o tratamento é realizado com a paciente em posição supina (deitada de costas), nessa posição o bebê comprime a veia cava inferior, tornando difícil o retorno venoso ao coração, ou quando ocorre uma mudança rápida para posição em pé (XAVIER e XAVIER, 2004). Para Andrade (2014) esse trimestre de gestação constitui-se na melhor época para o atendimento à gestante, nesse período a organogênese está completa e o feto já desenvolvido, e a mãe se sente mais confortável do que durante os estágios iniciais ou finais da sua gravidez.

Frente às urgências odontológicas, o tratamento não pode ser adiado, independente do período gestacional, pois as consequências da dor e da infecção podem ser muito mais maléficas à mãe e ao feto de que aquelas decorrentes do tratamento odontológico (ANDRADE, 2014).

Os procedimentos odontológicos de acordo com Varelis (2013) são segmentados de acordo com cada período gestacional em que se encontra a gestante, conforme exposto No quadro 2.1.

Quadro 2.1: Procedimentos odontológicos de acordo com cada trimestre gestacional.

Primeiro trimestre	Segundo trimestre	Terceiro trimestre
Procedimentos profiláticos e preventivos, restauradores, suprimir infecções, devido a maior suscetibilidade ao aborto e influências teratogênicas.	Profilaxia, cirurgias, restaurações e reabilitações, porém cirurgias eletivas podem ser postergadas para evitar estresse e risco de bacteremia, que podem levar a um aborto, é considerado o melhor trimestre para a realização de	Fluorterapia, restaurações e controle terapêutico, sendo realizados no início do período, pois a partir do meio deste período, o peso do feto pode comprimir a veia cava inferior, que ocasiona hipotensão supina.

	procedimentos odontológicos.	
--	------------------------------	--

Durante o atendimento é necessário um reforço na educação em saúde, considerando que a gestante pode apresentar falsas concepções em relação à saúde bucal versus gestação, como a perda dos dentes devido à gestação (como se o bebê “roubasse” o cálcio dos dentes), estando nessa fase a mãe receptiva a informações, é essencial o cirurgião-dentista orientar sobre uma correta higienização e atenção à sua dieta (VARELLIS, 2013). Um protocolo com as principais medidas a serem realizadas durante um atendimento às gestantes, pode ser observado no quadro 2.2.

Quadro 2.2: Protocolo de atendimento básico para gestantes

Consultas	<p>- As consultas não devem ser demoradas e de preferência na segunda metade do período da manhã, quando os enjoos são menos frequentes;</p> <p>-É necessário evitar o contato da gestante com outras crianças no consultório, prevenindo assim possíveis contágios de doenças virais da infância (catapora, rubéola, sarampo, etc.)</p> <p>;</p> <p>-Evitar consulta se cirurgião-dentista ou a auxiliar estiverem gripados ou resfriados;</p>	<p>Para a realização de um atendimento seguro e de qualidade, precisa-se de uma anamnese orientada para que possa se traçar um plano de atuação, como, por exemplo, a interação com médico ginecologista, pesquisa da história médica e gestações anteriores, avaliação de medicamentos utilizados antes e durante a gestação e avaliar o estado emocional e aceitação da gravidez (VARELLIS, 2013)</p>	<p>As consultas devem ser realizadas rapidamente, com conforto para a paciente, e em um ambiente agradável e confortável, controlando o medo e a ansiedade da gestante</p> <p>(AMMARI, KONISH e DAMIAN, 2013).</p>
-----------	---	---	--

	<p>-A partir do 6º mês de gestação a paciente deverá ser posicionada sentada ou deitada em decúbito lateral (de preferência do lado esquerdo) por alguns minutos antes de se levantar, prevenindo mal-estar ou tontura;</p> <p>-Os sinais vitais durante o atendimento devem ser acompanhados, como frequência e ritmo cardíaco (pulso), frequência respiratória, pressão sanguínea arterial e temperatura. Vale ressaltar que os valores normais são: frequência cardíaca: de 60 a 100 bpm, pressão arterial diastólica (60 a 90 milímetros de mercúrio) e sistólica (90 a 160 milímetros de mercúrio); frequência respiratória de 12 a 20 mrm;</p> <p>-Devido a possibilidade do surgimento da diabetes gestacional, pode-se mensurar no consultório a taxa de glicose no sangue, utilizando um glicosímetro portátil (XAVIER e XAVIER,2004).</p>		
--	---	--	--

As soluções anestésicas, sempre que possível para o uso em gestantes devem conter um vasoconstrictor em sua composição, com o objetivo de retardar a absorção do sal anestésico para a corrente sanguínea, aumentando assim o tempo de duração da anestesia e reduzindo o risco de toxicidade à mãe e ao feto. A solução anestésica local que apresenta maior segurança em gestantes é a lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 ou 1:200.000, respeitando-se o limite máximo de dois tubetes de anestésicos (3,6ml) por sessão, procedendo sempre injeção lenta da solução, após aspiração negativa, programando-se sempre para o segundo trimestre de gestação (ANDRADE, 2014).

Em relação ao exame radiográfico, a radiação emitida durante uma radiografia periapical é muito menor que a dose para causar manifestações congênitas, que é de 10 μ Sv (microsievert), e menor que a radiação cósmica adquirida diariamente (VASCONCELOS *et al.*, 2012). Os raios X dentais expõem o feto a 0,01 milirads de radiação, que é menor que a radiação cósmica. Seria necessário que a mãe se submetesse a 500 mil radiografias para que o feto recebesse 5 rads (XAVIER e XAVIER, 2004). Listamos abaixo orientações para realização do exame radiográfico no quadro 2.3.

Quadro 2.3: Orientações para o exame radiográfico.

Exames Radiográficos	<p>-Avaliar a importância do exame radiográfico para o diagnóstico;</p> <p>-Proteção da gestante com avental de chumbo até a região das gônadas e com protetor de tireóide;</p> <p>-Utilizar filme ultrarápidos, que permitem menor tempo de exposição (0,2 a 0,3 segundos);</p>	<p>As radiografias devem ser evitadas no primeiro trimestre, quando a radiografia for indispensável o avental de chumbo tende ser usado em qualquer fase gestacional. (VARELLIS, 2013)</p>	<p>Se houver necessidade da realização do exame radiográfico na gestante, o profissional deve se atentar a algumas características, como da técnica de exposição rápida, filtração, colimação, utilização de avental de chumbo, além de não cometer erros</p>	<p>Quando for necessário, o exame radiográfico pode ser realizado durante a gestação. Uma possibilidade é a utilização da radiografia digital, a qual acarreta resultados gratificantes com tempo de exposição ainda menor. (AMMARI, KONISHI e DAMIAN, 2013).</p>
----------------------	--	--	---	---

	<p>-Evitar erros técnicos na tomada radiográfica e no processamento do filme para que não sejam necessárias repetições (XAVIER e XAVIER,2004).</p>		<p>técnicos na tomada da radiografia e no processamento do filme, evitando repetições desnecessárias (ANDRADE, 2014).</p>	
--	--	--	---	--

3 DISCUSSÃO

A saúde bucal da gestante é imprescindível para o bebê. As escolhas e atitudes da mãe irão influenciar no nascimento e desenvolvimento saudável do mesmo. No entanto, o momento mágico proporcionado pela gestação, em que a criança torna-se foco principal, muitas das vezes as mulheres grávidas não se preocupam com sua própria saúde bucal, acreditando não haver uma correlação com a saúde do bebê. Ainda no que concerne ao Cirurgião Dentista, observa-se que o mesmo posterga ao máximo o tratamento da gestante. Considerando essas afirmações, essa revisão de literatura elucida mitos e discute um protocolo de atendimento específico e de qualidade para as pacientes no período gestacional, contribuindo assim para a saúde do bebê bem como relaciona a condição bucal das gestantes e a sua consequência com o parto prematuro e bebês de baixo peso justificando ser fonte de informação, contribuindo para a formação de profissionais da odontologia.

O período gestacional é ideal para inserção de novos hábitos, uma vez que as gestantes se encontram receptivas às informações, podendo transmitir hábitos saudáveis após o nascimento do bebê, sendo também um fator de disseminação em seu núcleo familiar. Para Melo *et al.* (2007), quando as gestantes procuram o cirurgião-dentista é porque já está instalado algum tipo de alteração, não sendo comum a procura para prevenção das doenças bucais. Porém, Ammari, Konish e Damian (2013) dizem que a prevenção e a educação em saúde durante o período gestacional são efetivas, devido a uma receptividade maior das mães que querem garantir saúde para o bebê.

Em relação à incidência da cárie dentária, ela não está diretamente ligada ao período gestacional, mas, sim, a fatores como a menor capacidade estomacal, que faz com que a gestante diminua a quantidade de ingestão de alimentos durante as

refeições e aumente sua frequência (BASTIANI *et al.*, 2010). Além disso, as gestantes possuem crenças errôneas relacionadas à gestação e cabe ao cirurgião-dentista desmistificá-las.

Camargo *et al.* (2005), Moimaz *et al.* (2006), Moimaz *et al.* (2009) e Miana *et al.* (2010) observaram em seus estudos que não há associação entre a doença periodontal e nascimento de bebês prematuros e com baixo peso, em seus estudos a doença periodontal atuou como um fator independente para o nascimento de bebês prematuros e/ou de baixo peso, já Louro *et al.* (2001), Glesse *et al.* (2004), Cruz *et al.* (2005), Lopes *et al.* (2005), puderam constatar essa associação. Dessa forma, sugere-se ainda a necessidade de novos estudos para a confirmação dessa associação.

A edificação do saber científico no estudo da doença periodontal como fator de risco ao nascimento prematuro e bebê com baixo peso, tem sido respaldada por paradigmas metodológicos diferenciados. Para a consolidação de um fator de risco, o mesmo deve ocupar diversos critérios metodológicos para que seja considerado um verdadeiro fator de risco. Assim, o fator deve ser reconhecido com o desfecho em estudos longitudinais, deve estar presente antes do estabelecimento da doença e deve apresentar uma plausibilidade biológica com a doença em questão (ZANATTA *et al.*, 2007).

Considerando os estudos que confirmam a associação da presença da doença periodontal com parto prematuro e o nascimento de bebês de baixo peso como Louro *et al.* (2001), Glesse *et al.* (2004), Cruz *et al.* (2005), Lopes *et al.* (2005), sugere-se que o cirurgião dentista tenha uma percepção mais aguçada em relação ao cuidado da higiene bucal antes mesmo da mulher estar ciente da sua gravidez, pois uma vez que a doença periodontal estiver instalada associada ao período gestacional, isso pode trazer consequências não apenas para a gestante, mas também para a saúde do bebê.

O que parece ser de concordância na literatura é o fato de que estudos de intervenção são necessários, antes que se possa aceitar inteiramente que a infecção periodontal exerce realmente um fator de risco para parto prematuro e/ou baixo peso ao nascer. Admite-se também que o fato de a doença periodontal ainda não ser comprovadamente um fator de risco para as complicações obstétricas não minimiza a importância da manutenção de saúde bucal em gestantes (VIEIRA *et al.*, 2010).

Baseado em estudos como de Jeremias *et al.* (2010), em que a totalidade das gestantes examinadas apresentaram alguma necessidade de tratamento periodontal, e alto índice de cárie, pode-se sugerir que é necessário a implementação de políticas públicas que ofereçam uma orientação às gestantes sobre a relação entre a sua condição bucal e a saúde do bebê. É preciso reconhecer a mulher como ser integral, oferecendo o serviço adequado para que ela possa transmitir os mesmos hábitos saudáveis para o seu bebê, pois se a gestante não possui uma saúde bucal apropriada e não assimila o conceito de saúde, será um obstáculo realizar medidas de prevenção de doenças e promoção da sua saúde bucal, sendo assim, haverá grandes chances de seu filho crescer com os mesmos hábitos (MELO *et al.*,2007).

Durante a gestação ocorrem muitas alterações fisiológicas, podendo destacar também as bucais. É frequente a presença de alterações gengivais, como o aumento e agravamento da gengivite, ocasionando hiperemia, edema e sangramento gengival (JEREMIAS *et al.*, 2010). É de extrema importância que o cirurgião dentista tenha conhecimento dessas alterações que são normalidade nesse período.

Para Xavier e Xavier (2004), Bastiani *et al.*, (2010) e Andrade (2014), os procedimentos odontológicos devem ser realizados no segundo trimestre de gestação. O receio por parte dos cirurgiões-dentistas em atender pacientes grávidas, muitas vezes, se sobrepõe às necessidades de tratamento, prejudicando-as (BASTIANI *et al*, 2010). Uma vez que é postergado o atendimento odontológico, poderá ocorrer a evolução da doença, sendo prejudicial para ambos. No entanto, é necessário a inserção da gestante em programas educativo-preventivos. A escolha sobre o tratamento deve ser respaldada na relação custo versus benefício e individualização de cada caso, associando o conhecimento e o bom senso do cirurgião- dentista, garantindo sucesso ao tratamento.

Deve-se ressaltar a importância do conhecimento dos profissionais sobre o protocolo de atendimento para as gestantes enfatizando-se a necessidade de acompanhamento odontológico durante todo o período gestacional. Seguindo corretamente o protocolo de atendimento a gestantes é possível à realização de um tratamento seguro e eficaz, prevenindo alterações e garantindo a saúde bucal da gestante. O cirurgião- dentista deve possuir um conhecimento sobre prescrição de medicamentos, anestésicos locais, exames radiográficos para possibilitar

esclarecimentos e recomendações para as pacientes gestantes em relação às condutas clínicas, possibilitando assim realizar um atendimento adequado e seguro. Para essa conscientização dos profissionais de saúde sobre o tema sugere-se a capacitação constante de profissionais da área odontológica.

4 CONCLUSÕES

Com base nesta revisão de literatura pode-se concluir que:

- As condições bucais frequentemente encontradas nas mulheres durante a gestação são: gengivite, doença periodontal, tumor gravídico, mobilidade dental, xerostomia.
- Algumas pesquisas na população brasileira demonstram relação entre problemas periodontais, parto prematuro e bebês de baixo peso, então, há a necessidade de mais estudos para elucidar essa questão.
- A gestante precisa ser avaliada e tratada de forma integral. Seu atendimento deve ser ágil, com conforto. A prevenção é uma ótima estratégia no primeiro e terceiro trimestre, no entanto, caso seja necessário o tratamento o mesmo deve ser planejado para o segundo trimestre de gravidez.

REFERÊNCIAS

- AMMARI, M.; KONISHI, F.; DAMIAN, B. B. Odontologia para gestantes. In: DUQUE, Cristiane, et al. **Odontopediatria: Uma visão contemporânea**. São Paulo: Santos, 2013. 698p. Capítulo 3, p. 24-32.
- ANDRADE, E. D. de. **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia**. . In:_____. Gestantes ou Lactantes. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014. 238 p, Capítulo 17; p. 163- 173.
- BASTIANI, C.; COTA, A. L. S.; PROVENZANO, M. G. A.; FRACASSO, M. de L. C.; HONÓRIO, H. M.; RIOS, D. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. **Odontologia Clínico-Científica**, Recife, v.9, n.2,p. 155-160, Abr/ Jun. 2010.
- CAMARGO, E. C. de; SOIBELMAN, M. Prevalência da doença periodontal na gravidez e sua influência na saúde do recém-nascido. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v.49, n.1, p.11-15, jan./mar. 2005.
- CRUZ, S. S. da; COSTA, M. da C. N.; GOMES FILHO, I. S., VIANNA, M. I. P.; SANTOS, C. T. Doença periodontal materna como fator associado ao baixo peso ao nascer. **Revista Saúde Pública**, Bahia, v. 39, n.5, p.782-787, 2005.
- FINKLER, M.; OLEINSKI, D.M.B.; RAMOS, F.R.S. Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representações sociais com gestantes. **Texto Contexto Enfermagem**, v.13, n.3, p. 360-368, Jul/Set. 2004.
- GLESSE, S.; MANTESSO, A.; RAMALHO, S.A.; SIMONI, J.L.; SABA- CHUJFI, E. Influência de doença periodontal no trabalho de parto pré-termo. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v.52, n.5, p. 326-330, Nov/Dez. 2004.
- JEREMIAS, F.; SILVA, S. R. C. da; VALSECKI JUNIOR, A.; TAGLIAFERRO, E. P. da S.; ROSELL, F.da L. Autopercepção e Condições de Saúde Bucal em Gestantes. **Odontologia Clínico-Científica**, Recife, v.9, n.4, p. 359-363, Out/ Dez. 2010.
- LINDHE, J.; LANG, N.P.; KARRING,T. **Tratado de periodontia clínica e implantologia Oral.**, 5ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, cap. 17, p.389, 390, 391.
- LOPES, F. F.; LIMA, L. L.; RODRIGUES, M. C. de A.; CRUZ, M. C.F. N.da; OLIVEIRA, A.E. F.; ALVES, C. M. C. A condição periodontal materna e o nascimento de prematuro de baixo peso: estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**,v.27,n.7,p.382-386,Abr.2005.
- LOURO, P. M.; FIORI, H. H.;LOURO FILHO, P.; STEIBEL, J.;FIORU, R. M. Doença periodontal na gravidez e baixo peso ao nascer. **Jornal de Pediatria**, v.77, n.1, p. 23-28, 2001.
- MELO, N. S. F. O.; RONCHI, R.;MENDES, C. de S.;MAZZA, V. de A. Verônica de A.

Hábitos alimentares e de higiene oral influenciando a saúde bucal da gestante. **Cogitare Enfermagem**,v.12, n.2, p. 189- 197,Abr./Jun.2007.

MIANA, T. de A.; OLIVEIRA, A. da S.;RIBEIRO, R.A.; ALVES, R. T. Condição bucal de gestantes: implicações na idade gestacional e peso do recém-nascido.**HU Revista**, Juiz de Fora, v. 36, n. 3, p. 189-197, jul./set. 2010.

MOIMAZ, S. A. S.; GARBIN, C.A.S.; SALIBA, N.A.; ZINA, L.G. Condição periodontal durante a gestação em um grupo de mulheres brasileiras. **Ciência Odontológica Brasileira**, v.9, n.3, p. 59-66, Out/ Dez. 2006.

MOIMAZ, S. A. S; GARBIN, C.A.S.; ZINA,L.G.; DO CARMO, M.P.; SALIBA, N.A. Periodontite materna e nascimento de bebês pré-termo ou de baixo peso – existe associação?. **Ciência Odontológica Brasileira**,v.12, n.2, p. 61-69, Abr/ Jun. 2009.

REIS, D. M.; PITTA, D.R.;FERREIRA, H.M.B.;DE JESUS, M.C.P.; DE MORAES, M.E.L.;SOARES, M.G. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciência e saúde coletiva**, v.15, n.1, p. 269-276, Jul. 2010.

RODRIGUES A.S; ARIANA S.; LIMA D.B.G.O.; GANHITO J.A.; ROMITO G.A.; LOTUFO R.F.M.; MICHELI G.D.; PUSTIGLIONI F.E. Parto prematuro e baixo peso ao nascer associados à doença periodontal: aspectos clínicos, microbiológicos e imunológicos. **Revista Odontológica da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 16, n.1, p. 55-61, 2004.

VARELLIS, M. L. Z. **O paciente com necessidades especiais na odontologia**. In:_____. Gestantes. 2ª.ed. São Paulo: Santos, 2013. 558 p. Capítulo 5; p. 49-68.

VIEIRA, D. R. P.; FEITOSA, D.M.Z.; ALVES, M. do S. C.; DA CRUZ, M.C.F. N; LOPES, F.F. Associação entre doença periodontal na gravidez e parto pré-termo baixo peso ao nascer. **Odontologia Clínico- Científica** , Recife, v.9, n.4, p. 311-314, out./dez. 2010.

VASCONCELOS, R. G.;VASCONCELOS, M.G.; MAFRA, R.P.;ALVES JÚNIOR, L.C.; QUEIROZ, L.M.G.;BARBOZA, C. A. G. Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. **Revista brasileira de odontologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 120-4, jan./jun. 2012.

XAVIER, H. S.; XAVIER, V. B. C. **Cuidados Odontológicos com a Gestante**. In:_____. Alterações Decorrentes da gravidez. São Paulo: Santos, 2004. 83 p. Capítulo 1; p. 3-12.

ZANATTA, F.B.; MACHADO, E.; ZANATTA, G.B.; FIORINI, T. Doença periodontal materna e nascimento prematuro e de baixo peso: uma revisão crítica das evidências atuais. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.36, n.1, p. 96-102. 2007.