

CUIDADOS COM GESTANTES NA ÁREA ODONTÓLOGICA

Vinícius Braga Moreira¹

RESUMO

O período gestacional em relação à odontologia vem sendo cercado de dúvidas e mitos entre os cirurgiões. O objetivo deste trabalho é orientar os pacientes e os profissionais da área de saúde bucal sobre os cuidados e dúvidas durante o atendimento da gestante e reforçar as condições de tratamento, levando-se em consideração as alterações ocorridas durante esse período. A maioria dos procedimentos odontológicos, desde que corretamente realizados, não gera quaisquer males ao feto, sobretudo quando executados no período gestacional ideal. O conhecimento científico atual demonstra que qualquer tratamento odontológico pode ser realizado durante a gestação, havendo um consenso na literatura como sendo o segundo trimestre o período de preferência para os tratamentos dentários. A pesquisa se revelou em descritiva por meio de revisão de literatura procurando esclarecer as principais preocupações e preconceitos por parte do cirurgião dentista em atender as gestantes em seu ambiente de trabalho tendo como dúvidas o uso de medicamentos, anestésicos locais, antibióticos, uso de analgésicos e antiinflamatórios, tratamento das infecções bucais e também demonstrar que existe doenças bucais que podem influenciar na gestação. Assim 'pode haver sucesso durante o atendimento e quebraremos os mitos que existem sobre os atendimentos odontológicos durante a gestação e cada vez mais incentivando sobre uma boa educação em saúde com a futura mamãe e o bebê.

Palavras chave: Gestante. Atendimento. Cuidados.

¹ Graduando em Odontologia pela Faculdade Patos de Minas. Rua Cônego Getúlio 1136, Bairro:Cônego Getúlio.Patos de Minas,MG.viniciuscpmg@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

Principais características de cada trimestre gestacional, recomendações e cuidados a serem tomados, prescrição de medicamentos, exame radiográfico, higiene bucal, hábitos alimentares, principais doenças bucais, anestésicos mais recomendados, alterações bucais, período de atendimento, tempo de consulta, e principalmente a posição da gestante durante o atendimento são dúvidas que surgem entre os cirurgiões dentistas que serão esclarecidas neste trabalho.

Para realizar um tratamento odontológico em uma gestante os cirurgiões dentistas devem conhecer as alterações sistêmicas de suas pacientes, bem como os principais cuidados no atendimento, a fim de instituir um plano de tratamento adequado.

As hipóteses do presente trabalho se dividem em: O segundo trimestre de gestação apresenta-se como o momento mais favorável à atuação do cirurgião dentista; o período menos recomendável para a execução dos procedimentos com drogas se dá no primeiro trimestre pelo risco teratogênico no feto; no final da gravidez, a mulher gestante deve receber os procedimentos clínicos urgentes e tratamentos preventivos em sessões curtas, acompanhados de aconselhamentos de pré-natal.

O objetivo geral deste estudo foi orientar aos pacientes e aos profissionais da área de saúde bucal sobre os cuidados durante a gestação e reforçar as condições de tratamento, levando-se em consideração as alterações ocorridas durante este período. Também será elaborado um Banner de protocolo de atendimento à paciente gestante.

Os objetivos específicos foram: aplicar substâncias antimicrobianas e uso de fluoretos para descontaminação bucal com indicações seguras e aconselhamento dietético para a saúde bucal materno/infantil; planejar o mínimo de radiografias possíveis numa gestante e sempre com a indispensável proteção do avental e protetor de tireóide, ambos de chumbo; calcular a quantidade máxima de anestésico, não devendo ultrapassar a dois tubetes de uma solução de lidocaína a 2% por consulta, evitando assim o risco de reações adversas e toxicidade para a mãe e para o feto.

Este trabalho se justifica pelas dúvidas que ocorrem nos cirurgiões dentistas em relação aos cuidados e tratamentos odontológicos durante a gestação que poderão ser esclarecidas através de várias opiniões de diversos autores. O profissional deverá ser capaz de não só restabelecer da melhor maneira possível a saúde bucal das gestantes, como também o bem estar da mãe e do feto.

Tanto profissionais como as gestantes se cercam de tabus em torno do tratamento odontológico durante a gravidez que levam a falta de atenção à saúde bucal desses pacientes. As crenças populares não aconselham as gestantes a procurarem o tratamento odontológico durante a gravidez por temores relativos à anestesia local, hemorragias e perigos para o bebê.

Nesse estudo, optou-se pela pesquisa qualitativa, que também pode ser descritiva, uma vez que foram analisados os conhecimentos dos cirurgiões dentistas, por meio de revisão de literatura dos atendimentos em relação às gestantes, buscando obter mais informações, para que dúvidas sejam esclarecidas sobre as formas de tratamento na gestante.

Na parte de objetivos, a pesquisa se revela em descritiva por meio de revisão da literatura procurando esclarecer as principais preocupações e preconceitos por parte do Cirurgião Dentista em atender as gestantes em seu ambiente de trabalho tendo como dúvidas o uso de medicamentos, anestésicos locais, antibióticos, uso de analgésicos e antiinflamatórios, tratamento das infecções bucais e também demonstrar que existe doenças bucais que podem influenciar na gestação.

2 GESTAÇÃO: UM IMPORTANTE PERÍODO NA VIDA DA MULHER

Diversas alterações imunológicas, bioquímicas e hemodinâmicas acontecem durante a gestação e estão relacionadas principalmente ao aumento na secreção de hormônios sexuais e ao crescimento e desenvolvimento do bebê (WEISS, 2000).

Independentemente da presença de distúrbios durante a gestação, o conhecimento da história médica da paciente, por meio do preenchimento de uma ficha de anamnese detalhada, é fundamental para o estabelecimento de um plano de tratamento seguro. (JAMES; NELSONPIERCY, 2005).

Dentre as principais alterações que podem ocorrer durante a gestação estão aquelas relacionadas aos sistemas cardiovascular, respiratório, renal, gastrointestinal e endócrino (SURESH; RADFAR, 2004).

3 PRINCIPAIS ALTERAÇÕES SISTÊMICAS DURANTE A GESTAÇÃO

3.1 Aumento de peso

A alteração mais notável durante a gestação é o ganho de peso da mulher, de aproximadamente 12 quilogramas devido ao crescimento do bebê, principalmente nos últimos meses. O útero, por exemplo, aumenta de peso de cerca de 50g para 1000g e de volume de 30 a 90cc para 5000cc (GUYTON, 1991).

3.2 Alterações cardiovasculares

O sistema cardiovascular sofre profundas modificações durante a gestação, caracterizadas pelo aumento do débito cardíaco e variações na pressão arterial (SURESH; RADFAR, 2004). O débito cardíaco aumenta de 30 a 40%, principalmente nos últimos meses (25^a a 33^a semana de gestação), bem como a frequência de batimentos cardíacos, que normalmente é de 72 batimentos por minuto (bpm) e pode sofrer uma elevação da ordem de 10 a 15 bpm a partir da 14^a até a 30^a semana de gestação (FERRERO et al., 2004; ABBAS et al., 2005).

Com relação à pressão arterial, esta é caracterizada por uma queda no primeiro trimestre da gestação, causada por uma vasodilatação pela ação de mediadores locais como a prostaciclina e o óxido nítrico. Esta redução de 10mmHg na pressão arterial acontece primeiramente na pressão diastólica, na 13^a- 20^a semana da gestação. A pressão continua a diminuir até a 22^a – 24^a semana, quando é estabilizada e inicia o aumento gradual até o parto (SIBAI, 1996).

Caracteriza-se hipertensão na gravidez quando a pressão arterial sistólica (PAS) estiver >140mmHg e a diastólica (PAD) >90mmHg, em duas tomadas, em repouso, com intervalo de 4h entre as medições, ou quando houver aumento >30mmHg na PAS e/ou aumento >15mmHg na PAD, em relação aos valores considerados normais previamente à gestação (JAMES; NELSON-PIERCE, 2004).

3.3 Alterações hematológicas

O aumento do volume sangüíneo em função da maior quantidade de líquidos no organismo, bem como modificações associadas à coagulação são processos adaptativos da mulher à gestação (FERRERO et al., 2004). O maior volume sangüíneo acontece devido ao aumento do volume do plasma de um baseline de 40 para 79ml/kg por volta da 32ª semana de gestação.

O volume de células vermelhas também aumenta de 25 para 30 ml/kg, porém numa velocidade mais lenta, causando a chamada anemia relativa da gestação (ABBAS et al., 2005).

3.4 Alterações respiratórias

É caracterizada por um aumento na freqüência respiratória e no consumo de mais oxigênio, sendo o principal motivo, a criança que nela permanece, que também necessita de oxigênio para sua sobrevivência. Nesse período, acontece também uma queda no volume respiratório residual em cerca de 20% pela elevação do diafragma para acomodar o útero em crescimento (WEINBERGER et al., 1980; SUSANTI et al., 2001; EDWAR-DS et al., 2005).

Há um aumento no consumo de oxigênio em torno de 15% a 20%.(MEDEIROS UV, ZEVALLOS EFP, ROSIANGELA K.,2000).

3.5 Alterações metabólicas

O aumento nos níveis de estrógeno e progesterona, a resposta exacerbada dos tecidos periodontais aos agentes irritantes, aliada à má manutenção da higiene bucal estão relacionados à prevalência da gengivite no período gestacional (GIGLIO *et al.*, 2010). A fadiga no metabolismo de carboidratos, exigindo aumento na produção de insulina pode levar ao diabetes gestacional. O diabetes melittus gestacional é definido como uma intolerância à glicose detectada durante a gestação, cujos fatores de risco associados são a obesidade, a história familiar, a idade precoce ou avançada da gestante e a história prévia de diabetes (THE EXPERT COMMITTEE ON THE DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF DIABETES MELLITUS, 2003). Se a condição de diabetes gestacional for conhecida, é importante observar se o controle dietético foi estabelecido, se este está sendo seguido, devendo-se ainda interrogar a paciente quanto à terapia com insulina (FORSBACH-SANCHEZ *et al.*, 2005).

3.6 Alterações gastrointestinais

Durante a gestação ocorre a diminuição da motilidade intestinal. Estudos recentes têm mostrado que esta mudança está relacionada aos níveis aumentados de hormônios sexuais e não ao aumento do volume do útero como se acreditava antigamente (BARON *et al.*, 1993). A secreção gástrica também está diminuída neste período, o que pode afetar a absorção gastrointestinal (FERRERO *et al.*, 2004).

A êmese, ou seja, reflexo de náusea e vômito matutinos, acontece em 1 em cada 200 gestantes (BARON *et al.*, 1993). É importante salientar que embora seja considerado normal durante a gravidez, em algumas situações mais graves, como a hiperêmese, pode levar a desidratação e perda de peso (QUINLA; HILL, 2003).

Aumento do apetite e desejo por combinações alimentares não usuais são comuns e podem levar a uma dieta não nutritiva e ganho de peso excessivo (RIEKEN; TEREZHALMY, 2006).

A etiologia desse problema 'êmese', ainda é desconhecida, mas tem sido associada à elevação dos níveis de gonadotrofina coriônica e à hipoglicemia

(MASSON et al., 1985; BARON et al., 1993). O tratamento dessa enfermidade é de ordem médica e, dependendo da severidade dos sintomas, varia de mudança de hábitos alimentares à utilização de medicamentos antieméticos, hospitalização e necessidade de alimentação parenteral (QUINLA; HILL, 2003).

3.7 Alterações Hormonais

Alterações hormonais também são notadas. A placenta elabora grandes quantidades de gonadotropina coriônica humana, estrógeno, progesterona e hormônio lactogênio placentário, que são responsáveis por inúmeras funções nesse período e durante a lactação.

A progesterona é responsável pela implantação do embrião, estimula o desenvolvimento das células decíduais que mantêm a nutrição do feto e das glândulas mamárias para produção de leite. No final da gestação, está relacionada à indução do parto. O estrógeno estimula o crescimento uterino, o aumento de tamanho dos seios e o relaxamento dos ligamentos pélvicos. Durante a gravidez, os níveis de estrógeno são 100 vezes maiores que os níveis basais, sendo produzido principalmente o estradiol, o estriol e a estrona (WEISS, 2000).

Embora na gravidez as alterações hormonais repercutam na fisiologia bucal, modificando o equilíbrio normal da boca, podendo levar à exacerbação do processo cariioso e a afecções gengivais, não é o período gestacional o responsável por tais alterações, mas pode agravar inflamação gengival preexistente, principalmente se houver negligência da higiene bucal (MEDEIROS UV, ZEVALLOS EFP, ROSIANGELA K, 2000).

Na fase gestacional ocorrem alterações hormonais que irão alterar a resposta do periodonto aos agentes irritantes. Diferentemente da flora que desencadeia lesões cariosas, a flora associada à doença periodontal tem seu aumento favorecido pelo aumento de estrogênio e progesterona. Estudos in-vitro demonstraram que esses hormônios servem de nutrientes particularmente, para essas bactérias, (ELIAS R, 1995).

4. PRINCIPAIS ALTERAÇÕES BUCAIS OCORRIDAS DURANTE A GESTAÇÃO

As manifestações bucais associadas a tais alterações referem-se diretamente a fatores ligados à sua higiene, como a cárie e a doença periodontal. Estudos recentes evidenciaram a ocorrência de partos prematuros e o nascimento de bebês com baixo peso associados a doenças bucais na gestante (DE LORENZO, MAYER 2004).

As patologias orais normalmente associadas com a gravidez são a infecção das gengivas, o surgimento da gengivite gravídica e tumor gravídico, aumento da mobilidade dentária, aumento do número de cáries dentárias e a erosão dentária (GAJENDRA, 2004).

Durante a gestação, a cavidade bucal sofre algumas mudanças. A principal delas é a doença cárie, que acomete 99,38% das gestantes (MAUSEBERG et al., 1991; RUIZ et al., 2002).

Entretanto, essa patologia não é predisposta pela gestação, mais sim dependente das alterações alimentares, como o maior consumo de açúcares e a negligência dos hábitos de higiene bucal (CASTELLANOS et al., 2002; GAJENDRA; KUMAR, 2004).

As mudanças na composição da saliva, que incluem diminuição de sódio, aumento nos níveis de potássio, proteínas e estrógeno (SALVOLINI et.al., 1998) levam à queda de pH, reduzindo, portanto, a sua capacidade tampão (SURESH; RADFAR, 2004). Portanto com essa mudança química da saliva, pode-se aumentar o risco de cárie na gestação.

4.1 Cárie dentária

A cárie é uma doença de natureza infectocontagiosa, que ocorre devido à interação de uma série de fatores primários (dieta, microorganismos, hospedeiro,

tempo); secundários (saliva, flúor, higiene bucal) e terciários (sexo, idade, raça e nível socioeconômico), (RODRIGUES EMGO, 2010).

Douglas (1998) atribui o aumento de cárie dentária na gestação à exagerada retirada de cálcio das estruturas dentárias, devido ao seu maior requerimento nesse período.

Entretanto, Corrêa (1999) relata que a cárie, durante a gravidez, não resulta da carência de cálcio nos dentes, pois ocorre manutenção da calcificação desses.

Fourniol Filho (1998) também afirma que não existe qualquer mecanismo que faça o cálcio sair do esmalte dentário, mesmo que o feto necessite de minerais para calcificação do germe dentário.

O aumento do número de cáries em gestantes pode ser atribuído à deficiência ou ausência de higienização bucal durante a gestação e a lactação e recidivas ou quedas de restaurações antigas, por motivos técnicos (FOURNIOL FILHO, 1998; MARTINS, 2004).

Outro fator que contribui para o aumento de cáries por descalcificação é a regurgitação ou vômitos durante a gravidez, uma vez que a mulher não utiliza a higienização corretamente principalmente nos três primeiros meses, quando o ácido clorídrico da mucosa gástrica ataca o esmalte do dente (FOURNIOL FILHO, 1998; MARTINS, 2004).

Os autores (PERES SHCS, CARDOSO MTV, GARCEZ RMVB, PERES AS, BASTOS JRM, 2001), ressaltaram a prevenção da cárie dentária através do controle da dieta, podendo ser desenvolvida desde a vida intra-uterina, especificamente a partir do quarto mês de gestação, período em que se inicia o paladar do bebê.

4.2 Doença periodontal

Doenças periodontais aparecem com mais freqüência durante a gestação. A doença periodontal é uma doença infecto-inflamatória destrutiva da gengiva, osso, ligamento e cemento que suportam os dentes. É provocada por infecção da gengiva principalmente por bactérias anaeróbias gram-negativas (BOGGESS, 2006).

As alterações no periodonto também podem estar associadas às mudanças hormonais (BARROS E MOLITERMO, 2001; LINDHE, 1999).

A doença periodontal em mulheres grávidas vem recebendo atenção considerável como fator de risco potencial independente para bebês prematuros e de baixo peso (MARTINS, 2004).

Um estudo prospectivo com 1313 mulheres com idade gestacional de 21 a 24 semanas foi realizado por JEFFCOAT et al.,(2001) objetivando avaliar a relação entre doença periodontal e parto prematuro. Os autores concluíram, após ajustes para outras variáveis do estudo, que pacientes com doença periodontal generalizada tiveram um risco entre 4,45 e 7,07 vezes maior de nascimento de prematuros do que nos pacientes periodontalmente saudáveis.

Em Porto Alegre, em 2003, 115 gestantes entre 18 a 42 anos, da maternidade Mario Totta, foram examinadas em relação à sua saúde periodontal. A época do parto, as condições do recém-nascido foram avaliadas pelo obstetra através do índice Apgar, no quinto minuto e da medida do peso ao nascer. Não se encontrou significância estatística na investigação entre a associação entre estado periodontal, índice Apgar e peso do recém-nascido (CAMARGO; SOIBELMAN, 2005).

O estrógeno e a progesterona em maior quantidade no sangue e, conseqüentemente no sulco gengival durante a gravidez, atuam como fatores de crescimento de bactérias como *Prevotella intermedia* que é um microrganismo fortemente associado à doença periodontal (DE LORENZO E MAYER 2004).

4.3 Gengivite gravídica

A gengivite caracteriza-se por alterações em tecidos moles na gengiva. A gravidez, por si só, não causa gengivite. A gengivite na gestação é causada pela placa bacteriana, ou seja, falta de higiene, da mesma forma que em mulheres não-grávidas.

A gengivite observada durante a gravidez é causada pelo biofilme que se localiza próximo ou dentro do sulco gengival e está associada a fatores sistêmicos como alterações hormonais (SILVA et. al. 2006, XAVIER & XAVIER 2004), ou seja, exacerbada pela intensa produção de hormônios sexuais femininos (estradiol – 20mg/dia; progesterona – 300mg/dia) (PALMER & SOORY 2005).

A gengivite apresenta, durante a gravidez, características inflamatórias marcantes, sendo mais avermelhada, sangramento ao toque, eritema intenso, certa tendência hiperplásica (BARROS E MOLITERMO 2001; MARTINS, 2004).

A gengivite gravídica pode ocorrer em qualquer trimestre da gestação. Representa uma resposta aumentada aos fatores locais e não é causada diretamente pela gravidez (ANDRADE 2006, SONIS et.al. 1996).

A prevalência da gengivite varia de 50 a 98,25% (CASTELLANOS et.al., 2002; RUIZ et al., 2002) e está relacionada ao aumento dos níveis hormonais, que parecem exacerbar a resposta gengival ao biofilme dental (AMERICAN DENTAL ASSOCIATION, 1995; GAJENDRA; KUMAR, 2004.) Ainda, a progesterona e o estrogênio, por exemplo, aumentam a vascularização, contribuindo assim para uma maior intensidade das respostas inflamatórias (DIAZGUZMAN; SUAREZ, 2004). A progesterona causa o aumento do exsudato, afeta a integridade das células endoteliais e influencia na biosíntese de prostaglandina na gengiva (DIAZGUZMAN; SUAREZ, 2004). Por esse motivo, a gengiva se torna inflamada, edematosa, sensível e com tendência ao sangramento (GAJENDRA; KUMAR, 2004).

Melhorias na higienização bucal, sendo aconselhados por nós profissionais da área de saúde ajudaram a diminuir essas alterações. Pode ser observada maior mobilidade dental devido à doença gengival associada a alterações minerais da lâmina dura (XAVIER & XAVIER 2004).

4.4 Granuloma piogênico

O granuloma piogênico acomete de 1 a 5% das mulheres grávidas (VAZQUEZ et al., 1994) e acontece principalmente devido à angiogênese aumentada pelos níveis plasmáticos de estrogênio elevados, associado à irritação local como trauma, biofilme e cálculo dental.

É uma lesão proliferativa não neoplásica, caracterizada como um processo inflamatório cuja localização mais comum é na gengiva na região anterior da maxila (RIVERO; ARAÚJO, 1998).

É caracterizado por uma área localizada de hiperplasia gengival fibrosa devido a irritantes locais como cálculos, excesso de restauração e próteses

inadequadas, podendo se desenvolver ainda, como consequência de um traumatismo maior (XAVIER & XAVIER 2004, REGEZI & SCCIUBA 2000, FOURNIOL 1998, ORRICO et al. 1987, TOMMASI 1989).

O granuloma piogênico apresenta as seguintes características clínicas: inflamação acentuada, gengiva marginal e papilar edematosa, mudança de coloração (vermelho intenso), aspecto liso e brilhante, consistência flácida e friável.

Pode ser sésil ou pediculado, sangra com facilidade (XAVIER & XAVIER 2004, ORRICO et al. 1987) quando tocado (ORRICO et al. 1987), mas geralmente é indolor. Ocorre com mais frequência no segundo trimestre de gestação (XAVIER & XAVIER 2004, ORRICO et al. 1987). Neville et al. (2004) relatam que o início do desenvolvimento ocorre no primeiro trimestre, porém a incidência é maior a partir do sétimo mês gestacional.

O crescimento do granuloma piogênico durante a gestação é rápido (ORRICO et al. 1987) podendo atingir dimensões que alarmam o dentista e a paciente (VIEIRA & SPALDING 2006). Muitas vezes regride após o fim da gestação (XAVIER & XAVIER 2004, NEVILLE et al. 2004), sendo normalmente deixado sem tratamento até após o parto, a não ser em casos sintomáticos, de sangramento excessivo ou nos casos em que ocorre ulceração ou interferência na mastigação (XAVIER & XAVIER 2004, SONIS et al. 1996).

Sua etiologia não é totalmente conhecida, sendo que placa bacteriana, fatores locais e sistêmicos, como trauma ou alterações hormonais estão envolvidos no processo de iniciação dessa lesão proliferativa (LAINE, 2002).

O tratamento consiste na remoção cirúrgica e eliminação de qualquer fator local que possa atuar como irritante e acarretar a recidiva da lesão, embora seja relatado que possam regredir espontaneamente após o nascimento do bebê (DIAZ-GUZMAN; SUAREZ, 2004).

4.5 Erosão dentária

Outra alteração dentária pouco relatada pela literatura e pouco conhecida pelas gestantes é a erosão dentária, que corresponde à perda de estrutura dentária superficial devido à ação química de ácidos, sem envolvimento de microorganismos

(IMFELD, 1996). Pode ocorrer durante a gestação, devido às regurgitações que ocorrem, principalmente no primeiro trimestre e no período da manhã (SCHEUTZEL, 1996). Estas regurgitações podem afetar as estruturas dos dentes, devido ao conteúdo ácido vindo do estômago (ROTHWELL *et al.*, 1987). Procedimentos como enxaguar a boca com água de bicarbonato e esperar uma hora para executar a higiene bucal podem diminuir o risco de desgaste dentário (ATTIN *et al.*, 2000; ATTIN *et al.*, 2001).

A regurgitação gástrica pode levar à erosão ácida dos dentes com conseqüente desmineralização da superfície lingual ou palatina dos mesmos (LAINE, 2002).

Nesta circunstância os autores aconselham o uso de elixires orais fluorídricos, devido à vulnerabilidade dentária sofrida pelos ácidos naturais dos vômitos. O uso do elixir oral vai proporcionar o endurecimento da dentina exposta e reduzir a sensibilidade. Imediatamente após o vômito não é recomendado a escovação dentária de forma a evitar a sua abrasão (GAJENDRA, 2004).

4.6 Mobilidade dentária

A mulher grávida pode presenciar aumento de mobilidade dentária. Estudos mostraram que o aumento da mobilidade está relacionado com a severidade da doença gengival e o comprometimento do ligamento periodontal assim como alterações de alguns minerais na lâmina dura. Esta mobilidade é reversível após parto (GAJENDRA, 2004).

Apesar da relação da mobilidade dentária com a doença gengival, mulheres grávidas podem referenciar aumento da mobilidade dentária mesmo na ausência de doença gengival, devido ao aumento dos níveis de progesterona e estrógeno afetando as estruturas do periodonto (SILK *et al.*, 2008).

Outro fator que pode contribuir para o aumento da mobilidade dentária é a deficiência da vitamina C, devendo a mesma ser recomendada em doses terapêuticas (GIGLIO ET AL., 2009).

5 CUIDADOS ODONTOLÓGICOS DURANTE A GESTAÇÃO

Para as gestantes, o acesso à assistência odontológica é ainda difícil, devido à crença de que a grávida não possa receber tratamento, e à recusa por parte de alguns profissionais em prestar atendimento quando solicitados, muitas vezes em consequência do seu despreparo (SILVEIRA, 2000).

Segundo Silva (2002), a mulher grávida necessita de atendimento singular, uma vez que está muito mais sensível psicologicamente e o espírito de preservação da espécie faz com que ela se preocupe mais com quaisquer intervenções em seu corpo.

De acordo com Elias (1995), o atendimento tem início com a anamnese, que consiste em um questionário que permite conhecer a fase gestacional, o estado de saúde geral da paciente e os principais determinantes para a intervenção odontológica.

A primeira fase ou trimestre gestacional é a mais delicada para o atendimento odontológico, pois é o período da organogênese, no qual o índice de aborto espontâneo é de aproximadamente 20%, decorrentes de sua vulnerabilidade a defeitos de desenvolvimento (ELIAS, 1995).

O segundo trimestre constitui-se na melhor época de atendimento das gestantes (SILVA, 2002; MARTINS, 2004). Neste período, a organogênese já está completa e o feto desenvolvido. É a fase de maior estabilidade mãe-filho, sendo mais segura para o atendimento odontológico (SILVA, 2002).

Na terceira fase gestacional a paciente quase sempre apresenta desconforto durante o atendimento, podendo levar a um quadro chamado “Síndrome de Hipotensão Supina”, com sensação de falta de ar decorrente do crescimento uterino (ELIAS, 1995; SONIS et al., 1995; FOURNIOL FILHO, 1998).

Para prevenir a síndrome da hipotensão postural na cadeira odontológica, o cirurgião-dentista pode colocar uma almofada para elevar a parte direita do quadril de 10 a 12 cm ou a gestante ficar voltada para o lado esquerdo, para impedir a compressão da veia cava inferior pelo útero (BARAK et.al., 2003; GAJENDRA; KUMAR, 2004).

Diferentemente do que se acredita, o atendimento odontológico pode ser realizado em qualquer período da gestação (American Dental Association (ADA), 1995), uma vez que é mais prejudicial para o bebê a manutenção de infecções na cavidade bucal da mãe do que o tratamento instituído (ROTHWELL et.al., 1987; BARAK et.al.,2003).

Em casos de urgência, o tratamento pode ser realizado em qualquer período, não sendo a gravidez uma contra-indicação (BARAK et al., 2003), embora exista uma tendência, por parte dos cirurgiões dentistas, de postergar o atendimento odontológico para depois do parto em função dos receios existentes com relação à tomada radiográfica e à prescrição de medicamentos (GAJENDRA; KU-MAR, 2004).

Alguns medicamentos são conhecidos por causarem aborto espontâneo, teratogenia e induzirem o parto prematuro de bebês de baixo peso (RATHMELL et al., 1997; ABBAS et al., 2005). Idealmente, nenhum medicamento deveria ser administrado no primeiro trimestre da gestação, exceto em casos de urgências (LITTLE et al., 2002; MILLS; MOSES, 2004), porque os riscos de teratogenia são maiores durante o período da organogênese. Após esse período, os riscos são diminuídos e as drogas não causarão malformações, mas sim poderão afetar o crescimento e desenvolvimento do feto (FERRERO et al., 2004; SURESH; RADFAR, 2004).

Categorias de risco para indução de defeitos congênitos segundo o FDA (FUCHS, 2006):

- **Categoria A:** estudos controlados em mulheres não demonstraram risco para o feto no primeiro trimestre de gestação, e não há evidência de risco em trimestres posteriores. A possibilidade de dano fetal parece remota.
- **Categoria B:** estudos de reprodução animal não demonstraram risco fetal, mas inexistente estudo controlado em mulheres grávidas; ou estudos de reprodução animal mostraram algum efeito adverso no feto (que não seja diminuição da fertilidade), não confirmado em estudos controlados em mulheres durante o primeiro trimestre (e não há evidência de risco em trimestres posteriores).
- **Categoria C:** estudos em animais demonstraram efeitos adversos no feto (teratogenia, morte fetal ou outro), e não há estudos controlados em mulheres; ou estudos em mulheres e animais não estão disponíveis. Esses fármacos só devem ser administrados se o benefício justificar o risco potencial para o feto.

- **Categoria D:** há evidência positiva de risco fetal humano, mas os benefícios de uso em mulheres grávidas podem justificar o uso a despeito do risco (por exemplo, se o fármaco é necessário numa situação de risco de vida para uma doença grave, para a qual agentes mais seguros não podem ser usados ou não são eficazes).
- **Categoria X:** estudos em animais e seres humanos demonstraram anomalias fetais ou há evidência de risco fetal baseada em experiências em humanos, ou ambos, e o risco de uso do fármaco em mulheres grávidas está claramente acima do possível benefício. O fármaco é contra indicado em mulheres que estão ou podem ficar grávidas.

Os fármacos classificados pela FDA como inclusos nas categorias **A** e **B** podem ser seguramente prescritos a gestante. Os medicamentos da categoria **C** e **D** deveriam ser utilizados somente em casos estritamente necessários e os da categoria **X** são proibidos (TERATOLOGY SOCIETY PUBLIC AFFAIRS COMMITTEE, 1994).

Os beta-lactâmicos (penicilinas e cefalosporinas) são os antibióticos de primeira escolha nas infecções orofaciais. Pertencentes a categoria B da FDA, esses medicamentos atravessam a barreira placentária, mas são considerados seguros durante a gestação (DASHE; GILSTRAP, 1997). Os macrolídeos (eritromicina, clindamicina e azitromicina) (categoria B) também atravessam a barreira placentária, mas em pequenas quantidades e devem ser utilizados em pacientes alérgicos a penicilina (GAJENDRA; KUMAR, 2004; ACADEMY OF GENERAL DENTISTRY, 2005).

As penicilinas como as Amoxicilinas, são os antibióticos mais indicados durante a gestação na prevenção e no tratamento de infecções maternas e intra-uterinas, pois agem na parede celular, estrutura que somente as bactérias possuem, sendo, portanto, atóxicas ao organismo materno e fetal. Podem ser administradas com segurança em qualquer período da gestação (FERREIRA, 1998).

O metronidazol (categoria B) atravessa a barreira placentária e penetra na circulação fetal. Devido ao potencial de risco ainda desconhecido, não é recomendado para gestantes (MURPHY; JONES, 1994). Os aminoglicosídeos (estreptomicina e gentamicina) pertencem à categoria C e o uso deve ser restrito somente para aquelas situações em que os benefícios superam os riscos (DASHE; GILSTRAP, 1997).

O uso da tetraciclina (categoria D) é de risco para a mãe e o feto porque pode causar injúrias no pâncreas e fígado, atravessar a placenta e causar malformações e pigmentação dos dentes decíduos por meio da quelação com os íons cálcio, sendo também depositada no tecido ósseo do feto resultando em deficiência do crescimento ósseo (ACADEMY OF GENERAL DENTISTRY, 2005).

O acetoaminofeno (categoria B) é o analgésico de escolha durante a gestação e lactação (MARTIN; VARNER, 1994; RATHMELL et.al., 1997; HAAS, 2002). Riscos de anemia e problemas renais, relatados no feto, foram observados apenas com altas doses do medicamento (MARTIN; VARNER, 1994; WASYLKO et.al., 1998).

Também podem ser indicados como analgésicos de escolha a Dipirona Sódica, em períodos curtos, Anador, Novalgina, Dipirona Magnésica e Magnopirol (DAL, Pizzol Tatiane da Silva et al., 2009).

O uso prolongado de antiinflamatórios não-esteroidais tem gerado efeitos prejudiciais na circulação fetal (GAJENDRA; KUMAR, 2004; ACADEMY OF GENERAL DENTISTRY, 2005). O ácido acetilsalicílico e o ibuprofeno deveriam ser evitados no terceiro trimestre da gestação (ADA, 1995). O ácido acetilsalicílico, da categoria C, é um inibidor da prostaglandina, podendo levar a anemia, hemorragia e trabalho de parto prolongado (HAAS, 2002). Embora esses antiinflamatórios não estejam relacionados a malformações congênitas, podem causar aborto espontâneo (NIELSEN et al., 2001).

Segundo Ferreira (1998), o anestésico local deve ser aquele que proporcione a melhor anestesia à gestante. Com base neste conceito, parece válido afirmar que as soluções anestésicas para uso em gestantes devem conter um agente vaso constritor em sua composição, com o objetivo de retardar a absorção do sal anestésico para a corrente sangüínea – o que diminui sua toxicidade – e aumenta o tempo de duração da anestesia.

Silva (1990) relata que a gravidez não constitui um estado de contra indicação para uma anestesia local.

A solução anestésica local que apresenta maior segurança em gestantes é a lidocaína 2% com adrenalina 1:100.000, respeitando-se o limite máximo de dois tubetes anestésicos (3,6ml) por sessão, procedendo sempre injeção lenta da solução (ANDRADE ED, 1999). Não usar lidocaína sem vasoconstritor, pois a sua absorção do local da anestesia é rápida (30 minutos), sendo necessárias altas doses

de anestésicos a sua concentração sanguínea será alta, tanto para a mãe como para o feto.

Os anestésicos locais considerados não seguros na gravidez são a Prilocaína e a Mepivacaína. A administração de prilocaína no período próximo ao termo da gestação, potencialmente acarreta cianose por metemoglobinemia em recém-nascidos, nos quais já existe um impedimento no transporte de oxigênio (FERREIRA, 1998). A mepivacaína não é a melhor escolha durante a gravidez, pois é rapidamente absorvida e por ser uma solução anestésica mais concentrada, somando assim o seu potencial tóxico e podendo ser prejudicial para saúde do feto (FERREIRA, 1998).

Com relação à presença do vasoconstritor no anestésico local, a adrenalina e a noradrenalina são consideradas seguras e não estão associadas a malformações fetais (MARTIN, VARNER, 1994). A felipressina é contra-indicada por diminuir a circulação placentária, dificultar a fixação do embrião no útero e induzir contrações uterinas (HASS et.al., 2000).

Todas as radiografias odontológicas necessárias podem ser feitas durante a gravidez. O cirurgião-dentista é moralmente e eticamente obrigado a prover proteção da seguinte maneira: evitar radiografias desnecessárias, proteger o abdome com avental de chumbo, evitar repetições por erro de técnica, evitar ângulos direcionados para o abdome, proteção do colimador, usar filmes rápidos e pequenos tempos de exposição. Se estas precauções são tomadas, radiografias dentárias podem ser feitas com segurança, mesmo no 1º trimestre de gravidez (LITTLE; FALLACE, 1997; SILVA et.al., 2000).

É necessário uma exposição de 5 rads para existir a possibilidade de má-formação ou aborto espontâneo, sendo que uma tomada radiográfica intra-bucal equivale a 0,01 milirads de radiação, menos que a radiação cósmica adquirida diariamente (WASYLKO L, MATSUI D, DYKXHOORN SM, RIEDER MJ, WEINBERG S., 1998).

As radiografias mais empregadas em Odontologia, como a panorâmica e a periapical, são seguras durante a gestação e importantes para o estabelecimento de um diagnóstico mais confiável e do plano de tratamento adequado (SURESH; RADFAR, 2004).

É importante conscientizar a paciente sobre as mudanças fisiológicas durante a gestação e enfatizar a necessidade de higiene bucal para o controle do biofilme dental (SURESH; RADFAR, 2004).

Os agentes antimicrobianos e dentifrícios não são contra-indicados nesse período, sendo a clorexidina um enxaguatório bucal seguro e eficaz no controle da gengivite durante a gestação (HOLDER et al., 1999).

As aplicações tópicas de flúor, os bochechos fluoretados e a utilização de materiais que liberam flúor devem ser indicados para prevenção e, sobretudo, controle da doença cárie (KONISHI; KONISHI, 2002).

O conhecimento atual sobre o mecanismo de ação do fluoreto indica que seu efeito é predominantemente tópico, ocorrendo principalmente na interface placa/esmalte, através da remineralização de lesões de cárie iniciais e da redução da solubilidade do esmalte dentário (FEATHERSTONE JDB, RAMIRES I, PESSAN JP, BUZALAF MAR., 2008).

Com relação à alimentação, os nutrientes, advindos da dieta, desempenham um importante papel para a nutrição da mãe e para o desenvolvimento do bebê (KONISHI; KONISHI, 2002). A gestante deve alimentar-se bem. Como o desenvolvimento do paladar do bebê inicia-se por volta da 14^a semana intra-uterina, se a gestante ingerir muito doce, o bebê pode desenvolver o paladar voltado para o açúcar, o que não seria interessante (MEDEIROS, 1993). O açúcar natural dos alimentos é suficiente para suprir as necessidades da mãe e do feto e assegurar o desenvolvimento do bebê (KONISHI; KONISHI, 2002).

Deve ser encorajada a toma de vitaminas A, C, D, fósforo, cálcio, proteínas e fluoretos (MILLS et al., 2001). Estes nutrientes são vitais durante a odontogênese. A vitamina A vai contribuir para a manutenção da integridade dos tecidos de origem ectodérmica. A vitamina D intervém na calcificação dentária, pois contribui para a homeostase do cálcio e do fósforo. Para a função e manutenção da substância intercelular e do colágeno é essencial a toma de vitamina C e o fósforo contribui para a solidez da estrutura dentária.

6.CONCLUSÃO

Nós profissionais da área de saúde devemos sempre passar orientações para as futuras mães sobre higienização bucal, técnicas corretas de escovação, uso de fio dental para que não se desenvolva patologias bucais que podem ser prejudiciais ao feto. Através de palestras, cartazes, podemos incentivar as gestantes, para que se possa ter uma melhor conduta durante a gestação.

Apesar de relatos (mitos) que a gestante não pode receber tratamento odontológico, isto é uma afirmação que não é relevante, visto que em qualquer idade gestacional pode existir tratamento, embora o segundo trimestre (entre o 4º e o 6º mês), seja o momento mais oportuno por se encontrar em um período de maior estabilidade para uma intervenção odontológica.

Não existem contra-indicações de tratamento e sim desinformação do próprio profissional e dos pacientes que muitas vezes evitam o tratamento devido a eventuais problemas que possam acontecer durante a gestação.

O profissional tem que se ter em mente todas as condutas ideais para o tratamento odontológico na gestante, para que se possa ter um sucesso no atendimento e cada vez mais passando segurança perante o tratamento.

ABSTRACT

The gestational period in relation to dentistry has been surrounded by myths and doubts among dentists. The aim of this work is to guide patients and oral health professionals about the care and questions during the treatment of the pregnant and strengthen the conditions of treatment, taking into account changes during this period. Most dental procedures, if correctly performed, does not create any harm to the fetus, particularly when performed during ideal pregnancy. Current scientific knowledge demonstrates that any dental treatment can be performed during pregnancy, there is a consensus in the literature as the second quarter, the period of preference for dental treatments. The research has revealed himself in through descriptive literature review seeks to clarify the main concerns and prejudices by the dentist to attend pregnant women in the workplace having doubts as the use of drugs, local anesthetics, antibiotics, analgesics and anti-inflammatory, also demonstrate that exist some oral diseases that can influence the pregnancy. So you can be successful during the service and will break the myths that exist about dental

care during pregnancy and increasingly on promoting good health education with the expectant mother and baby.

Keywords: Pregnant. Treatment. Care.

REFERÊNCIAS

ABBAS, A. E; LESTERA, S. J; CONNOLLY, H. **Pregnancy and the Cardiovascular System**. Int. J. Cardiol., Amsterdam, v. 98, p. 179–189, 2005.

ACADEMY OF GENERAL DENTISTRY. Disponível em: [HTTP://agd.org/consumer/topics/pregnancy.asp](http://agd.org/consumer/topics/pregnancy.asp). Acesso em 26 de julho de 2005.

ALEIXO, Rodrigo Queiroz et al. Alterações bucais em gestantes: Revisão da literatura. **Saber Científico Odontológico**, Porto Velho, n. , p.68-80, 2010.

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION COUNCIL ON ACCESS, PREVENTION, AND INTERPROFESSIONAL RELATIONS. ADA **Oral Health Care Series: Women's Oral Health Issues**. Chicago: American Dental Association, 1995.

ANDRADE, E. D. **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia**: Procedimentos clínicos e uso de medicamentos nas principais situações da prática odontológica. 2ªed. São Paulo: Artes Médicas; 2006. p. 129–130.

ANDRADE, Rafael Cardoso de. **Saúde oral na gravidez**: avaliação dos conhecimentos das grávidas sobre saúde oral durante a gravidez. 2009. 85 f. Monografia (Especialização) – Curso de Medicina Dentária, Departamento de Faculdade Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2009.

ATTIN, T. et al. **Use of variable remineralization periods to improve the abrasion resistance of previously eroded enamel**. Caries Res, v. 34, p. 48-52, 2000.

ATTIN, T. et al. **In situ evaluation of different remineralization periods to decrease brushing abrasion of demineralized enamel**. Caries Res, v. 35, p. 216-222, 2001.

BARAK, S.;et al. **Common Oral Manifestations During Pregnancy: A Review.**Obstet Gynecol. Sury., Baltimore, v. 58 n. 9, p. 624-628, 2003.

BARBOSA, Cintia Palmira. **Uso de Anestésicos Locais em Gestantes.** 2003. 43 f. Monografia (Pós-graduação) – Curso de Farmacologia, Departamento de Pós-graduação em Farmacologia, Centro Universitário de Maringá, Maringá, 2003.

BARON, T. H.; RAMIREZ, B.; RICHTER, J. E. **Gastrointestinal Motility Disorders During Pregnancy.** Ann. Intern. Med., Philadelphia, v. 118, p. 366-375, 1993.

BARROS, B.; MOLITERMO, L. **Seria a doença periodontal um novo fator de risco para o nascimento de bebês prematuros e de baixo peso?** Revista Brasileira de Odontologia., v. 58, n. 4, jul-ago/2001, p. 256-260.

BASTIANI, Cristiane et al. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. **Odontol. Clín.-cient**, Recife, n. , p.155-160, jun. 2010.

BOGGES, Kim.;Edelstein, Burton L.(2006). **Oral Health in Women During Preconception and Pregnancy:**Implications for Birth Outcomes and Infant Oral Health.Matern Child Health J, 10, p. 169-174.

CAMARGO, E.C.; SOIBELMAN, M. **Prevalência da doença periodontal na gravidez e sua influência na saúde do recém-nascido.** Revista AMRIGS, v. 49, n. 1, p. 11-15, 2005.

CARDOSO, Leonardo Moura. **Atendimento odontológico da gestante na estratégia do programa de saúde da família.** 2010. 22 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização) - Universidade Federal De Minas Gerais, Corinto/Minas Gerais, 2010.

CASTELLANOS, J. L.; DÍAZ, G. L.; GAY, O. **Medicina en Odontología:** manejo de pacientes con enfermedades sistémicas. México: Manual Moderno, 2002.

CORRÊA, M. **Odontopediatria na Primeira Infância.** São Paulo: Santos, 1999.

DAL, Pizzol Tatiane da Silva et al. Dipyron use during pregnancy and adverse perinatal events. **Arch Gynecol Obstet**, Porto Alegre, n. , p.293-297, 2009.

DANTAS, Euler Maciel. Doença periodontal como fator de risco para complicações na gravidez - há evidência científica? **Odontologia. Clín.-científ.**, Recife, v. 1, n. 3, p.7-10, abr. 2004.

De LORENZO, J. L, MAYER, M P. A. **Microbiologia das doenças periodontais**. In: De Lorenzo JL. Microbiologia para o estudante de odontologia. São Paulo: Editora Atheneu; 2004. p. 137.

DIAZ-GUZMAN, L. M.; CASTELLA-NOS-SUAREZ, J. L. **Lesiones de la mucosa bucal y comportamiento de la enfermedad periodontal en embara-zadas**. Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal, Valencia, v. 9, p. 430-437, 2004.

DOUGLAS, C. **Patofisiologia Oral**. v. 2 , São Paulo: Pancast, p. 151.

EDWARDS, N. et al. **Sleep Disordered Breathing and Pregnancy**. Thorax, London, v. 57, p. 555-558, 2002.

ELIAS, R. **Odontologia de alto risco: pacientes especiais**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995, p. 117-132.

FERREIRA M. B. C. **Anestésicos locais**. In: Fuchs FD, Wannmacher L (eds). Farmacologia clínica. Fundamentos da terapêutica nacional. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998. p. 15-64.

FERRERO, S.; COLOMBO, B. M.; RAGNI, N. **Maternal Arrhythmias During Pregnancy**. Arch. Gynecol. Obstet., München, v. 269, p. 244–253, 2004.

FORSBACH-SANCHEZ, G.; TAMEZ- PEREZ, H. E.; VAZQUEZLARA, J. **Diabetes and Pregnancy**. Arch. Med. Res., New York, v. 36, p. 291–299, 2005.

FOURNIOL FILHO, A. **Pacientes especiais e a odontologia**. São Paulo: Santos, 1998, p. 217-234.

FOURNIOL, A. F. **Pacientes especiais e a odontologia**. 1ª ed. São Paulo: Livraria Santos editora Ltda; 1998.p. 223-224. Gomes ACZ, Paiva EMM.

FUCHS FD, Wannmacher L, Ferreira MBC. **Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

GAJENDRA, S.; KUMAR, J. V. **Oral Health and Pregnancy: A Review**. N. Y. State Dent. J. New York, p. 40- 44, 2004.

GIGLIO, J. A; et al. **Oral health care for the pregnant patient**. JCDA, v. 75, n. 1, fev. 2009.

GUYTON, A. C. **Textbook of Medical Physiology**. 8. ed. Philadelphia: WB Saunders, 1991.

HAAS, D. A.; PYNN, B. R.; SANDS, T. D. **Drug use for the pregnant or lactating patient**. Gen Dent, v. 48, n. 1, p. 54-60, 2000.

IMFELD, T. **Dental erosion. Definition, classification and links**. Eur J Oral Sci, v. 104, p. 151-155, 1996.

JAMES, P. R.; NELSON-PIERCY, C. **Management of Hypertension Before, During, and After Pregnancy**. Heart, London, v. 90, p. 1499–1504, 2004/2005.

JEFFCOAT, M. K et al. **Periodontal infection and preterm birth:results of a prospective study**. JADA, 2001; 132: 875-880.

LAINE, M. A. **Effect of pregnancy on periodontal and dental health**. Acta Odontol Scand, v. 60: p. 257-264, 2002.

LENZ, Maria Lucia Medeiros; FLORES, Rui. **Atenção à Saúde da Gestante em APS**. Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A., Porto Alegre - Rs, n. , p.119-132, 2011.

LITTLE, J. W.; FALLACE, D. A. **Pregnancy and breast feeding: dental management of the medically compromised patient**. St. Louis: C.V. Mosby Co, 1997.

LITTLE, J. W.; et al. **Dental Management of the Medycaly Compromissed Patient**. 6. Ed. St Louis:Mosby, 2002.

LINDHE, J. **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral**. 3ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999, p. 246-253.

MARTINS, V. F. **A importância da Odontologia para as gestantes**. Jornal da APCD. Set, 2004, p. 8-9.

MAMELUQUE, Soraya et al. Abordagem integral no atendimento odontológico à gestante. **Unimontes Científica**, Montes Claros, v.7, n.1, p.68-75, 2005.

MASSON; G. M; ANTHONY, F.; CHAU, E. **Serum Chorionic Gonadotrophin (hCG), Schwangerschafts Protein 1 (SP1), Progesterone and Oestradiol Levels** in Patients with Nausea and Vomiting in Early Pregnancy. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, Oxford, v. 92, p. 211-215, 1985.

MAUSEBERG, R. et al. **Need for Preventive Dentistry** in Adult Women: Investigation in Maternal Convalescent Homes 2. Tooth and Periodontal Findings. **Oral Prophylaxe**, Frankfurt, v. 13, p. 76-80, 1991.

MEDEIROS UV, Zevallos EFP, Rosiangela K. **Promoção da saúde bucal da gestante: garantia de sucesso no futuro**. *Rev. Cient. do CRO-RJ* 2000; 2:47-57.

MELO, Norma Suely Falcão O et al. Hábitos alimentares e de higiene oral influenciando a saúde bucal da gestante. **Cogitare Enferm.**, Curitiba – Pr, v. 2, n. 12, p.189-197, jun. 2007.

MILLS. L. W. ; MOSES, D. T (2002).**Oral Health During Pregnancy**.*MCN*, v. 27, n. 5, p. 275-281.

MILLS. L.W. ; MOSES, D.T. **Oral Health During Pregnancy**. M.C.N., New York , v.27, n. 5, p. 275-281, 2004.

MURPHY, P.A.;JONES, E. **Use of oral Metronidazole in Pregnancy: Risks, Benefits, and Practice Guidelines**. *J.Nurse Midwifery*, New York, v. 39 n. 4, p. 214-220, 1994.

NEVILLE, B. et al. **Patologia Oral e Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998, p. 362-363.

NEVILLE, B. W; DAMM D. D, ALLEN C. M; BOUQUOT J. E. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

ORRICO, S. R. P, SAMPAIO, J. E. C; MARCANTONIO, JR. E., et al. **Granuloma gravídico: considerações clínicas e terapêuticas**. *Revista de Odontologia Clinica*,1987; 1(4); p. 21-26.

PALMER, R; SOORY, M. **Fatores Modificadores: Diabetes, Puberdade, Gravidez e Menopausa e Tabagismo.** In: Lindhe J, Karring T, Lang NP. Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2005. p. 181-182.

PERES, S. et al. **Tratamento alternativo de controle da cárie dentária no período materno infantil.** Rev. APCD, v. 55, n. 5, set-out/2001, p. 346-350.

POLETO, Vanessa Ceolin et al. Atendimento odontológico em gestantes: uma revisão da literatura. Redalyc: **Redalyc Sistema de Información Científica, Stomatos**, v. 14, n. 26, p.64-75, 19 jun. 2008.

QUINLA, J. D.; HILL, D. A. **Nausea and Vomiting of Pregnancy.** Am.Fam. Physician, Kansas City, v. 68, n. 1, p. 121-128, 2003.

RATHMELL, J.P.; VISCOMI, C.; ASHBURN, M.A. **Management of Nonobstetric Pain During Pregnancy and Lactation.** Anesth.Analg., Baltimore , v. 85, p. 1074-1087, 1997.

REGEZI, J. A; SCIUBBA, J. J. **Patologia Bucal-Correlações Clinicopatológicas.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2000. p. 115-116.

REIS, Deise Moreira et al. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo., v. 1, n. 15, p.269-276, 2010.

RIEKEN, S. W; TEREZHALMY, G. T. **The pregnant and breast-feeding patient.** **Quintessence Internacional**, v. 37, p. 455-468, 2006.

RIOS, Daniela et al. Relato gestantes quanto à ocorrência de alterações bucais e mudanças nos hábitos de dieta e higiene bucal. **Cesumar**, Maringa, v. 09, n. 01, p.63-68, jul. 2007.

RODRIGUES EMGO. **Promoção da saúde bucal na gestação:revisão da literatura.** Juiz de Fora: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora; 2002.

ROTHWELL B. R; GREGORY, C. E; SHELLER, B. **The pregnant patient: Considerations in dental care.** Epec Care Dentist, 1987. p.. 124-29.

RUIZ, L. G.; GÓMEZ, G. R.; RODRÍGUEZ, G. R. **Relación entre la prevalência de caries dental y embarazo.** Rev. Assoc. Dental Mexicana, Ciudad de México, v. 59, p. 5-9, 2002.

RIVERO, E. R. C.; ARAÚJO, L. M. A. **Granuloma Piogênico:** Uma Análise Clínico-Histopatológica de 147 Casos Bucais. Rev. Fac. Odontol. Univ. Passo Fundo, Passo Fundo, v. 3, p. 55-61, 1998.

SALVOLINI, E. et al. **Biochemical Modifications of Human Whole Saliva Induced by Pregnancy.** Br. J. Obstet. Gynaecol., Oxford, v. 105, p. 656- 660, 1998.

SCAVUZZI, A. I. F; ROCHA, M. C. B. S; VIANNA, M. I. P. **Estudo da prevalência de cárie dentária em gestantes brasileiras, residentes em Salvador – BA.** JBP (Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê), 1999; 2(6):96-102.

SANTIAGO, J.R. et al. **Sleep and Sleep Disorders.** In Pregnancy. Ann. Intern. Med., Philadelphia, v. 134, p. 396- 408, 2001.

SCHEUTZEL, P. **Etiology of dental erosion—intrinsic factors.** Eur J Oral Sci, v. 104, p. 178-190, 1996.

SIBAI, B.M. **Treatment of Hypertension in Pregnancy.** N. Engl. J. Med., Boston, v. 335, p. 257–265, 1996.

SILVA, F. M. et al. **Uso de anestésicos locais em gestantes.** ROBRAC, v. 9, n. 28, p. 48-50, 2000.

SILVA, Francisco Wanderley Garcia de Paula E; STUANI, Adriana Sasso; QUEIROZ, Alexandra Mussolini de. **Atendimento odontológico à gestante:** parte 1: Alterações Sistêmicas. Faculdade de odontologia de Ribeirão Preto/ USP, Ribeirão Preto, n. , p.19-23, 2008.

SILVA, Francisco Wanderley Garcia de Paula E; STUANI, Adriana Sasso; QUEIROZ, Alexandra Mussolini de. **Atendimento odontológico à gestante:** parte 2: cuidados durante a consulta. **R.fac.odontol.**Porto Alegre, Porto Alegre, v. 47, n. 3, p.5-9, 2006.

SILVA, S. **Atendimento à gestante:** 9 meses de espera? Rev. APCD, v. 56, n. 2, mar-abr/2002, p. 89-99.

SILVA, F. W. G. P; SITUANI AS; QUEIROZ A. M. **Atendimento Odontológico à gestantes** – Parte1: Alterações Sistêmicas. Revista da Faculdade de odontologia da UFRGS, 2006;47(2): 19-23.

SILVEIRA, R.; CARLOS JR.; SOUZA, E. **Avaliação das condições de saúde e higiene bucal em gestantes.** Rev. Cons. Reg. Odont. Pernambuco, v. 3, n. 2, jul/dez 2000, p. 61-70.

SONIS, S. T; FAZIO, R. C; FANG, L. **Gravidez.** In: Princípios e Prática de Medicina Oral. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 1996.

SONIS, S. et al. **Princípios e prática de medicina oral.** .2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995, p. 144-147.

SURESH, L.; RADFAR, L. **Pregnancy and Lactation.** Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. St. Louis, v.97, p. 672-682, 2004.

SUSANTI, I. et al. **Respiratory Complications of Pregnancy.** Obst. Gynecol. Surv, Baltimore, v. 57, p. 39-46, 2001.

TARSITANO, B. F.; ROLLINGS, R. E. **The pregnant dental patient evaluation and management.** General Dentistry, Chicago, v. 41, p. 226-234, 1993.

TOMMASI, A. F. **Diagnóstico em patologia bucal.** 2ª ed. Curitiba: Pancast editorial; 1989. p. 1-5; 539.

THE EXPERT COMMITTEE ON THE DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF DIABETES MELLITUS. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care, New York, v. 26, p. 5-20, 2003.

VÁZQUEZ, R. L.; OVALLE, C. J. W. **Lesiones bucopatológicas más frecuentes en la mujer embarazada.** Rev. Asoc. Dental Mexicana, Ciudad de México, v. 51, p. 21-28, 1994.

VIEIRA, E. M. M; SPAULDING, M; MORAIS S. de. **Granuloma Gravídico de Crescimento Exagerado: Caso Clínico.** Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofacial, 2006; 47(4): 227-30.

WEINBERGER, S. E. et al. **Pregnancy and the Lung.** Am. Rev. Respir. Dis., Baltimore, v. 121, p. 559–581, 1980.

WEISS G. **Endocrinology of Parturition**. J. Clin. Endocrinol. Metab, Springfield, v.85, p. 4421-4425, 2000.

XAVIER, H. S; XAVIER, V. B. C. **Alterações Decorrentes da Gravidez**. In: Xavier, H.S; Xavier, V. B. C. Cuidados Odontológicos com a Gestante. São Paulo : Livraria Santos; 2007.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado forças para vencer esta batalha, pois ele sabe o que eu passei nesta caminhada, das dificuldades que encontrei, das palavras que me jogaram para baixo, mas com sua mão do meu lado ele me ajudou a superar todos esses obstáculos no meu caminho, pois sem ele sei que não estaria aqui hoje. Pai, Mãe, agradeço a vocês pelo dom da vida, pelo apoio nesta caminhada e que eu possa sempre retribuir sendo um bom filho com muito amor e carinho, “AMO VOCÊS”. Aos meus irmãos o muito obrigado, pela paciência que tiveram sabem que podem contar comigo para qualquer hora são parte de mim. A minha namorada Bruna pelo incentivo e carinho que Deus sempre ilumine os seus passos e que seja uma pessoa muito feliz, “TE AMO”. Aos meus colegas, que estarão sempre na minha mente que todos realizem os seus sonhos. A minha orientadora Mayra por ter me ajudado na realização deste trabalho, pela calma e dedicação. Agradeço a todos os professores pela sabedoria e companherismo. Obrigado a todos!!!

DATA DE ENTREGA: 03/11/2011