

**FACULDADE PATOS DE MINAS  
ODONTOLOGIA**

**ACHELLE DE SOUZA SILVA  
ANNA FLÁVIA MELLO MARINHO GURGEL**

**ALTERAÇÕES BUCAIS EM GESTANTES**

**PATOS DE MINAS  
2015**

**ACHELLE DE SOUZA SILVA  
ANNA FLÁVIA MELLO MARINHO GURGEL**

## **ALTERAÇÕES BUCAIS EM GESTANTES**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de odontologia.

Orientador: Prof.<sup>a</sup>. Esp. Mayra França

**PATOS DE MINAS  
2015**

## ALTERAÇÕES BUCAIS EM GESTANTES

Achelle de Souza Silva e Anna Flávia Melo Marinho Gurgel\*  
Mayra Maria Coury França\*\*

### RESUMO

A manutenção da saúde bucal durante a gestação é de suma importância, no entanto, grande parte da população não tem acesso às informações relacionadas às alterações bucais características deste período. Diante disso, o presente artigo visa orientar os profissionais da área de saúde bucal a respeito da importância das manifestações bucais em pacientes gestantes que ocorrem desde o início da gestação, tendo como motivo as alterações hormonais, aliadas ao papel do biofilme dental, que é considerado o fator etiológico determinante da cárie dentária e das doenças periodontais. Sabe-se que as alterações ocorridas têm como resultado, na grande maioria das vezes, a degradação da saúde bucal. Por este motivo confirma-se importância do conhecimento das alterações bucais pelo cirurgião dentista para que ele possa melhor diagnosticá-las e tratá-las.

. **Palavras-chave:** Conhecimento, Saúde Bucal, Gravidez, Criança, Gestante.

### ABSTRACT

Maintaining oral health during pregnancy is of paramount importance, however, much of the population has no access to information related to oral changes characteristic of this period. Therefore, this article aims to guide professionals in the oral health area about the importance of oral manifestations in pregnant patients that occur from the beginning of pregnancy, with the cause hormonal changes, combined with the role of biofilm, which is considered determining the etiology of dental caries and periodontal diseases. It is known that changes have occurred as a result, in most cases, the degradation of oral health. For this reason it is confirmed importance of knowledge of oral abnormalities by a dentist so he can better diagnose them and treat them.

**Keywords:** Knowledge , Oral Health , Pregnancy , Child, Pregnant.

---

\*Alunas do Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas (FPM). E-mail [achelle\\_odonto@yahoo.com.br](mailto:achelle_odonto@yahoo.com.br) e [annaflaviameello@outlook.com](mailto:annaflaviameello@outlook.com)

\*\*Professora de Pediatria/Radiologia no curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas. Especialista/Mestre/Doutor em Odontopediatria pela faculdade São Leopoldo de Mandic, e-mail do professor [mayrinha@hotmail.com](mailto:mayrinha@hotmail.com)

## 1 INTRODUÇÃO

As orientações quanto à saúde bucal são de suma importância durante a gestação, pois neste período a mulher está apta a absorver novos conhecimentos e passível de mudanças, as quais são positivas sobre a saúde do bebê. Desta forma, a gravidez é uma ótima época para esclarecer alguns mitos e crenças sobre possíveis tratamentos dentários, informar sobre o controle do biofilme, a importância de uma dieta adequada, as alterações bucais que ocorrem neste período e como preveni-las. É necessário que haja um intercâmbio de informações onde se busca um atendimento de qualidade à gestante e ao bebê (20).

Durante este período, ocorre uma resistência da mulher em relação ao tratamento odontológico por acreditarem em mitos associados à gravidez, devido a relatos de que o atendimento odontológico traz riscos à saúde do bebê. Mas, em contra partida, reconhecem que a gestação pode potencializar problemas bucais como cárie e gengivite.

A cárie não está relacionada à gravidez, mas a fatores como capacidade estomacal que fazem com que a gestante diminua a ingestão de certos alimentos e aumento de refeições resultando em um incremento de carboidratos na dieta que, associados com a má higiene bucal, potencializam o risco de cárie. Grande parte das gestantes acredita que durante a gestação os minerais dos seus dentes, tais como o cálcio, são perdidos e utilizados na formação óssea do bebê em desenvolvimento. O que se deve é esclarecer que o cálcio dos dentes estão em forma de cristais e não estão disponíveis na circulação sistêmica. O cálcio utilizado pelo bebê é aquele ingerido em uma dieta rica em vitaminas A, C, D, proteínas, cálcio, fósforo durante os principalmente nos dois primeiros trimestres da gestação; período o qual ocorre a formação e calcificação dos dentes decíduos (20).

Segundo Bastiani et al (2010), os hormônios sexuais femininos têm papel importante na progressão das alterações periodontais. Os tecidos periodontais tornam-se susceptíveis a mudanças inflamatórias induzidas por placa dentária diante de alterações hormonais, como o aumento do nível de estrógeno e progesterona durante a gestação. A gengivite gravídica caracteriza-se por uma resposta exacerbada à presença de placa dentária. Esta condição periodontal é clinicamente semelhante a uma gengivite induzida por placa, com gengiva de coloração

avermelhada, edemaciada, com sangramento ao simples toque ou durante a escovação. A gengivite gravídica pode ser prevenida e acabar desaparecendo após o parto desde que seja feita a remoção da substância que causa irritação juntamente com o biofilme, placas e que ocorra uma higienização adequada por parte do paciente e também uma boa profilaxia feita por um cirurgião dentista (14).

O granuloma piogênico é uma lesão benigna que surge normalmente nos três primeiros meses da gestação, resultante de agressões que se repetem (ou seja, acomete varias vezes no mesmo local), micro traumas e também irritação sobre a mucosa gengival. Uma das características do granuloma é ocorrer na região anterior da maxila, por vestibular. A remoção cirúrgica em gestantes é indicada somente nos casos em que houver influência negativa, ou seja, interferir na funcionalidade mastigatória, higienização, e até mesmo provocar ulcerações. Caso contrário deve-se somente remover os irritantes locais e preservar o tumor até pós parto, período neste em que normalmente ocorre sua redução espontânea (14).

O cirurgião dentista tem certo medo em atender pacientes em período gestacional, deixando, muitas vezes, que a situação desta paciente se agrave até o nascimento do bebê. Sendo vários fatores controlados ou até mesmo tratados após serem diagnosticados evitando a progressão da doença. Apesar de priorizar a prevenção, quando se tem necessidade da cura, o tratamento deve ocorrer, uma vez que problemas bucais podem alterar a saúde tanto da mãe quanto do bebê, principalmente quando há comprometimento da nutrição o que contribui para infeccionar e disseminar os patógenos no sangue. O período ideal e um pouco mais seguro para o tratamento odontológico é o segundo trimestre da gestação. Porém, nos casos de urgência, devem ser tratados e solucionados os problemas bucais independente do trimestre gestacional (14).

Grande parte dos procedimentos odontológicos podem ser realizados durante a gestação, observando-se sempre alguns cuidados como: planejar sessões curtas, adequar a posição da cadeira e evitar consultas matinais, já que neste período as gestantes têm ânsia de vômito e risco de hipoglicemia. Alguns tratamentos devem ser realizados preferencialmente no segundo trimestre com mais segurança tais como: exodontias não complicadas, tratamentos periodontal e endodôntico, restaurações dentárias, instalação de próteses. Já tratamentos eletivos como reabilitações bucais extensas e cirurgias mais invasivas podem ser programadas para o pós-parto (14).

O exame radiográfico só deverá ser feito realmente se houver necessidade em qualquer trimestre da gestação e que as medidas protetoras sejam tomadas (uso de filmes ultra-rápidos e avental de chumbo). Uma exposição radiográfica não afeta o desenvolvimento fetal. É necessária uma exposição de 5 rads para existir a possibilidade de má-formação ou aborto espontâneo, sendo que uma tomada radiográfica intrabucal equivale a 0,01 milirads de radiação, menos que a radiação cósmica adquirida diariamente (14).

Prevalece a crença de que a gestante não pode submeter-se à anestesia local, principalmente se os anestésicos apresentarem vasoconstritor. Este tipo de anestésico é considerado seguro, desde que se tenha conhecimento de quais substâncias medicamentosas será utilizado.

E bem claro que anestésicos locais são amplamente usados na prática odontológica sendo considerado seguro. O anestésico de melhor escolha e a lidocaína 2% com vaso constritor epinefrina na concentração (1:100.000), tendo como vantagem o aumento da concentração local dos anestésico (reduzindo sua toxicidade sistêmica). (23)

Prilocaína e articaína não devem ser utilizados, pois podem levar a metahemoglobinemia tanto para a mãe quando para o feto. A bupivacaína apresenta maior cardiotoxicidade, maior penetrabilidade nas membranas do coração e maior resistência após eventual parada cardíaca. A toxidade um anestésico depende do tipo de droga utilizada e do estado de saúde da paciente. (25)

Já o melhor analgésico encontrado no mercado é o paracetamol, podendo ser usado por pacientes grávidas e lactantes desde que em doses terapêuticas, eliminando dor suave a moderada. Sua dose diária é de 4g/dia por adulto, visto que apresenta um potencial de causar toxicidade hepática. (23)

A prescrição de antibióticos para gestantes depende da gravidade da infecção e agressividade do agente etiológico implicado, padrão de sensibilidade aos antibióticos e ao período gestacional. Deve ser avaliada a relação risco benefício quando indica antibiótico a gestante. As penicilinas são altamente utilizadas em gestantes e possui grande margem de segurança para a mãe e o bebe, a penicilina age na parede celular da bactéria não oferecendo toxicidade aos organismos materno e fetal. Outra vantagem é que as penicilinas como Cefalosporina e Eritromicina se apresentam em pouca ou nenhuma quantidade no leite materno porem são utilizadas como segunda opção diante de pacientes alérgicas às

penicilinas. A primeira escolha é Amoxicilina, seguida do Metronidazol, Eritromicina, Penicilina, Cefalosporina, Gentamicina e Clindamicina. Os não indicados são Tetraciclina e Cloranfenicol por causarem descoloração dos dentes devido à tetraciclina e toxicidade maternal, morte fetal devido ao cloranfenicol. (27)

Os antiinflamatórios não esteroidais (AINES) não são recomendados para pacientes gestantes, os quais bloqueiam a síntese da prostaglandinas, podendo restringir o ducto intra-uterino, causa hipertensão pulmonar sustentada no recém nascido, alterações hemostáticas como inibição da agregação plaquetária de corrente do uso de salicilatos, além de prolongar a gestação e o trabalho de parto. Se for necessária, a utilização deste a escolha é pelo ácido acetilsalicílico em pequenas doses e deve ser interrompido antes da época prevista do parto, a fim de evitar complicações como prolongamento do trabalho de parto, maior risco de hemorragia pós-parto e fechamento intra-uterino do canal arterial. (27)

Os ansiolíticos como o bromazepam (Lexotan®), lorazepam (Lorax®), diazepam (Dienpax®), Valium®) estão contra-indicados durante a gravidez, pois se suspeita que estes medicamentos tenham um poder teratogênico razoável. (26)

O objetivo deste estudo é orientar os profissionais da área de saúde bucal a respeito da importância das manifestações bucais em pacientes gestantes, que ocorrem desde o início da gestação tendo como motivo as alterações hormonais, aliados ao papel do biofilme dental, que é considerado o fator etiológico determinante da cárie dentária e das doenças periodontais.

## **2-REVISÃO DE LITERATURA**

A gestação é um período muito valioso e único na vida da mulher, onde ocorrem mudanças físicas e emocionais. Período o qual ela se torna receptível a informações que tragam benefícios a si e seu bebê, o que pode ser traduzido em mudanças de comportamento favoráveis a saúde (11).

Algumas dificuldades em relação ao acesso das gestantes ao tratamento odontológico residem em conflitos entre os hábitos e costumes antigos e conceitos novos adquiridos.

O folclore popular é rico em atributos negativos quando se diz respeito ao tratamento odontológico no período da gestação tais como “enfraquecimento dos dentes da mãe devido o feto retirar o cálcio deles”, “perda dos dentes devido ao uso de anestésico odontológico”, e outras crendices misturadas às dúvidas sobre a possibilidade de atenção odontológica durante este período de gestação podem também estar relacionadas à insegurança quanto à indicação a esta prática e também à baixa percepção de necessidades entre as quais: falta de interesse, comodismo, esquecimento, o fato de não gostar e medo do dentista fazem com que as gestantes se afastem dos consultórios odontológicos (5).

As alterações físicas, biológicas e hormonais podem criar condições adversas ao meio bucal, tornando as gestantes mais propensas a doenças bucais e devido a este fato, elas são consideradas por tanto, pacientes especiais (11).

Conforme a Organização Mundial de Saúde, o conceito de saúde não se limita apenas a ausência de doença, mas sim um conjunto dos elementos que proporcionam o bem - estar físico, mental e social. Em um conceito mais amplo, a promoção de saúde bucal transcende a dimensão técnica da prática odontológica onde a saúde bucal deve ser integrada às demais práticas de saúde coletiva. Torna-se necessário o esclarecimento das gestantes por parte dos profissionais sobre quais tratamentos podem ser realizados durante o período gestacional, evitando que se agravem as patologias bucais (6)

A mulher tem papel importante dentro da família, zelando pela saúde de seus entes, tornando-se assim, multiplicadora de informações e ações que possam levar ao bem estar do núcleo familiar e conseqüentemente a melhora de qualidade de vida, com a aquisição de novos hábitos e escolhas saudáveis (6).

Durante a gestação, ocorrem algumas manifestações bucais como hipersecreção das glândulas salivares, tendência ao vômito e maior vascularização do periodonto, sendo consideradas as alterações gerais e específicas de interesse na área odontológica. Neste período, desenvolvem-se certas condições de saúde complexas que precisam ser conhecidas pelo dentista, com o intuito de que o membro de uma equipe multidisciplinar possa orientar corretamente a gestante em relação ao seu estado de saúde (6).

Na gravidez, as alterações hormonais repercutem na fisiologia bucal, mudando o equilíbrio normal da cavidade bucal; podendo assim levar a exacerbação do processo carioso e afecções gengivais, os quais não são causados pela gestação,



mas podem sim agravar as inflamações gengivais preexistentes, principalmente se houver negligência na higiene oral. As alterações mais comuns encontradas são a cárie, gengivite, granuloma piogênico e erosão (9).

## 2.1 Cárie Dental

A cárie é uma doença infectocontagiosa e, por isso, há necessidade de se evitar a contaminação precoce por meio da relação da mãe e seu filho. Portanto, são necessários procedimentos preventivos como higiene bucal e dieta. Durante o período da gestação, a mãe fica mais susceptível à cárie pela dificuldade em manter sua higiene oral pelo fato de ter náuseas e o desejo de alimentos ricos em açúcar, aumentando assim, o número de micro organismos (12).

Há também outros fatores ligados a cárie, como o nível sócio econômico, saúde geral do paciente e comportamento alimentar. Uma das fases de grande alteração é na gestação onde a higiene bucal é negligenciada podendo aumentar os riscos de desenvolvimento da cárie, já que neste período há um aumento do desejo por alimentos doces, aumento da acidez na boca devido a episódios de vômitos, diminuição da saliva e o aumento da acidez da saliva. (15)

Devido à má condição bucal durante a gravidez ou durante o período de lactação, os bebês desenvolvem cárie precocemente por adquirirem as bactérias cariogênicas transmitidas diretamente da saliva infectada por cáries não tratadas da mãe, portanto, é importante que a mãe faça o tratamento e a prevenção da cárie normalmente durante este período, isso significará menor incidência de cárie precoce. (15)

Um estudo realizado pela UNESP, onde as pacientes com idade média de 25 anos, mostrou que 15,1% não apresentam lesões de carie, 0,6% estavam livre de carie ativa ou tratada. Notaram que os dentes mais acometidos foram os posteriores. Quando as pacientes tiveram as superfícies coradas os resultados foram que 92,1% tiveram 25% ou mais das superfícies coradas.

Também fazendo avaliação do consumo de carboidrato neste período, pode-se perceber que 89,2% afirmaram consumir carboidrato entre as refeições e somente 10,8% durante as refeições. Tendo por fim um resultado classificado em alto com 38,5% das gestantes. Concluindo que as gestantes que fazem consumo do

carboidrato entre as refeições apresentaram maior prevalência do diagnóstico do que as demais, não sendo significativa a idade da paciente. (15)

Em um estudo realizado em Londrina (PR) em 2000, com 102 gestantes cadastradas em uma unidade de saúde básica, onde questionadas sobre cárie 89,2% relataram saber o que é carie e que as causas apontadas são ingestão de doces (37%), má escovação (36%) e resíduos de alimentos (27%). Já no quesito a realização do tratamento odontológico durante a gravidez quase 10 % da amostra considera arriscado, têm receio de provocar deformidades no feto (58,3%), aborto (33,4%) ou hemorragias (8,3%). Das gestantes entrevistadas (36,3%) mencionaram ter tido algum problema bucal na gestação atual, mas apenas (24,5%) procuraram atendimento odontológico, as 77 gestantes que não procuraram atendimento alegaram não achar necessário (71,4%). O mito de que mulher grávida tem uma saúde bucal abalada, como situação inevitável do período da gestação pode ser um fator de dificuldade para procura de cuidados odontológicos durante este período. A gravidez por si só não deve ser vista como causadora de alteração bucal, embora algum caso preexistente se evidencie mais neste período. (17)

## **2.2 Gengivite**

As alterações gengivais também são comuns na maioria das grávidas. Doença periodontal é nome genérico onde se tem uma série de alterações patológicas que ocorrem no periodonto, que consiste nos tecidos que circundam o dente; como gengiva, osso alveolar, cemento e ligamento periodontal (fibras que unem a gengiva e o osso alveolar ao cemento). Apesar de serem inúmeras doenças periodontais, elas são agrupadas em apenas dois grupos: gengivite e periodontite. (12)

A gengivite é uma inflamação que acomete os tecidos gengivais, podendo ser de forma aguda, subaguda ou crônica, ocorre devido aos fatores locais como presença de microrganismo e impaction de alimentos ou até mesmo por fatores sistêmicos tais como distúrbios de ordem nutricional e até por características hereditárias. A gengivite pode evoluir para a periodontite, que apresenta maior gravidade e também envolve a gengiva, o cemento, o ligamento periodontal e o osso alveolar, geralmente levando à perda dentária. (13)

Em um estudo realizado pela UNESP, onde analisados prontuários e exames clínicos com 315 gestantes, onde a idade média foi 25 anos. Após realização de

avaliação de prontuário e exame clínico incluindo exames intrabucais avaliando condição gengival, presença de sangramento gengival, avaliação da condição periodontal através IPC (índice periodontal comunitário) e PIP (perda de inserção periodontal). Grande proporção de paciente apresentou sangramento gengival durante a gestação 67%, dentro as gestantes examinadas 49% apresentaram alterações na gengiva como edema e vermelhidão. De acordo com IPC mais da metade das pacientes apresentaram algum problema periodontal 86%, analisando o PIP 69% das pacientes tiveram perda de inserção. Com isso pode se observar que mais de 80% apresentam sinal de doença periodontal. (19)

É indispensável dizer que o período da gestação por si só não desencadeia quadros periodontais e que as alterações vasculares provenientes de tais alterações somadas à presença de placa bacteriana acabam agravando os quadros pré-existentes. (17)

Neste estudo pode-se concluir que a gengivite é a principal manifestação clínica da doença periodontal em gestantes. (19)

### **2.3 Granuloma Piogênico**

O granuloma piogênico é classificado como uma lesão benigna, constituída por tecido de granulação originária do tecido conjuntivo da pele ou da membrana mucosa. (21)

O granuloma piogênico é uma alteração bucal que pode manifestar nas gestantes devido à angiogênese aumentada pelos níveis plasmáticos de estrógenos elevados associados com a irritação local, biofilme e cálculo dental. É uma lesão proliferativa, não neoplásica, caracterizada por processo inflamatório, localizado mais comumente na gengiva, mais precisamente na região anterior da maxila. O granuloma tem como característica clínica inflamação acentuada, gengiva marginal e papilar edematosa, mudança de coloração (vermelho intenso), aspecto liso e brilhante, consistência flácida e friável, podendo ser pediculada ou séssil, sangra com facilidade ao toque, geralmente ocorre mais no segundo trimestre da gestação. O granuloma tem crescimento rápido podendo atingir dimensões que assustam os profissionais da odontologia e na maioria das vezes regride após o parto, o tratamento é remoção cirúrgica nos casos em que a ulceração interfira na mastigação (10).

Acomete 5% das gestantes por isso também é chamado de granuloma gravídico, o tratamento é baseado na remoção total, ou seja, excisão cirúrgica local. Quando não removida completamente pode recidivar. (21)

## 2.4 Erosão Dental

A erosão dental pode ser definida como perda progressiva e irreversível de tecido dental duro devido a processos químicos que não envolvem a ação de bactérias. Começando com a desmineralização das camadas superficiais do esmalte dental podendo também evoluir para perda importante de estrutura dental. Substâncias ácidas com pH inferior ao crítico para esmalte 5,5 e dentina 4,5 pode dissolver os cristais de hidroxiapatita, este quadro ocorre dependendo das concentrações de íons cálcio e fosfato da saliva e disponibilidade de flúor para atuar na remineralização. O pH da saliva então tem um importante papel na instalação e evolução da erosão dental. Processo denominado como efeito tampão da saliva. Entre os principais sinais da erosão dental está a diminuição do brilho do esmalte, ausência de placas macroscópicas e polimento das superfícies dentais atingidas pelo ácido. (7)

Vários fatores contribuem no processo da erosão do esmalte, sejam bulimia, anorexia, refluxo gástrico voluntário regurgitação devido à gastrite crônica associada ao alcoolismo, vômito crônico. Durante a gestação as regurgitações ocorrem principalmente no período da manhã e geralmente no primeiro trimestre podendo afetar as estruturas dos dentes devido ao conteúdo ácido do estômago. (10)

Sua etiologia pode ser de fonte extrínseca como comidas e bebidas ácidas podendo ser industrializadas (refrigerantes), naturais (frutas), as de fonte intrínsecas como ácidos endógenos pelo retorno do ácido gástrico em razão do refluxo voluntário ou involuntário. (20)

A partir de diagnosticado pode instituir métodos preventivos com intuito de impedir a sua progressão. Se sua etiologia for à dieta deve-se diminuir a frequência de consumo de alimentos ácidos. A conduta clínica dependerá do grau de severidade de estrutura dental com uso de aplicação tópica de flúor, verniz fluoretado, agente dessensibilizante ou até tratamento reabilitador. E de suma

importância que se reconheça lesão de erosão em estágio inicial, conhecendo sua etiologia para impedir sua progressão. (20)

Independente da etiologia o cirurgião deve tratar e orientar quanto à prevenção. O plano de tratamento só estará completo até que o quadro de regurgitação, vômitos e xerostomia sejam tratados. Sendo assim uma anamnese correta, planejamento e emprego de materiais adequados e acompanhamento, para que se consiga melhorar sua saúde bucal. (20)

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Hoje nota se que as condições de saúde bucal podem acarretar implicações estéticas, comprometimento da oclusão, inclusão social, alterações sistêmicas e ainda parto prematuro e bebe de baixo peso. A mãe é a principal fonte de microrganismo relacionadas a carie, portanto e primordial o conhecimento do estado de saúde bucal da gestante. Este estudo revela quais as principais alterações bucais na gestante e o quão é importante o esclarecimento sobre a saúde bucal neste período da vida da mulher, mostra também como a gestante se torna receptiva e interessada a novos hábitos visando sempre à saúde do bebe. As crenças populares, o medo de sentir dor, são algumas barreiras no atendimento odontológico. As principais alterações bucais encontradas nas gestantes são a carie, gengivite, granuloma piogênico e erosão.

A cárie é uma doença infectocontagiosa, transmitida de mãe para filho, que acomete a mulher durante a gestação também pelo fato de dificuldade de higienização, refluxos, desejos alimentares ricos em açúcar, outros fatores como nível socioeconômico, saúde geral.

Estudo na universidade UNESP ficou evidenciado que independente da idade as pacientes tiveram um alto índice de carie por parte das pacientes que consomem mais carboidratos entre as refeições, ou seja, houve uma mudança na alimentação. Já na universidade de Londrina mostrou que o mito, a crença e o medo prevalecem impedindo que pacientes gestante procurem atendimento odontológico.

Doenças periodontais são denominadas como sendo uma alteração patológica que ocorre no periodonto, divididas em gengivite e periodontite. A gengivite caracteriza por sendo a inflamação do tecido gengival por fatores como

presença de microrganismos e impactação de alimentos podendo evoluir para periodontite que atinge o periodonto de sustentação. Em estudo na universidade UNESP mostra que acima de 60% das gestantes apresentaram algum sangramento gengival e mais de 80% algum problema periodontal.

Granuloma piogênico é uma lesão benigna de tecido de granulação, causada por alteração nos níveis de plasmáticos de estrógenos elevados associados à irritação, mais comumente na gengiva região anterior da maxila, clinicamente se nota por ser uma inflamação acentuada de crescimento rápido que pode regredir após o parto. Estudos mostram que acomete 5% das gestantes. Seu tratamento é unicamente remoção cirúrgica e com risco de recidiva.

Erosão dentária é a perda progressiva e irreversível de tecido dental duro ocasionado por processo químico. Alguns fatores que promovem essa perda são bulimia, anorexia, refluxo gástrico, regurgitações, ou seja, é provocada pelo refluxo do ácido gástrico que associado ao pH da saliva destrói os cristais de hidroxiapatita. Outro fator que contribui para isso é o consumo de alimentos ácidos. Um diagnóstico bem feito pode impedir sua progressão e a conduta deve ser de acordo com a severidade da lesão.

Com essa revisão de literatura o que pode perceber é que as alterações encontradas não são devido ao fator gravidez embora elas possam ter seu estado agravado durante este período, as alterações são basicamente por fatores relacionados à má higiene, a falta de informação sobre saúde bucal, e aos hábitos alimentares com ingestão de carboidratos, alimentos ácidos e até mesmo falta de informações ou atualização do cirurgião dentista que por vezes tem receio de atender paciente grávida, as quais precisam entender que as crenças e mitos populares devem ser deixados para trás e priorizado a saúde bucal dela mesma e de seu neném.

As gestantes demonstram pouco conhecimento em relação a métodos preventivos em saúde bucal e doenças que acometem a cavidade bucal, necessitando assim da inclusão de atividades que sejam voltadas para a prevenção e promoção da saúde deste grupo de pacientes especiais (gestantes), são estas mulheres que representam uma mudança de hábitos saudáveis do qual a criança formará seus hábitos, atitudes e comportamentos.

Assim, conclui-se que há necessidade de programas de saúde voltados a tratamento curativo, educativo e preventivo para pacientes gestantes.

## REFERÊNCIAS

- 1- Lindhe, J.; Karring, T.; Lang, R. N. Anatomia do periodonto. AMMARI, M.M. Tratado de periodontia clinica e implantologia oral. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 3-48.
- 2- Busato, A. L. S.; Cárie dental. Torraiani, D. M. D.; Busato, S. L. A. Dentística: restaurações estéticas. 1 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2002. p 1-20
- 3- Neville, W. B.; Damm, D. D.; Allen, M. C.; Bouquot, E. J. Tumores de tecidos moles. Freitas, A. R. Patologia oral e maxilofacial. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. p. 519-521
- 4- Neville, W. B.; Damm, D. D.; Allen, M. C.; Bouquot, E. J. Doenças periodontais. Patologia Oral e Maxilofacial. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p 133-156
- 5- Codato. L. A. B.; Percepção de gestantes sobre a atenção odontológica durante a gravidez. [periódico na internet]. 2007. [acesso 06 novembro 2014] Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v13n3/30.pdf>
- 6- Reis, D. M. et al.; Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.1, pp. 269-276. ISSN 1413-8123. [acesso em 06 novembro 2014]; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100032>.
- 7- Branco, C. A.; Miranda. C. D. A.; et al; Erosão dental: diagnóstico e opções de tratamento. Revista de odontologia da UNESP. [periódico na internet]. 2008 [acesso em 06 novembro 2014]; p235-242. Disponível em: <http://www.revodontolunesp.com.br/files/v37n3/v37n3a06.pdf>
- 8- Louro M. P.; Fiori. H. H. et al. Doença periodontal na gravidez e baixo peso ao nascer. Jornal de pediatria Rio de Janeiro. [periódico na internet]. 2001 [acesso 06 novembro 2014]; 77(1): 23-28; Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v77n1/v77n1a08.pdf>

9- Piau, J. M. C. Atenção odontológica a gestante [TCC]. Patos de Minas: Faculdade de Patos de –FPM; 2013.

10- Moreira, V. B. Cuidados com gestantes na área odontológica. [TCC]. Patos de Minas: Faculdade de Patos de –FPM; 2011.

11- Moimaz, S. A. S.; Rocha, N.B. et al O acesso de gestante ao tratamento odontológico. Revista de odontologia da Universidade Cidade de São Paulo. [periódico na internet]. 2007 [acesso 15 de março 2015]; jan-abr; 19 (1): 39-45; Disponível

em:[http://arquivos.cruzeirosuleducacional.edu.br/principal/old/revista\\_odontologia/pdf/3\\_janeiro\\_abril\\_2007/o\\_acesso\\_gestantes.pdf](http://arquivos.cruzeirosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/3_janeiro_abril_2007/o_acesso_gestantes.pdf)

12- Garbin, C. A. S.; Sumida. D. H. et al. Saúde coletiva: promoção de saúde bucal na gravidez. Revista de Odontologia da Unesp, Araraquara. [periódico na internet]. 2011 [acesso 15 de março 2015]; jul/agost 2011: 40(4): 161-165; Disponível em: <http://www.revodontolunesp.com.br/files/v40n4/v40n4a01.pdf>

13- Oliveira, F. Q.; Gobira, B. et al. Espécies vegetais indicadas na odontologia Revista Brasileira de Farmacognosia, João Pessoa. [periódico na internet]. 2007 [acesso 28 de março 2015]; 17(3); *On-line version* ISSN 1981-528X; Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-695X2007000300022&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-695X2007000300022&script=sci_arttext)

14- Bastiani, C.; Cota, A. L. S.; Provenzano, M. G. A; Fracasso, L. C; Honório, H. M.; Rios, D. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. Odontologia Clinico Cientifica On line; [acesso 28 de março 2015]; Disponível: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-38882010000200013&lng=p&nrm=iso](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882010000200013&lng=p&nrm=iso)

15- Aguiar, T. C.; Valsecki, J. A.; Silva, S. R. C.; Rosell, F.L.; Tagliaferro, E. P. S.; Avaliação do perfil de risco de cárie dentária em gestantes de Araraquara, Brasil. Revista Cubana de Estomatología, [periódico na internet]. 2011 [acesso 28 de março 2015]; 48(4): 341-351; [acesso 28 de março 2015]; Disponível em: <http://repositorio.unesp.br/handle/11449/126093>

16- Moimaz, S. A. S.; Saliba, O.; Santos, K. T.; Queiroz, A. P. D.; Garbin, C. A. S.; Prevalência de cárie dentaria em gestantes atendidas no sistema único de saúde em município paulista; Revista Odontológica de Araçatuba, 2011 [periódico na internet]; v. 32, p 44-48, jan/jun; [acesso 28 de março 2015]; Disponível em <http://apcdaracatuba.com.br/revista/v32n12011/TRABALHO8.pdf>

17 – Catarin, R. F. Z.; Andrade, S. M.; Iwakura, L. H.; Conhecimentos, praticas e acesso a atenção á saúde bucal durante a gravidez; Revista Espaço para a Saúde,



Londrina, 2008 [periódico na internet]; 10(1): 16-24; [acesso 28 de março 2015]; Disponível em <http://www.uel.br/ccs/espacoparasaude/v10n1/Artigo%203%20%20referente%20ao%2064-2008.pdf>

18- Coordenação de desenvolvimento de programas e políticas de saúde codepps área técnica de saúde bucal [homepage na Internet]. Nascendo e crescendo com saúde bucal [acesso em 18 agosto 2015]. Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/nascendo\\_cresc\\_viv.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/nascendo_cresc_viv.pdf)

19 – Momaiz, A. S. S; Garbin, C. A. S; Saliba, N. A; Zina L. G.; Condição periodontal durante a gestação em um grupo de mulheres brasileiras –[monografia]. UNESP – Araçatuba out-dez 2008; [acesso 18 de agosto 2015]; Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/TCC%20odonto/condi%C3%A7%C3%A3o%20periodontal%20durante%20a%20gesta%C3%A7%C3%A3o.pdf>

20 - Catelan, A.; Guedes, A. P. A.; Santos, P. H.; Erosão dental e suas implicações sobre a saúde bucal. RFO, [periódico na Internet]. 2010 [acesso 18 de agosto 2015]; 15(1): 83-86; [acesso 18 de agosto 2015]; Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-4012/2010/v15n1/a034.pdf>

21- Moraes, S. H.; Moraes, G. F.; Durski, J.;Vieiro, F. L.; et al, Granuloma Piogenico: relato de caso clinico. Revista Gestão & Saúde (ISSN 1984-8153), Curitiba, 2003. [periódico na Internet]; 9: 12-19; [acesso 10 de setembro 2015]; Disponível em: [http://www.herrero.com.br/revista/edicao9/GRANULOMA-PIOGENICO\\_-\\_RELATO\\_DE\\_CASO\\_CLINICO.pdf](http://www.herrero.com.br/revista/edicao9/GRANULOMA-PIOGENICO_-_RELATO_DE_CASO_CLINICO.pdf)

22 - Navarro, P. S. L.; Dezan, C. C.; et. al, Prescrição de medicamentos e anestesia local para gestantes: conduta de cirurgiões-dentistas de Londrina, PR, Brasil. Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre, 2008. [periódico na Internet]; 49(2): 22-27; [acesso 05 janeiro de 2016]; Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/viewFile/3039/8284>

23 - Vasconcelos, R. G.; Vasconcelos, M. G.; et al. Atendimento odontológico a pacientes gestantes como proceder com segurança. Revista Brasileira de Odontologia, Rio de Janeiro, 2012. [periódico na Internet]; 69(1): 120-4; [acesso 05 de janeiro 2016]; Disponível em: <http://revodontobvsalud.org/pdf/rbo/v69n1/a27v69n1.pdf>

24 – Barbosa. C. P.; Uso de anestésicos locais em gestantes. –[monografia]. Maringá – 2003.; [acesso 05 de janeiro 2016]; Disponível em:

[http://www.gruponitro.com.br/atendimento-a-profissionais/%23/pdfs/artigos/anestesicos\\_locais/gestante\\_e\\_anestesicos\\_locais.pdf](http://www.gruponitro.com.br/atendimento-a-profissionais/%23/pdfs/artigos/anestesicos_locais/gestante_e_anestesicos_locais.pdf)

25 - Paiva, L. C. A.; Cavalcanti. A. L.; Anestésicos locais em odontologia: uma revisão de literatura. –[monografia]. UEPBP – Campina Grande out-nov 2005; [acesso 05 de janeiro de 2016]; Disponível em: [http://www.uff.br/farmacobasicamfl/sites/default/files/revisao\\_anestesicos\\_locais\\_em\\_odontologia.pdf](http://www.uff.br/farmacobasicamfl/sites/default/files/revisao_anestesicos_locais_em_odontologia.pdf)

26 – Amadei, S. U.; Carmo, E. D.; et. al. Prescrição medicamentosa no tratamento odontológico de grávidas e lactantes. RGO- Revista Gaucha Odontologia. Porto Alegre. 2011. [periódico na Internet]; 59 (0): 31-37; [acesso 05 de janeiro 2016]; Disponível em: [www.revistargo.com.br/include/getdoc.php?id=6297](http://www.revistargo.com.br/include/getdoc.php?id=6297)

27 – Bastos, R. D. S.; Silva, B. S. S.; et al. Desmistificando o atendimento odontológico à gestante. Revista Bahiana de Odontologia. 2014. . [periódico na Internet]; 5(2): 104-116 [acesso 05 de janeiro 2016]; Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/odontologia/article/viewFile/272/318>

## AGRADECIMENTOS

A Deus por ter nós dado saúde e força para superar as dificuldades.

Aos nossos pais, irmãos, filhos, marido pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da nossa formação, o nosso muito obrigado.

A esta faculdade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presente.

A nossa orientadora professora Mayra Maria França, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Agradeço a todos os *professores* por nós proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de *formação profissional*, por tanto que se dedicaram a nós, não somente por terem nós ensinado, mas por terem nós feito aprender. A palavra mestre, nunca fará justiça aos *professores* dedicados aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.