

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**JESSICA ROSA DE CARVALHO
MARIA FLAVIA DOS REIS BARREIROS**

**A DOENÇA PERIODONTAL RELACIONADA AO
PARTO PREMATURO E AO BAIXO PESO AO
NASCER: revisão de literatura**

**PATOS DE MINAS
2016**

**JESSICA ROSA DE CARVALHO
MARIA FLAVIA DOS REIS BARREIROS**

**A DOENÇA PERIODONTAL RELACIONADA AO
PARTO PREMATURO E
AO BAIXO PESO AO NASCER: revisão de literatura**

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

Orientadora: Prof.^a Esp. Lilian Barros

**PATOS DE MINAS
2016**

JESSICA ROSA DE CARVALHO
MARIA FLAVIA DOS REIS BARREIROS

A DOENÇA PERIODONTAL RELACIONADA COM O PARTO
PREMATURO E O BAIXO PESO AO NASCER: revisão de
literatura

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em 29 de novembro de 2016, pela
comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientador: _____
Prof.º. Esp. Lilian de Barros
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof.º. Esp. Eduardo Moura Mendes
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof.º. Esp. José Jorge Vianna Junior
Faculdade Patos de Minas

DOENÇA PERIODONTAL EM RELAÇÃO AO BAIXO PESO AO NASCER E AO PARTO PREMATURO: revisão de literatura

Jessica Rosa De Carvalho*

Maria Flavia Dos Reis Barreiros*

Lilian Barros**

RESUMO

Desde muitos anos, a periodontia reconhece que fatores sistêmicos exercem grande influência no desenvolvimento da doença periodontal. O objetivo deste trabalho é correlacionar a doença periodontal com o parto pré-termo. Os partos prematuros representam um problema de saúde pública e, também, de âmbito social. Foi realizado um estudo descritivo qualitativo, onde destacou-se as possíveis causas ligadas ao parto pré-termo, como a sua relação com a doença periodontal. O processo fisiológico que acarreta o parto prematuro é visto como um grande mistério para muitos obstetras. As patologias do periodonto podem interferir neste processo através de duas maneiras; a primeira hipótese é a de que os tecidos periodontais que estão inflamados funcionem como uma espécie de depósito de bactérias que migram para a corrente sanguínea até chegar à cavidade uterina; a segunda hipótese é a de que os próprios sítios periodontais geram mediadores de inflamação que passam a agir como potentes fontes de citocinas fetotóxicas.

Palavras-chave: Doença Periodontal. Parto Pré-Termo. Gestação.

ABSTRACT

Since many year one recognizes periodontics What systemic factors exert great influence any development of periodontal disease. This study will correlate periodontal disease with preterm delivery. Premature birth symbolize hum the problem what

*Aluno do Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas (FPM) formando no ano de 2016 e-mail do aluno jessicagatinhacarvalho@hotmail.com, mflaviabarreiros@hotmail.com

**Professora de Periodontia e Cirurgia no curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial pela Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG e-mail do professor lilidebarros@hotmail.com

causes data to public health and social also without scope. Is, um qualitative descriptive study, where highlight how Possible Causes linked the preterm birth and periodontal disease. The physiological process que causes premature delivery and seen as great hum mystery paragraph many obstetricians. Being que a periodontal disease, this could interfere with the process through two ways, the first hypothesis the is periodontal tissues that are inflamed, would become a sort of deposit of bacteria, of which one would migrate for bloodstream until you reach the uterine cavity; and a second hypothesis que the own periodontal sites, mediators would generate inflammation que would act as powerful sources of fetotóxicas cytokines.

Keywords: Periodontal Disease. Pre-term birth. Gestation.

INTRODUÇÃO

Há tempos, a Periodontia vem admitindo as influências da diabetes, obesidade, artrite reumatóide, tabagismo, uso abusivo de certos medicamentos, osteoporose e estresse no sistema saúde-doença periodontal. Atualmente, uma nova nomenclatura denominada “Periodontia Médica” ou “Medicina Periodontal” surge como um novo campo relevante na Periodontia, tentando descobrir a ligação entre doença periodontal e algumas patologias sistêmicas. ⁽¹⁾

A patologia periodontal acontece quando há um desequilíbrio entre a agressão microbiana e a resposta do hospedeiro, começando a partir do depósito de biofilme dentário. Diante disso, dependendo da reação do hospedeiro em relação ao quadro de gengivite, esta pode evoluir para periodontite quando não se inicia a terapia periodontal correta e no momento exato. ⁽²⁾

O parto pré-termo ou prematuro é considerado um grande problema para a saúde pública, seja em países desenvolvidos ou subdesenvolvidos. Este tipo de parto é responsável por 40 a 60% de todos os óbitos perinatais e está correlacionado a mais de 50% de todas as deficiências que acometem o sistema nervoso central de pessoas com idade avançada. ⁽³⁾

A colonização bacteriana na superfície dental induz resposta inflamatória nos tecidos periodontais, que atuam como reservatórios de mediadores inflamatórios em elevadas concentrações, como PGE2 (prostaglandina) e TNF- α (fator de necrose tumoral alfa). As infecções periodontais servem como reservatórios para micro-organismos anaeróbios gram-negativos, endotoxinas e lipopolissacarídeos. Portanto, a presença da infecção periodontal pode representar um caminho adicional de exposição infecciosa e inflamatória para a unidade feto-placentária, constituindo-se em uma ameaça potencial para a gestação. ⁽⁴⁾

A importância dos cuidados bucais, no decorrer da gestação, está fundamentada em duas justificativas principais: as mulheres, no período da gravidez, devem ter uma alimentação correta para que não apresentem dor e/ou mobilidade dentária. Além disso, as enfermidades periodontais infecciosas podem se propagar pelo sistema circulatório e excitar a produção de citocinas inflamatórias. Em virtude disto, atuais estudos correlacionam determinadas complicações gestacionais como parto pré-termo, pré-eclâmpsia e recém-nascidos com baixo peso com a existência destas substâncias, que são produzidas no periodonto contaminado. ⁽⁴⁾

O nascimento prematuro ocorre, usualmente, como resultado de um desses três problemas diagnosticados pela obstetrícia: trabalho de parto prematuro, complicações maternas e/ou complicações fetais, sendo que o trabalho de parto prematuro pode ser causado pela reação inflamatória proveniente de infecções. Neste contexto, a doença periodontal pode ser considerada. ⁽⁵⁾

Portanto, a necessidade da avaliação da paciente como um todo é cada vez mais ressaltada. Isso demonstra a importância da interação entre profissionais das áreas odontológica e médica, tanto para o entendimento de condições que alteram o processo evolutivo da doença bucal ou condição sistêmica, como também para o seu tratamento e prevenção. ⁽⁶⁾

REVISÃO DA LITERATURA

São várias as alterações metabólicas que ocorrem no decorrer do processo gestacional, principalmente com o intuito de suprir as necessidades do embrião e, também, da gestante. Tais mudanças sistêmicas podem refletir na saúde bucal. Desta forma, a gestante é vista como paciente especial e, por isso, precisa de um atendimento odontológico diferenciado. ⁽⁷⁾

IMPORTÂNCIA DA SAÚDE BUCAL DURANTE A GRAVIDEZ

Informações acerca da saúde bucal, no decorrer do período gestacional, é de bastante relevância em decorrência do fato de que, nesse período, as mulheres estão em busca de novas informações e abertas à novas mudanças em certas condutas que podem ter sequelas positivas tanto para a saúde do bebê quanto para elas próprias. Assim, a gravidez é um período propício para desmascarar determinadas crenças e medos em relação ao tratamento odontológico, relatar sobre a relevância do controle do biofilme dentário e, também, de uma dieta correta, além de informar sobre as possíveis mudanças na saúde bucal que podem acontecer durante a gestação e as medidas que devem ser tomadas para evitá-las. ⁽⁸⁾

Não se pode omitir o atendimento odontológico para gestantes. Contudo, deve-se ter uma atenção especial com relação às condutas consideradas habituais, como a realização de exames radiográficos, prescrição de medicamentos e anestésias. ⁽⁷⁾

As visitas periódicas ao cirurgião dentista são extremamente relevantes para evitar, diagnosticar e sanar tais problemas, evitando o comprometimento durante o

período gestacional. A gestante tem que relatar a gravidez ao profissional, para que o mesmo não utilize raios-X (a não ser em casos de extrema necessidade para o diagnóstico e tratamento) e troque o anestésico habitualmente empregado por outro que não proporcione riscos ao feto. Durante a gestação, desenvolvem-se determinadas mudanças de saúde extremamente complexas que o dentista deve ter conhecimento, para poder recomendar à gestante os cuidados em relação ao seu estado de saúde geral. ⁽⁹⁾

O tratamento odontológico é considerado, por algumas gestantes, um procedimento de risco, pois existe a crença que este tratamento pode colocar a criança em risco. Nos dias atuais, sabe-se que o tratamento no período gestacional é seguro e muito importante durante esse período, evitando que ocorra doença periodontal e prejuízos à saúde bucal. ⁽¹⁰⁾

Muitos dentistas partilham de opiniões e receios relatados por suas pacientes. Inúmeras gestantes, ao buscarem atendimento odontológico, são dissuadidas a não procurarem tal assistência no período gestacional. Além disso, vários obstetras não abrangem, em suas anamneses, os problemas relacionados a saúde bucal, não monitoram a cavidade bucal destas pacientes e não as aconselham a procurarem cuidados odontológicos. ⁽¹¹⁾

Atualmente, sabe-se que, com conhecimentos técnico e científico, vários procedimentos odontológicos podem ser realizados durante o período gestacional. Entretanto, para o atendimento, deve-se determinar os procedimentos mais seguros, limitar o tempo do atendimento odontológico e reduzir as dosagens de medicamentos, com o intuito de se conseguir uma conduta mais segura. ⁽¹²⁾

O ato de prevenir deve ser priorizado. Naquelas situações onde houver realmente a necessidade curativa, a terapia deve ser iniciada, visto que os problemas na cavidade oral podem prejudicar tanto o bebê quando a gestante, principalmente quando há o comprometimento da parte nutricional e risco de propagação de patógenos via corrente sanguínea. O período considerado mais seguro para a execução do tratamento odontológico é o segundo trimestre de gestação. Contudo, naquelas situações onde as gestantes precisam de tratamento de urgência, o dentista deve solucioná-los, independente do período de gestação em que a paciente estiver.

Uma anamnese bem conduzida é capaz de destacar particularidades primordiais da gestante para que, assim, o profissional trace um plano de tratamento efetivo. ⁽¹²⁾

O tratamento odontológico das gestantes tem que ser compreendido como parte integrante do pré-natal, por também considerar pontos clínicos e biológicos como, por exemplo, a atual interligação entre a patologia periodontal em gestantes e o nascimento de crianças prematuras e com baixo peso. Há analogia positiva entre a experiência de cárie da mãe e dos filhos, ocasionada pela transmissão prematura de bactérias e, também, pela partilha de costumes culturais e condições socioeconômicas do meio familiar. ⁽¹³⁾

Noções relacionadas à higienização bucal, limpezas dentárias feitas em consultórios e a aplicação tópica de flúor podem ser executadas em qualquer período da gestação sem que haja risco ao feto. ⁽¹⁴⁾

ALTERAÇÕES BUCAIS DURANTE A GESTAÇÃO

A gestação, de maneira isolada, não pode ser considerada como a responsável pelo aparecimento das alterações bucais como, por exemplo, o surgimento de patologia periodontal e cárie. Mudanças nas taxas de hormônios e na maneira de se comportar durante o período gestacional podem colaborar para intensificar as doenças já existentes. ⁽¹⁵⁾

Determinadas modificações podem acontecer na cavidade oral no decorrer da gravidez. Contudo, em muitos dos casos, são intensificadas pela negligência das próprias gestantes quanto aos cuidados de higiene bucal. Todavia, é importante destacar que, o tratamento odontológico invasivo, sem ser emergencial, deve ser prorrogado até o nascimento do bebê, visto que as complicações tardias da terapia odontológica nem sempre são esperadas. ⁽¹⁴⁾

As mudanças fisiológicas que ocorrem durante a gravidez incluem transformações vão atuar sobre todo o organismo, inclusive sobre a cavidade bucal e na fisiologia oral. Ocorrem aumento da salivação, náuseas e enjôos, alterações sobre o periodonto, ganho de peso exagerado, hipotensão postural, aumento da urina, restrição da função respiratória, potencial de hipoglicemia, diminuição ou aumento dos batimentos cardíacos e síncope. Tais alterações demonstram um desequilíbrio na atividade metabólica decorrentes das taxas hormonais, muitas vezes desconhecidos pela Equipe de Saúde Bucal.

⁽¹²⁾

A prevalência da cárie não tem correlação com o período gestacional, mais sim, com fatores como a baixa predisposição estomacal, que faz com que pacientes grávidas reduzam o consumo de alimentos durante as refeições e elevem a frequência de ingestão. Tal conduta tem, como consequência, uma alta ingestão de carboidratos que, relacionada à péssima higienização bucal e consequente depósito de placa bacteriana, eleva o risco de desenvolvimento de cárie dentária e de doença periodontal.^(7,8)

A doença periodontal pode ser dividida em duas categorias: a gengivite e a periodontite. A gengivite acomete somente tecido mole. Já na periodontite, são acometidos tecidos mole e duro (ligamento periodontal, cemento e osso).⁽¹⁰⁾

A gengivite é a doença periodontal mais comum e afeta mais de 30% das pacientes grávidas. O início dessa patologia é observado durante o segundo mês de gestação e pode haver um aumento da severidade e da prevalência até o parto.⁽⁶⁾

O controle da placa bacteriana com higiene bucal intensificada pode ser executado em qualquer trimestre gestacional, visto que a gengivite, durante a gravidez, é a patologia que ocorre com maior frequência. Na gengivite, a gengiva fica mais vascularizada, com maior sensibilidade e com certo inchaço. A gengiva marginal fica avermelhada e pode apresentar sangramento nos momentos da escovação e mastigação.⁽¹⁴⁾

A doença periodontal em gestantes recebe destaque notável como fator de risco com potencial independente para o nascimento de bebês com pouco peso e prematuros.⁽⁸⁾

A produção diária normal de estrógeno e de progesterona é de 0,6 e 19 mg, respectivamente. Porém, a gestante produz cerca de 20 e 300mg diariamente. Essas várias mudanças nas taxas de hormônios modificam as respostas do periodonto aos agentes irritantes. De maneira diferente da flora que causa lesões cariosas, a flora relacionada à patologia periodontal tem sua elevação beneficiada pela elevação nas concentrações de progesterona e estrogênio. Pesquisas *in vitro* destacam que tais hormônios servem de nutrientes para as bactérias específicas do biofilme que desenvolvem a doença periodontal.⁽¹⁶⁾

O granuloma piogênico está intimamente correlacionado a alguma lesão ou irritação por cálculo ou placa bacteriana, em conjunto com as mudanças hormonais responsáveis pela resposta tecidual exacerbada.⁽¹⁶⁾

O granuloma piogênico apresenta-se como massa plana ou lobulada, usualmente pediculada. Sua superfície varia de rosa a vermelho ou roxo e, esta pode estar ulcerada. Tem como característica ser uma massa indolor, embora sangue facilmente devido à sua extrema vascularização. Já que o índice de recidiva é maior para os granulomas removidos durante a gravidez, o tratamento deve ser adiado e, algumas lesões podem desaparecer após o parto. ⁽⁷⁾

Erosões dentárias podem ocorrer durante o período gestacional, devido à enjoos, que são frequentes nesse período. Sucessivas regurgitações podem vir a prejudicar as estruturas dos dentes, pois o ácido estomacal pode desmineralizar o esmalte e a dentina. Tal fenômeno é diagnosticado pela análise da superfície lingual dos dentes. ⁽¹⁴⁾

PARTO PREMATURO

Uma gravidez normal dura de 37 a 42 semanas (gravidez a termo), a contar do primeiro dia da última menstruação. Trabalho de parto prematuro é aquele que começa antes de 37 semanas de gestação. O parto é caracterizado por contrações uterinas coordenadas que levam a uma dilatação do colo do útero e, finalmente, à expulsão do feto. Durante o período gestacional, hormônios maternos e citocinas de ação local contribuem para o controle do início do trabalho de parto, das contrações uterinas e das possíveis modificações do colo uterino. Infecções durante a gestação levam a uma perda do controle desse mecanismo, o que pode acarretar em um trabalho de parto prematuro e o nascimento de crianças com baixo peso. ^(5, 17)

O parto prematuro pode ser espontâneo ou induzido. Dentre os espontâneos, existem: trabalho de parto prematuro ou ruptura prematura das membranas (bolsa das águas) e o parto induzido, que ocorre por indicação maternal ou fetal (ou seja, de acordo com as condições sistêmicas da parturiente ou do feto), sendo iniciado pela ação de medicamentos, sem trabalho de parto. ⁽¹⁸⁾

Estudos mostraram que a prematuridade é a principal causa de morte neonatal no mundo. No Brasil, este índice é de 11%. Na América Latina, o índice pode chegar até 43% do total de mortes. ⁽¹⁹⁾

O nascimento de bebês prematuros e de baixo peso está associado à elevada taxa de mortalidade no período pós-natal (28 dias a 11 meses de idade). Além do efeito significativo na taxa de mortalidade infantil,

há evidência crescente para ligar esses nascimentos a outros problemas de saúde que podem incapacitar estas crianças total ou parcialmente pelo resto da vida, o que torna este problema um dos mais relevantes em Obstetrícia. ⁽²⁰⁾

PARTO PREMATURO X DOENÇA PERIODONTAL

Há fatores de risco que podem levar ao parto prematuro, tais como: tabagismo, infecções, drogas, ganho de peso durante a gravidez, o peso pré-gestacional, idade materna inferior a 18 anos e superior a 34, condições de vida precária, deficiência na assistência pré-natal e estresse materno. ⁽¹⁹⁾

Um grande número de fatores associados ao parto prematuro e ao baixo peso ao nascer são associados às condições socioeconômicas, pré-natal desfavorável e gravidez nos extremos de idade. ⁽⁵⁾

Estudos apontaram cinco pontos envolvidos no mecanismo do parto prematuro. São eles: processos fisiológicos normais que acontecem cedo demais, infecção, inflamação, hemorragia e isquemia placentária. ⁽⁵⁾

Evidências relacionando infecção maternal com o parto prematuro começaram a ser estudadas em 1996. Desde então, tem-se pesquisado a relação da doença periodontal com o parto pré-termo e o nascimento de bebês com baixo peso. ⁽⁵⁾

A possibilidade de a doença periodontal ser uma das causas importantes do nascimento precoce tem origem nos estudos de Offeenbacher et al (1995). O aumento da inflamação gengival durante a gravidez é relatado há muitos anos. ⁽⁵⁾

Existem sugestões de que este fato esteja relacionado há uma imunossupressão. Experimentos em animais, nos quais hamsters grávidas foram infectadas com *Porphyromonas gingivalis*, uma bactéria gram negativa associada à doença periodontal, demonstraram uma associação significativa entre essas bactérias e o aumento de níveis de prostaglandinas, que são sinais químicos celulares lipídicos similares a hormônios. Elas controlam processos tais como: a inflamação, o fluxo de sangue, a formação de coágulos sanguíneos e a indução do trabalho de parto. Sendo assim, concluiu-se que a doença periodontal pode afetar a gravidez em humanos. ⁽⁵⁾

As doenças periodontais geram uma resposta inflamatória e imunológica devido à agressão tecidual por substâncias produzidas pelas bactérias gram-negativas, o que leva à liberação de citocinas pró-inflamatórias, que são um extenso

grupo de moléculas envolvidas na emissão de sinais entre as células durante o desencadeamento das respostas imunes. As diferentes citocinas podem ser enquadradas em diversas categorias: interferons (IFN), interleucinas (IL), fator estimulador de colônias (CSF), fator de necrose tumoral (TNFa e TNFb) e fator de transformação de crescimento (TGF b). Essas moléculas levam à elevação do nível de prostaglandinas e interleucina I na corrente sanguínea e no fluido gengival de gestantes, o que pode induzir o parto prematuro. O aumento da biodisponibilidade dos níveis de prostaglandinas e da concentração de receptores para o hormônio oxitocina (hormônio produzido pelo hipotálamo que promove contrações musculares uterinas) parece estar associado aos primeiros eventos relacionados ao trabalho de parto. Portanto, devido à liberação de mediadores inflamatórios envolvidos no processo da doença periodontal, esta tem sido considerada um fator de risco para ocorrência de parto pré-termo e o nascimento de bebês de baixo peso. ⁽⁶⁾

A infecção do periodonto tem, por resultado, a destruição do ligamento periodontal, do cemento e do osso alveolar. Clinicamente, a periodontite é caracterizada por perda de inserção, formação de bolsa e alteração na densidade e altura do osso alveolar. ⁽²¹⁾

Um dos fatores de risco correlacionados à doença periodontal e à indução do parto prematuro é a interação entre a placa bacteriana e a deficiência na higiene oral, que irão funcionar como agentes diretos para a instalação e propagação da doença periodontal. ⁽⁵⁾

A periodontite pode ser um fator causal do nascimento prematuro de crianças com baixo peso. Estudos demonstraram que, gestantes com periodontite e perda de inserção de 3mm, apresentavam 7,5 vezes mais risco de terem bebês com baixo peso ao nascer. Em um estudo observacional, que acompanhou 1313 gestantes entre a 21ª e 24ª semana de gestação até o parto, gestantes com periodontite generalizada apresentaram o risco 4,45 vezes maior de ocorrência de parto prematuro. Outros autores chegaram a resultados semelhantes. Porém, há estudos que não confirmam a periodontite como sendo um fator de risco para o nascimento de bebês com baixo peso ao nascer. ⁽¹⁾

O risco de nascimento de bebês prematuros e com baixo peso são proporcionais à profundidade da bolsa periodontal e ao nível de inserção clínica. ⁽²²⁾

Estudos revelam que 30 a 50% dos casos de partos prematuros, com o nascimento de crianças que apresentam baixo peso, são causados por infecções à

distância. Patologias como pneumonia, encefalite, rubéola e infecção de urina têm a capacidade de atravessar a barreira fetoplacentária, causando uma resposta inflamatória e gerando alterações como necrose, hemorragia focal e restrições ao nascimento. ⁽²²⁾

O baixo peso ao nascer pode aumentar a susceptibilidade para outras complicações, tais como: má nutrição, diabetes, processos infecciosos, doenças respiratórias e várias outras doenças que podem levar o recém-nascido ao óbito. ⁽²²⁾

Interação entre Médicos e Cirurgiões-Dentistas

O tratamento da gestante deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, para que seja difundida a relação da doença periodontal com o parto prematuro e com o nascimento de bebês com baixo peso. ⁽⁶⁾

A doença periodontal deve ser divulgada visando elucidar aos médicos e cirurgiões-dentistas sobre a importância de um diagnóstico mais preciso. O médico deverá saber diagnosticar as alterações hormonais que ocorrem na gravidez e relacioná-las à condição bucal da grávida, encaminhando-a para o atendimento odontológico. Do mesmo modo, o cirurgião dentista, por sua vez, deverá relacionar a condição bucal da gestante com possíveis complicações sistêmicas, podendo encaminhá-la para o médico. Programas odontológicos voltados para grávidas devem esclarecer a importância da saúde bucal, sendo benéficos tanto para a gestante quanto para o recém-nascido. Através desta conduta, pacientes grávidas poderiam manter sua saúde gengival ou restabelecê-la, o que poderia reduzir o risco do parto prematuro relacionado à doença periodontal. ⁽¹⁷⁾

O dentista pode e deve interpelar, durante a anamnese, se sua paciente está grávida, pois, em muitos dos casos, a gravidez só é visível passados os dois primeiros meses, correndo o risco de se prescrever fármacos e de se adotar condutas que são prejudiciais no primeiro trimestre de gestação. ⁽¹⁴⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Saúde bucal, durante o período gestacional, tem íntima relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar no bem-estar do bebê. A prevenção, desde os primeiros anos de vida, auxilia no desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis que irão refletir na manutenção da saúde bucal do indivíduo durante toda a sua vida.

Toda gestante deve ser orientada sobre a possibilidade de receber atenção em saúde bucal. Para tanto, é fundamental a interação da equipe de saúde bucal com a equipe multiprofissional da unidade de saúde; principalmente com os médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, recepção da unidade de saúde e agentes comunitários. Os grupos educativos na comunidade também deverão ser fonte de captação das gestantes.

Os programas de saúde à gestante na rede pública já incluíram a avaliação odontológica na realização de um pré-natal eficiente para o controle da prematuridade, especialmente em países subdesenvolvidos como o Brasil, onde as taxas de partos pré-termo são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos.

Já as gestantes que fazem o acompanhamento na rede privada não recebem avaliação odontológica e nem informações sobre cuidados com a higiene bucal, por isso é importante a interação dos cirurgiões-dentistas com os médicos para que possam passar as informações corretas para as suas pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Zanatta FB, Machado E, Zanatta GB, Fiorini T. Doença periodontal materna e nascimento prematuro e de baixo peso: uma revisão crítica das evidências atuais. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. 2007; 36(1): 96-102.
2. Domingues JM, Oliveira LCBS, Machado JAW. A doença periodontal como possível fator de risco colaborador, dentre os demais fatores de risco clássicos, para o parto prematuro e/ou baixo peso ao nascer- Revisão de literatura. **R. Periodontia**. 2010; 20(2): 33-38.
3. Grandi C, Trungadi M, Meritano J. Doença periodontal materna e parto pré-termo: um estudo de caso-controle. **Rev Pan-Amaz Saude**. 2010; 1(2): 41-48.
4. Bragion DB, Costa SRG, Zaffalon GT, Tognetti VM, Garcia, MBO. Doença periodontal e parto prematuro. Há uma relação de risco?. **Brazilian Journal of Health**. 2012; 3(2): 1-10.
5. Figueredo CM, Sampaio JN, Fischer RG. A doença periodontal como mecanismo de indução ao parto prematuro de crianças com baixo peso. **Revista do Centro de Estudos**. 2002; 8(2): 44-47.
6. Bertolini PFR, Filho OB, Niero BG, Saraceni CHC, Splendore SMG, Pomílio A, Guanais MAB, et al. Medicina periodontal e a mulher: A importância do seu conhecimento para uma abordagem preventiva por ginecologista/obstetra e cirurgiões-dentistas. **Rev. Ciênc. Méd.** 2007, 16(3): 175-185.
7. Mameluque S, Rezende JC, Costa CCG, Vanham IM, Oliveira JM, Rocha MV, Amaral TS, Carvalho WAL, e al. Abordagem integral no atendimento odontológico à gestantes. **Unimontes científica**. 2005; 7(1): 67-75
8. Bastiani C, Cota ALS, Provenzano MGA, Fracasso MLC, Honório HM, Rios D. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. **Odontologia Clínico-Científica**. 2010; 9(2): 155-160.
9. Silva SZO. Pré natal odontológico: a importância da educação em saúde para a promoção da saúde bucal no período gestacional. [Monografia]. Teófilo Otoni: Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

10. Cruz SS, Costa MCN, Gomes Filho IS, Vianna MIP, Santos CT. Doença periodontal materna como fator associado ao baixo peso ao nascer. *Revista Saúde Pública*. 2005; 39(5): 782-787.
11. Leal NP. Saúde bucal da gestante: conhecimentos, práticas e representações do médico, do dentista e da paciente. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
12. Oliveira EC, Lopes JMO, Santos PCF, Magalhães SR. Atendimento odontológico a gestantes: a importância do conhecimento da saúde bucal. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**. 2014; 4(1): 11-23.
13. Finkler M, Oleiniski DMB, Ramos FRS. Saúde bucal materno – infantil: um estudo de representações sociais com gestantes. **Texto Contexto Enferm**. 2004; 13(3): 360-8.
14. Poletto VC, Stona P, Weber JBB, Fritscher AMG. Atendimento odontológico em gestantes: uma revisão da literatura. **Stomatós**. 2008; 14(26): 64-75.
15. Aleixo RQ, Moura CO, Almeida FA, Silva HMLL, Moreira KFA. Alterações bucais em gestantes: revisão da literatura. **Saber científico odontológico**. 2010; 1 (1): 68-80.
16. Melo NSFO, Ronchi R, Mendes CS, Mazza VA. Hábitos alimentares e de higiene oral influenciando a saúde bucal da gestante. **Cogitare Enfermagem**. 2007; 12(2): 189- 197.
17. Camargo EC, Soibelman M. Prevalência da doença periodontal na gravidez e sua influência na saúde do recém-nascido. **Rev. AMRIGS**. 2005; 49(1): 11-15.
18. Bettiol H, Barbieri MA, Silva AAM. Epidemiologia Do Nascimento Pré-Termo: tendências atuais. *Revista Brasileira de ginecologia e obstetria*: **Rev Bras ginecol obst**. 2010; 32(2): 57-60.
19. Ribeiro CM. Relação entre a doença periodontal em gestantes com parto prematuro e o nascimento de bebês de baixo peso. **Revista saúde e desenvolvimento**. 2013; 4(2): 142-159.

20. Alves RT, Ribeiro RA, Costa LRRS. Associação entre doença periodontal em gestantes e nascimentos prematuros e/ou de baixo peso: um estudo de revisão. **HU ver.** 2007; 33(1): 29-36.

21. Abreu LMG, Lopes FF, Pereira AFV. Doença periodontal e condições sistêmicas: Mecanismos de interação. **Revista pesquisa saúde.** 2010; 11(2): 52-56.

22. Alonso JMS, Custodio LF, Rode SM, Portillo JAC. Normatização do SUS e pastoral da criança quanto à doença periodontal e condição periodontal das gestantes acompanhadas. **R. periodontia.** 2008; 18(3): 57-61.

AGRADECIMENTOS

Hoje é dia de respirar fundo e agradecer todos aqueles, que estiveram ao nosso lado nesta trajetória. A Deus, o grande responsável por esta vitória, sem ele nada seria possível. A nossa Orientadora Lilian de Barros nossa profunda admiração, carinho e respeito pela pessoa extraordinária que é, que sempre esteve ao nosso lado, nós incentivando e orientando em meio as nossas dúvidas. As nossas famílias, agradecemos o apoio incondicional, o amor e carinho que nos deram força para seguir em frente.

Data de entrega do artigo para a banca: 29/11/2016