

## Verdades e Mitos sobre o Atendimento Odontológico da Paciente Gestante

Juliana Fernandes Mendonça Oliveira \*, Patrícia Elaine Gonçalves \*\*

**Resumo:** O objectivo deste estudo foi é realizar uma revisão crítica da literatura odontológica a cerca dos mitos e verdades sobre o atendimento odontológico da paciente gestante. Percebe-se que nesta fase a paciente sofre várias alterações, tanto fisiológicas, como psicológicas, as quais levam à paciente temer o tratamento odontológico. Todo e qualquer médico dentista tem a capacidade de atender a paciente gestante, principalmente durante o segundo trimestre, porém deve estar atento a alguns temas relacionado ao seu tratamento, como à terapêutica medicamentosa. Quando se receita analgésico, paracetamol (500 a 750 mg) deve ser o medicamento de eleição. Já sobre os antiinflamatórios, a betametasona e dexametasona em dose única de 4 mg são recomendadas. Em relação aos antibióticos, pode-se receitar amoxicilina. Todavia, a cerca dos anestésicos, deve indicar lidocaína a 2% com adrenalina ou noradrenalina, evitando o uso da prilocaína 2% com felipressina. Quanto ao exame de raios-X, não é contra-indicado quando o profissional protege a paciente com o avental e colar de chumbo. A suplementação de flúor a gestante é contra-indicada, mas a sua terapia oral com flúor sim, principalmente, para melhorar a condição bucal da mãe. O aumento da prevalência de doenças periodontais e cárie dentária ocorrem devido a maus hábitos de higiene pela mãe, e não decorrente da gravidez. Conclui-se que a atenção odontológica a gestante se faz necessária e os profissionais da odontologia devem procurar desmistificar crenças e mitos em torno do atendimento.

**Palavras-Chave:** Odontologia Preventiva; Gestantes; Medicina dentária; Relações Dentista-Paciente

**Abstract:** This study is realizing a critical review of the odontological literature about the truths and myths about the dentistry treatment of the pregnant patient. It's noted that in this phase, the patient has a lot of alterations, physiologic, psychological, and it do the patient fell afraid to the dentistry treatment. All and any dentist has the capacity to attend the pregnant patient, mainly during the second semester, but this may be careful to some themes related to their treatment, like the medicament therapeutic to this group. When the analgesic is prescribed, paracetamol (500 to 750 mg) may be the medication of choice. About the anti-inflammatory, the bethametasona and dexamethasone in unique dose of 4 mg are recommended. In relation to the antibiotics, we can prescribe he amoxicillin. However, about the anesthetics, it may be indicated the lidocain 2% with adrenalin or noradrenalin, avoiding the use of prilocain 2% with felipressin. Em relation to the exam of X-rays, it's not contra-indicated when the professional protect the patient with pumb apron and necklace. The supplement of flour to pregnant is contra-indicated, but the oral therapy with flour yes, mainly, to improve the bucal condition of the mother. The increase of the prevalence of periodontal disease and dental decay occur because of the bad habits of hygiene from the mother, and it isn't due the pregnancy. Conclude that the odontological attention to pregnant is necessary and the professionals of dentistry may search for demystify beliefs and myths in relation to the treatment.

**Key-words:** Preventive Dentistry; Pregnant Women; Dentistry; Dentist-Patient Relations

(Oliveira JFM, Gonçalves PE. Verdades e Mitos sobre o atendimento Odontológico da Paciente Gestante. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 2009;50:165-171)

\* Cirurgiã-dentista graduada pelo Centro Universitário UnirG

\*\* Cirurgiã-dentista e Profa. Adj. da Faculdade de Odontologia- Centro Universitário UnirG

## INTRODUÇÃO

A gestação é um processo que pode ser definido como a continuação de eventos que ocorrem após a fecundação do óvulo, o qual se desenvolve até virar o feto, ou seja, um período em que apresentam diversas alterações no organismo da mulher, e na sua cavidade oral. Por isso, é importante que a gestante receba atenção odontológica, porém, a maioria delas tem grande receio em tratar seus problemas bucais durante a gestação, porque acredita que o tratamento possa de alguma forma, prejudicar o seu bebé.

Vários estudos mostram que o atendimento odontológico da paciente gestante não a prejudica, muito menos à criança, inclusive, muitos trabalhos enfatizam que o pré-natal odontológico deve esclarecer que mitos só impedem ambos (gestante e bebé), de terem uma saúde bucal adequada. Além do que, há muitas verdades que sedimenta o tratamento odontológico nesta fase.

Assim, se fazem necessários, estudos que esclareçam a classe odontológica, e as próprias gestantes sobre essas crenças nas quais muitas se baseiam, o que torna mais difícil o tratamento e a prevenção de problemas bucais, ademais, o cirurgião dentista tem a responsabilidade de consciencializar a futura mãe sobre a sua saúde bucal, e se possível melhorá-la, levando em consideração o estado emocional e fisiológico em que ela se encontra<sup>(1)</sup>.

O objectivo do trabalho é realizar uma revisão crítica da literatura odontológica a cerca das verdades e mitos sobre o atendimento odontológico da paciente gestante, assim como a importância da Medicina Dentária Preventiva nesta fase.

## MATERIAL E MÉTODOS

O estudo consiste na revisão de literatura sobre o tema estudado. Essa prática consiste num processo de levantamento e análise do que já foi publicado sobre o tema em análise, que segundo Noronha e Ferreira<sup>(2)</sup> essa metodologia consiste em uma análise da produção bibliográfica em determinada área temática, fornecendo uma visão geral, evidenciando novas ideias.

Para isso realizou-se a colecta de trabalhos científicos sobre o assunto em bancos de dados internacionais e nacionais sobre estudos odontológicos como: PUBMED ([www.pubmed.com](http://www.pubmed.com)), SCIELO ([www.scielo.org](http://www.scielo.org)), BBO, MEDILINE e LILACS ([www.bireme.br](http://www.bireme.br)). Utilizaram-se palavras-chaves como "gestante", "prevenção", "mitos", "odontologia" e "ansiedade", podendo ser colocados isolados ou em conjunto. Deu-se prioridade aos trabalhos mais

recentes, mas principalmente que tivessem acesso facilitado (acesso pela internet).

A colecta dos dados ocorreu no período de Junho /2008 a Outubro /2008. Também foram utilizados livros conceituados na área abordada.

## REVISÃO DE LITERATURA

Para que se realize a atenção odontológica durante a gestação, algumas informações são necessárias, para que o profissional possa executar o tratamento de forma responsável e cautelosa nessa paciente, que temporariamente se torna especial, baseando-se no que realmente é verdade. Diante disso ele deve saber quanto as alterações decorrentes da gravidez que são:

### Alterações fisiológicas

Durante o período gestacional, sabe-se que o aumento do peso uterino se dá de 70g para cerca de 1000g; e o volume sanguíneo da gestante acresce 1.500 ml devido à hormona progesterona, estabelecendo um quadro de anemia fisiológica, acompanhada algumas vezes de taquicardia, e diminuição da concentração de proteínas no sangue<sup>(3)</sup>.

Há aumento da frequência cardíaca na ordem de 10 bpm da 14ª até a 30ª semana de gestação, e a partir da trigésima semana a pressão sanguínea arterial diastólica pode diminuir discretamente e a sistólica aumentar levemente. Ocorre também, o aumento da frequência respiratória; já as alterações hormonais são intensas, como o aumento e elaboração de estrogénios, progesterona e hormona lactogénio placentário. E alterações metabólicas, as quais, a hipoglicemia frequente, aumento da excreção renal, e alterações da função hepática, e a motilidade gástrica é mais lenta, isso são decorrentes da hormona BHCG<sup>(4)</sup>.

Sobre as alterações físicas, podem-se citar os sinais comuns em gestantes, ocorre o aumento de peso, devido a retenção hídrica, e apresenta edema decorrente da compressão das veias cavas inferiores, o que dificulta o retorno venoso, aumento de pigmentação, possibilidade de aparecimento de estrias e varicosidades, alargamento dos quadris, e aumento da parte inferior do abdómen e das mamas<sup>(3)</sup>.

### Alterações psicológicas

É esse o primeiro inconveniente em se atender mulheres gestantes, pois, a gestação carrega a futura mãe de emotividade, medo e crença. Medo de não ser atraente, medo do desconhecido, baixa de alta estima e medo de que algo aconteça com o seu bebé<sup>(3,5)</sup>.

### Alterações bucais

Observa-se uma alta prevalência de gengivite, que na maioria das vezes, é associada à presença da placa bacteriana, porém existem factores sistémicos relacionados, tais como mudanças hormonais e aumento da permeabilidade capilar. Nessa fase, pode ocorrer também o tumor gravídico, que se caracteriza por uma hipertrofia gengival localizada.

Estudos têm apontado possíveis relações de risco existentes entre doenças bucais, principalmente doença periodontal, e complicações gestacionais, como parto prematuro, nascimento de recém-nascidos de baixo peso e pré-eclâmpsia, relacionado esses, com a hormona progesterona. As explicações para tais hipóteses baseiam-se no fato de a doença periodontal ser de origem infecciosa, o que poderia provocar aumento de citocinas inflamatórias no sangue materno, por liberação directa da bolsa periodontal ou por disseminação de bactérias patogénicas, induzindo sua produção sistémica. Porém, há controvérsias quanto a este tema. Assim, pelo fato de a doença periodontal ainda não ser comprovadamente um factor de risco para as complicações obstétricas não diminui a importância da manutenção da saúde bucal em gestantes, que devem apresentar condições orais que propiciem adequada alimentação, sem dor e sangramento, e assim manter seu aporte nutricional adequado<sup>(6)</sup>.

Ocorrem também alterações na saliva (xerostomia) e flora bucal, o que permite que a gestante possa apresentar um alto risco à doença cárie, mas, se a paciente apresentar uma correcta higiene bucal e hábitos alimentares saudáveis, esse risco poderá não existir<sup>(3)</sup>.

## TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Sabe-se que nos primeiros meses gestacionais, qualquer estímulo emocional ou físico pode provocar aborto ou parto prematuro e a presença de náuseas e vômitos, tornam desconfortáveis as intervenções odontológicas<sup>(7)</sup>, sendo aconselhável evitar todas as intervenções que não apresentem carácter de urgência, ou seja, que tenham por objectivo remover a dor e o foco de infecção.

Por isso, o tratamento odontológico deve ser realizado no segundo trimestre, época mais indicada, por o ser o período de maior estabilidade da gestação<sup>(3,8)</sup>. Porque no terceiro trimestre, a gestante costuma apresentar frequência urinária aumentada, devido ao peso e redução da bexiga, edema das pernas, pela compressão da veia cava inferior, hipotensão postural e sente-se desconfortável na posição supina, já que ocorre uma compressão do diafragma pelo volume (crescimento da criança), e devido ao tamanho aumentado do útero, pode comprimir e causar

a obstrução parcial ou completa da artéria aorta e da veia cava. E a redução no retorno do suprimento sanguíneo cardíaco reduz a pressão sanguínea e a circulação útero-placentária, representando um perigo para o feto<sup>(3)</sup>.

Se for necessário o tratamento odontológico, o mesmo deve ser realizado em um período curto, sempre que possível por uma questão de bom senso, já as reabilitações oclusais extensas e as cirurgias mais invasivas devem ser programadas para o período pós-parto, e de preferência na segunda metade do período da manhã, quando os enjoos são menos comuns<sup>(3)</sup>, contudo, todo tratamento odontológico urgente pode ser feito durante a gravidez.

### Terapêutica medicamentosa

Os medicamentos devem ser utilizados em sua menor dose terapêutica necessária, e pelo menor intervalo de tempo possível. Os efeitos prejudiciais dos medicamentos sobre o feto estão relacionados aos seguintes factores: à época da gestação em que a droga foi utilizada, à intensidade e à duração da utilização da mesma, apresentando ao feto um risco maior durante os três primeiros meses da gestação<sup>(9)</sup>.

Sobre a terapêutica administrada à gestante, consiste em: antiinflamatórios, analgésicos, antibióticos e anestésicos.

Em relação aos antiinflamatórios não esteróides (Aines), por exemplo, a aspirina (100mg e 500mg), não é recomendada o seu uso, porque os mesmos bloqueiam a síntese de prostaglandinas, podendo restringir o ducto arterioso intra-uterino, podendo causar hipertensão pulmonar sustentada no recém-nascido, prolongar a gestação e trabalho de parto. Se usados devem ser administrado nas menores doses eficazes, e retirados oito semanas antes do dia previsto para o parto<sup>(3)</sup>.

E o uso da aspirina pode gerar também, possibilidade de ocorrência de inércia uterina e/ou fechamento prematuro do canal arterial do feto<sup>(4)</sup>.

Já os corticosteróides preferenciais durante esse período são a prednisona (5mg e 20mg) e a prednisolona (5mg e 20mg), porque atravessam com mais dificuldade a placenta<sup>(10)</sup>. No caso dos procedimentos endodónticos e cirúrgicos mais invasivos que não puderem ser adiados, podem-se empregar os corticóides betametasona (0,5mg e 2,0mg) e dexametasona em dose única de 4 mg<sup>(4)</sup>.

Sobre os analgésicos o paracetamol (500mg ou 750mg) é um dos mais frequentemente empregados. O mesmo actua como antiinflamatório somente em altas concentrações por ser um fraco inibidor das prostaglandinas pró-inflamatórias. O acetaminofen (500mg ou 750mg) é o analgésico de eleição para uso durante toda a gestação e também para mulheres que estão amamentando. Quando administrado em doses terapêuticas, é

considerada a melhor escolha para o tratamento de dor orofacial durante a gestação<sup>(11)</sup>.

Referente aos antibióticos, quando se faz necessária a sua prescrição, sua escolha está condicionada a vários factores como a gravidade da infecção, a agressividade do agente etiológico implicado, e do seu padrão de sensibilidade aos antibióticos e ao período da gestação, devendo evitar-se ao máximo o uso de qualquer medicamento no período da organogénese<sup>(12)</sup>.

As penicilinas são os antibióticos de escolha durante a gestação na prevenção e no tratamento de infecções maternas e intra-uterinas, ademais são praticamente atóxicas por agirem especificamente numa estrutura que as bactérias possuem, não causando danos ao organismo materno e ao feto (3). Assim, podem ser administradas com segurança em qualquer período da gestação, sendo contra-indicadas somente a pacientes alérgicas<sup>(13)</sup>.

Dentro do grupo das Penicilinas, as mais indicadas são as biossintéticas, como as fenoximetilpenicilinas (500mg), e as semi-sintéticas de largo espectro, como ampicilinas (250mg ou 500mg) e amoxicilinas (250mg ou 500mg) nas dosagens e posologias habituais<sup>(13)</sup>.

Já as cefalosporinas, excepto as ceftriaxonas (cefalosporinas de 4ª geração) apresentam restrições, e são indicadas quando a paciente é alérgica às penicilinas. Outros antibióticos indicados são a lincosamina e a quinolona<sup>(14)</sup>.

A eritromicina (250mg ou 500mg), pertencente ao grupo dos macrolídeos, substitutos naturais das penicilinas de pequeno espectro em pacientes alérgicos a estas, apresenta-se sob forma de estolato e estearato. De uma forma geral, a literatura indica que pode ser administrada com segurança, em qualquer período da gravidez, sob forma de estearato, por não ter efeito hepatotóxico<sup>(8)</sup>.

Já em infecções mais graves, pode-se associar o Metronidazol (250mg ou 400mg ou 500mg) a penicilina (500mg) ou empregar amoxicilina (200mg) associada ao clavulanato de potássio (28,5mg), reservando-se a clindamicina (600mg ou 900mg) para pacientes alérgicas às penicilinas<sup>(3)</sup>.

Não existem contra-indicações para o uso de anestésicos locais em gestantes, sendo que a solução anestésica que apresenta maior segurança é a lidocaína a 2% com adrenalina 1:100.000 (Alphacaína<sup>®</sup>) ou com noradrenalina 1:50.000 (Xylocaína<sup>®</sup>). Com medida de segurança, devem se utilizar, no máximo, 2 tubetes de anestésico (3,6 ml) por sessão de atendimento e realizar aspiração prévia e injeção lenta da solução. Todavia, A prilocaína 3% com felipressina (octapressin<sup>®</sup>) não está absolutamente contra-indicada em gestantes, devendo ser usada com cautela. O efeito adverso desse anestésico é que a felipressina, derivada da vasopressina, possui uma semelhança estru-

tural a ocitocina, podendo levar a contracção uterina, embora a dose necessária para que isso ocorra, seja várias vezes maior que a utilizada em Odontologia, contudo, a mesma deve ser evitada<sup>(4)</sup>.

## EXAMES RADIOGRÁFICOS

O feto é mais suscetível à radiação entre a segunda e sexta semanas de gestação, sendo que os raios X não precisam ser evitados, mas sua indicação é que sejam realizados no segundo trimestre de gestação<sup>(15)</sup>. Isso é relatado, já que alguns autores alegam que expor a gestante antes da 16ª semana, podem provocar má formação (microcefalia, microftalmia, retardo mental, catarata, etc.)<sup>(3)</sup>. Porém, o médico dentista é obrigado a prover protecção com avental de chumbo, evitar radiografias desnecessárias, evitar ângulos direccionados para o abdómen, usar filmes rápidos e pequenos tempos de exposição<sup>(5)</sup>.

## FLÚOR

Um aspecto da suplementação de flúor em gestante tem sido um assunto de muita discussão há muitos anos, pois sua indicação estava pautada na protecção dos dentes do futuro bebé<sup>(16)</sup>. Todavia, sabe-se que flúor administrado durante a gravidez não tem nenhum efeito preventivo contra a cárie dentária do feto, portanto, não é recomendável o uso de nenhum suplemento fluorado durante a gestação, já que não há nenhuma razão biológica para prescrever suplementos fluorados<sup>(17)</sup>.

Ademais, autores afirmam que apesar de alguns obstetras prescreverem suplementos dietéticos com flúor para gestante, essa conduta não tem respaldo científico, pois não há evidencias concretas que mostrem que o flúor, administrado durante o período pré-natal, beneficie a dentição de seus futuros filhos, pois a maioria da superfície do esmalte da dentição decídua é formada após o nascimento, e a administração de flúor em gestantes não oferecem um efeito protector significativo contra as cáries, ou seja, simplesmente o flúor não é necessário<sup>(18)</sup>. Contudo, não foi relatado efeito adverso provocado pela ingestão de suplemento de flúor durante a gestação em áreas não fluoretadas.

Outro aspecto que merece atenção é a quantidade de flúor presente no leite materno: este elemento é a principal fonte de nutrição nos primeiros meses de vida, período no qual, tanto a dentição decídua, quanto na permanente estão em formação e desenvolvimento, apresentando assim, um factor protector aos dentes<sup>(19)</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Medicina Dentária actualmente enfrenta um problema para a atenção das gestantes, devido às crenças e práticas populares que renegam cuidados odontológicos nesta etapa da vida<sup>(13)</sup>. Além do que, neste período ocorrem desordens relacionadas à personalidade, e em função disso, a gestante pode tornar-se menos receptiva, guiada pelo instinto de protecção ao futuro bebe, com relação à tomada de radiografias, anestesia local e ao uso de medicamentos<sup>(1)</sup>.

Grande parte das gestantes indaga se podem fazer tratamento odontológico, durante esse período de gravidez, porém o que Menino e Bijella<sup>(20)</sup> concluíram em seu trabalho é que esse grupo não tem como prioridade o tratamento odontológico, além do que as mesmas têm certo receio devido à anestesia, raios X, entre outros. Dados semelhantes Granville-Garcia *et al.*<sup>(21)</sup> observou, pois 33,3% das gestantes relataram ter medo do tratamento dentário neste período, sendo que o medo de prejudicar o bebé é a principal justificativa (55,2%). Contudo percebe-se que até mesmo os próprios médicos dentistas têm esse receio. Fato confirmado na pesquisa de Miranda *et al.*<sup>(22)</sup>, em que dentre 200 profissionais pesquisados, nem todos 80% atende gestante, pois não estão capacitados, já que apenas 52% dos profissionais receberam algum treino específico sobre a orientação da gestante visando à saúde bucal do bebé. Porém, nenhum dos entrevistados prescreve suplementos de flúor para gestantes, concordando com a literatura odontológica.

Outro problema constatado por Menino e Bijella<sup>(20)</sup>, é que as gestantes de baixa renda durante o pré-natal não recebem informações sobre saúde bucal, fortalecendo os mitos e medos diante da atenção Odontológica. O mesmo foi constatado por Thomas *et al.*<sup>(24)</sup>, além do mais, observou que as gestantes de baixa escolaridade e status sócio-económicos, apresentavam maiores problemas periodontais. Mas, Granville-Garcia *et al.*<sup>(21)</sup> Apenas 30,9% receberam orientação sobre saúde bucal, no período pré-natal e o cirurgião dentista foi à principal fonte de informação (51,9%) e 64,2% gostariam de receber informações neste sentido. Por isso, a inserção do cirurgião dentista numa equipe multidisciplinar durante o pré-natal se faz necessária.

Menino e Bijella<sup>(20)</sup> em seu estudo com 150 gestantes, concluiu que as entrevistadas têm noção sobre a doença cárie e os meios para preveni-la; e que existe certa valorização da saúde bucal, pois a perda dos dentes não é uma situação inevitável se as pessoas tiverem os devidos cuidados e tratamento. Valores semelhantes Granville-Garcia *et al.*<sup>(21)</sup> obtiveram em sua pesquisa no município de Caruaru - PE, pois não encontraram associação entre a gravidez e o incremento da cárie dentária, porém, os mesmos

autores perceberam que a variável sócio-económica se reflectiu de forma significativa na crença de que a gestação se apresenta como factor etiológico da cárie dentária. Pois, a gravidez não é responsável pelo desenvolvimento de lesões de cárie e nem pelo fato de algumas restaurações se soltarem, e sim a alimentação rica em sacarose e a higiene bucal deficiente, são as responsáveis para que tal fato ocorra. Diante disso, se faz necessária à quebra do mito que durante a gestação os dentes enfraquecem, e sim que os dentes não perde cálcio para o bebé, já que esse cálcio está de forma cristalina e estável, não sendo disponível para a circulação sistémica. Ou seja, o cálcio que o bebé absorve deverá ser provido da dieta da mãe ou de seus ossos<sup>(23)</sup>. Ademais, as futuras mães devem ser esclarecidas que o açúcar deve ser consumido com critério, pois a partir do quarto mês de gestação, o bebé começa a ter seu paladar desenvolvido; se a dieta da mãe for rica em açúcar, o bebé terá preferência por alimentos adocicados<sup>(3)</sup>.

Em relação ao problema da doença periodontal, Rossell *et al.*<sup>(25)</sup> em seu estudo observaram que 100% das gestantes apresentaram alguma alteração gengival, sendo que a presença de cálculo estava em mais da metade da amostra de estudo 56,1%. Observou que de acordo com o aumento da idade da gestante, ocorria o agravamento da doença periodontal (presença de bolsas), assim, 61,0% das gestantes necessitaram de raspagem e alisamento radicular e/ou eliminar margens de restaurações defeituosas e 29,2% de tratamento complexo. Valores semelhantes Scavuzzi *et al.*<sup>(5)</sup> observou em um levantamento epidemiológico da cidade de Salvador-BA, em que dentre 204 gestantes examinadas, 95,1% das gestantes tinha alguma alteração periodontal, e 73,5% precisavam de raspagem de cálculo. Esses valores concordam com o estudo de Menino e Bijella<sup>(20)</sup> em 87% das gestantes atendidas apresentaram sinais da doença periodontal, nas quais necessitaram de instruções em higiene bucal, 66,8% de raspagem radicular e/ou eliminação de margens de restaurações defeituosas e somente 11% requerem tratamento cirúrgico complexo. Já Tonello *et al.*<sup>(26)</sup> relatam que 40% das gestantes analisadas apresentavam sangramento. Todavia no estudo de Ramos *et al.*<sup>(27)</sup> a prevalência de sangramento gengival foi baixo (10,1%), mesmo as gestantes apresentando hábitos de higiene oral precários, pois 58 % escovavam os dentes três vezes ao dia, 98 % utilizava creme dental e somente 33 % costumavam usar fio dental.

Durante a gestação, inúmeros factores contribuem para o desenvolvimento da doença periodontal, mas o profissional deve minimizar o risco de intercorrências na gravidez e a transmissibilidade de microorganismos bucais patogénicos constitui-se em importante conduta preventiva para o binómio mãe/filho<sup>(28)</sup>. Além do que, sempre se associou que problemas periodontais

pu dessem provocar nascimento prematuro do bebê e de baixo peso, contudo estudos não apresentam uma relação directa, e sim uma associação modesta entre os factores<sup>(23,29,30)</sup>.

Em relação ao uso de flúor pela paciente gestante, Brambilla *et al.*<sup>(31)</sup> em seu estudo com gestantes, com bochechos diários de flúor (0,05%) e clorexidina (0,12%), a partir do sexto mês gestacional até o parto, observou que houve uma redução do *Streptococcus mutans* e placa da mãe e um atraso na colonização de bactérias da criança, ou seja, o flúor deve ser utilizado de forma terapêutica para melhorar as condições de saúde bucal da gestante, pois a mesma, geralmente, apresentam uma dieta alterada, como presença de muito açúcar<sup>(32)</sup>.

Assim, o atendimento às necessidades de tratamento na gravidez deve receber especial atenção com o intuito de se promover saúde bucal e motivação, e conseqüentemente, contribuir para minimizar a provável transmissibilidade de microorganismos bucais patogênicos para criança, obtendo assim uma prevenção primária das principais doenças bucais, além do que as mesmas serão promotoras de saúde bucal de seus filhos<sup>(5,25,27)</sup>. Vários estudos confirmam que, se a gestante receber informações sobre bons hábitos favoráveis no pré-natal, as mesmas detêm um bom nível de informação e adoptam, no âmbito familiar, práticas de saúde favoráveis ao controle e prevenção de doenças bucais<sup>(33)</sup>. Porém a mãe-filho devem ter acompanha-

mento no período pós parto, pois apesar das mesmas passarem por actividades preventivo-educativas no período pré-natal, muitas perdem no percurso entre a intenção e a acção, pois perdem o estímulo para tal atitude<sup>(29, 34)</sup>.

## CONCLUSÕES

Através da revisão bibliográfica pode se concluir que as gestantes devem ser priorizadas nos programas de atenção odontológica, e os profissionais da odontologia devem procurar desmistificar crenças e mitos em torno do atendimento. Contudo, todo e qualquer médico dentista tem a capacidade de atender a paciente gestante, principalmente durante o segundo trimestre, porém, os dentistas devem estar atentos a alguns temas relacionados ao seu tratamento, principalmente a terapêutica medicamentosa, já que as mesmas apresentam algumas restrições.

Por mais que a gestante seja caracterizada como uma paciente especial, vários estudos confirmam que, se as gestantes forem submetidas a práticas educativo-preventivas durante a gestação sobre bons hábitos favoráveis no pré-natal, as mesmas serão multiplicadoras de saúde no âmbito familiar, e podendo até controlar e prevenir doenças bucais dos seus futuros filhos e parentes.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 - Batistella FID, Imparato JCP, Raggio DP, Carvalho AS. Conhecimento das gestantes sobre saúde bucal. RGO 2006; 54: 67-73.
- 2 - Noronha DP, Ferreira SMS. Revisões de Literatura. In: Campello BS, Condon BV, Kremer JM. (org). Fontes de informação para pesquisadores e Profissionais. Belo Horizonte: UFMG, 2000.
- 3 - Xavier HS, Xavier VBC. Cuidados odontológicos com a gestante. São Paulo: Ed. Santos, 2004.
- 4 - Andrade ED. Terapêutica Medicamentosa em Odontologia: Procedimentos Clínicos e uso de medicamentos nas principais situações da prática odontológica. São Paulo: Artes Médicas, 1998.
- 5 - Scavuzzi AIF, Rocha MCBS. Atenção odontológica na gravidez- uma revisão. Rev Fac Odontol UFBA 1999; 18: 47-52.
- 6 - Junior RP, Nomura ML, POLITANO GT. Doença periodontal e complicações obstétricas: há relação de risco? Rev Bras Ginecol Obstet 2007; 29:372-377.
- 7 - Tirelli MC, Armonia PL, Tortamano N, Simone JL. Odontologia e gravidez: período mais indicado para um tratamento odontológico programado em pacientes gestantes. Rev Odontol Univ Santo Amaro 1999; 4: 26-29.
- 8 - Ranali J, Andrade ED, Volpato MC. In: Todescan FF, Bottino MA. Atualização em clínica odontológica: a prática da clínica geral. São Paulo: Artes Médicas, 1996. p.765-789.
- 9 - Rang HP, Dale MM, Ritter JM. Farmacologia. 3ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. 692p.
- 10 - Waslyko L, Matsul D, Dykxhoo MSM, Rleder MJ, Weinberg S. A review of common dental treatments during pregnancy: implications for patients and dental personnel. J Can Den Assoc 1998; 64:434-439.
- 11 - Martins RFO, Martins ZIO. O que as gestantes sabem sobre cárie: uma evolução dos conhecimentos de primigestos e multi-gestos quanto à própria saúde bucal. Rev Assoc Bras Odontol 2002; 10: 278-284.

- 12 - Tirelli MC, Armonia PL, Tortamano N, Simone JL. Comportamento dos cirurgiões-dentistas quanto ao uso de antibióticos em pacientes gestantes: risco e benefícios. *Rev Inst Ciênc Saúde* 2001; 19: 27-34.
- 13 - Tortamano N. G.T.O. Guia Terapêutico Odontológico. 12 ed. São Paulo: Santos, 1997.
- 14 - Armonia PL, Tortamano N. Como prescrever em Odontologia. 4 ed.. São Paulo: Santos, 1995.
- 15 - Zlotnir E. (coord.) Vou ser mãe: 40 semanas para uma nova vida. In: Guia completo para gestantes, São Paulo, Ed. Escala n.1, 2001.
- 16 - Campos PRB, Armonia PLA, Júnior GS, Ribas TRC, Melo JAJ. Suplementos fluorados durante a gestação e lactação: verdades e mitos. *Rev Odontol Univ Santo Amaro* 2000; 5: 84-89.
- 17 - Fejerkov O, Manji F, Baelum V, Moller JJ. Fluorose dentária: um manual para profissionais da saúde. São Paulo: Santos, 1994.
- 18 - Canadian Dental Association, Concil on dental research. Fluoride supplements of prevention of dental caries. *J Can Dent Assoc* 1964; 30:221-226.
- 19 - Levy SM, Kiristy MC, Warren JJ. Sources of fluoride intake in children. *J Public Health Dent* 1995; 55: 39-52.
- 20 - Menino RTM, Bijella VT. Necessidades Saúde Bucal em gestantes dos Núcleos de Saúde de Bauru. Conhecimentos com relação à própria Saúde Bucal. *Rev Fac Odontol Bauru* 1995; 3 :.5-16.
- 21 - Granville-Garcia AF, Leite AF, Smith LEA, Campos RVS, Menezes VA. Conhecimento de gestantes sobre saúde bucal no município de Caruaru – PE. *Rev Odontol UNESP* 2007; 36:243-249.
- 22 - Miranda GE, Maia BFB, Vale MPP. A atuação dos cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte, frente à orientação da gestante, em relação a saúde bucal de seu bebê. *Arq Odontol* 2004; 40: 287-388.
- 23 - Journal American Dental Association. Pregnant? Tips for keeping your smile healthy. *J Am Dental Assoc* 2004; 135:127.
- 24 - Thomas NL, Middleton PF, Crowther CA. Oral and dental health care practices in pregnant women in Australia: a postnatal survey. *BMC Preg and Child* 2008; 8: 1-6.
- 25 - Rosell FL, Montandon-Pompeu AAB, Valseck-Jr A. Registro periodontal simplificado em gestantes. *Rev, Saúde Pública* 1999; 33:157-162.
- 26 - Tonello AS, Ortuzal MAB, Zuchieri VP. Assessment of oral health status of pregnant women participating in a family health program in the city of Lucas do Rio Verde – MT – Brazil. *Braz J Oral Sci* 2007; 6:1265-1268.
- 27 - Ramos TM, Almeida-Jr AA, Ramos TN, Novais SMA, Grinfeld S, Fortes TMV, Pereira MAS. Condições bucais e hábitos de higiene oral de gestantes de baixo nível sócio-econômico no município de Aracajú-SE). *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2006; 6: 229-235.
- 28 - Moimaz SAS, Garbin CAS, Saliba NA, Zina LG. Condição periodontal durante a gestação em um grupo de mulheres brasileiras. *Cienc Odontol Bras* 2006; 9: 59-66.
- 29 - Gravina DBL, Cruvinel VRN, Azevedo TDPL, Toledo OA, Bezerra AC. Prevalence of dental caries in children born prematurely or at full term. *Braz Oral Res* 2006; 20:353-357.
- 30 - Agueda A, Ramón JMA, Manau C, Guerrero A, Echeverría JJ. Periodontal disease as a risk factor for adverse pregnancy outcomes: a prospective cohort study *J Clin Periodontol* 2008; 35:16-22.
- 31 - Brambilla E, Felloni A, Gagliani M, Malerba A, García-Godoy F, Strohmer L. Caries Prevention During Pregnancy: Results of a 30-Month Study. *J Am Dent Assoc* 1998; 129:871-877.
- 32 - Herrera CHG, Pantoja PF, La Maza TL, Sanhueza ACY, Salazar LA. Diagnóstico microbiológico y molecular de bacterias cariogénicas en mujeres embarazadas de la Región de La Araucanía, Chile. *Rev Chil Infect* 2007; 24: 270 -275.
- 33 - Moura LFAD, Moura MS, Toledo OA. Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que freqüentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. *Ciênc & Saúde Colet* 2007; 12:1079-1086.
- 34 - Simioni LRG, Comiotto MS, Rêgo DM. Percepções maternas sobre a saúde bucal de bebês: da informação à ação RPG *Rev Pós Grad* 2005; 12:167-173.