

## Abordagem integral no atendimento odontológico à gestante

### Holistic approach on dentistry care during pregnancy

Soraya Mameluque\*

Edwaldo Barbosa de Souza Júnior\*\*

José Carpintero Rezende\*\*\*

Carla Cristina Gonçalves da Costa\*\*\*\*

Ingrid M. Vanham; Josiane M. Oliveira; Mônica V. Rocha;

Tailly da S. Amaral; Wagner A. L. de Carvalho\*\*\*\*\*

**Resumo:** Estudos recentes evidenciam a importância do profissional da odontologia durante a gestação, período esse em que acontecem numerosas alterações fisiológicas. A maioria dos procedimentos odontológicos, desde que corretamente realizados, não gera quaisquer males ao feto, sobretudo quando executados no período gestacional ideal. Este é ainda o período ideal para se motivar e educar a gestante que se encontra receptiva à incorporação de hábitos saudáveis que beneficiem a sua saúde e a do bebê. É necessária a formação de profissionais aptos a prestar atendimento diferenciado à gestante, incluindo ações preventivas e curativas, para que se promova a saúde bucal da mãe e, conseqüentemente, do bebê.

**Palavras-chave:** Gestação, abordagem integral, saúde bucal.

**Abstract:** Recent studies reinforce the relevance of dentistry professionals during pregnancy when there are several physiological alterations in women. Since they are carried out correctly most dentistry procedures provoke no illnesses on fetuses, especially when carried out during the ideal pregnancy time. Moreover, pregnancy is the ideal moment to motivate and make women aware of the importance of having and incorporating healthy habits that will benefit them and their babies. Therefore, a specific education for dentistry professionals should be added for better guiding pregnant women. Such education should include awareness campaigns among this specific group, prevention and rehabilitation activities that promote mothers' dental health, and, consequently, of their babies.

**Key words:** Pregnancy, holistic approach, dental health.

---

\*Professora Mestre da Clínica Integrada IV do Curso de Odontologia da Unimontes; *e-mail*: soraya@mameluque.com.br

\*\*Professor Especialista da Clínica Int. IV do Curso de Odontologia da Unimontes.

\*\*\*Professor Mestrando da Clínica Integrada IV do Curso de Odontologia da Unimontes.

\*\*\*\*Aluna do 8º período do Curso de Odontologia da Unimontes e Monitora da Disciplina.

\*\*\*\*\*Alunos da Clínica Integrada IV do Curso de Odontologia da Unimontes.

## Introdução

Numerosas modificações metabólicas e psíquicas ocorrem durante a evolução da gestação, basicamente a fim de atender às demandas do feto e da própria gestante. Essas alterações sistêmicas podem repercutir, inclusive, na cavidade bucal. Assim, a gestante é considerada paciente especial, e, por isso, necessita de atenção odontológica diferenciada (Montandon, 2001).

O atendimento odontológico à paciente gestante não deve ser postergado. Entretanto, particular atenção deve ser dispensada a procedimentos considerados usuais, como tomadas radiográficas, anestésias e prescrições medicamentosas (Nunes, 1999).

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

Este trabalho objetiva, através de uma revisão da literatura recente em artigos de periódicos, livros textos e bases de dados eletrônicos, fornecer subsídios para estabelecimento de plano de atenção integral à gestante, correto e seguro, levando-se em consideração as alterações ocorridas durante esse período.

### Principais alterações sistêmicas ocorridas durante a gestação

Durante a gravidez, a mulher passa por modificações físicas e psicológicas. O cirurgião-dentista deve conhecer bem tais modificações para instituir o plano de tratamento correto e livre de quaisquer preconceitos (Nunes e Martins, 1999; Montandon, 2001).

As mudanças físicas visam preparar a gestante para o parto e a amamentação. A mais óbvia é o alargamento dos quadris e o aumento da parte inferior do abdomen, à medida que o feto cresce. Ocorre tam-

bém o relaxamento dos ligamentos da cintura pélvica e os seios aumentam, preparando-se para a lactação. À medida que o feto cresce, ocorre pressão sobre a bexiga, causando aumento na frequência urinária e sobre o estômago. O diafragma é recolocado numa posição mais superior, diminuindo o volume respiratório. Há aumento da frequência cardíaca e respiratória. O feto em crescimento pode exercer pressão sobre os vasos sanguíneos abdominais, produzindo edema nos tornozelos, pela diminuição do retorno venoso (Andrade, 2001).

Alterações hormonais também são notadas: a placenta elabora grandes quantidades de gonadotropina coriônica humana, estrógeno, progesterona e hormônio lactogênio placentário, que são responsáveis por inúmeras funções nesse período e durante a lactação. As exigências de insulina na mulher grávida estão aumentadas, podendo converter o diabetes mellitus subclínico assintomático em diabetes clínico (diabetes gestacional). A hipoglicemia é freqüentemente associada à gravidez. Os enjoos matutinos são atribuídos à elevação da gonadotropina coriônica humana e à hipoglicemia (Moore, 2000).

### Principais alterações bucais ocorridas durante a gestação

Na gestação, é bastante comum o aparecimento de algumas afecções bucais. Podem ocorrer aumento da atividade cariogênica e alterações periodontais naqueles casos em que haja mudança na dieta e acúmulo de placa bacteriana (Martins, 2004; Nunes e Martins, 1999).

Há um ditado que diz: “um dente para cada filho”. Isto talvez signifique que a gestação contribua para aumento no número de cáries, crença reforçada pelo preconceito de que gestantes não possam tratar seus dentes. Evidentemente, são pensamentos antigos (Silva, 2002). Douglas (1998) atribui o aumento de cárie dentária na gestação à exagerada retirada de cálcio das estruturas dentárias, devido ao seu maior requerimento nesse período. Entretanto, Corrêa

(1999) relata que a cárie, durante a gravidez, não resulta da carência de cálcio nos dentes, pois ocorre manutenção da calcificação desses. Fourniol Filho (1998) também afirma que não existe qualquer mecanismo que faça o cálcio sair do esmalte dentário, mesmo que o feto necessite de minerais para calcificação do germe dentário. Os dentes não participam do metabolismo sistêmico do cálcio da mãe e, por isso, o conteúdo mineral dos dentes da grávida não apresentam diminuição do teor de cálcio (Martins, 2004).

O aumento do número de cáries em gestantes pode ser atribuído à deficiência ou ausência de higienização bucal durante a gestação e a lactação e recidivas ou quedas de restaurações antigas, por motivos técnicos (Fourniol Filho, 1998; Martins, 2004). Outro fator que contribui para o aumento de cáries por descalcificação é a regurgitação ou vômitos durante a gravidez, principalmente nos três primeiros meses, quando o ácido clorídrico da mucosa gástrica ataca o esmalte do dente (Fourniol Filho, 1998; Martins, 2004). De acordo com Thylstrup e Fejerskov (1995), algumas gestantes têm problema para manter adequada higiene oral devido às náuseas durante o primeiro trimestre. Ao mesmo tempo, a gravidez geralmente está associada ao desejo de açúcar e à alimentação mais freqüente.

Outro aspecto importante durante a gestação são as doenças no periodonto. A gravidez, por si só, não causa gengivite. A gengivite na gestação é causada pela placa bacteriana, da mesma forma que em mulheres não-grávidas. Entretanto, a gravidez acentua a resposta gengival para a placa e modifica o quadro clínico resultante (Carranza E Newman, 1997). As alterações no periodonto também podem estar associadas às mudanças hormonais (Barros E Molitermo, 2001; Lindhe, 1999).

Na gravidez, o estrógeno e a progesterona estão aumentados (Fourniol Filho, 1998) e podem exercer suas influências sobre os tecidos periodontais de diferentes maneiras: alterando a resposta tecidual à

placa, influenciando a composição da microbiota da placa bacteriana e estimulando a síntese de citocinas inflamatórias, particularmente as prostaglandinas. A gengivite apresenta, durante a gravidez, características inflamatórias marcantes, com presença de edema, eritema intenso, certa tendência hiperplásica e maior tendência ao sangramento (Barros E Molitermo 2001; Martins, 2004).

Além dos sinais gengivais, hipermobilidade dos dentes também ocorre até o 8º mês. A hiperelasticidade do ligamento periodontal acompanha a de todos os ligamentos durante a gravidez (Lindhe, 1999).

Uma resposta inflamatória gengival mais intensa pode levar à formação de lesões tumorais conhecidas como “tumor gravídico”, sendo mais comumente notado na face vestibular da maxila. Outros termos também têm sido empregados para sua denominação, tais como: granuloma teleangectásico, épulis gravídico, granuloma gravídico, granuloma angiomatoso, angiogranuloma e granuloma piogênico (MARTINS, 2004). O granuloma gravídico apresenta-se como massa plana ou lobulada, usualmente pediculada; sua superfície varia de rosa a vermelho ou roxo, podendo estar ulcerada. Caracteristicamente, a massa é indolor, embora sangue facilmente devido à sua extrema vascularização. O tratamento deve ser postergado, já que o índice de recidiva é maior para os granulomas removidos durante a gravidez, e algumas lesões podem se resolver espontaneamente após o parto (Neville et al, 1998, Martins, 2004).

A doença periodontal em mulheres grávidas vem recebendo atenção considerável como fator de risco potencial independente para bebês prematuros e de baixo peso (Martins, 2004). Num estudo com 124 mulheres grávidas ou no pós-parto, com controle para fatores tradicionais de bebês de baixo peso, Offenbacher, in Silva (2002), descobriu que aquelas que tinham a doença periodontal eram sete vezes mais vulneráveis a ter um bebê prematuro e de baixo peso (Silva, 2002).

### **Abordagem integral no atendimento odontológico à paciente gestante**

O atendimento odontológico durante a gestação pode ser realizado. É necessário, entretanto, que as alterações funcionais da gestante sejam conhecidas pelo cirurgião-dentista, devendo a assistência odontológica ser prestada em íntima colaboração com a assistência ginecológica (Souza, 1980). Segundo Silva (2002), a mulher grávida necessita de atendimento singular, uma vez que está muito mais sensível psicologicamente e o espírito de preservação da espécie faz com que ela se preocupe mais com quaisquer intervenções em seu corpo. Ele ressalta que um dos fundamentos importantes na abordagem odontológica é o estabelecimento do vínculo de confiança mútua entre profissional e paciente, que culmina na redução do medo e do estresse das consultas (Silva, 2002).

Uma das principais dúvidas com relação ao atendimento odontológico durante a gravidez relaciona-se aos riscos para o bebê que são, na maioria dos casos, menores que os riscos que os problemas bucais podem causar à mãe e ao bebê. As conseqüências da dor ou de uma infecção que pode se disseminar no organismo materno têm seqüelas muito mais prejudiciais à mãe e ao feto do que aquelas decorrentes do tratamento odontológico (Martins, 2004).

É importante que o profissional intervenha o mínimo necessário para deixar a paciente confortável, sem nenhum risco, até que ela passe pelo período da gestação, após o qual o profissional tratará o problema em definitivo (Silva, 2002). De acordo com Elias (1995), o atendimento tem início com a anamnese, que consiste em um questionário que permite conhecer a fase gestacional, o estado de saúde geral da paciente e os principais determinantes para a intervenção odontológica. A anamnese bem direcionada será capaz de apontar características fundamentais da paciente (sua realidade, seu modo de

vida, suas crenças, seus valores, seus anseios, como adoecem, como tratam suas doenças, seus conceitos de qualidade de vida, dentre outras) para que se estabeleça um plano de tratamento eficaz.

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

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

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

Portanto, na primeira e terceira fases da gestação, o atendimento odontológico está direcionado estritamente ao cuidado agudo ou emergencial. Segundo Fourniol Filho (1998), a primeira consideração indispensável no atendimento de urgência à gestante é o alívio da dor. Elias (1995) afirma que a dor e a ansiedade produzidas pela situação emergencial podem causar mais dano ao feto do que o próprio tratamento. Este, porém, deve ser conservador e em curto espaço de tempo, não devendo ultrapassar meia hora. Deve-se medicar a paciente grávida com muito cuidado (Silva, 2002).

Na segunda fase gestacional, estão indicados os cuidados rotineiros e a eliminação de complicações futuras, visto que os períodos perinatal e pós-parto são difíceis para o tratamento (Elias, 1995). Podem ser feitos o Tratamento Restaurador Atraumático – ART ( alternativa de tratamento da cárie dentária ba-

seado na remoção do tecido dentário descalcificado com o uso de instrumentos cortantes manuais e restauração das cavidades com cimento de ionômero de vidro); adequação do meio bucal, procedimentos clínicos como fluoroterapia, escariação, selamento provisório de cavidades, remoção de outros nichos retentivos, além de ações de caráter educativo; pequenas cirurgias, restaurações e tratamento endodôntico (Peres, 2001).

Vários aspectos da gravidez podem tornar o tratamento dos dentes inconveniente e desconfortável (Santos-Pinto, 2001). As sessões prolongadas podem estressar a paciente gestante deixando-a muito cansada (Silva, 2002). Também a náusea do “enjôo matinal” pode ser agravada pelos cuidados odontológicos durante o primeiro trimestre de gestação (Santos-Pinto, 2001).

As consultas devem ser, portanto, de curta duração, agendadas para a segunda metade da manhã, quando os episódios de enjôos são menos frequentes e, deve-se atentar ao fato de agendá-las em períodos diferentes do atendimento infantil, para reduzir as chances de contágio de doenças viróticas como rubéola, sarampo, dentre outras. (Elias, 1995).

As posições semi-sentada ou em decúbito lateral são mais adequadas, pois permitem o aumento do débito cardíaco e, conseqüentemente, o feto recebe uma maior quantidade de oxigênio e evita-se a hipotensão (Sonis et al., 1995; Fourniol Filho, 1998; Silva, 2002).

Não há contra-indicação para a realização de exodontias e outros procedimentos cruentos durante o período gestacional, desde que cuidados especiais sejam considerados (Souza, 1980).

O metabolismo da gestante interfere com a cicatrização da ferida cirúrgica e da ossificação. Os hormônios corticosteróides, propriamente os esteróis, aumentados no período de gestação, influenciam no tempo de cicatrização pela insuficiente maturação da rede de fibrina e interferem com a deposição de sais de cálcio na matriz óssea, como na

formação da matriz protéica. Podem surgir pequenas discrasias sangüíneas, as quais perturbam a formação do coágulo, desprotegendo o alvéolo dentário. Aconselha-se introduzir dentro do alvéolo hemostático do tipo esponja, fixado adequadamente pela sutura (Fourniol Filho, 1998).

Souza (1980) afirma que, em casos de exodontia de focos infecciosos, a execução é contra-indicada. Entretanto, Silva (2002) aconselha a efetuação de drenagem e a administração de antibiótico e analgésico nos casos em que a paciente tem alguma infecção. Na maioria dos casos, as cirurgias buco-maxilo-faciais são postergadas se a paciente está grávida (Silva, 2002). Todavia, se há processo agudo ou crônico que esteja incomodando, e intervenção se faz necessária, verifica-se em que período da gestação a paciente se encontra, dando-se preferência para intervenções no segundo trimestre (Silva, 2002).

#### **Educação em saúde para a gestante**

A prevenção e controle da cárie e doença periodontal dependem do comportamento do indivíduo, que é estabelecido com base na educação e motivação que recebe durante toda a sua vida, especialmente na infância, pois é na família que o indivíduo estabelece seu comportamento e socialização (Santos-Pinto et al., 2001).

A educação em saúde para gestantes, através da instrução de higiene e orientação da dieta, é uma das ações desenvolvidas no atendimento integral da paciente (Peres, 2001). Durante a gestação, as futuras mães estão mais motivadas e se preocupam com o bem-estar e desenvolvimento do bebê, sendo uma época considerada favorável para iniciar a orientação sobre saúde bucal (Martins, 2004). É necessário motivar, educar e instruir a gestante, para que ela saiba da importância da saúde bucal e de ter hábitos saudáveis de alimentação e higiene. A partir do momento em que ela se conscientiza, entende a importância da saúde bucal e institui esses hábitos saudáveis em sua rotina, ela acaba, depois, transmitindo-os

naturalmente para o filho (Silva, 2002; Martins, 2004). Na relação materno-infantil, a mãe representa o modelo no qual a criança se espelha para formar suas atitudes e comportamentos. Portanto, é de extrema importância que a gestante com intensa atividade de cárie receba orientações e procedimentos preventivo-curativos, para que esteja com melhor condição bucal na hora do nascimento do bebê. Dessa maneira, haverá uma redução nos níveis salivares de microorganismos cariogênicos e, conseqüentemente, menor transmissibilidade desses microorganismos para seus filhos (Silva, 2002).

Torna-se importante, ainda, o retorno da mãe à clínica odontológica após o parto, para que sejam observadas e analisadas as atitudes e os comportamentos com relação aos cuidados com o bebê, aos hábitos de higiene a serem desenvolvidos, à alimentação, às noções de dieta e, principalmente, ao acompanhamento do desenvolvimento da criança. Isso permitirá que o cirurgião-dentista intervenha o mais precocemente possível quando ocorrer um desequilíbrio da microbiota materna, sobretudo no período relativo à “janela de infectividade”, quando há maior susceptibilidade de a criança adquirir os *estreptococos* do grupo *mutans* (Peres, 2001). Quanto mais precoce é a contaminação da criança por microorganismos cariogênicos, maiores são as possibilidades do aparecimento precoce da doença cárie (Silva, 2002).

### Uso de medicamentos na gestação

O Center for Disease Control e Prevention, CDC (Centro para Controle e Prevenção de Doenças) e a Organização Mundial de Saúde, OMS estimam que mais de 90% das mulheres grávidas fazem uso de medicamentos controlados ou de venda livre, drogas sociais, como tabaco e álcool, ou drogas ilícitas. Os medicamentos e as drogas são responsáveis por 2 a 3% dos defeitos congênitos. As drogas passam da mãe para o feto, sobretudo através da placenta, a mesma via percorrida pelos nutrientes para o crescimento e desenvolvimento do feto (Silva, 2002).

Quando há necessidade da prescrição de medicamentos, esta deve ser feita em parceria com o médico, visto que, durante a gestação, os cuidados devem ser duplos: para a mãe e para o feto (Fourniol Filho, 1998; Neuwman, 1997; Wannmacher e Ferreira, 1999).

Em geral, os anestésicos locais são considerados seguros para a administração durante o período gestacional, desde que sejam utilizados em baixas doses, com exceção da prilocaína, devido ao risco de metemoglobinemia. Devem conter um agente vasoconstritor que garanta uma menor absorção do sal, diminua a toxicidade e prolongue o tempo de duração da anestesia. Entretanto, o uso do vasoconstritor felipressina é contra-indicado, pois há risco de aumentar a contratilidade uterina (Andrade, 2001). O anestésico local recomendado à paciente gestante é a lidocaína a 2% com adrenalina 1:100.000 ou com noradrenalina 1:50.000 (Andrade, 2001; DE Castro, 2002).

Dentre os analgésicos, o paracetamol é considerado a melhor alternativa para dor leve a moderada (Coelho, 2002) e pode ser prescrito em qualquer fase da gestação (Silva, 2002).

Os antiinflamatórios não-esteroidais (AINEs), assim como a aspirina, devem ser usados com extrema precaução nos últimos três meses de gestação, e por tempo restrito, pela possibilidade de ocorrência de inércia uterina e/ou fechamento prematuro do canal arterial do feto, além de interferirem na agregação plaquetária, podendo predispor a hemorragia, no caso de cirurgias odontológicas (Andrade, 2001; Tortamano, 2001).

Quando houver indicação do uso de antimicrobianos, deve-se optar pelas penicilinas (Penicilina V ou Amoxicilina) nas dosagens e posologias habituais. Deve-se ressaltar que as penicilinas são praticamente atóxicas por agirem numa estrutura que somente as bactérias possuem, a parede celular, não causando danos ao organismo materno e ao feto (Andrade, 2001). Os antibióticos do grupo das tetraciclina atra-

vessam a placenta e são armazenados nos ossos e nos dentes do feto, onde combinam com o cálcio. Como resultado, o crescimento ósseo pode ser lento, os dentes do concepto podem adquirir uma coloração amarela permanente, e o esmalte dentário pode ser mole e suscetível a cárie. O risco de anomalias dentárias é maior a partir da metade ao final da gestação (Silva, 2002; Scavuzzi e Rocha, 1999).

O uso da maioria dos antidepressivos durante a gravidez parece ser relativamente seguro, mas aqueles que contêm o lítio podem causar defeitos congênitos, sobretudo cardíacos (Silva, 2002).

Durante a lactação, alguns fármacos requerem interrupção temporária enquanto outros devem ser utilizados nas menores doses cabíveis e com um maior espaçamento entre elas. O tratamento deve ter a menor duração possível e a ingestão do medicamento deve ser feita após o término da mamada. Quanto ao uso de antiinflamatório durante a lactação, não há contra-indicações, uma vez que estes passam em quantidades insignificantes no leite (Wannmacher e Ferreira, 1999).

É muito comum o questionamento acerca do valor da reposição de flúor na gravidez. Vários autores sugerem que não há diferença significativa na incidência de cáries entre a prole de mulheres que receberam fluoreto de sódio durante a gravidez e a de mulheres que não receberam a suplementação. A suplementação de flúor sistêmico na gravidez não foi aprovada pela American Dental Association - ADA (Silva, 2002). Além disso, a Food and Drug Administration (FDA) mantém uma proibição do emprego do flúor em medicamentos de uso pré-natal, desde 1966, por admitirem que não existe documentação suficiente quanto à sua eficácia clínica (Tortamano e Armonia, 2001).

Avaliando-se o flúor pré e pós-eruptivo, constata-se que, para se alcançar a redução do índice de cárie, pela ação cariostática do flúor, deve-se optar pelo flúor pós-eruptivo, em aplicações tópicas ou bochechos (Thylstrup e Fejerskov, 1995).

### **Tomadas radiográficas**

Uma preocupação adicional, relacionada à paciente grávida, envolve o uso de radiografias (Martins, 2004; Sonis et al., 1995). As radiações ionizantes são fatores sabidamente responsáveis por mutações genéticas. Os principais efeitos conseqüentes da irradiação no feto e embrião durante a gestação são alterações de desenvolvimento, somáticas e genéticas, lesões no sistema nervoso central e possíveis manifestações como neoplasias pós-natais (leucemia). A irradiação no embrião durante a pré-implantação (1ª e 2ª semanas) pode levar a óbitos pré-natais. Fourniol Filho (1998) afirma, ainda, que doses parceladas de exposição à radiação são mais deletérias do que doses únicas (no período entre a 2ª e 7ª semanas de gravidez).

A quantidade de radiação utilizada para exame radiográfico dentário está muito aquém dos níveis nocivos, mas embora o risco ao feto seja mínimo, não parece prudente correr o menor risco de injúria se esta pode ser evitada (Sonis et al., 1995). Portanto, o exame radiográfico durante a gestação só deve ser realizado quando estritamente necessário. É fundamental, ainda, manter o aparelho de raios-x calibrado, com a filtração e a colimação corretas, além de utilizar filmes radiográficos rápidos. O avental com revestimento de chumbo deverá ser sempre utilizado, pois é um fator de proteção e tem aspecto tranquilizador importante, por ser de conhecimento geral que a radiação em excesso tem efeitos nocivos (Silva, 2002).

### **Considerações finais**

As mudanças físicas e psíquicas peculiares ao período gestacional trazem consigo a necessidade de abordagem odontológica singular à paciente gestante. Isto exige conhecimento e aptidão do cirurgião-dentista para adequar o atendimento odontológico a tais mudanças e realizar procedimentos importantes para o diagnóstico, tratamento adequado e manutenção da saúde bucal da mãe, a qual refletirá substancialmente na saúde bucal e geral do seu filho (Silveira,

2000).

O aumento da susceptibilidade às doenças cárie e periodontal é, muitas vezes, observado na paciente gestante. Esse aumento, porém, é controlável quando o atendimento à gestante é efetuado de forma integral, implementando à prática odontológica ações educativas, preventivas e curativas. A abordagem integral é uma estratégia para se lidar com a ocorrência da cárie e da doença periodontal nas gestantes, pois são doenças multifatoriais e ocasionadas, neste tipo de paciente, por alterações fisiológicas (hormonais ou gastrointestinais), psicológicas e modificações na dieta e higiene bucal (Nunes, 1999).

A maioria dos procedimentos odontológicos, desde que corretamente realizados, não geram males ao feto, sobretudo quando executados no período gestacional ideal. Além disso, o cirurgião-dentista deve ser criterioso na indicação das intervenções odontológicas na gravidez. O mesmo cuidado e critérios devem ser tomados na prescrição de medicamentos, na seleção do anestésico ideal e nas tomadas radiográficas (Silva, 1998).

Para tanto, é necessária a formação de profissionais capazes de prestar um atendimento diferenciado à paciente gestante, incluindo ações curativas, preventivas e educativas, para que se promova a saúde bucal da mãe e, conseqüentemente, do bebê.

#### Referências bibliográficas

ANDRADE, E. D. *Terapêutica Medicamentosa em Odontologia*. São Paulo: Artes Médicas, 2001, p. 54-62.

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

CARRANZA, F.; NEWMAN, M. *Periodontia Clínica*. 8ª Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997, p. 200-203.

COELHO, M. Farmacoterapia durante a gravidez: al-

gumas recomendações. *Jornal do CROMG*, jul/2002.

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

DE CASTRO, F. et al. *Tratamento odontológico no período da gravidez: enfoque para o uso de anestésicos locais*. J. B. C., v.6, n.31, 2002.

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

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

FERREIRA, N.F.; et. al. *Atenção Odontológica a gestantes. Para quê?* Araçatuba, SP, 2002. Disponível no site: [www.unesp.org.br](http://www.unesp.org.br). Acessado em 01/10/03.

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

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

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

MONTANDON, E. Hábitos dietéticos e de higiene bucal em mães no período gestacional. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê*, v. 4, n. 8, Curitiba, mar-abr/2001.

MOORE, K.; PERSAUD, T. *Embriologia Clínica*. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000, p. 183-184.

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

NEWMAN, M. *O uso de antibióticos e antimicrobianos na prática odontológica*. São Paulo: Quintessence Ed., 1997, p. 2117-221.

NUNES, M.; MARTINS, R. Conhecimentos, comportamentos e atitudes em saúde bucal entre gestantes assistidas por instituições públicas de saúde. J. B. P., v. 2, n. 6, jan-fev/1999, p. 17-25.



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

SANTOS-PINTO, L. et al. O que as gestantes conhecem sobre saúde bucal? *J. Bras. Odontopediatria e Odontologia do Bebê*, v. 4, n. 20, Curitiba, set-out/2001, p. 429-434.

SCAVUZZI, A.; ROCHA, M. Atenção Odontológica na gravidez: uma revisão. *Rev. da Faculdade de Odontologia da UFBA*, v. 18, jan-jun/1999, p. 46-52.

SILVA, L. Postura de um grupo de gestantes da cidade de Curitiba-PR em relação à saúde bucal de seus futuros bebês. *J. Bras. Odontopediatria e Odontologia do bebê*, v. 2, n. 8. 1998, p. 262-266.

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

SILVEIRA, R.; CARLOS JR.; SOUZA, E. Avaliação das

condições de saúde e higiene bucal em gestantes. *Rev. Cons. Reg. Odont. Pernambuco*, v. 3, n. 2, jul-dez/2000, p. 61-70.

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

SOUZA, F. Gravidez e cirurgia odontológica ambulatorial. *R. B. O.*, v. 3, n. 2, mar-abr/1980, p. 7-14.

THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. *Cariologia Clínica*. 2ª ed. São Paulo: Santos, 1995, p. 307.

TORTAMANO, N.; ARMONIA, P. *Guia Terapêutico Odontológico*. 14 ed. São Paulo: Santos, 2001.

Wannmacher, L.; Ferreira, M. B. C. (1999), Uso de fármacos durante a gestação e lactação. *In: Farmacologia clínica para dentistas*, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

