

**Saúde Bucal na gestação e suas implicações para a gestante e feto:
perspectivas do enfermeiro durante o pré-natal****Oral health during pregnancy and its implications for pregnant women
and fetus: nurses' perspectives during prenatal care**

DOI:10.34117/bjhrv2n5-037

Recebimento dos originais: 25/09/2019

Aceitação para publicação: 08/10/2019

Geraldo Mota de Carvalho

Doutor em Enfermagem.

Instituição: Universidade de São Paulo. Docente da Faculdade de Ciências Médicas da
Santa Casa de São Paulo-FCMSCSPEndereço: R. Guiratinga, 931 – apto 113 – Chácara Inglesa- São Paulo, SP - CEP:
04141-00.

E-mail: geraldomotacarvalho@gmail.com

Rosemeire dos Santos Vieira

Mestre em Enfermagem.

Instituição: Universidade de São Paulo. Docente da FCMSCSP.

Endereço: R. Jesuíno Pascoal, nº 87 apto 11. Vila Buarque - São Paulo SP. CEP 01224-
050.

E-mail: rosemeire.vieira@fcmsantacasasp.edu.br

Gislaine Eiko Kuahara Camiá

Doutora em Enfermagem.

Instituição: Universidade Federal de São Paulo. Docente da FCMSCSP.

Endereço: R. Dr. Maurício de Lacerda, 253, apto14, São Judas- São Paulo, SP - CEP:
04303-191.

E-mail: Gislaine.camia@fcmsantacasasp.edu.br

Luciana Soares Costa Santos

Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem –

Instituição: Universidade de São Paulo. Docente da FCMSCSP/FMU.

Endereço: R. Alexandre Levi, 150 apto 73 -2, Cambuci – São Paulo, SP
CEP: 01520-000

E-mail: luciana.santos@fcmsantacasasp.edu.br

Lenir Honório Soares

Mestre em Enfermagem.

Instituição: Universidade Federal de São Paulo. Docente da FCMSCSP.

Endereço: R. Plínio Colas, 174 apto 31 D, Lauzane- São Paulo-SP- CEP: 02435030.

E-mail: lenir.soares@fcmsantacasasp.edu.br

Laércio Ruela de Oliveira

Especialista em Enfermagem obstétrica e pré-natal.

Instituição: Universidade Federal de São Paulo. Docente da Ellu Brasil.

Endereço: R. Orissanga, 14 apto 1002-Chácara Inglesa- São Paulo, SP - CEP: 04052-030.

E-mail: laerciodeoliveira36@gmail.com

RESUMO

Investigar na literatura científica o conhecimento atual e a prática dos profissionais de saúde em relação à saúde bucal das gestantes e suas implicações para resultados adversos da gestação. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada nas bases de dados Lilacs, Pubmed e SciElo, em artigos publicados no período compreendido entre janeiro de 2005 a dezembro de 2018. A literatura aponta que as modificações hormonais gravídicas exercem influência na cavidade bucal e que pode haver participação de componentes bacterianos associados à infecção periodontal e/ou de seus produtos, bem como modificações bioquímicas associadas ao processo inflamatório periodontal, tendo como consequência o nascimento de prematuros. Os resultados destacam a não avaliação da saúde bucal da gestante pelo enfermeiro, entretanto, destacam a avaliação sendo realizada por médicos e, principalmente de dentistas. Isto talvez se deva ao fato, que o tema saúde bucal da gestante ser relativamente recente na literatura científica, sobretudo, a de enfermagem, contudo, com o avanço na área da enfermagem obstétrica, destaca-se a importância de se resgatar a saúde bucal como prioridade pelos profissionais, somando-se aos médicos e odontólogos, reforçando o cuidado que gestante deve ter com sua higiene bucal para minimizar impactos na sua saúde e na bebê. Um melhor conhecimento sobre essa temática pelos profissionais de saúde e entre as gestantes representa um avanço no sentido de evitar ou minimizar desfechos obstétricos desfavoráveis. Concluiu-se que saúde bucal pode influenciar o curso da gestação e ser considerada fator de risco para ocorrência de prematuridade, baixo peso ao nascer, diabetes gestacional e pré-eclâmpsia e que o enfermeiro tem um papel relevante na promoção da saúde da gestante, na prevenção destes eventos adversos e suas consequências para a criança e sua família.

Palavras chave: enfermagem obstétrica; trabalho de parto prematuro; prematuro; saúde bucal; doenças periodontais.

ABSTRACT

This study aims to investigate in the scientific literature the current knowledge and practice of health professionals in relation to oral health during prenatal care, as well as the relation of periodontal diseases and adverse outcomes to gestation. It is a bibliographical research carried out in the databases Lilacs, Pubmed and SciElo, in articles published between 2005 and 2018. Among the literature analyzed, none presented an evaluation of the oral health of the pregnant woman by the nurse, but others treated of the evaluation of doctors and, mainly, of dentists. This may be due to the fact that the topic of oral health of the pregnant woman is relatively recent in the scientific literature, especially in nursing. The results lead us to assume that oral health is not being seen as a priority by professionals in the field of obstetrics (doctors and nurses) and reinforces the care that pregnant women should have with their oral hygiene. It was concluded that oral health can influence the course of gestation and be considered a risk factor for prematurity, low birth weight, gestational diabetes and preeclampsia, and that nurses have a relevant role in promoting the health of the pregnant woman, in the prevention of these adverse events and their consequences for the child and his/her family.

Keywords: obstetric nursing; obstetric labor, premature; oral health; periodontal diseases.

1 INTRODUÇÃO

A infecção é um componente muito importante da etiopatogenia do trabalho de parto prematuro e a doença periodontal é um aspecto ainda pouco explorado da infecção, muitas vezes negligenciado pela equipe de saúde responsável pelo pré-natal.

A microbiota da boca é bastante vasta, e dela fazem parte inúmeras espécies de bactérias, fungos e até mesmo vírus. Entre as bactérias que colonizam a cavidade oral estão *Streptococcus*, sendo esses os primeiros a colonizar a cavidade oral após o nascimento do bebê humano. Da mesma forma ocorre a colonização pelo fungo *Candida ssp* (Bagg, 2006).

As manifestações clínicas mais comuns das doenças periodontais são a gengivite e a periodontite. A doença periodontal é um potencial foco de patógenos infecciosos que podem se disseminar por via hematogênica e afetar o feto (Dhabhai, 2016).

Durante a gravidez, com muita frequência, tem-se relatado mudanças no aspecto gengival das pacientes com uma tendência ao agravamento da gengivite, tornando-se mais sensível a substâncias irritantes.

Mudanças, como hiperemia, edema e sangramento gengival estão relacionados a fatores como deficiências nutricionais, altos níveis hormonais (estrógeno, progesterona, gonadotrofina coriônica), presença de placa bacteriana, assim como o estado transitório de imunodepressão (Moimaz, 2006).

De acordo com Machado (2003) a gengivite é um processo inflamatório causado pela placa bacteriana (biofilme), iniciando-se próximo à gengiva marginal e papilar, onde é mais comum o acúmulo das bactérias da placa. É a forma mais prevalente e mais comum das doenças gengivais.

Nos indivíduos saudáveis, a gengivite sempre se desenvolve quando há um acúmulo de placa bacteriana por um período aproximado de até 21 dias e regride quando a placa é removida. Clinicamente, a forma firme, o contorno e a cor da gengiva ficam alterados. Assim sendo, a cor da gengiva é uma das primeiras manifestações clínicas a ser observada. A gengiva normalmente apresenta coloração rosa-pálido na maioria dos casos. Esta cor pode estar alterada pelo processo inflamatório, por pigmentos (na raça negra) e até mesmo por doenças sistêmicas (UFMA, 2018).

A gengivite gestacional geralmente aparece no primeiro trimestre da gravidez. Esta forma de gengivite é o resultado do aumento dos níveis de progesterona e estrogênio

causando uma reação inflamatória gengival exagerada a substâncias irritantes locais (UFMA, 2018).

O enfermeiro e o médico obstetras são os primeiros profissionais e, às vezes, os únicos a terem contato com a gestante nesse período. E o enfermeiro parece ser a pessoa chave para esta abordagem inicial e para a execução de atividades educativas para a saúde da gestante.

É sabido que a gestação se apresenta para a mulher como um período propício à sensibilização, modificação e a aquisição de bons hábitos para o seu bem-estar e bom desenvolvimento fetal. E os profissionais de saúde da área obstétrica podem resolver problemas de saúde bucal materna, provavelmente, reduzindo o risco de eventos adversos da gestação por meio de medidas preventivas disponíveis, diagnóstico precoce e de gestão adequada referindo a gestante a um dentista (Zanatta et al., 2007). Desse modo, a gestante deve procurar o atendimento odontológico não apenas quando percebe alguma alteração, mas baseada na manutenção e prevenção de alterações bucais.

O conceito de integralidade da assistência, preconizado pelo Ministério da Saúde, “envolve a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, aonde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde, seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde”. Esse conceito pressupõe, entre outras, uma prática educativa que acompanhe todas as ações desenvolvidas, possibilitando que a clientela adquira conhecimentos necessários a um maior controle de sua saúde (Maranhão et al., 1990).

Uma das atividades do enfermeiro ao realizar o exame clínico da gestante seria a avaliação bucal e orientação sobre suas condições, assim como a higiene oral, dieta adequada e, se necessário, encaminhamento para um Serviço de Odontologia.

Acredita-se que as consultas de pré-natal não têm contemplado de modo satisfatório as orientações de saúde bucal, como a doença periodontal, e as suas consequências para o parto prematuro, impedindo a sua inserção no contexto da promoção à saúde.

A temática despertou a atenção após a reflexão sobre a possibilidade da promoção da saúde bucal não estar sendo conduzida adequadamente. A falta de orientações e práticas em saúde bucal fornecidas pelo enfermeiro podem estar limitando ações que seriam positivas à saúde da gestante, da criança e para toda à família.

A relevância deste estudo, portanto, reside na crença de que a informação e educação da gestante estimularia melhores cuidados bucais reduzindo complicações à saúde, tanto materna como fetal, sendo uma questão de Saúde Pública.

2 OBJETIVO

Esta pesquisa visou investigar na literatura científica o conhecimento atual e prática dos profissionais de saúde em relação à promoção da saúde bucal da gestante, tendo em vista as implicações para resultados adversos nesse período vital.

3 MÉTODO

Para o presente estudo nos propusemos a realizar uma revisão bibliográfica acerca do conhecimento atual e prática dos profissionais de saúde em relação à saúde bucal da gestante e suas implicações para resultados adversos da gestação.

A pesquisa foi executada nas bases de dados: Lilacs, Pubmed e SciELO, em abril de 2019 em artigos publicados no período compreendido entre janeiro de 2005 e dezembro de 2018. Também foram utilizados alguns em livros especializados na área médica, odontológica e de enfermagem.

Para busca dos artigos foram utilizados os seguintes descritores e palavras chave: (obstetrics or obstetric) x (nursing or nurse or nurses) x ("oral health" or "dental care" or "oral hygiene" or periodontal or gingivitis x pregnant or pregnancy).

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados no período compreendido entre 2005 e 2018, disponíveis em inglês, português ou espanhol.

Foi efetuada a leitura de toda a bibliografia selecionada de acordo com os critérios de inclusão. Em seguida, foi executada uma análise para compressão e amplificação do conhecimento sobre o tema proposto e pesquisado para desenvolvimento do estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados e utilizados 31 artigos que relatavam o tema abordado, sendo dois terços destes na língua inglesa.

Dentre os estudos analisados, nenhum apresentava uma avaliação da saúde bucal da gestante pelo enfermeiro, mas outros tratavam da avaliação de médicos e, principalmente de dentistas. Isto talvez se deva ao fato, que o tema saúde bucal da gestante ser relativamente recente na literatura científica, sobretudo, a de enfermagem.

De acordo com a literatura científica a doença periodontal está associada a inúmeras condições, tais como: doenças cardiovasculares, diabetes e resultados adversos da gestação, tudo isto provavelmente através das vias do sistema inflamatório (Ilheozor-Ejiofor et al., 2017; Hongnyu e Miquan, 2017).

A gestante apresenta diversas alterações fisiológicas no organismo local e sistêmico, e na cavidade oral verifica-se a gengivite, hiperplasia gengival, granuloma piogênico e alterações salivares (Bordoni et al., 2010).

As alterações gengivais associadas à formação do biofilme durante a gravidez são frequentemente observadas, o que pode levar a uma exacerbação da gengivite. As variações que ocorrem ao nível da microbiota e do metabolismo celular afetam a permeabilidade vascular, produzindo edema e aumento do fluido gengival (Borgo et al., 2014).

Newman et al. (2016) comentam que durante a gravidez a resposta gengival para irritantes locais é explicado com base hormonal. Existe um aumento acentuado de estrogênio e progesterona durante a gravidez e uma redução após o parto. O aumento da gengivite é atribuído, sobretudo, ao aumento dos níveis de progesterona, a qual produz dilatação e tortuosidades na microvascularização gengival, estase circulatória e suscetibilidade aumentada à irritação mecânica, todos os quais favorecem um vazamento de fluido para os tecidos perivasculares. A severidade da gengivite varia com os níveis hormonais na gravidez.

No curso da gravidez, a permanência de inflamação e infecção, aumenta o risco para o desenvolvimento de doença periodontal, favorecendo a ocorrência de diversas consequências, entre elas as complicações obstétricas como o parto prematuro, neonato de baixo peso ao nascimento, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional (Armitage, 2013). Algumas destas complicações podem até se manifestarem juntas, mas provavelmente os mecanismos de ocorrência não são exatamente os mesmos (Sanz et al., 2013).

A pré-eclâmpsia manifesta-se pela tríade sintomática: hipertensão (pressão arterial maior que 140/90 mmHg), edema periférico e proteinúria, após as 20 semanas 20 semanas de gestação (Brasil, 2013a). É caracterizada, sobretudo, por uma disfunção endotelial generalizada, que é uma resposta inflamatória exagerada envolvendo os leucócitos e citocinas pró-inflamatórias (Zi et al., 2015).

Contreras et al. (2006) relatam que a doença periodontal crônica está significativamente associada à pré-eclâmpsia em gestantes. E segundo Huang et al. (2014) as gestantes com doença periodontal apresentam um risco 2,69% superior de

desenvolvimento de pré-eclâmpsia, quando comparado com grávidas com a região periodontal saudável.

Em estudos realizados com o objetivo de verificar a relação da doença periodontal com a diabetes gestacional, concluiu-se a possível associação entre esses dois fatores (Armitage, 2013).

Em sua meta-análise, Abariga e Whitcomb (2016) sugerem que a periodontite está associada a um aumento estatisticamente significativo do risco de diabetes gestacional (DG) em comparação com mulheres sem periodontite. Enquanto Esteves Lima (2016), afirma que a evidência científica não pode afirmar uma associação positiva entre periodontite e DG.

Para Lima et al. (2015) as alterações na resposta imunitária e inflamatória de pacientes com diabetes mellitus, influencia a prevalência, severidade e a extensão da periodontite. Para além disso, a periodontite pode ter um impacto significativo sobre o estado metabólico da diabetes mellitus. A periodontite pode contribuir para a propagação de microrganismos e produtos bacterianos que induzem um processo inflamatório sistêmico, que podem iniciar e propagar uma resistência à insulina. E, também, os mediadores inflamatórios como o Fator de Necrose Tumoral (TNF- α), a interleucina 6 (IL-6) e a proteína C reativa, podem contribuir para aumentar a resistência à insulina.

Para Moimaz (2006) a gestante torna-se uma cliente com risco temporário, maior que o normal para o desenvolvimento de complicações periodontais. Além do aumento nos níveis hormonais que altera a permeabilidade vascular, também, são observadas alterações na microbiota bucal e no metabolismo celular. Somando-se a isto, a produção de prostaglandina é estimulada, possibilitando exacerbação do processo inflamatório gengival. A produção de prostaglandina, por sua vez, eleva a possibilidade de ocorrer parto prematuro e de baixo peso ao nascer, devido a sua associação com desencadeamento das contrações uterinas.

A doença periodontal é uma infecção polimicrobiana determinada pela interação dos microrganismos com o sistema imunológico, o ambiente, fatores hereditários e comportamentos individuais, que potencializam uma resposta inflamatória dos tecidos periodontais. Esta é caracterizada por uma inflamação crônica cuja progressão leva à destruição dos tecidos e à perda dentária. A presença de bactérias Gram-negativas como a *Porphyromonas gingivalis* e a *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* têm a capacidade de invadir os tecidos sendo um fator determinante para o desencadeamento do processo inflamatório (Borgo et al., 2014; Varadan e Ramamurthy, 2014).

Pode-se dizer que os fatores etiológicos da doença periodontal são locais e ambientais (higiene bucal inadequada, cálculos e fatores iatrogênicos que impedem ou dificultam a remoção da placa), fatores predisponentes (morfologia do periodonto e hereditariedade) e fatores modificadores (situações sistêmicas, diabetes, estresse, má nutrição, gravidez, fumo, interação com o hospedeiro e fatores traumatizantes).

Devido a sua alta ocorrência, a doença periodontal se constitui em um problema de saúde mundial sendo classificada pela Organização Mundial de Saúde como a segunda patologia bucal mais prevalente no ser humano, necessitando assim, de grande controle e prevenção. Diagnosticada precocemente, o tratamento é, normalmente mais simples, possuindo ainda grande potencial em promoção de saúde e caráter educacional (Sallum et al., 2005).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde as crianças nascidas com menos de 2500g são designadas de baixo peso e o termo “premature” refere-se àquelas nascidas com menos de 37 semanas contadas após o primeiro dia do último período menstrual (Rocha et al, 2015; UFMA, 2018).

A prematuridade trata-se de um problema de Saúde Pública que afeta vários países do mundo. E segundo dados da pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento” a atual taxa revisada de prematuridade no Brasil é de 11,7% (Lansky et al., 2014).

As implicações da prematuridade envolvem também as dificuldades assistenciais imediatas aos neonatos, que com frequência são mantidos muitos dias em unidade de terapia intensiva. Apesar dos custos elevados e a longa duração dos cuidados, infelizmente, algumas vezes estes neonatos apresentam sequelas físicas e mentais graves.

Os neonatos prematuros têm risco de morte muito maiores que neonatos a termo e os sobreviventes têm riscos de morbidade a curto e médio prazo. Prematuros sobreviventes ao parto e período de internação na Unidade de Terapia Intensiva podem ter conviver com graus variados de sequelas e incapacidades, com prejuízos no crescimento e neurodesenvolvimento (Brasil, 2011; OMS, 2012).

A despeito de todos os progressos da perinatologia, a prematuridade ainda representa problema médico e social relevante. A implicação da prematuridade não se resume à sua devastação perinatal; envolvem também as dificuldades no atendimento imediato do neonato, a necessidade de cuidados especiais médicos e de enfermagem, além do cuidado de familiares, nos primeiros meses de vida e, aos riscos maiores de sequelas físicas e mentais (Montenegro e Rezende Filho, 2018).

Para estes últimos, alguns dos fatores de risco associados a prematuridade são: hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo, abuso de drogas, desnutrição, atividade sexual excessiva, atividade física excessiva), condições socioeconômica; (condições de trabalho, higiene, alimentação, habitação); antecedentes obstétricos (partos prematuros, abortamentos tardios, curetagens repetidas, partos traumatizantes); maternas (idade materna inferior a 18 anos ou superior a 34 anos, infecção genital, infecção urinária, infecção geral, traumatismo, estresse psíquico, cirurgias durante a gravidez, doenças sistêmicas); problemas assistenciais (ausência de pré-natal, assistência pré-natal inadequada); e fatores iatrogênicos (enfermidades maternas, problemas fetais, indução do parto, cesárea eletiva).

No ano de 1963, Løe e Silness avaliando a severidade e prevalência da doença periodontal durante a gestação e logo após o parto, mostraram que 100% das mulheres grávidas apresentaram sinais de inflamação gengival; a prevalência e a severidade da gengivite foi significativamente maior nas mulheres grávidas do que logo após o parto e as profundidades das bolsas gengivais aumentaram durante a gravidez, mas apesar das alterações não houve danos ao periodontal.

O estudo pioneiro de Offenbacher et al. em 1996 indicou que as doenças periodontais representavam um risco previamente não reconhecido e clinicamente significativa para trabalho de parto prematuro e baixo peso ao nascer.

A associação existente entre a gravidez e doenças periodontais é conhecida há muitos anos e vários estudos relatam que a doença periodontal representa um fator de risco para o parto prematuro (Dias et al., 2005; Feldens et al., 2005; Fernandes et al., 2005; Sallum et al., 2005; Moimaz, 2006; Zanatta et al., 2007; Vieira et al., 2010; Saini et al., 2010; Armitage, 2013; Ide e Papapanou, 2013; Sanz et al., 2013; Vt et al., 2013; Wang et al., 2013; Borgo et al., 2014; Huang et al., 2014; May, 2014; Varadan e Ramamurthy, 2014; Zi et al., 2015; Dhabhai, 2016; Ilheozor et al., 2017; Marla et al., 2018; entre outros).

Apesar de décadas de pesquisa sobre a associação entre a doença periodontal na gravidez e a prematuridade e o baixo peso ao nascer, os resultados apresentados, ainda não têm uma forte evidência (ou são inconclusivos), talvez devido a metodologia utilizada nestes estudos (Wang et al., 2013; Ide e Papapanou, 2013)

Existem evidências sugerindo que a presença de uma infecção Gram-negativa endógena subclínica, pode liberar endotoxinas suficientes para iniciar o trabalho de parto pré-termo, tanto por meio de uma fonte de lipopolissacarídeos como pela estimulação de

mediadores inflamatórios secundários, tais como prostaglandinas de segundo estágio interleucina 1 beta e interleucina 6 (Fernandes et al., 2005).

De acordo com Newman et al. (2016), o conhecimento atual sugere que a doença periodontal pode alterar a saúde sistêmica de pacientes e afetar inadvertidamente o bem-estar fetal por elevar o risco de parto prematuro e de crianças com baixo peso ao nascimento. De acordo com Dias et al. (2005) na presença de doença periodontal, há indícios de que patógenos oportunistas e/ou seus produtos inflamatórios, podem participar na prematuridade, através da via hematogênica. E um dos microrganismos mais comumente isolados da cavidade amniótica de mulheres com trabalho de parto prematuro, sem rompimento das membranas, é o *Fusobacterium sp*, tendo este um papel importante no trabalho de parto prematuro, e que pode fazer parte da microbiota bucal (UFMA, 2018; Rocha et al. , 2015).

A assistência pré-natal é principalmente preventiva e tem os objetivos básicos de identificar, tratar ou controlar doenças, prevenir complicações na gestação ou parto, assegurar a boa saúde materna, promover bom desenvolvimento fetal, reduzir os índices de morbidade e mortalidade materna e fetal, preparar o casal para o exercício da parentalidade (Carvalho, 2007).

Portanto, a gestante deve ser avaliada e conscientizada o sobre a importância da manutenção de sua saúde bucal e demais cuidados preventivos que devem ser adotados no período gestacional.

Mesmo na ausência de fortes evidências científicas para a associação de doença periodontal com eventos adversos na gestação isto não exclui a negligência profissional com cuidado da saúde bucal. Existe a necessidade de controlar a infecção e a inflamação durante a gravidez, como também, a validação dos protocolos de tratamento da doença periodontal. Desse modo acreditamos que o aspecto mais importante da prevenção do parto prematuro é, sem dúvida, o bom acompanhamento pré-natal.

Os coeficientes de morbimortalidade materna e infantil são influenciados pelas condições de assistência ao pré-natal e ao parto, bem como pelos aspectos biológicos da reprodução humana e pela presença de doenças provocadas ou agravadas pelo ciclo gravídico-puerperal. É sabido, também, que muitos problemas de saúde são evitáveis, mediante a adoção de medidas relativamente simples, visando a melhoria à qualidade da assistência perinatal e garantia ao acesso aos serviços de saúde.

Na primeira consulta (e, também, nas subsequentes), o pré-natalista deve investigar possíveis fatores de riscos gestacionais e tentar corrigi-los. No caso específico do parto

premature, nem sempre é fácil, uma vez que a sua etiologia é desconhecida em aproximadamente 50% dos casos. E no restante, frequentemente ocorre uma associação de fatores de risco, comenta Dhabhai (2016).

Para tanto, os profissionais de saúde devem sempre buscar a educação continuada e a integração entre si, pois o aprendizado de uns com os outros faz com que haja atualização de seus conhecimentos e prática, contribuindo, dessa maneira, para as boas práticas obstétricas e para os bons resultados perinatais.

O enfermeiro deve atuar na prevenção primária, com exames bucais periódicos da gestante, promovendo a saúde bucal com ações educativas específicas individuais ou grupais além de encaminhamento daquelas que precisam de avaliação e/ou tratamento odontológico.

Apesar da formação mais ampla do enfermeiro e de sua maior perspectiva em enxergar a gestante de maneira holística, nem sempre tem como rotina o exame da cavidade oral durante as consultas pré-natais, entretanto, a boca é porta de entrada e um dos segmentos corporais, necessitando de avaliação para uma gestação saudável.

O ideal seria que toda a gravidez fosse planejada, assim a mulher se preocuparia com seu estado geral de saúde antes de engravidar. Como esta não é uma realidade, os profissionais de saúde devem estar atentos e direcionar seus conhecimentos e esforços preventivos para que a gestante saiba da importância e da disponibilidade de cuidados no pré-natal relacionados e sobre a sua saúde bucal.

O tratamento odontológico na gestação apresenta alguns mitos entre gestantes e, até mesmo, entre profissionais de saúde (Codato et al., 2011). Tendo em vista a estes mitos algumas publicações destacam aspectos da saúde bucal em cada trimestre gestacional (Naseem et al., 2016; Brasil, 2012; 2013b). No primeiro trimestre é o período menos adequado para tratamento odontológico. A organogênese ocorre durante essa fase e é propensa ao risco de teratógenos. Também aumenta o risco de abortos espontâneos e instabilidade emocional. No segundo trimestre, o organismo materno estabiliza-se fisiologicamente frente ao aumento do trabalho físico e metabólico e corresponde ao período mais estável no aspecto emocional, constituindo, portanto, a época mais propícia ao tratamento. No terceiro trimestre é apropriado realizar procedimentos odontológicos de curta duração, pois não há risco significativo para o feto. No entanto, há um risco e aumento de desconforto para a mãe (existe possibilidade da ocorrência da síndrome da hipotensão supina, hipertensão, anemia e de partos prematuros), que pode ser reduzido pelo posicionamento adequado elevando-se quadril direito em 10 a 12 cm, de modo que

a pressão sobre a veia cava seja reduzida ou colocando a paciente em uma inclinação de 5 a 15% em seu lado esquerdo.

A gravidez não deve ser considerada como um motivo absoluto para adiar o atendimento odontológico. O conhecimento científico atual demonstra que qualquer tratamento odontológico pode ser realizado durante a gestação. Entretanto, existem alguns pré-requisitos como conhecimentos básicos sobre antibióticos seguros, anestesia, técnica e proteção adequada em tomadas radiográficas (colar de chumbo para a tireoide e avental de chumbo para o abdome), manejo correto da gestante além do contato com o médico assistente para se assegurar das condições de saúde geral e obstétrica da gestante (Feldens et al., 2005; Naseem et al., 2016).

E em algumas pacientes verifica-se um aumento na incidência de cárie e de perdas dentárias, devido à diminuição da capacidade fisiológica do estômago, fazendo com que a gestante realize a ingestão de alimentos em quantidades menores, mas com maior frequência e podendo ter elevada na ingestão de carboidratos, associado a um controle inadequado do biofilme dentário (Brasil, 2012; 2013b; São Paulo, 2007).

A perda ou fratura de restaurações pode apresentar-se relacionada à recidiva de cárie ou provocada por motivos técnicos como falhas relacionadas à técnica restauradora ou ao material restaurador e não à gestação.

As gestantes sofrem maior exposição aos ácidos gástricos devido às náuseas e vômitos frequentes no início da gestação. Ressalta-se a necessidade de escovação imediata para diminuir a acidez bucal, pois os ácidos presentes na êmese, podem corroer o esmalte na superfície interna dos dentes, mais notadamente os anteriores. Nessa situação, o bicarbonato de sódio, utilizado em bochecho após o vômito funciona como um neutralizador dos ácidos e poderia evitar danos nas superfícies dentárias (Ht et al., 2013; São Paulo, 2007).

Deve ser estimulado evitar ou diminuir o consumo de açúcar refinado. A partir do quarto mês de gestação, o feto já está desenvolvendo o paladar, e o uso do açúcar pela mãe pode determinar que a criança, ao nascer, já demonstre preferência pelo sabor doce quando comparado com outras cujas mães não utilizaram açúcar durante a gravidez (São Paulo, 2007; Brasil, 2013b).

Apesar de supormos que a saúde bucal não está sendo vista, como prioridade pelos profissionais médicos e de enfermagem, a gestante não deve descuidar da sua higiene bucal. Cabe também aos enfermeiros, orientar sobre os cuidados para com a saúde bucal, que esses devem ser iniciados tão logo se inicie o pré-natal e que contribuirão para a saúde

geral da gestante e para, também, prevenir problemas bucais nas crianças (Marla et al., 2018).

Em relação às orientações sobre a higiene bucal destaca-se o uso do fio dental. Este deve ser usado antes da escova dental, para a remoção dos detritos entre os dentes, onde a escova não consegue atingir.

A escolha da escova, assim como a técnica da escovação dental, deve ser parte das orientações profissionais. A escova deve alcançar os dentes do fundo, ter cerdas macias, arredondadas, da mesma altura para não traumatizar os tecidos bucais moles e um cabo reto para um bom apoio no momento da escovação. Idealmente a escovação dentária deverá ocorrer sempre após as refeições, não sendo fundamental o número de vezes que se escova os dentes, mas a sua eficiência em remover as placas. Nesse sentido, uma escovação eficiente deve levar cerca de cinco a 10 minutos.

E por fim, a escova deve ser guardada limpa e seca, para não ocorrer a proliferação de fungos e trocada a cada dois ou três meses ou quando suas cerdas se encontrem amassadas e entortadas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença periodontal pode influenciar o curso normal da gestação e ser considerada como um fator de risco ao nascimento de prematuros, neonatos de baixo peso, diabetes gestacional e até pré-eclâmpsia.

A saúde bucal é parte integrante da saúde geral e uma vez que o enfermeiro é o profissional que talvez tenha maior contato com a paciente durante o período gestacional, é imprescindível ter uma formação mais ampla e maior, na perspectiva de enxergar a gestante de maneira holística e não de maneira fragmentada e, desse modo, atuar na prevenção primária (na pré-patogênese).

Os enfermeiros devem atualizar os seus conhecimentos e se integrarem com outros profissionais de saúde, pois o aprendizado na troca de conhecimentos irá auxiliar no direcionamento dos cuidados, assim, estabelecer uma boa orientação e um bom programa de prevenção.

A prevenção em saúde bucal não só poderia reduzir a ocorrência da prematuridade, neonatos de baixo peso, pré-eclâmpsia como aumentaria a qualidade de vida das futuras mães e de suas famílias.

REFERÊNCIAS

Abariga AS, Whitcomb BW. Periodontitis and gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016; 16:344. doi: [10.1186/s12884-016-1145-z](https://doi.org/10.1186/s12884-016-1145-z)

Armitage, G. C. Bi-directional relationship between pregnancy and periodontal disease. *Periodontology 2000*. 2013; 61:160-176.

Bagg J. *Essentials of Microbiology for Dental Students*. 2nd ed. Glasgow, UK: Oxford University Press, 2006.

Bordoni N, Rojas AE, Mercado RC. *Odontología Pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Medica Panamericana; 2010.

Borgo PV, Rodrigues VA, Feitosa AC, Xavier KC, Avila-Campos, MJ. Association between periodontal condition and subgingival microbiota in women during pregnancy: a longitudinal study. *J Appl Oral Sci*. 2014; 22 (6), 528-33.

Brasil. Ministério da Saúde. *Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010* [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. Disponível em:

http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/saudebrasil2011_parte1_cap6.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Gestação de alto risco - 5. ed*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Bucal. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013b.

Carvalho GM de. *Enfermagem em obstetrícia*. São Paulo: EPU; 2007.

Codato LAB Nakama L, Cordoni Jr L, Higasi MS. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(4):2297-2301. [

Contreras A, Herrera JA, Soto JE, Arce RM, Jaramillo A, Botero, JE. A periodontite está associada à pré-eclâmpsia em mulheres grávida. *Jornal de periodontologia*. 2006; 77(2). Doi.or/101902/jop.2006.050020.

Dhabhai N. Nascimento prematuro e doença periodontal: uma perspectiva médica. *J Int Clin Dent Res Órgan* [serial on-line] 2016; 8:98-101. Disponível em: <http://www.jicdro.org/text.asp?2016/8/2/98/186421>

Dias RJM et al. Doença periodontal em mulheres com parto pré- termo. *RGO*. Porto Alegre. 2005, abr/jun; 53(2): 85-164.

Esteves Lima RP, Cyrino RM, Carvalho Dutra B, Oliveira da Silveira J, Martins CC, Miranda Cota LO, Costa FO. Associação entre Periodontite e Diabetes Mellitus Gestacional: Revisão Sistemática e Meta-Análise. *J Periodontol*. 2016 Jan; 87(1):48-57. Doi: 10.1902 / jop.2015.150311.

Feldens EG et al. A percepção dos médicos obstetras a respeito da saúde bucal da gestante. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. João Pessoa. 2005, jan/abr; 5(1):41-46.

Fernandes VP, Magalhães JCA, Saba-chujfi E. Doença periodontal materna como fator de risco para o nascimento de crianças pré-termo. *RGO*. Porto Alegre. 2005, out/nov; 53(4): 346- 350.

Hongnyu R, Miquan D. Papel da periodontite materna no nascimento pré-termo. *Frente Immunol*. 2017;8:139. [Periódico on-line 2017] fev 13. Doi:10.3389/fimmu.2017.00139.7

Huang X, Wan J., Liu J., Hua, L., Zhang, D., Hu, T et al. Maternal periodontal disease and risk of preeclampsia: a meta-analysis. *J Huazhong Univ Sci Technol*. 2014; 34 (5), 729-35.

Ide M; Papapanou, PN. Epidemiology of association between maternal periodontal disease and adverse pregnancy outcomes - systematic review. *Jornal of Clinical Periodontology* 2013; 40 (14):181-194.

Ilheozor-Ejiofor Z, Middleton P, Esposito M, Glenny AM. Treating periodontal disease for preventing adverse birth outcomes in pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jun 12;6:CD005297. Doi:10.1002/14651858.CD005297.

Lansky S et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. [s.l.], v. 30, n. 1, p.192-207, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00133213>.

Lima RP, Cyrino RM, Dutra BD., Silveira JO, Martins CC, Cota LO, et al. Association Between Periodontitis and Gestational Diabetes Mellitus: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Periodontology*. 2016; 10:1-16.

Loe H, Silness J. Doença periodontal na gravidez. I. Prevalência e gravidade. *Acta Odontologica Scandinavica* 1963; 21:533-551. doi: 10.3109 / 00016356309011240

Machado WAS. *Periodontia Clínica*. São Paulo: Médica e Científica; 2003.

Maranhão AMSA et al. *Atividade da enfermeira obstetra no ciclo gravídico-puerperal*. São Paulo: EPU; 1990.

Marla V, Sree R, Roy DK, Ajmera H. The Importance of Oral Health during Pregnancy: A review. *MedicalExpress* (São Paulo, online). 2018;5:mr18002. DOI: 10.5935/MedicalExpress.2018.mr.002

May L. Considerations of the Pregnant Dental Patient. *J Dent Health Oral Disord Ther* 2014; 1(2): 00010. DOI: 10.15406/jdhodt.2014.01.00010

Moimaz SAS et al. Condição periodontal durante a gestação em um grupo de mulheres brasileiras. *Cienc. Odontol. Bras. São Paulo out/dez 2006;9(4):59-66*.

Montenegro CAB; Rezende Filho J. *Obstetrícia fundamental*. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2018.

Naseem M, Khurshid Z, Khan HA, Niazi F, Zohaib S, Zafar MS. Oral Health Challenges in Pregnant Women: Recommendations for Dental Professionals *J S R odontol*. 2016;7(2)138-146. Doi.org/10.1016/j.sdr.2015.11002.

Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza Jr. FA. *Periodontia clínica*. 12.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

Offenbacher S. Periodontal Infection as a Possible Risk Factor for Preterm Low Birth Weight. *Jornal de periodontologia* 67, 1103-1113

Rocha JS et al. (Org.) *Cartilha da gestante: cuidados com a saúde bucal*. Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, 2015. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CartilhadaGestante.pdf>

Saini R , Saini S , Saini SR. Periodontitis: risk of premature birth and low birth weight. *J Nat Sci Biol Med* . 2010 jul-dec; 1 (1):40-42. Doi: [10.4103 / 0976-9668.71672](https://doi.org/10.4103/0976-9668.71672)

Sallum AW et al. A doença periodontal e o nascimento de bebês com baixo peso. In: Paiva, J. S; Almeida, R. V. *Periodontia: a atuação clínica baseada em evidências científicas*. São Paulo: Artes Médicas, 2005.

Sanz M, Kornman K, Working Group 3 O. Periodontitis and adverse pregnancy outcomes: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *Journal of Clinical Periodontology*. 2013; 40(10):1649

São Paulo (Município). Prefeitura Municipal de São Paulo. Nascendo e crescendo com saúde bucal-atenção à saúde bucal da gestante e da criança. (Projeto Cárie Zero). São Paulo, 2007.

UFMA. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA Saúde Bucal da Gestante: Acompanhamento Integral em Saúde da Gestante e da Puérpera/ Ana Emília Figueiredo de Oliveira; Ana Estela Haddad (Org.). - São Luís: EDUFMA, 2018.

Varadan M, Ramamurthy J. Association of Periodontal Disease and Preterm Low Birth Weight Infants. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India* 2014; 63 (3), 167-71.

Vieira DRP, Feitosa DMZ, Alves MSC, Cruz MCFN, Lopes FF. Associação entre doenças periodontal na gravidez e parto pré-termo baixo peso ao nascer. *Odonto. Clin.-Cient., Recife*, 9(4):311-314, out/dez, 2010.

Vt H, TM, TS, Nisha VA, AA. Dental considerations in pregnancy-a critical review on the oral care. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2013; 7 (5), 948-953. doi: 10.7860 / JCDR / 2013 / 5405.2986.

Wang YL, Liou JD., Pan WL. Association between maternal periodontal disease and preterm delivery and low birth weight. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology* 2013; 52 (1):71-6.

WHO. World Health Organization. The global action report on preterm birth. Geneva: WHO; 2012.

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.

Zi MY, Longo PL, Bueno-Silva B, Mayer MP. Mechanisms Involved in the Association between Periodontitis and Complications in Pregnancy. *Front Public Health*. 2015; 2 (290). Doi: 10.3389/fpubh.2014.00290.