

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

LEONARDO MOURA CARDOSO

**ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DA GESTANTE NA ESTRATÉGIA
DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

CORINTO/MINAS GERAIS

2010

LEONARDO MOURA CARDOSO

**ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DA GESTANTE NA ESTRATÉGIA
DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Lia Silva de Castilho

CORINTO/MINAS GERAIS

2010

LEONARDO MOURA CARDOSO

**ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DA GESTANTE NA ESTRATÉGIA
DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Lia Silva de Castilho

Banca Examinadora

Prof. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	UFMG
Prof. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	UFMG
Prof. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 23 de junho de 2010.

RESUMO

O objetivo principal do presente trabalho é discutir as dificuldades e particularidades do atendimento odontológico às gestantes. São abordados aspectos da atenção odontológica desenvolvidos no âmbito da Estratégia do Programa de Saúde da Família. São discutidos elementos facilitadores e impeditivos à assistência odontológica para a gestante, assim como as principais alterações fisiológicas transitórias que estas pacientes apresentam durante o período gestacional. Aspectos culturais, mitos e crenças da sociedade e o próprio despreparo dos profissionais de saúde são abordados com o intuito de esclarecer e dar suporte a um bom atendimento odontológico às gestantes, encorajando o cirurgião dentista a colocar nas atividades de rotina da Equipe de Saúde Bucal os cuidados e procedimentos de assistência em saúde bucal às gestantes.

Descritores: Assistência odontológica, gravidez, alterações fisiológicas, equipe de saúde bucal.

ABSTRACT

The aim of this study is discuss the difficulties and particularities of the oral health care during pregnancy. Oral health care issues in the “Programa de Saúde da Família” strategy are showed. Physiologic changes during the pregnancy period and affairs that making the oral health care easier or more difficult for health providers are related. Culture aspects and myths about pregnancy and oral health care are considered to give the staff any support for perinatal oral health programs.

Key words: pregnancy, oral health care, perinatal care.

SUMÁRIO

Introdução -----	6
Metodologia -----	8
Desenvolvimento -----	9
1. Alterações sistêmicas durante a gestação -----	9
1.1. Alterações cardiovasculares -----	9
1.2. Alterações respiratórias -----	10
1.3. Alterações metabólicas -----	10
1.4. Alterações gastrointestinais -----	10
1.5. Alterações bucais -----	11
2. A atenção odontológica à gestante -----	13
2.1. A formação de grupos operativos pela Equipe do PSF e pela Equipe de Saúde Bucal -----	13
2.2. O atendimento individual -----	14
2.3. Exame radiográfico -----	17
2.4. O acesso das gestantes aos cuidados em saúde bucal -----	17
Conclusão -----	20
Referências -----	21

INTRODUÇÃO

Em todo mundo, estratégias coletivas de promoção da saúde vêm adotando uma visão mais ampla desta em substituição aos enfoques centrados exclusivamente na doença. No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem sendo implantada de modo a reorganizar o modelo de atenção à saúde no âmbito da atenção básica. O Programa de Saúde da Família (PSF) é a estrutura básica que leva essa nova concepção de promoção de saúde à população.

A criação das Equipes do PSF, seu vínculo com a população adscrita e a proximidade do profissional de saúde com a realidade local promovem uma mudança no modo como os serviços de saúde são oferecidos à população. Os PSFs foram criados, em sua composição básica, por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Posteriormente, foram acrescentadas as Equipes de Saúde Bucal (ESB) - cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal (ASB) e/ou técnico em saúde bucal (TSB), psicólogos, nutricionistas e outras especialidades compondo o atendimento multidisciplinar. O incremento de outras especialidades nas Equipes do PSF tem contribuído cada vez mais para a melhoria dos serviços de saúde da atenção básica oferecidos à população. A ESB, inserida na ESF, pôde ampliar a atuação da odontologia nos diversos grupos e faixas etárias de pacientes, mudando o modo de atuação da assistência odontológica, antes priorizada ao atendimento às crianças, o que deixava descoberta de atenção à saúde bucal, outros segmentos da população. A odontologia atual insere-se em uma ação interdisciplinar, principalmente entre as áreas do conhecimento em saúde ligadas a processos de educação continuada voltados para a atenção básica.

O objetivo principal do presente trabalho é discutir as dificuldades e particularidades do atendimento odontológico às gestantes. São abordados aspectos da atenção odontológica desenvolvida no âmbito da Estratégia do Programa de Saúde da Família (EPSF). Elementos facilitadores e impeditivos da prestação de assistência odontológica às pacientes no período, pré-gestacional, gestacional e pós-parto são discutidos através de revisão literária sobre o tema. O trabalho aborda uma visão geral do atendimento odontológico às gestantes. Segue questões relacionadas às mudanças na condição sistêmica observadas nestas pacientes e também fatores socioeconômicos e culturais englobados na comunidade acolhida pela unidade do PSF. Os mitos e crenças da sociedade, o despreparo dos profissionais de saúde e a

falta de estrutura de muitas unidades de saúde constituem barreiras, que devem ser superadas, para o bom atendimento odontológico desse grupo de usuárias.

METODOLOGIA

Realizou-se busca de artigos nas bases de dados BBO, Lilacs, Scielo e Dentistry and Oral Sciences Source. Um total de 11 artigos foram encontrados na base Lilacs e 8 artigos foram encontrados na base Dentistry and Oral Sciences Source. Os artigos apresentavam-se em duplicidade nas demais bases.

DESENVOLVIMENTO

1 Alterações sistêmicas durante a gestação

A gravidez é um período único na vida da mulher que se caracteriza por intensas transformações fisiológicas que podem afetar adversamente a saúde bucal (KUMAR; SAMELSON, 2009). Esta fase é, também, carregada de muito estresse, aonde as preocupações da futura mãe vão além da sua própria saúde. A gestante está totalmente envolvida com a saúde e bem estar de seu bebê e passa por importantes mudanças em seu corpo. O aumento da atividade hormonal, o aumento do débito cardíaco, a variação da pressão arterial, a anemia, as alterações gastrointestinais e respiratórias e o diabetes gestacional são algumas mudanças transitórias importantes que podem ocorrer durante a gestação (RITTER; SOUTHERLAND, 2007). Todas as funções do corpo da mulher em período gestacional devem se adaptar a essa nova condição (LAINE, 2002). O conhecimento dessas mudanças pelo cirurgião dentista é fundamental para garantir o estabelecimento de um plano de tratamento seguro, feito com uma anamnese detalhada, uma boa pesquisa da história médica da paciente e o estabelecimento de procedimentos adequados para cada período gestacional (SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006).

1.1 Alterações cardiovasculares

Dentre as alterações cardiovasculares mais importantes observadas nas mulheres grávidas destaca-se o aumento do volume sanguíneo, devido à maior retenção de líquidos pelo corpo, levando ao aumento do débito cardíaco. Variações na pressão arterial, taquicardia e instabilidade vasomotora devem ser consideradas no momento do atendimento odontológico (RIEKEN; TEREZHALMY, 2006). Existem três tipos principais de distúrbio na pressão arterial durante a gravidez: a hipertensão crônica – que existe previamente à gravidez, a hipertensão gestacional – geralmente no segundo trimestre em mulheres normotensas e a pré-eclâmpsia – caracterizada por hipertensão, edema e proteinúria, que geralmente leva ao parto prematuro de bebês de baixo peso (JAMES; NELSON-PIERCE, 2004 apud SILVA *et al.*, 2006).

1.2 Alterações respiratórias

O aumento da frequência respiratória e do consumo de oxigênio, exigido tanto pelo feto como pela própria gestante, é uma característica desse período. É comum se observar a obstrução das vias aéreas superiores causada pelo edema das mucosas, hipersecreção e hiperemia (SILVA *et al.*, 2006). Podem surgir, ainda, distúrbios respiratórios do sono, como o ronco, que leva a um aumento na incidência da apnéia obstrutiva nesse período (SANTIAGO *et al.*, 2001).

1.3 Alterações metabólicas

Variações hormonais durante a gravidez incluem um aumento na síntese do hormônio do crescimento, insulina, vitamina D, cortisol, aldosterona e hormônios tireoidianos (RIEKEN; TEREZHALMY, 2006). O aumento nos níveis de estrogênio e progesterona, a resposta exacerbada dos tecidos periodontais aos agentes irritantes, aliada à má manutenção da higiene bucal estão relacionados à prevalência da gengivite no período gestacional (GIGLIO *et al.*, 2010). A fadiga no metabolismo de carboidratos, exigindo aumento na produção de insulina pode levar ao diabetes gestacional. O diabetes gestacional é caracterizado como uma intolerância à glicose apresentada durante a gravidez, associada a fatores de risco como obesidade, história familiar, idade precoce ou avançada da gestante e história prévia de diabetes (SILVA *et al.*, 2006). Deve-se observar a necessidade de suplementação de alguns elementos, tais como ferro e ácido fólico, em mulheres no período gestacional. Os crescimentos da placenta e do feto aumentam a demanda energética da mãe afetando o metabolismo destes nutrientes, podendo levar à deficiência dos mesmos (CASANUEVA *et al.*, 2003).

1.4 Alterações gastrointestinais

O cirurgião dentista deve ter conhecimento sobre as mudanças gastrointestinais que ocorrem durante a gestação. Diminuição da secreção gástrica e com isso uma possível variação na absorção gastrointestinal é observada com certa frequência. Alterações na motilidade intestinal, episódios de êmese com náuseas e vômitos matutinos são problemas encontrados em gestantes. Alterações hormonais, principalmente hormônios sexuais, são as prováveis causas destas alterações. Portanto, o horário das consultas odontológicas deve ser avaliado com atenção, evitando-se agendamentos no período da manhã para esse grupo de pacientes. Casos mais graves, como hiperêmese devem receber orientação médica e o

tratamento deve ser avaliado desde simples mudanças de hábitos alimentares, medicação antiemética e até internação hospitalar caso haja necessidade de alimentação parenteral (SILVA *et al.*, 2006). Aumento do apetite e desejo por combinações alimentares não usuais são comuns e podem levar a uma dieta não nutritiva e ganho de peso excessivo (RIEKEN; TEREZHALMY, 2006).

1.5 Alterações bucais

A gengivite é uma manifestação comum em gestantes, porém, histologicamente, ela não se difere muito da doença encontrada em mulheres não grávidas. É caracterizada por um processo inflamatório não específico, vascular, proliferativo e com grande quantidade de células inflamatórias infiltradas. Sua etiologia é discutível e parece estar ligada a uma resposta acentuada dos tecidos periodontais aos irritantes locais, às variações hormonais, às mudanças no sistema imune e a alterações no metabolismo do tecido conjuntivo (LAINE, 2002). A gengivite provavelmente está relacionada à presença de biofilme em um hospedeiro fisiologicamente alterado em função da gravidez (SILVA *et al.* 2006). Por isso, a manutenção de boa higiene bucal pode ajudar na prevenção ou redução da severidade dessas alterações inflamatórias mediadas pelas mudanças hormonais. Com a manutenção de uma boa higiene bucal não são encontrados sinais de manifestação da gengivite gravídica (LAINE, 2002).

A prevalência de desordens periodontais e necessidade de tratamento neste grupo é notável. Na Faculdade de Odontologia de Araraquara, em 1997, 41 gestantes foram avaliadas em relação à sua condição periodontal. Todas apresentaram alguma alteração periodontal, sendo que, 90,2% necessitaram de cuidados adicionais ao tratamento preventivo, 61,0% necessitaram de raspagem e alisamento radicular e/ou eliminar margens de restaurações defeituosas e 29,2% precisaram de tratamento odontológico complexo (ROSEL *et al.*, 1999).

O efeito da condição periodontal na saúde do recém nascido é muito discutido na literatura mundial, mas os resultados dos estudos são inconclusivos. Em Porto Alegre, em 2003, 115 gestantes entre 18 a 42 anos, da maternidade Mario Totta, foram examinadas em relação à sua saúde periodontal. À época do parto, as condições do recém-nascido foram avaliadas pelo obstetra através do índice Apgar, no quinto minuto e da medida do peso ao nascer. Não se encontrou significância estatística na investigação entre a associação entre estado periodontal, índice Apgar e peso do recém-nascido (CAMARGO; SOIBELMAN, 2005).

Em Araçatuba, no período de 1999 a 2003, o total de gestantes atendidas por um programa específico para o grupo (n=315) foi analisado em relação à sua condição periodontal. Os índices empregados foram: o Índice Periodontal Comunitário e o Índice de Perda de Inserção. Os resultados são bastante preocupantes, pois 86,7% da amostra apresentou sinais da doença, 40,75% possuía bolsas periodontais com profundidades iguais ou superiores a 4 mm. Em relação à perda de inserção, 26,34 % da amostra possuía perdas superiores a 4 mm. A gengivite foi o problema mais prevalente (MOIMAZ *et al.*, 2006).

O granuloma piogênico é uma lesão encontrada em cerca de 5% das gestantes e é considerado uma forma particular de lesão gengival inflamatória. Sua etiologia não é totalmente conhecida, sendo que placa bacteriana, fatores locais e sistêmicos, como trauma ou alterações hormonais estão envolvidos no processo de iniciação dessa lesão proliferativa (LAINE, 2002). A lesão tende a desaparecer após o parto ou remoção de fatores locais e somente necessita de intervenções cirúrgicas em casos que causem problemas de mastigação, sangramento excessivo ou alterações funcionais.

Erosões dentárias podem ocorrer em gestantes acometidas por enjôos matutinos e repetidos episódios de refluxo gastroesofágico. Não existem estudos conclusivos sobre o aumento no índice de lesões cáries em gestantes, causado pelo processo de mineralização/reminaralização alterado. O aumento de sua incidência durante a gravidez pode estar associado a outros fatores, como mudanças alimentares. Devido ao processo multifatorial da etiologia da doença cárie, um único fator isolado tem papel pouco significativo no desenvolvimento das lesões (LAINE, 2002).

Ocasionalmente, mobilidade generalizada nos dentes resultante de alterações inflamatórias, mudanças na composição mineral da lâmina dura e distúrbios no ligamento periodontal são observados. Porém, tal situação tende a desaparecer após o parto (RIKEN; TEREZHALMY, 2006).

Em relação à cárie dentária e hábitos dietéticos predisponentes a esta condição, desenvolveu-se um trabalho avaliando-se seus fatores de risco entre 34 gestantes de Curitiba no ano de 2003. Entre a amostra, 56% apresentava a cárie dentária, 44 % possuía uma higiene dental deficiente, 56% não usava fio dental, 77% apresentava uma baixa frequência de visitas odontológicas, 100% empregava o açúcar para adoçar os alimentos e 53% apresentava uma alta ingestão deste nutriente (MELO *et al.*, 2007).

2 A atenção odontológica à gestante

Nenhuma necessidade de atendimento odontológico por gestantes deveria ser negligenciada por medo de colocar em risco a sua saúde ou a do bebê. O fato de a mulher estar grávida não impede a maioria dos procedimentos odontológicos de rotina. A manutenção de boa saúde bucal pode influenciar positivamente, tanto na saúde geral da mãe quanto da criança. Embora o atendimento odontológico em gestantes seja seguro, principalmente no segundo e terceiro trimestre da gravidez, um bom entrosamento entre os profissionais que acompanham o pré-natal é muito importante, auxiliando o cirurgião dentista e toda a equipe decidir os melhores períodos de intervenção e quais procedimentos podem ser realizados com segurança, ou mesmo certificar-se sobre a segurança do uso de medicamentos em cada fase da gestação que a paciente se encontra (RITTER; SOUTHERLAND, 2007).

2.1 A formação de grupos operativos pela Equipe do PSF e Equipe de Saúde Bucal

A odontologia deve ser ativa no sentido de participar dos grupos operativos desenvolvidos nas Unidades Básicas de Saúde. Normalmente as equipes do PSF possuem grupo de gestantes, do qual todas as mulheres grávidas são convidadas a participar. É um bom momento para a abordagem odontológica dessas pacientes, num ambiente multidisciplinar, onde a participante do grupo pode receber orientações diversas sobre as mudanças que ocorrem na boca durante a gravidez e a importância dos cuidados nessa fase. O estabelecimento de hábitos saudáveis e o autocuidado com a saúde bucal pela mãe levam a uma melhora também na saúde do filho, uma vez que os mesmos tendem a se espelhar nas atitudes dos pais. Ouvir as gestantes e formar discussões sobre seus anseios e preocupações em relação ao tratamento odontológico, levando em consideração as crenças, tabus e costumes que permeiam a gravidez e estão inseridos na realidade local é uma boa forma de estreitar a distância entre o profissional e a paciente, fortalecendo as relações positivas entre gravidez e atenção em saúde bucal (SES-MG, 2007). Uma das maiores dificuldades na implantação de um serviço odontológico no pré-natal advém das crenças que decorrem da associação entre gestação e odontologia. Fatores psicológicos como a emotividade, o medo e a crença, transmitidos de geração a geração, interferem negativamente na resolutividade de necessidades odontológicas e devem ser tratados com muita atenção pelos profissionais envolvidos (CODATO *et al.*, 2008).

2.2 O atendimento individual

Não se deve negligenciar casos de urgências odontológicas. O alívio da dor e o tratamento de infecções devem ser tratados em qualquer período da gestação. O tratamento necessário deve ser realizado observando-se as condições gerais da paciente. Evitar sessões de tratamento prolongadas e optar sempre pelo procedimento mais conservador e menos intervencionista. As exodontias ou cirurgias não são contra-indicadas, porém devem ser executadas com precaução e apenas quando não for ideal adia-las para após o parto (SES-MG, 2007). Segundo Ritter e Southerland (2007) tratamentos odontológicos de rotina, tais como, polimentos coronários, raspagens, restaurações, tratamentos da gengiva, remoção de cáries e outros tratamentos de infecções bucais não devem ser adiados. Cuidados odontológicos como raspagens, profilaxia e instrução de higiene bucal são bem menos agressivos ao bebê do que o aumento de prostaglandinas devido a um foco infeccioso na cavidade bucal (SILVA *et al.*, 2006).

O uso de anestésicos locais em gestantes é considerado seguro e a gravidez, quando em situações de normalidade não é contra-indicação para procedimentos que requerem seu uso.

De uma maneira geral, os anestésicos locais são bastante seguros para a gestante. A prilocaína deverá ser evitada devido ao risco de ocorrência de metemoglobinemia (MAMELUQUE *et al.*, 2005). Silva *et al.*, (2006), em revisão da literatura, relatam que a metemoglobinemia é um distúrbio hematológico em que a hemoglobina se transforma em metemoglobina através de um processo de oxidação e a molécula, conseqüentemente, se torna incapaz de transportar oxigênio.

Lidocaína e prilocaína são considerados categoria B pela Foods and Drug Administration (FDA), enquanto mepivacaína e articaína estão na categoria C. Epinefrina também se encontra na categoria C segundo a FDA. Lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000, administrada corretamente, com aspiração prévia, em doses mínimas para se obter o efeito anestésico desejado é considerado um anestésico local seguro para procedimentos odontológicos em gestantes (GIGLIO *et al.*, 2010). De acordo com HAAS *et al* (2000), citado por SILVA *et al.*, (2006), a felipressina é contra-indicada por diminuir a circulação placentária, dificultar a fixação do embrião no útero e induzir contrações uterinas. Embora os estudos que mostraram esses efeitos adversos foram resultados de altas doses do medicamento, o que não se observa em procedimentos odontológicos de rotina.

Tabela 1

Classificação de risco de medicamentos na gravidez segundo a US. Food and Drugs Administration (FDA)	
A	Estudos adequados e bem controlados em mulheres grávidas não mostraram risco de aumento de incidência de anormalidades fetais.
B	Estudos em animais não mostraram evidências de efeitos prejudiciais no feto, embora não existam adequados e bem controlados estudos em mulheres grávidas
C	Estudos em animais mostraram efeitos adversos e não há estudos adequados e bem controlados em mulheres grávidas
D	Estudos adequados e bem controlados em mulheres grávidas mostraram riscos ao feto, entretanto os benefícios da terapia devem ser comparados ao potencial risco
X	Estudos adequados e bem controlados em animais e mulheres grávidas mostraram evidências positivas para anomalias fetais. O uso do produto é contra indicado em mulheres que estão ou podem estar grávidas.

Adaptado de GIGLIO *et al.*, (2010).

A maioria dos antibióticos usados na rotina odontológica são classificados na categoria B pela FDA, com exceção da tetraciclina e seus derivados, que estão na categoria D devido aos seus efeitos no desenvolvimento dos dentes e ossos. O ciprofloxacina, um antibiótico de amplo espectro derivado das quinolonas que se encontra na categoria C é muito usado para tratamento das doenças periodontais associadas ao *Actinobacillus actinomycetemcomitans*. Deve-se evitar o uso de eritromicina em sua forma de estolato devido a seus efeitos no fígado materno. O uso de enxaguatórios bucais contendo clorexidina não é contra-indicado, sendo os mesmos incluídos na categoria B pela FDA (GIGLIO *et al.*, 2010).

As más-formações fetais causadas pelo uso de medicamentos são resultantes, geralmente de sua administração no primeiro trimestre da gestação. As exposições durante o segundo e terceiro trimestre estão associadas a efeitos no funcionamento dos órgãos. Cada droga possui concentrações limites que quando ultrapassadas podem causar anormalias de desenvolvimento no feto, devendo assim o cirurgião dentista ser conhecedor dos medicamentos prescritos às pacientes. Medicamentos que causem dependência na mãe podem também causar algum tipo

de dependência na criança, devendo ser indicados com precaução (RIEKEN; TEREZHALMY, 2006). O uso de fluoretos, por via oral, no pré-natal não é mais preconizado como rotina, pois sua eficácia não tem sido demonstrada (SES-MG, 2007).

Tabela 2

Medicamentos indicados e não indicados para gestantes				
	Drogas que podem ser usadas durante a gravidez	Classificação FDA	Drogas que devem ser evitadas durante a gravidez	Classificação FDA
Antibióticos	Penicilina	B	Tetraciclina	D
	Amoxicilina	B	Eritromicina(estolato)	B
	Cefalosporina	B	Quinolonas	C
	Clindamicina	B	Claritromicina	C
	Eritromicina(exceto estolato)	B		
Analgésicos	Acetaminofen	B	Ácido Acetilsalicílico	C
	Acetaminofen com codeína	C		
	Morfina	C		
	Hidrocodona	C		
	Meperidina	C		
	<u>Depois do 1° trimestre e por 24-72 horas</u> Ibuprofeno	C		

Adaptado de KUMAR; SAMELSON, (2009).

2.3 Exame radiográfico

Durante a gestação não é necessário que se adie exames radiográficos. O uso de filmes ultrarrápidos, proteção com colar tireoidiano e avental de chumbo permite o procedimento sem maiores riscos de má-formação fetal. Devem ser evitadas radiografias de rotina e que não estejam relacionadas com áreas de interesse da queixa principal. O primeiro trimestre é um período mais crítico e exames radiográficos devem ser indicados em casos de grande necessidade. A quantidade de radiação a que o feto é exposto em tomada radiográfica periapical ou interproximal é muito menor que a quantidade necessária para se estabelecer algum tipo de comprometimento na formação do feto (SILVA *et al.*, 2009). As pacientes devem ser orientadas sobre a segurança das tomadas radiográficas e que somente exames realmente necessários para um melhor diagnóstico no momento da gravidez serão realizados (GIGLIO *et al.*, 2010).

2.4 O acesso das gestantes aos cuidados em saúde bucal

Sabe-se que por vários adágios populares sem suporte científico, medos e falta de informação, ocorre uma não procura por atendimento odontológico durante a gravidez. Tanto os profissionais como as gestantes se cercam de tabus em torno do tratamento odontológico durante a gravidez que levam a falta de atenção à saúde bucal dessas pacientes. Isso ainda ocorre, apesar de ser grande o número de trabalhos publicados defendendo os procedimentos odontológicos nessa fase da vida da mulher. Ainda existe a recusa pura e simples de boa parte dos cirurgiões dentistas de prestarem atendimento quando solicitados, por falta de conhecimento e informação sobre o assunto (MOIMAZ *et al.*, 2007).

As crenças populares não aconselham as gestantes a procurarem os serviços odontológicos durante a gravidez por temores relativos à anestesia local, hemorragias e perigos para o bebê. Essas crenças se baseiam na associação entre dor de dente e a gestação. O sentimento manifesto pelas gestantes é de medo e, por isso, só procuram os serviços odontológicos em casos de extrema dor. Em relação aos serviços públicos de saúde, as gestantes também manifestam desconforto e medo de terem que se deslocar de madrugada para obtenção de senha para atendimento. Finalmente, as gestantes sentem vergonha em explicitar as suas dúvidas temendo as reprimendas dos dentistas e comparam a realidade de sua vida com a classe social da qual o profissional de saúde é oriundo (ALBUQUERQUE *et al.* 2004).

Em Maringá (PR), foram entrevistadas 80 gestantes, buscando-se investigar os seus conhecimentos e a ocorrência de alterações bucais percebidas durante a gravidez. Também

foram avaliadas as possíveis mudanças nos hábitos dietéticos e de higiene ocorridas no período. Como resultados têm-se que 45% das entrevistadas perceberam alterações bucais, sendo as periodontais as mais descritas. Metade da amostra declarou conhecer a gengivite e 80% não sabiam como evitá-la. Quanto à doença cárie, 48,75% da amostra consideravam natural a sua incidência no período gestacional. A frequência da escovação diminuiu em 27,5% e a frequência alimentar aumentou 77,5% entre o grupo. Além disso, foi relatado uma ocorrência de 62,5% na regurgitação, no primeiro trimestre da gravidez, principalmente (RIOS *et al.*, 2007).

Em Feira de Santana (BA), os conhecimentos e práticas de saúde bucal foram investigados entre 220 gestantes, sendo que 110 realizavam o pré-natal nos serviços públicos de saúde e as demais nos serviços particulares de saúde do município. Metade das gestantes, em cada um dos grupos, conhecia a cárie dentária. Apesar das usuárias do setor privado apresentarem uma melhor situação sócio-econômica, o nível de conhecimentos foi semelhante ao do grupo de usuárias do setor público. Da mesma maneira, a dor de dente e o sangramento gengival foram associados à gravidez. Entre a amostra total, 81,4% não recebeu orientações sobre a sua própria saúde bucal nem sobre a da criança que irá nascer. Foi detectado, entretanto, que os dois grupos apresentaram-se sequiosos em adquirir novos conhecimentos sobre sua saúde bucal e a dos seus filhos (SCAVUZZI *et al.*, 2008).

O conhecimento da gestante sobre saúde bucal do bebê também foi investigado no Brasil. Em Araraquara (SP), foi avaliado o conhecimento de 191 gestantes e puérperas, com idades variando entre 14 a 40 anos, usuárias dos postos de saúde do município, em relação à sua percepção sobre a importância do atendimento odontológico precoce infantil. Os temas abordados foram amamentação, uso de chupeta, transmissão da cárie e atendimento odontológico precoce. Quase a metade do total, relatou conhecer o caráter de transmissibilidade da cárie dentária, 60,53% percebe que a amamentação é importante para o bebê e 94,24% relatou pretender fazê-lo. Em relação aos hábitos deletérios, 48,70% não pretendia oferecer a chupeta à criança. Percebe-se que as mães ainda desconhecem conceitos importantes na odontologia, mas o atendimento odontológico precoce aos poucos vai sendo sedimentado (ZUANON *et al.*, 2008).

Os serviços públicos de saúde desenvolvem papel importante, criando grupos que transmitem informações e motivações para a promoção de saúde bucal das gestantes. Programas que incentivam os cuidados de saúde bucal com este grupo em especial são

multiplicadores de hábitos saudáveis uma vez que as mães transmitem a seus bebês e familiares os novos conhecimentos adquiridos. A falta de informação das gestantes sobre atenção odontológica demonstra a necessidade de as gestantes serem priorizadas nos programas de assistência odontológica, fundamentalmente devido ao papel que exercem na promoção de saúde de seus filhos (MOIMAZ *et al.*, 2007).

CONCLUSÃO

A inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família contribuiu para aproximar o cirurgião dentista das ações desenvolvidas no âmbito da atenção básica de saúde. Juntamente a uma equipe multidisciplinar, a odontologia exerce papel importante nos cuidados de saúde das gestantes, participando diretamente e acompanhando as consultas do pré-natal. Um bom treinamento por parte dos profissionais e um conhecimento profundo das principais mudanças fisiológicas transitórias que ocorrem com as mulheres durante a gestação é de suma importância, permitindo intervenções odontológicas seguras, resolutivas e que exerçam mínimos riscos de efeitos adversos à saúde do bebê e da futura mãe. A manutenção da saúde bucal da gestante, sua inclusão em programas de atenção odontológica, assim como o acompanhamento de todas as fases da gestação, devem ser incluídos nas atividades de rotina da Equipe de Saúde Bucal. Nenhuma necessidade de cuidados em saúde bucal das gestantes deve ser negligenciada pelo cirurgião dentista pelo medo de se colocar em risco a saúde do bebê. O diálogo constante com o obstetra e com toda a equipe envolvida no pré-natal, aliado aos conhecimentos sobre os procedimentos seguros em cada fase da gestação e em cada situação específica de gravidez dará ao cirurgião dentista a segurança necessária para o atendimento e resolução das principais necessidades em saúde bucal das gestantes.

Referências

- 1- ALBUQUERQUE, O.M.R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C.S. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.3, p.789-796, 2004.
- 2- CAMARGO, E.C.; SOIBELMAN, M. Prevalência da doença periodontal na gravidez e sua influência na saúde do recém-nascido. **Revista AMRIGS**, v. 49, n.1, p. 11-15, 2005.
- 3- CASANUEVA, E. et al. Iron and Folate Status Before Pregnancy and Anemia During Pregnancy. **Ann. Nutr. Metab., Basal**, v. 47, p. 60-63, 2003.
- 4- CODATO, L. A. B.; NAKAMA, L.; MELCHIOR, R. Percepção das gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3: p. 1075-1080, 2008.
- 5- GIGLIO, J. A. et al. Oral health care for the pregnant patient. **JCDA**, v. 75, n.1, fev. 2009. Disponível em: <<http://www.cda-adc.ca/jcda/vol.75/issue-1/43.html>>. Acesso em: 15 abr. 2010.
- 6- HAAS, D.A. Na update on analgesics for management of acute postoperative dental pain. **J.Can.Dent. Assoc.**, v.68, p.476-482, 2002 apud SILVA, F. W. G. P.; STUANI, A. S.; QUEIROZ, A. M. Atendimento odontológico à gestante – parte 2: cuidados durante a consulta. **Revista Fac. Odontol. Porto Alegre**, v. 47, n. 3: p. 5-9, dez. 2006.
- 7- JAMES, P. R.; NELSON-PIERCY, C. Management of Hypertension Before, During, and After Pregnancy. **Heart, London**, v. 90, p. 1499-1504, 2004.
- 8- KUMAR, J.; SAMELSON, R. Oral health care during pregnancy. Recommendations for oral health professionals. **New York State Dental Journal**, p. 29-33, nov. 2009.
- 9- LAINE, M. A. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. **Acta Odontol Scand**, v. 60: p. 257-264, 2002.
- 10- MAMELUQUE, S. et al. Abordagem integral no atendimento odontológico à gestante. **Unimontes Científica**, v.7, n.1, p. 67 -75, 2005
- 11- MELO, N.S.F.O. et al. Hábitos alimentares e de higiene oral influenciando a saúde bucal da gestante. **Cogitare Enferm.**, v.12, n.2, p. 89-97, 2007.
- 12- MOIMAZ, S. A. S. et al. Condição periodontal durante a gestação em um grupo de mulheres brasileiras. **Cienc Odontol Bras.**, v.9, n.4, p. 59-66, 2006.
- 13- MOIMAZ, S. A. S. et al. O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v.19, n. 1, p. 39-45, 2007.
- 14- RIEKEN, S. E.; TEREZHALMY, G. T. The pregnant and breast-feeding patient. **Quintessence International**, v. 37, p. 455-468, 2006.
- 15- RIOS, D. et al. Relato de gestantes quanto à ocorrência de alterações bucais e mudanças nos hábitos de dieta e higiene bucal. **Iniciação Científica CESUMAR**. v. 09, n.01, p. 63-68, 2007.

- 16- RITTER, A. V.; SOUTHERLAND, J. H. Talking with patients. Pregnancy and oral health. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v. 19, n. 6: p. 373-374, 2007.
- 17- ROSEL, F.L.; MONTANDON-POMPÉU, A.A.B.; VALSEK JÚNIOR, A. Registro periodontal simplificado em gestantes. **Rev. Saúde Pública**, v.33, n.2, p.157-62, 1999
- 18- SANTIAGO, J. R. et al. Sleep and Sleep. Disorders in Pregnancy. **Ann. Intern. Med.**, Philadelphia, v. 134, p. 396-408, 2001.
- 19- SCAVUZZI, A.I.F. et al. Avaliação dos Conhecimentos e Práticas em Saúde Bucal de Gestantes Atendidas no Setor Público e Privado, em Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v.8, n.1, p.39-45, 2008.
- 20- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Linha-guia de saúde bucal. Atenção em saúde bucal**. 2 ed. Belo Horizonte, MG, p. 177-181, 2007.
- 21- SILVA, F. W. G. P.; STUANI, A. S.; QUEIROZ, A. M. Atendimento odontológico à gestante – parte 2: cuidados durante a consulta. **Revista Fac. Odontol. Porto Alegre**, v. 47, n. 3: p. 5-9, dez. 2006.
- 22- ZUANON, A.C.C.; BENEDETTI, K.C.; GUIMARÃES, M.S. Conhecimento das gestantes e puérperas quanto à importância do atendimento odontológico precoce. **Odontologia. Clín.-Científ.**, v.7, n.1, p. 57-61, 2008.