



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CURSO DE ODONTOLOGIA

DON ERMERSON GOMES DE LIMA

**ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NA GESTAÇÃO:
REVISÃO DA LITERATURA**

ORIENTADORA: Prof^a. Robéria Lúcia de Queiroz Figueiredo

Campina Grande – PB

2012

DON ERMERSON GOMES DE LIMA

**ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NA GESTAÇÃO:
REVISÃO DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para obtenção do título de cirurgião-dentista.

Campina Grande- PB

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

L732a Lima, Don Emerson Gomes de.
Assistência odontológica na gestação : revisão da
literatura / Don Ermerson Gomes de Lima. – 2009.
37 f. : il.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Odontologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro
de Ciências Biológicas e da Saúde, 2009.

“Orientação: Prof. Dra. Robéria Lúcia de Queiroz
Figueiredo, Departamento de Odontologia”.

1. Odontologia Gestante. 2. Odontologia Gestante. 3.
Cuidados Odontológicos na Gestação. I. Título.

21. ed. CDD 617.601

DON ERMERSON GOMES DE LIMA

ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICO NA GESTAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em: ____ de _____ de 2012.

Banca Examinadora



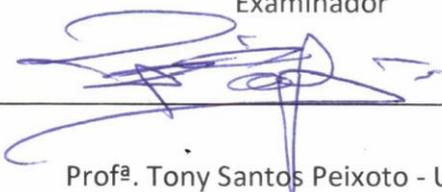
Prof.ª. Robéria Lúcia de Queiroz Figueiredo - UEPB

Orientadora



Prof. José Diógenes Lucas Chaves - UEPB

Examinador



Prof.ª. Tony Santos Peixoto - UEPB

Examinador

DEDICATÓRIA

Dedico ao meu pai por ter nos incentivado tanto para sermos doutores, mesmo não estando presente em nossas vidas, sei que ele está feliz por mais essa conquista.

A minha mãe por ter me dado apoio, força. Por ter sido tão batalhadora para formar os seus quatro filhos, sendo pai e mãe ao mesmo tempo.

Aos meus irmãos e a minha noiva, obrigado por todo apoio que me deram.

AGRADECIMENTOS

Agradeço á Deus por ter me dado á oportunidade de concluir o curso dentre todas as dificuldades diárias.

Agradeço á todos os Professores do Curso de Odontologia por seu carinho e dedicação.

Em especial á minha orientadora Professora Robéria por aceitar o convite, por toda atenção e colaboração em meu trabalho.

A todas as pessoas que colaboraram com o meu sucesso.

RESUMO

A gestação é um acontecimento fisiológico, com alterações orgânicas naturais, mas que impõe aos profissionais da saúde a necessidade de conhecimentos para uma abordagem diferenciada. A equipe de saúde bucal deve trabalhar de forma conjunta com os demais profissionais da equipe de saúde a fim de qualificar o pré-natal das gestantes do território de abrangência. A gravidez não causa doenças ou inflamações na gengiva, mas devido às alterações hormonais na corrente sanguínea durante este período, pode ocorrer a intensificação de problemas preexistentes. A gestante acometida de doença periodontal aumenta em sete vezes o risco de ter bebês prematuros e de baixo peso e conseqüentemente, os dentes destes em processo de mineralização ficarão prejudicados. O objetivo desse trabalho é realizar uma revisão de literatura sobre Assistência Odontológica na Gestação com o intuito de contribuir com informações e sensibilizar a comunidade odontológica quanto aos cuidados odontológicos na gestação. A Pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: Google, SCIELO, BIREME, BVSMS, e em Revistas Científicas. Foram usadas as seguintes palavras-chaves: Odontologia Gestante, Saúde Bucal Gestante, Promoção Saúde Bucal Gestante, Cuidados Odontológicos na Gestação, saúde gestante e bebê. A partir deste estudo e com base nas práticas correntes, observa-se que há uma resistência por parte das grávidas e da equipe de saúde bucal em realizar intervenções preventivas durante a gestação, por receio de prejudicar o bebê. Além da insegurança, observa-se falta de conhecimento do profissional para atender esse público restrito. O modelo curativo, aliado a crenças e mitos populares, prejudica o serviço desses profissionais que lidam diariamente no serviço público, no qual encontram entraves para adotar uma posição de promotor de saúde. A equipe de pré-natal que assistem a gestante, inclusive o cirurgião-dentista está compromissado a prestar cuidados que ofereçam prevenção, proteção, cura, recuperação e promoção da saúde. Os desafios são amplos, mas o lidar com a vida nos traz a responsabilidade de almejar todos os resultados esperados para o sucesso de um atendimento completo e seguro.

PALAVRAS – CHAVE: Odontologia Gestante, Saúde Bucal Gestante, Promoção Saúde Bucal Gestante, Cuidados Odontológicos na Gestação, saúde gestante e bebê.

ABSTRACT

Pregnancy is a physiological event, with natural organic changes, but that requires health professionals the need for a differentiated approach to knowledge. The oral health team should work jointly with other professionals of the healthcare team to qualify prenatal care of pregnant women in the territory covered (BRAZIL, 2006). Pregnancy does not cause disease or inflammation in the gums, but due to hormonal changes the bloodstream during this period can occur intensifying existing problems. Pregnant women suffering from periodontal disease increases by seven times the risk of having premature babies and low birth weight and consequently, in the teeth of mineralization process will be harmed (FRANCIS, 2010). The aim of this study was to review the literature on Dental Care in Pregnancy in order to contribute information and sensitize the dental community regarding dental care during pregnancy. The search was conducted in the following databases: Google, SCIELO, BIREME BVSMS, and Scientific Journals. We used the following keywords: Pregnant Dentistry, Oral Health Pregnancy, Pregnancy Oral Health, Dental Care in Pregnancy, pregnancy and baby health. From this study and based on current practice, it is observed that there is resistance on the part of pregnant women and oral health team in performing preventive interventions during pregnancy for fear of harming the baby (SCAVUZZI, 1998). Apart from insecurity, lack of knowledge of the notes to meet this professional limited audience. The curative model, combined with popular beliefs and myths, prejudice the service of those professionals who deal daily in public service, which are barriers to adopting a position of health promoter (VOLPATO, 2005). The team prenatal assisting the pregnant woman, including the dentist is committed to providing care that provide prevention, protection, healing, recovery and health promotion. The challenges are large, but the deal with life brings a responsibility to crave all the expected results for a successful full service and safe, that's the whole process that involves prenatal care.

KEYWORDS: Pregnant Dentistry, Oral Health Pregnancy, Pregnancy Oral Health Promotion, Dental Care in Pregnancy, pregnancy and baby health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

FBA- Food And Drug Administration

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Normas Operacionais de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral de Saúde da Mulher

PESF – Programa Estratégia de Saúde da Família

PHPN – Programa de Humanização ao Pré – Natal e Nascimento

PSMI – Programa de Saúde Materno – Infantil

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Humana

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVO.....	12
3 METODOLOGIA.....	13
4 REVISÃO DE LITERATURA	14
4.1 Políticas de Saúde para Gestantes	14
4.2 Alterações Fisiológicas e Patológicas no Organismo da Gestante	16
4.3 Atenção Odontológica a Gestante	19
4.4 Promoção de Saúde para Gestantes.....	24
4.5 Atuação de Equipe Multiprofissional para Gestantes	25
5 DISCUSSÃO	28
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um acontecimento fisiológico, com alterações orgânicas naturais, mas que impõe aos profissionais da saúde a necessidade de conhecimentos para uma abordagem diferenciada. O estado da saúde bucal apresentado durante a gestação tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar na saúde geral e bucal do bebê. A gestante apresenta situações especiais de tratamento para o cirurgião dentista. O profissional não só é responsável pelo atendimento eficaz e seguro à gestante, mas também deve preocupar-se com a segurança do feto, de modo que profissional e paciente sintam-se tranquilos com qualquer tratamento proposto (BRASIL, 2006).

Orientações quanto à saúde bucal durante a gestação é de grande valia, visto que, durante a gravidez, as mulheres estão mais ávida para adquirir novos conhecimentos que possam ter conseqüências positivas sobre a saúde do bebê (BASTIANI et al., 2010), bem como alterar alguns hábitos que possam influenciar a saúde e o desenvolvimento do bebê (BRAZ et al., 2010).

O atendimento da gestante deve ser de caráter multidisciplinar, e deve ser feito precocemente, a fim de propor ações educativas e agregar mais informações, promovendo a conscientização das mães (DEVRIES et al., 2007).

A equipe de saúde bucal deve trabalhar de forma conjunta com os demais profissionais da equipe de saúde a fim de planejar o pré-natal das gestantes, divididos em territórios de abrangência (BRASIL, 2006).

A gravidez não causa doenças ou inflamações na gengiva, mas devido às alterações hormonais na corrente sanguínea durante este período, pode ocorrer a intensificação de problemas preexistentes. A gestante acometida de doença periodontal aumenta em sete vezes o risco de ter bebês prematuros e de baixo peso e conseqüentemente, os dentes decíduos em processo de mineralização ficarão prejudicados (FRANCISCO, 2010).

Tiveron (2004) avaliou o conhecimento de gestantes da região de Adamantina acerca das práticas de saúde bucal através de um estudo, e observou que o maior percentual de gestantes não receberão nenhum tipo de orientação relacionada à necessidade de tratamento odontológico durante o

período gestacional, embora essas grávidas expressassem preocupações com as consequências a que viesse afetar o desenvolvimento de seu bebê.

2 OBJETIVO

Realizar uma revisão de literatura acerca da assistência odontológica na Gestação a fim gerar informação capaz de subsidiar e alertar a classe odontológica quanto aos cuidados odontológicos na gestação pela Equipe de Saúde Bucal.

3 METODOLOGIA

Este trabalho consiste de uma revisão de literatura feita a partir de artigos obtidos por pesquisas em bases de dados. A Pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: SCIELO, BIREME, BVSMS, periódicos capes e www.google.com.br. Foram usadas as seguintes palavras-chave: Odontologia Gestante, Saúde Bucal Gestante, Promoção Saúde Bucal Gestante, Cuidados Odontológicos na Gestação, saúde gestante e bebê. Foram selecionados e utilizados 63 artigos, que relatavam o tema abordado.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Políticas de Saúde para Gestantes

A Política Nacional de Saúde Bucal, com o título de Brasil Sorridente, lançada em 2004, pelo Ministério da Saúde, é o primeiro documento que apresenta a política nacional de saúde bucal e tem como objetivo ampliar a cobertura e garantir a assistência odontológica à população constituindo-se uma iniciativa pioneira na história do país em que a saúde bucal foi posta como prioridade nacional (OPAS, 2006).

Em concordância com os princípios e diretrizes do SUS, essa iniciativa está pautada em uma política de integralidade e equidade em franca articulação com a política geral de saúde e com as demais políticas públicas. Uma das metas da Política Nacional de Saúde Bucal é criar Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) para garantir à população acesso a tratamentos mais complexos, com a oferta de serviços especializados como endodontia, periodontia, odontopediatria, cirurgia e prótese (OPAS, 2006).

Assim, o Ministério da Saúde rompe com a lógica de que a saúde bucal na área pública deva se restringir à atenção básica. Até dezembro de 2005 foram criados 336 desses CEOs (Ministério da Saúde, 2004; OPAS, 2006).

Leal (2006) apontou que a Constituição de 1988 consagrou a saúde como um dever do estado e um direito de todos. A Lei 8.080 de 1988 implantou o Sistema Único de Saúde, sistema esse que está em contínua fase de adaptação. O Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), criado em 1975 foca-se nos pontos preventivos e nos cuidados necessários para o pré-natal e o parto.

Reis et al (2010) citou que em 1983 foi instituído o Programa de Assistência Integral a saúde da Mulher (PAISM) abrangendo todas as fases da mulher, e não apenas na fase gravídica, além de priorizar a educação em saúde também enfatiza o direito de todas as gestantes serem assistidas pelos dentistas.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher o PAISM contempla as seguintes ações: Pré-natal de baixo e alto risco, parto e puerpério, assistência ao abortamento, assistência á concepção e

anticoncepção, prevenção do câncer de colo uterino e de mama, assistência ao climatério, assistência às doenças ginecológicas prevalentes, prevenção e tratamento das Infecções sexualmente transmissíveis (IST) E Síndrome da Imunodeficiência Humana (SIDA), assistência á mulher vítima de violência, promovendo assistência integral clínico-ginecológica e educativa (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde (MS) (2000) lançou o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (PHPN) que tem como prioridade a integralidade da assistência á gestante e reforça os direitos da mulher, cuja estratégia são: a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e recém-nascido (SILVA; MARTELLI, 2009).

A Norma Operacional de Saúde (NOAS), criado pelo Ministério da Saúde em 2001, tem como objetivo aumentar a governabilidade dos municípios na atenção básica, direcionar os processos de regionalização, estabelecer meios para fortalecer a gestão e renovar os critérios para habilitação de estados e municípios. Com isso, os municípios se tornam responsáveis, dentre outros, pela prevenção odontológica e assistência ás gestantes. Entre as atividades odontológicas consideradas coletivas inclui-se levantamento epidemiológico, evidenciação de placa, escovação supervisionada, bochecho com flúor e educação em saúde bucal (REIS et al, 2010).

Através da portaria GM/MS, 1.444, de 28 de dezembro de 2000, a Equipe de Saúde Bucal (ESB) se integra no Programa de Estratégia de Saúde da Família (PESF) assim cada equipe do ESF passa a contar com membros da Equipe da Saúde Bucal (ESB), composta por cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário (Modalidade I) ou Cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene bucal (Modalidade II) (LEAL, 2006).

As gestantes devido as suas alterações hormonais e fisiológicas, inclusive na cavidade bucal, devem ser alvo prioritário nos serviços odontológicos de saúde pública. Isso diminuiria os riscos prejudiciais á criança, como também, iria favorecer hábitos de higiene bucal na rede familiar (LEAL, 2006).

A saúde bucal durante a gestação tem estreita relação com a saúde geral da gestante e pode influir no bem-estar do bebê (PERES, 2001). A prevenção, desde a primeira fase da infância, auxilia no desenvolvimento de

atitudes e comportamentos saudáveis, que proporcionará uma manutenção da saúde bucal do indivíduo durante toda a sua vida (MONTADON, 2001).

4.2 Alterações Fisiológicas e Patológicas no Organismo da Gestante

Conforme Burti et al. (2006), a gestação produz alterações no organismo materno com o principal objetivo de adequá-lo às necessidades orgânicas próprias da mãe e do feto e conseqüentemente do parto. Inicialmente estas alterações se devem às ações hormonais provenientes do corpo lúteo e da placenta e a partir do segundo trimestre, também estas alterações se dão devido ao crescimento uterino.

Durante a gestação várias mudanças transitórias são percebidas no corpo da mulher. Dentre elas: aumento dos níveis hormonais, aumento do débito cardíaco, a variação da pressão sistólica e diastólica, anemia ferropriva, as alterações gastrintestinais e respiratórias e o diabetes gestacional (RITTER; SOUTHERLAND, 2007).

Conforme Medeiros et al. (2000), no aparelho circulatório, evidencia-se um aumento da pressão arterial de aproximadamente 33% entre a 25^a e 36^a semana de gestação. Pode ocorrer associadamente taquicardia e um murmúrio sistólico (cerca de 70% das pacientes grávidas), sendo esta uma condição natural e funcional. Já o sistema respiratório passa por mudanças fisiológicas e estruturais. Fisiologicamente, há um aumento no consumo de oxigênio em torno de 15% a 20%. A capacidade de reserva funcional diminui por causa da compressão do diafragma pelo útero gravídico, aumentando o risco de apnéia ou dispnéia em posição supina. Além disso, o útero gravídico, no terceiro trimestre, causará compressão da veia cava e artéria aorta, aumentando a probabilidade de hipotensão postural quando em posição supina.

Na Odontologia a abordagem à gestante se tornou uma realidade incontestável, despertando importante interesse no âmbito da profissão. A gestação é uma vivência especial na vida da mulher e acontece com a presença de uma série de alterações sistêmicas com repercussões na área odontológica, como a hipersecreção das glândulas salivares, a tendência a

náuseas e vômitos, além de maior vascularização do periodonto (KONISHI 2002).

Os hormônios sexuais femininos, aumento do nível de progesterona e estrogênio, são responsáveis pela potencialização nas mudanças das alterações periodontais. Estas se tornam mais susceptíveis a mudanças inflamatórias induzidas por placa dentária durante a gravidez (BOSCO et al., 2004).

Sendo a cárie uma doença infectocontagiosa, é importante evitar a contaminação precoce por meio da relação mãe e filho. Para isso, são necessárias ações preventivas, como higiene bucal, mudança da dieta e programas de saúde direcionados ao controle da cárie dentária (PERES, 2001).

A presença da doença cárie dentária na gestante não é consequência da gestação. Ocorrem mudanças gravídicas, como a menor capacidade estomacal, que reduz a quantidade e com isso a necessidade de se alimentar mais vezes. Esta mudança responde com a ingestão reforçada de carboidratos nas refeições, se não houver uma higiene bucal satisfatória, potencializa o risco de cárie (POZO, 2001).

Montadon et al. (2001) em estudo realizado no Hospital Universitário de João Pessoa-PB, observou que das 108 gestantes entrevistadas, 62% reduziram a frequência de escovação, a maioria no período da manhã, devido aos enjoos pela manhã, e 20,4% das que realizavam a escovação na mesma frequência, faziam de forma rápida e com menos eficiência.

A doença cárie é infecciosa, oportunista, de caráter multifatorial, intensamente influenciada por carboidratos da dieta e ações dos componentes salivares, por isso cuidados preventivos durante o período gestacional influenciam a ocorrência ou não de lesões cariosas em bebês e, como também, este padrão precoce se mantém até a idade adulta. Mães fortemente infectadas por estreptococos do Grupo Mutans (EMG) que são microrganismos considerados como os mais cariogênicos, tende a ter crianças com maior incidência de lesões cariosas (DEVRIES et al., 2007).

A gengivite gravídica é caracterizada por uma resposta exacerbada à presença de placa dentária e sua prevalência varia entre 35 e 100% das gestantes (FIGUERO-RUIZ et al., 2006). Este processo gengival é clinicamente

semelhante a uma gengivite por placa, com gengiva de coloração hiperemiada, edemaciada, com sangramento ao simples toque ou durante a escovação. Pode ser evitada ou eliminada no puerpério desde que seja removida a placa de biofilme bacteriano por meio de uma boa higiene bucal ou profilaxia realizada pelo dentista (SARTORIO; MACHADO, 2001).

O granuloma piogênico gravídico, antigamente denominado de tumor gravídico, é uma lesão benigna que surge geralmente no primeiro trimestre da gestação, resultante de agressões repetitivas, micro- traumatismo e irritação local sobre a mucosa gengival. Apresenta características semelhantes ao granuloma piogênico não associado a gestação (NEVILLE et al., 2004). Esta lesão tem como forma de tratamento a remoção cirúrgica quando houver interferência na mastigação, presença de traumas nas lesões; caso contrário os irritantes locais devem ser retirados e a lesão preservado até o puerpério, quando normalmente ocorre sua diminuição natural facilitando a sua remoção (BASTIANI et al., 2010).

Um número de estudos epidemiológicos tem sugerido que a infecção oral, especialmente a periodontite apical e marginal, pode ser um fator de risco para doenças sistêmicas (XIAOJING; KRISTIN; LEIF, et. al, 2000; ZEEMAN; VETH; DENNISON, 2001).

Estudos recentes na medicina periodontal sugerem uma média à moderada associação entre a doença periodontal humana e certas desordens sistêmicas como diabetes melitus (RADNAI et al, 2006; ZEEMAN; VETH; DENNISON, 2001).

O que chama ainda mais atenção para essa associação é o fato de que a doença periodontal é apontado não apenas como fator modificante de tais condições, mas atuando diretamente em alterações sistêmicas como doenças respiratórias , diabetes , distúrbios cardiovasculares e sobre a gravidez aumentando o risco de parto prematuro e de bebês de baixo peso (NÓBREGA et .al. 2004)

Mediadores inflamatórios como as prostaglandinas não estão presentes apenas no processo de inflamação periodontal, mas também regulam o processo de parto fisiológico ou prematuro (OFFENBACHER et. al.,1998), promovendo contrações uterinas diretas e levando à dilatação cervical (RAJAPAKSE et. al., 2005).

Boggess; Lieff; Murtha et. al. (2003) resumiram um possível mecanismo que comprova a associação da doença periodontal materna com parto prematuro: a placa subgengival e organismos patogênicos dos biofilmes ficam sob a gengiva marginal, as bactérias e/ou produtos dos mesmos como os lipopolissacarídeos penetram na gengiva, que reage lançando mediadores inflamatórios. As bactérias, seus produtos e citocinas locais invadem a circulação sistêmica, ocorrendo uma resposta humoral. As bactérias orais, seus produtos e os mediadores inflamatórios chegam ao útero. Ocorre então o parto prematuro.

4.3 Atenção Odontológica a gestante

O Ministério da Saúde em 2000 designou o incentivo de saúde bucal para a inserção das equipes de saúde bucal (ESB) na estratégia saúde da família. Com este fato exercita-se a integralidade dos cuidados, passo extraordinário na observância dos princípios do SUS (SOUSA et al., 2007).

O profissional deve ser uma ferramenta para que a usuária demonstre autonomia no agir, enfrentando estados de estresse e de tensão e de determinar sua vida e saúde. Um dos estados sensíveis da mulher é durante a gravidez, que se almejada, traz felicidade; se não desejada pode gerar pasmo, tristeza e, até mesmo, negação. Aflição e equívocos em relação às modificações fisiológicas na gestação, preocupação com o crescimento e desenvolvimento intra-uterino do feto, parto, lactação e tantos outros, são as principais inquietações que surgem com o transcorrer da gestação (CASTRO; CLAPS, 2005).

Para o Ministério da Saúde, a assistência de pré-natal deve ser direcionada para acolher as reais necessidades das gestantes adscritas na área de atuação, através de dados técnicos científicos e dos meios e recursos adequados e disponíveis. Além disso, deve oferecer facilidade e prosseguimento no acompanhamento de pré-natal e respostas satisfatórias das ações de saúde sobre a saúde materna e perinatal (BRASIL, 2006).

Os cuidados com a gestante são rodeados de mitos. Um exemplo muito conhecido são as prescrições populares em torno da alimentação da gestante.

Alguns conceitos são bem presentes são: a genitora deve comer dobrado durante a gestação, pois “ela come por dois”; ela deve comer lentamente, pois “o bebe ingere tudo o que a gestante come e este corre o risco de se engasgar se a mãe não triturar bem os alimentos”; mães que comem bananas gêmeas correm riscos de ter filhos gêmeos (LEAL, 2006).

Araújo et al (2005) aplicaram questionário em uma amostra de 70 gestantes, e analisaram nesse estudo o mito popular de que a gestação provoca cárie e que a maior parte dessas gestantes acreditavam que o bebê retirava cálcio dos dentes da mãe para formar os seus ossos.

Pinto (2001) entrevistou 237 gestantes de Araraquara, São Simão e Sertãozinho, e observaram que 40,7% das gestantes entrevistadas alegaram que a gravidez provoca cárie na mãe. Esse estudo buscou os pontos que levavam as gestantes a não buscarem tratamento odontológico durante o período gestacional e o item mais referido (75,6% das gestantes) foi a perda de tempo em fazer restaurações que caíam pela perda de cálcio.

O profissional odontólogo deve orientar as usuárias gestantes para as possíveis alterações periodontais que venham a apresentar, isso devido ao seu estado gravídico. É essencial o comprometimento deste profissional em explicar como é realizado o tratamento, os riscos e benefícios de alguns procedimentos, as medidas de segurança e os cuidados para o atendimento (BRAGA et al., 2006 apud GONÇALVES, 2009).

Um estudo de meta-análise refere que o tratamento das pacientes grávidas com raspagem e alisamento radicular diminui de forma significativa o índice de nascimentos prematuros e de baixo peso (POLYZOS et al., 2009).

Para Francisco (2010), a gestante acometida de doença periodontal eleva em sete vezes o risco de ter bebês prematuros e de baixo peso e logo, prejudicará os dentes em estágio de mineralização. Para prevenir, a gestante precisa redobrar os cuidados normais de higiene oral. Higienizar a boca logo após cada refeição, com escova de cabeça pequena e pouco creme dental.

A assistência odontológica de rotina independe do período gestacional da mulher. Mesmo sabendo que o segundo e o terceiro trimestre é a fase mais segura para o atendimento odontológico. Uma assistência ao pré-natal com equipe multiprofissional subsidiará o cirurgião-dentista para decidir o melhor

período de intervenções, procedimentos e medicamentos de acordo com sua fase gravídica (RITTER; SOUTHERLAND, 2007).

Medeiros et al (2010) preconizou que o atendimento a gestante no último trimestre da gravidez deve ser feito em uma posição confortável para a gestante para que não aumente a compressão da veia cava, evitando promover uma hipotensão postural.

Os casos de tratamento de urgência devem ser resolvidos não importando o período gestacional. Para isso devemos tomar cuidados para realização dos procedimentos: atendimento no menor tempo possível, adequar a posição da cadeira e não realizar consultas matinais para evitar enjoos e risco de hipoglicemia (BASTIANI C et al., 2010).

Exodontia simples, tratamentos periodontal e endodôntico, obturações, confecção de próteses e outros procedimentos devem ser feitos com segurança, se possível no segundo trimestre. Tratamentos odontológicos mais complexos e invasivos podem ser postergados para o puerpério (POZO, 2001). A tomada radiográfica deve ser feita, quando indispensável, em qualquer período gestacional (BASTIANI, 2010) desde que cuidados preventivos sejam tomados (uso de filmes ultra-rápido e avental de chumbo) uma exposição radiográfica não afeta o seguimento fetal (POZO, 2001).

A British Columbia Ministry and Nuclear Regulatory Commission afirma que a quantidade de radiação absorvida (dose de segurança) não deve exceder 5 rads ('radiation absorbed dose'). Para evitar a probabilidade de uma má-formação ou aborto natural sendo que um exame radiográfico intrabucal equivale a 0,01 milirads de radiação, menos que a radiação cósmica adquirida diariamente. Esta dose é 40 vezes menor do que a dosagem adquirida através de radiação doméstica (televisão, aparelho celular, relógio (MANUAL SAÚDE BUCAL- PREFEITURA DE LONDRINA, 2009).

No atendimento odontológico de rotina, os antibióticos são classificados na categoria B pela FBA, com exceção da tetraciclina e seus derivados, que estão na categoria D devido as suas sequelas no desenvolvimento dos dentes e ossos. O Ciprofloxacina, um antibiótico de largo espectro derivado das Quinolonas que se encontra na categoria C é muito usado para tratamento periodontal associadas ao *Actinobacillus actinomycetemcomitans*. Deve-se evitar o uso de Eritromicina em sua forma se Estolato devido a seus efeitos no

fígado materno. O uso de bochechos antissépticos contendo Clorexidina não é contra-indicado, sendo os mesmos incluídos na categoria B pela FDA (GIGLIO et al.,2010).

Os anestésicos locais perpassam a membrana placentária por difusão passiva, mas não causam riscos e teratogênia (MOORE, 1998). Como a Anestésicos considerados seguros, a Lidocaína, a Prilocaina e a Etidocaina (categoria B). Porém a Prilocaina, em elevadas doses, inibe a circulação placentária, prejudicando o transporte de oxigênio (SILVA et al., 2006). A Mepivacaina, Bupivacaina e Procaina (categoria C) são indicados para serem usados durante o período gestacional.

Outro anestésico local vaso constritor, a adrenalina e a noradrenalina não causam riscos e teratogênia. A Felpressina não é recomendada por reduzir a circulação placentária inibir a aderência do embrião no útero e induzir contrações uterinas. Contudo os estudos que apareceram esses efeitos antagônicos utilizaram elevadas doses do remédio (HASS et al, 2000). Como medida eficaz e segura utilizar, no máximo, 2 tubetes de lidocaína 2% por cada sessão, injetar vagarosamente a solução (SOUZA, 2010).

As más-formações fetais ocasionadas pelo uso de medicamentos, através da administração destes, são incidentes no primeiro trimestre da gestação. Enquanto que alterações ocorridas no segundo e terceiro trimestre estão agregados a decorrências no funcionamento dos órgãos. Cada droga possui suas particularidades e devem ser respeitados para que o mau uso não causem anomalias de desenvolvimento no feto. O cirurgião dentista deve ser ciente das drogas prescritas às paciente gestante. Remédios que causem vinculação na genitora podem acarretar determinado tipo de dependência na criança, devendo ser recomendados com cautela (RIEKEN; TEREZHALMY, 2006).

Segundo Navarro (2008) em entrevista realizada com 250 cirurgiões dentistas, destes 167 profissionais participantes, 52 (31,1%) não recomendaram o uso de anti-inflamatórios para gestantes, sendo que 31,1% indicaram os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) como o Nimesulide e o Piroxicam, destacaram os profissonais formados há menos de 10 anos. Outros (28,1%) dos entrevistados optaram pelo Paracetamol como droga anti-inflamatória para gestantes, sendo que neste grupo destacaram- se os 21

(12,6%) profissionais formados até 10 anos e os 34 (20,4%) especialistas. Os antibióticos a maior parte dos profissionais, 140 (81,9%) recomendou as Penicilinas, sendo 91 destes (53,2%) especialistas. Ainda, os Macrolídeos foram indicados por 24 (14%) profissionais. A questão referente à antibioticoterapia para gestantes foi respondida por 171 profissionais. A Lidocaína foi o sal anestésico de primeira escolha para gestantes, tendo sido indicada por 90 (59,6%) profissionais, destacado por 54 (35,8%) especialistas. Além disso, 33 (21,9%) escolheram a Mepivacaína e 20 (13,2%) indicaram a Prilocaína. Tendo essa questão sido respondida por 151 profissionais.

A utilização de vasoconstrictores associados aos anestésicos locais foi recomendada por 92 (54,4%) profissionais, destacando-se os 42 (24,9%) profissionais formados há menos de 10 anos e os 59 (34,9%) especialistas. Dos profissionais entrevistados, 143 (82,2%) não indicaram o uso de ansiolíticos durante a gestação, destacando-se entre estes 61 (35,1%) profissionais formados até 10 anos e 91 (52,3%) especialistas. Por outro lado, 18 profissionais (10,3%) indicaram o Diazepam.

O conhecimento por parte do profissional dentista sobre as características principais pertinentes a cada trimestre gestacional e sobre as indicações e cuidados a serem feitos durante o atendimento odontológico, incluindo a prescrição de medicamentos e o exame radiográfico, são importantes para permitir o tratamento da gestante com garantia e com menores riscos de efeitos antagônicos para a prole (SILVA; STUANI et al, 2006).

Categoria A	Estudos controlados realizados não demonstraram riscos para o feto durante o primeiro trimestre de gravidez, nem existem evidências de riscos em trimestres posteriores, sendo improvável possibilidade de teratogênese.
Categoria B	Divide-se em: 1. Estudos em animais não demonstraram risco teratogênico, enquanto não se dispõe de estudos controlados na gravidez humana; ou 2. Estudos em animais têm demonstrado efeitos teratogênicos que não foram confirmados em grávidas humanas durante o primeiro trimestre da gestação, e não existem evidências de riscos em trimestres posteriores.
Categoria C	Divide-se em: 1. Estudos em animais têm demonstrado efeitos teratogênicos sobre o feto

	e não existem estudos em mulheres; ou 2. Não existem estudos disponíveis em mulheres, nem em animais. São medicamentos que só devem ser administrados se o benefício esperado para a mãe justificar o risco potencial para o feto.
Categoria D	Existem claras evidências de risco teratogênico, mas os benefícios acarretados com o uso possam torná-los aceitáveis.
Categoria X	Os estudos em animais ou em humanos demonstraram evidentes risco de teratogênese, o que claramente supera o possível benefício em mulheres grávidas. Os medicamentos dessa categoria estão contra-indicados em mulheres que estão ou possam ficar grávidas.

Tabela 1. Classificação de Risco dos Medicamentos para Uso na Gravidez. Fonte: Briggs, Freeman, Yaffe, 1998.

4.4 Promoção de Saúde para Gestantes

A educação em saúde compõe um conjunto de conhecimentos e práticas, agrupadas para a prevenção de enfermidades e promoção da saúde. Por meios científicos e técnicos utilizados no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, abrange as reais necessidades do indivíduo, através dos condicionantes do processo saúde doença proporcionando subsídio para adoção de novos hábitos e comportamentos saudáveis (ALVES, 2005).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), aponta a educação em saúde como uma prática prevista e atribuída a toda a equipe que compõe a mesma. Assim, acredita-se que esses profissionais sejam habilitados para assistência integral e contínua da família (MELO, 2007).

A saúde bucal torna-se importante no período gestacional desde relatos de Briquet em 1945. Desde então, a presença do dentista é necessário ao acompanhamento nas consultas de pré-natal, sendo este profissional responsável pela consulta clínica odontológica, atendendo às necessidades sintomáticas orais, na gestação. Assim torna-se indispensável à troca de experiências pela equipe multiprofissional que acompanha a gestante, estabelecendo conduta clínica adequada, evitando riscos de saúde e agravamento de prováveis doenças já existentes (CATARIN, et al; 2008).

O tratamento de prevenção é indicado durante os três trimestres da gestação, incluindo-se procedimentos básicos, como raspagem radicular, profilaxia, aplicação tópica de flúor, além de cuidados orais de higiene e controle bacteriano. Em estudos vistos, não houve relatos que comprovassem que essa assertiva sofresse influência para os grupos com baixo risco para patologias orais (CATARIN, et al; 2008).

A saúde bucal se faz necessária, pois inflamação gengival associada à higiene bucal insatisfatória, flora bacteriana e irritante locais; abscessos na cavidade oral, mobilidade dentária; trocas numerais na lâmina dura e xerostomia que desaparecem no puerpério (BATISTELLA, et al.; 2006).

O período gestacional não é um fator de alerta para o desenvolvimento de doenças gengivais ou cárie. Mas pelo fato de nesse período ocorrer à ingestão acentuada de carboidratos associada à deficiência de higiene oral satisfatória. Esses fatores tornam-se importantes para o aparecimento de inflamações gengivais, que se agravam ainda mais somados as alterações hormonais, aumento da circulação sanguínea ou presença de lesão carial. Essas alterações fisiológicas somadas às doenças periodontais podem desencadear um parto prematuro (BATISTELLA, et al.; 2006)

4.5 Atuação de Equipe Multiprofissional para Gestantes

A Unidade Básica de Saúde responsável pelas consultas rotineiras do pré-natal com orientações preventivas, curativas e promoção da saúde da gestante. Contribuindo assim, para prevenir agravos ocasionados pela falta de uma assistência primária e nos casos de complicações direcionarem a mesma para o pré-natal de alto risco (SILVA et al., 2011).

A Estratégia Saúde da Família em equipe multiprofissional ofertará uma assistência segura e eficaz para a gestante, pois permitirá troca de experiências, informações e conhecimentos de forma permanente entre os profissionais associada com o saber popular dos agentes comunitários de saúde (SILVA et al., 2011).

A atuação da equipe nas áreas delimitada pelas unidades básicas de saúde tem como papel essencial interferir sobre os fatores de risco aos qual a comunidade está exposta. Prestar atendimento integral e humanizado de forma

eficaz e resolutiva como também, realizar atividades de educação e promoção da saúde (FERREIRA et al., 2005).

As equipes do ESF devem trabalhar de forma conjunta nas atividades de educação em saúde e consultas rotineiras de pré-natal em parceria com o cirurgião dentista para abordagem odontológica das usuárias gestantes. Numa assistência multidisciplinar realizar orientações quanto às mudanças fisiológicas e patológicas que podem ocorrer na cavidade oral durante a gestação. Como também orientar para a adoção de hábitos saudáveis e de higiene oral, para que também, os seus filhos naturalmente copiem os seus pais (CARDOSO, 2010).

Em estudo realizado por Melo et al (2007) verificou-se que 66,7% das gestantes não buscaram atendimento odontológico, o resultado foi melhor do que o encontrado por Costa ICC (2002) no qual 75% não procuraram este serviço. Dentre os motivos constatados, 60% possuem baixa percepção da necessidade, 13,3% relatam ansiedade e medo, e 6,7% apontam a existência de dificuldade de acesso. Dentre as gestantes que compareceram ao atendimento odontológico, 13,3% sentiam dor, 6,7% foram por meio de encaminhamentos e 13,3% relataram outros motivos. Esses dados condizem com outro estudo desenvolvido Albuquerque et al (2004) que relataram as barreiras encontradas pelas gestantes no atendimento odontológico. Percebe-se assim, a importância do incentivo que a equipe multiprofissional tem para com as pacientes no sentido de encaminhá-las para acompanhamento odontológico, visto que, na ESF, essas gestantes são atendidas periodicamente por enfermeiros e médicos. Esse é um período em que a mulher está mais sensível e susceptível a captação de novos conhecimentos, por isso, deve ser estimulada o atendimento dessas gestantes por toda a equipe.

Os profissionais que integram a assistência de pré-natal não atentam para a importância de integrar a atenção odontológica no pré-natal (COSTA, 2000). Isso leva a considerar que a ausência do dentista na equipe do pré-natal parece ser aceita. No corredor do ambulatório de tocoginecologia de um hospital público de Florianópolis, uma placa afixada à parede apresenta as normas e rotinas do ambulatório para o incentivo do aleitamento materno: “A equipe interdisciplinar (Enfermeiro, Psicóloga, Pediatra, Obstetra,

Neonatologista, Nutricionista, Serviço Social) adequará assuntos e reflexões para encontros com gestantes para sensibilizarem a importância do aleitamento materno [...]”. Esta ausência do cirurgião dentista desperdiça a contribuição que o mesmo poderia acrescentar para a educação em saúde da gestante.

5 DISCUSSÃO

No Brasil, nas últimas três décadas o acesso aos serviços de saúde para a atenção ao parto e ao pré-natal tem sido ampliado, o que faz das gestantes um grupo de fácil contato que pode e deve ser alvo de políticas e de programas de saúde. No entanto, a proposta de atendimento integral às necessidades de saúde da gestante, dentro do marco maior da atenção integral à saúde da mulher, ainda não aconteceu de forma plena. A saúde bucal da gestante é pouco analisada, em decorrência dos despreparados serviços e tipo de atenção e pela ausência de uma cultura deste cuidado entre os gestores, os profissionais de saúde e a clientela (LEAL, 2006).

Portanto, é necessário e ético investigar a questão da doença periodontal em gestante como fator associado ao baixo peso e, sobretudo, relatar em espaços científicos destinados a este fim, mesmo que os achados das pesquisas disponíveis não permitam aceitar ou refutar, categoricamente, a hipótese de causalidade (COSTA, 2006).

A gravidez parece ser um fator agravante para o desenvolvimento da doença periodontal, tendo prevalência maior no período gestacional (DÍAZ-GUZMÁN, 2004). Além da insegurança, observa-se falta de conhecimento do profissional para atender esse público restrito. O modelo curativo, aliado a crenças e mitos populares, prejudica o serviço desses profissionais que lidam diariamente no serviço público, no qual encontram entraves para adotar uma posição de promotor de saúde (VOLPATO, 2005).

Erosões dentárias podem aparecer no período gestacional, isso devido aos sintomas de enjoos matutinos e episódios frequentes de refluxo gastroesofágico. Não há estudos que comprovem que o processo de mineralização / remineralização alterado seja a causa de cáries em gestantes. Vários fatores estão associados para o aparecimento de lesões (LAINE, 2002).

Fatores comuns na maior parte das mulheres durante a gravidez são as alterações gengivais (SCAVUZZI, 1999). A literatura não entra em consonância quanto aos fatores etiológicos dessa patogênese durante esse período (LOPES, 2004).

O tratamento odontológico atualmente se respalda em ações preventivas educativas e curativas. Através de uma assistência integral ao indivíduo.

Programas educativos e preventivos com gestantes se tornam fundamentais para que possam introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança (GONÇALVES, 2009).

As indicações quanto à prescrição odontológica para gestantes ainda é um tema controverso. Nesse contexto, Zanata, Fernandes e Navarro (2008), em estudo com obstetras e cirurgiões-dentistas, relatam aversões no procedimento destes profissionais quanto à opção do sal anestésico local mais indicado para gestantes. Ainda, os autores assinalam para a necessidade de atualização destes profissionais para o estabelecimento de guias de conduta (protocolos) para o atendimento odontológico durante a gestação.

As ações de educação em saúde para a gestante, realizadas pela ESB ou equipe multiprofissional devem ser orientadas pelo cirurgião-dentista e voltados para adquirir e manter hábitos positivos de saúde bucal no meio familiar e torná-la uma colaboradora na promoção da saúde. Porém, apesar de ser preconizado pelas políticas de saúde, na prática sabemos que o pré-natal odontológico não acontece (DEISE et al, 2010 apud BARBOSA , 2011).

O tratamento de prevenção é indicado durante os três trimestres da gestação, incluindo-se procedimentos básicos, como raspagem radicular, profilaxia, aplicação tópica de flúor, além de cuidados orais de higiene e controle bacteriano. Em estudos vistos, não houve relatos que comprovassem que essa assertiva sofresse influência para os grupos com baixo risco para patologias orais (CATARIN, et al; 2008).

Silva (2000) referiu-se em relação à saúde como “*o bem maior que o homem pode ter, ainda mais nessa época de grande progresso social e econômico*”. E com isso percebe-se a importância de preservar a saúde bucal das gestantes para que não coloque em risco a saúde da mãe e do bebê. O profissional odontólogo deve trabalhar em parceria com os profissionais que assiste a gestante para desencadear uma atenção odontológica curativa, preventiva e de promoção da saúde.

O profissional de saúde tem a possibilidade de instigar ou não o autocuidado do binômio mãe-filho. Anseia-se que o cirurgião-dentista atue como promotor em educação em saúde e, dessa forma, trabalhe no sentido de contribuir para a real inserção da atenção odontológica durante o pré-natal e

também a modificações buco-dentais durante o estado gravídico (CODATO, 2011).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez é um estado complexo e singular no qual envolve uma série de mudanças biológicas, psicológicas, sociais e culturais. A assistência de pré-natal deve ser realizada de forma a suprir todas essas necessidades com o apoio de uma equipe multiprofissional proporcionando atendimento com qualidade, segurança e humanização.

Uma assistência da equipe de pré-natal (médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, entre outros) que se estabeleçam vínculos entre o profissional e o cliente é essencial para a quebra de hábitos prejudiciais para a saúde da mãe e do bebê. Como foi visto, a ingestão exagerada de carboidratos associada à falta de higiene oral, o medo do tratamento odontológico nessa fase, além dos mitos populares que se cultuam na gestação.

Os profissionais da Estratégia Saúde da Família que faz acompanhamento de pré-natal de rotina na gestação tem papel decisivo para a inclusão ou adesão da atenção odontológica nesse período, enfatizando a importância dessas usuárias serem priorizadas nos programas de assistência odontológica, principalmente, no que se refere à educação em saúde e introdução de cuidados básicos para a manutenção da higiene bucal na gestação e, por conseguinte bons hábitos orais saudáveis para o bebê e família.

A equipe de pré-natal que assistem à gestante, inclusive o cirurgião-dentista devem está comprometido a prestar cuidados que ofereçam prevenção, proteção, cura, recuperação e promoção da saúde. Os desafios são amplos, mas o lidar com a vida nos traz a responsabilidade de almejar todos os resultados esperados para o sucesso de um atendimento completo e seguro, e isso é essencial em todo o processo que envolve o pré-natal.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, set/fev. 2005.

ARAÚJO, I. C.; HORTA, J. V.; ARAGÃO, M. V.; REIS, M. F.; REIS, N. F. **Condições de Saúde Bucal das Gestantes Atendidas em Instituições de Saúde do Bairro do Guamá no Município de Belém**. 2005. Disponível em: < : <http://www.odontologia.ppgcom.br/artigos/g.asp?id=574>. Acesso em: 20 julho 2012.

BARBOSA, C. C. A Atenção Odontológica á Gestante: Uma Revisão de Literatura. **Trabalho para conclusão da especialização em Saúde Família**. Universidade de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, 2011.

BASTIANI, C. et al. Conhecimento das Gestantes Sobre Alterações Bucais e Tratamento Odontológico Durante a Gravidez. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, v.9, n.2, p. 155-160, abr./jun., 2010. Disponível em: <<http://www.crope.org.br/revista/v9n2/11.pdf>. Acesso em: 20 julho 2012.

BATISTELA, F. I. D.; et al. **Conhecimento das Gestantes sobre a Saúde Bucal**. RGO, Porto Alegre, v. 54, n. 1, p.67 – 73 jan/mar. 2006.

BOGGESS, K. A.; LIEFF, S.; MURTHA, A. P.; MOSS, K.; BECK, J.; OFFENBACHER, S. Maternal periodontal disease is associated with an increased risk for preeclampsia. **Obstet Gynecol.**; v.101, n2, p.227-31, feb, 2003.

BOSCO, A. F.; LUIZE, D. S.; MURAKAWA, A. C.; ESPER, L. A. A influência dos hormônios sexuais nos tecidos periodontais: Revisão de literatura. **Rev Odontol Araçatuba**. v.25, p.22-27, 2004.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf. Acesso em: 20 julho 2012.

BRAZ, G., et al. A experiência de um programa de atenção à saúde bucal no atendimento às gestantes. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 36, n. 4, p. 324-332, out./dez. 2010.

BRIGGS, G. G; FREEMAN, R. K YAFFE, S. J. Drogas na gravidez e lactação: um guia de referência para o risco fetal e neonatal, **Williams & Wilkins**, Baltimore M.D., 5^a ed., 1998, 1219p.

BURTI, J. S.; ANDRADE, L. Z; CAROMANO, F. A.; IDE, M. R.. Adaptações fisiológicas do período gestacional. **Fisioter Bras**; v.7, n.5, p.375-380, set.-out. 2006.

CODATO, L. A. B. et al Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Ciencia & Saúde Coletiva** v.16, n.4, p.2297-2301, 2011.

CARDOSO, L. M. Atendimento odontológico da gestante na estratégia do programa de saúde da família. **Universidade Federal de Minas Gerais**. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Corinto, 2010. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2316.pdf>>. Acesso em: 20, jul 2012.

CASTRO, J. C.; CLAPS, M. J. Parto Humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev. Latino Americano de Enfermagem**, v. 13, n 06, p.960-967, 2005.

CATARIN, R. F. Z. Conhecimentos, Práticas e Acesso a Atenção a Saúde Bucal Durante a Gravidez. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 1, p. 16-24, dez. 2008.

COSTA, I. C. C. Atenção odontológica à gestante na triangulação médico-dentista-paciente [tese]. **Araçatuba (SP): Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social/ Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”**; 2000. Disponível em:<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=298230&indexSearch=ID>>. Acesso em: 13 outubro 2012.

COSTA, M. C. N. Associação entre o baixo peso ao nascer e doença periodontal. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. **Rev. Saúde Coletiva**, v.40, n.1, p. 181 –183, 2006.

DEVRIES, M. R. A. et al. Perfil das gestantes do pré-natal do hospital maternidade do município de nova Friburgo (HMNF). **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v.19, n.2, p.147-152, maio/ago, 2007.

DÍAZ-GUZMÁN, L, M.; CASTELLANOS-SUÁREZ, J. L. Lesions of the oral mucosa and periodontal disease behavior in pregnant patients. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. v. 9, p.430-437, 2004.

FERREIRA, V. S. C; SILVA, L. M. V. Intersetorialidade em saúde: Um estudo de caso. In HERTZ, Z. M. A, SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde dos modelos teóricos a prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

FIGUERO-RUIZ, E.; PRIETO, I.; BASCONES-MARTÍNEZ, A. Câmbios hormonales asociados al embarazo. Afectación gingivoperiodontal. **Rev Periodon Implantol**, v.18, p.101-113, 2006.

FINKLER, M. Saúde Bucal Materno-Infantil: Um Estudo de Representações Sociais com Gestantes. **Dissertação de mestrado programa pós-graduação em odontologia / UFSC**. Florianópolis, SC, 2004.

FRANCISCO, A. M. A. Pré-natal odontológico. Por que adotar esta medida? **Acadêmica do 8. Período do Curso de Odontologia do UNILAVRAS.** Disponível

em:<http://www.unilavras.edu.br/wpcontent/uploads/2010/04/artigos_odontologia_pre_natal_odontologico_porque_adotar_esta_medida.pdf>. Acesso em: 20 julho 2012.

GARBIN, C. A. S.; SUMIDA, D. H.; SANTOS, R. R.; CHEHOUD, K. A.; MOIMAZ, S. A. S. Saúde coletiva: promoção de saúde bucal na gravidez. **Rev Odontol. UNESP.** v.40, n4, p.161-165, 2011.

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: 13/10/2012.

GONÇALVES, L. S. T. Análise das Condições Bucais das Gestantes no PSF Júlio Gamboá Padre Paraíso – MG. **Especialização em Atenção Básica Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais.** Padre Paraíso – MG, 2009.

GRANVILLE-GARCIA, A. F. et al. Conhecimento de gestantes sobre saúde bucal no município de Caruaru - PE. **Rev. Odontol. UNESP.** v.36, n.3, p.243-249, 2007.

KONISHI, F.; ABREU-E-LIMA, F. Odontologia intra-uterina: a construção da saúde bucal antes do nascimento. **Rev. Bras Odontol.** v.59, p.294-295, 2002.

LAINE, M. A. **Effect of Pregnancy on Periodontal and dental health.** Acta Odontol Scand, v.60, n. 5, pp. 257 – 264., 2002.

LEAL, N. P. Saúde bucal da gestante: conhecimentos, práticas e representações do médico, do dentista e da paciente. **Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz-** Rio de Janeiro, set. 2006.

LONDRINA. **Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. Manual de saúde bucal/.**- Prefeitura do Município; Domingos Alvanhan e Cristiane de Andrade Janene Gonini, coordenadores.- 1. ed. Londrina, PR: [s.n], 2009. Disponível em:<http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolo_saude_bucal/protocolo_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 13 out 2012.

LOPES, A. M.; BOSCO, J. M. D.; GASPARINI, L. L.; KINA, J. R. Fatores etiológicos associados com a gengivite na gravidez. **Rev Paul Odontol.**, v.26, n.4, p.31-4, 2004.

MEDEIROS, U. V.; ZEVALLOS, E. F. P.; ROSIANGELA, K. Promoção da saúde bucal da gestante: garantia de sucesso no futuro. **Rev. Cient. do CRO-RJ.** v.2:, p.47-57, 200.

MELO, J. M., et al. **Conhecendo a Captação de Informações de Mães sobre Cuidados com o Bebê na Estratégia Saúde da Família**. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v.16, n.2, p.280-286, 2007.

MONTANDON, E. M. et al. Hábitos dietéticos e de higiene bucal em mães no período gestacional. **J Bras. Odontol. Odontol Bebê**. v.4, n.18, p. 170-3, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS/OMS **Unidade Técnica de Sistemas de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Brasília; 2006.

NAVARRO, P. S. L. et al. Prescrição de medicamentos e anestesia local para gestantes: conduta de cirurgiões-dentistas de Londrina, PR, Brasil. **Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 49, n. 2, p. 22-27, maio/ago., 2008.

NEVILLE, B. W. et al. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. 28p.

OFFENBACHER, S. et al. **Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight**. **J Periodontol**, v.67, p.1103-1113, 1996.

NÓBREGA, F. J. O., *et. al.* Doença periodontal como fator de risco para o desenvolvimento de alterações cardiovasculares. **Rev. Brasileira de Patologia Oral** v.3, n.1, 41-47, 2004.

OFFENBACHER, S.; LIN, D.; STRAUSS, R.; MCKAIG, R.; IRVING, J.; BARROS, S. P. Effects of periodontal therapy during pregnancy on periodontal status, biologic parameters, and pregnancy outcomes: a pilot study. **J Periodontol**. v.77, n.12, dec., p.2011-2024, 2006.

PERES, S. H. C. S.; CARDOSO, M. T. V.; GARCEZ, R. M. V. B.; PERES, A. S.; BASTOS, J. R. M. Tratamento alternativo de controle da cárie dentária no período materno-infantil. **Rev Assoc. Paul Cir. Dent**. v.55, p. 346-50, 2001.

PINTO, L. S.; UEMA, A. P. A.; GALASSI, M. A. S.; CIUFF, N. J. O que as gestantes conhecem sobre saúde bucal. **J Brás OdontopediatrOdontol Bebê**. v.4, n.20, p. 429-34, 2001.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER. **Princípios e Diretrizes** Série C. Projetos, Programas e Relatórios Brasília – DF, 2007.

POLYZOS, N. P. et al. Effect of periodontal disease treatment during pregnancy on preterm birth incidence: a meta-analysis of randomized trials. **American Journal of Obstetrics and Gynecology, New York**, v. 200, no. 3, p. 225-232, 2009.

POZO, M. A. P. Tratamiento dental de la paciente gestante. **Mundo Odontológico**, v.8, p.54-59, 2001.

RADNAI, M.; GORZO, I.; URBAN, E.; ELLER, J.; NOVAK, T.; PAL, A. Possible association between mother's periodontal status and preterm delivery. **J Clin Periodontol**, v.33, p.791-796, 2006.

RAJAPAKSE, P. S.; NAGARATHNE, M.; CHANDRASEKRA, K. B.; DASANAYAKE, A. P. Periodontal disease and prematurity among non-smoking Sri Lankan women. **J Dent Res**; v.84, p. 274–277. 2005.

REIS, D. M. et al. Educação em Saúde como Estratégia de Promoção da Saúde Bucal em Gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. '5, n. 1: p. 269 – 276, jan 2010.

RIEKEN, S. E.; TEREZHALMY, G. T. The Pregnant and breast – feeding patient. **Quintessence international**. v. 37, p.455 – 468, 2006.

RITTER, A. V.; SOUTHERLAND, J. H. Talking with patients. Pregnancy and oral health. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**. Canadá, v.33, n.6, 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>. Acesso em 13 de out. de 2012.

RITZEL, I. F., et al. Primeiro Atendimento Odontológico na Gestação. **Rev de Divulgação Científica da ULBRA Torres**, RIO GRANDE DO SUL, v.01, a. 01, 2008. Disponível em:<<http://revista.ulbratorres.com.br/artigos/artigo22.Pdf>>. Acesso em: 20 julho 2012.

SARTORIO, M. L.; MACHADO, W. A. S. A doença periodontal na gravidez. **Rev Bras Odontol**, v. 58, p.306-308, 2001.

SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. B. S.; VIANNA, M. I. P. Percepção sobre atenção odontológica na gravidez. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, 1998; v.1, p.43-50.

SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. S. Atenção odontológica na gravidez: Uma Revisão. **Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA**, v. 18, p. 47-52, jan./jun. 1999.

SILVA, A. Y. M. L. et al. Atuação do Enfermeiro e do Cirurgião Dentista no Pré-Natal: Uma Revisão de Literatura. **Revista Florence**, São Paulo, ano 1, n.1, maio, 2011.

SILVA, F. W. G. P.; STUANI, A. S.; QUEIROZ, A. M. Atendimento Odontológico à Gestante – Parte 2: Cuidados Durante a Consulta. **Rev Faculdade Odontologia de Porto Alegre**, v.47, n.3, p.5-9, dez, 2006.

SILVA, M. V., MARTELLI, P. J. L.. Promoção em Saúde Bucal para Gestantes: revisão de literatura. **Odontologia. Clín. - Científica c.**, Recife, v.8, n.3, p. 219-224, jul/set., 2009.

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

SOUZA, A. L. S. M. **Atendimento Odontológico à Gestante: Tratamento, Prevenção e Promoção de Saúde Bucal**. Nova Friburgo, Rio Janeiro, 2010, 67p.

SOUZA, D. S. et al. A inserção de Saúde Bucal no programa Saúde da Família. **Rev. Bras. de odontologia em saúde coletiva**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 55-59, 2007.

TIVERON, A. R. F.; BENFATTI, S. V.; BAUSELLS, J. Avaliação do conhecimento das práticas de saúde bucal em gestantes do município de Adamantina – SP. **Revista Ibero-americana de odontopediatria e odontologia do bebê**. v.7, n. 35, jan/fev 2004.

VOLPATO, V. E. R.; FIGUEIREDO, A. F. Estudo da clientela do Programa de Atendimento Odontológico Precoce em um serviço público do município de Cuiabá, Mato Grosso. **Rev. Bras Saúde Matern. Infant Recife**. v.5, n.1, p. 45-52, 2005.

XIAOJING, L. I.; KRISTIN M., L. E. I. F. T.; INGAR, O. Systemic diseases caused by oral. **Clin. Microbiol. Rev.** v.13, p.547-558, 2000.

ZEEMAN, G; VETH, E.; DENNISON, D. Periodontal disease: implications for women's health. **Obstetrical Gynecological Survey**. v.56 p.43-49. 2001.