Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez

Pregnant's knowledge about oral alterations and dental treatment during pregnancy

Cristiane Bastiani[1], Ana Lídia Soares Cota[2], Maria Gisette Arias Provenzano[3], Marina de Lourdes Calvo Fracasso[4], Heitor Marques Honório[5], Daniela Rios[6]

[1]Graduada em Odontologia pelo CESUMAR
[2]Mestre em Odontologia pela UNOPAR; Doutoranda em Odontopediatria pela FOB-USP
[3]Professora Assistente da Disciplina de Odontopediatria, Clínica Infantil e Clínica do Bebê do CESUMAR; Mestre em Odontopediatria pela FOB-USP
[4]Professora Assistente da Disciplina de Odontopediatria e Clínica Infantil da UEM; Mestre e Doutora em Odontopediatria pela FOB-USP
[5]Professor Assistente da Disciplina de Odontopediatria da UNIFAL; Mestre e Doutor em Odontopediatria pela FOB-USP
[6]Professora Assistente da Disciplina de Odontopediatria da FOB-USP; Mestre e Doutora em Odontopediatria pela FOB-USP

DESCRITORES:

Conhecimento. Saúde Bucal. Gravidez. Criança.

RESUMO

A manutenção da saúde bucal durante a gestação é extremamente importante, no entanto grande parte da população não tem acesso a informações relacionadas às alterações bucais características deste período. Diante disso, o presente trabalho teve como objetivo avaliar o conhecimento de gestantes quanto à prevenção, consequências e oportunidade de tratamento de possíveis alterações bucais desenvolvidas na gravidez. Foram entrevistadas 80 gestantes de consultórios médicos particulares e de Unidades Básicas de Saúde da cidade de Maringá-PR, utilizando-se um questionário com questões de múltipla escolha e abertas. Os principais resultados demonstraram que uma pequena parcela das gestantes (33%) recebeu orientação sobre como manter sua saúde bucal e, apesar de 68,75% das entrevistadas acreditarem que poderiam receber o tratamento odontológico preventivo ou curativo sem riscos para o bebê, apenas 40% procuraram por atendimento odontológico. Além disso, as mesmas não sabiam como evitar a gengivite (80%), associavam a cárie dentária ao período gestacional (48,75%) e a maioria desconhecia que seus problemas bucais poderiam ter influência sobre a saúde geral da criança (73,75%). Dessa forma, pôde-se concluir que persiste a necessidade de orientações frequentes sobre saúde bucal às gestantes, maior integração entre classe médica e odontológica e melhor esclarecimento sobre a seguridade do tratamento odontológico.

Keywords:

Knowledge. Oral Health. Pregnancy. Child.

ABSTRACT

The oral health during the pregnancy is a very important issue, but the majority of the population does not have access to the information related to the oral alterations that might occur during this period. Based on this fact, the aim of this study was to evaluate the pregnant knowledge about prevention, consequences and treatment of the possible alterations developed during the pregnancy. A questionnaire composed by multiple-choice and discursive questions was applied to 80 pregnant from private practices and Basic Health Units in Maringá-PR. The results show that few pregnant (33%) received information about how to maintain their oral health and, although 68,75% of the interviewed believed that they could receive the dental treatment without risks for the baby, only 40% had looked for dental attendance. Moreover, they don't know how to avoid gingivitis (80%), they associate dental caries occurrence with pregnancy (48,75%), and the majority demonstrated no knowledge about the influence of the oral disturbances on the baby's general health (73,75%). It could be concluded that persists the necessity of frequent information about oral health to the pregnant, greater integration between doctors and dentists and better knowledge about the security of the dental treatment.

Endereço para correspondência
Daniela Rios
Rua Semi Gebara 2-45, 604 Vila Leme da Silva Bauru / São Paulo
CEP:17017-280 / Fone: (14)32243390 / 81157718
e-mail: daniriosop@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Importância da saúde bucal durante a gravidez

Orientações quanto à saúde bucal durante o período gestacional são de extrema importância, visto que, durante a gravidez, as mulheres estão ávidas a receber novos conhecimentos e receptivas às mudanças de determinados padrões que possam ter consequências positivas sobre a saúde do bebê [16,36]. Dessa forma, a gravidez é uma época oportuna para desmistificar algumas crenças e preocupações sobre o tratamento odontológico, informar sobre a importância do controle do biofilme dentário e de uma dieta adequada, conscientizar sobre as possíveis alterações bucais que possam ocorrer durante a gestação e o que pode ser feito para preveni-las [15,30]. É imperioso que a relação do trinômio médico/dentista/paciente redefina os padrões de atendimento em um conta-

to preventivo amplo, com vistas à promoção da saúde. Para tanto, deve-se estabelecer o intercâmbio de informações, buscando desenvolver um atendimento de qualidade à gestante e ao bebê [25].

Os médicos ginecologistas são os profissionais que estão constantemente em contato com as gestantes e exercem um grande poder de influência sobre as mesmas [15]. Menolli e Frossard (1997)[23] realizaram uma pesquisa com 69 médicos ginecologistas/obstetras da cidade de Londrina-PR com o objetivo de estabelecer o perfil dos profissionais com relação à saúde bucal das gestantes. Os resultados demonstraram que 81,9% dos médicos davam orientação quanto à saúde bucal às suas pacientes, apesar de apenas 8,2% indicarem a ida regular ao cirurgião-dentista e 21,3% recomendar a visita somente quando estas acharem necessário.

Por outro lado, a literatura reporta que ainda são poucas as gestantes com acesso a essas orientações. Santos Pinto et al. (2001)[37] ao avaliarem o conhecimento relacionado à saúde bucal de 237 gestantes da cidade de Araraquara-SP, constataram que apenas 33% receberam orientações sobre como manter sua saúde bucal, sendo o cirurgião-dentista o principal divulgador (37,3%). Em pesquisa realizada por Martins e Martins (2002)[20], das gestantes que aguardavam atendimento médico em núcleos de saúde pública da cidade de Anápolis-GO, apenas 37,5% haviam recebido tais informações. Araújo et al. (2005)[3] relataram em seu estudo que apenas 16% das gestantes haviam recebido orientação odontológica preventiva.

ALTERAÇÕES BUCAIS E A GESTAÇÃO

Durante o período gestacional, as mulheres frequentemente apresentam certa resistência frente ao tratamento odontológico, por muitas vezes, acreditarem em diversos mitos e crendices associados à gravidez [10,19]. As futuras mães relatam receio de que o atendimento odontológico possa trazer algum tipo de risco para a vida do bebê [37]. No entanto, muitas delas reconhecem que a gestação possa implicar alguns problemas bucais, como a cárie e a gengivite [17,20].

A incidência da cárie dentária não está diretamente ligada ao período gestacional, mas, sim, a fatores como a menor capacidade estomacal, que faz com que a gestante diminua a quantidade de ingestão de alimentos durante as refeições e aumente sua frequência. Esta atitude resulta em um incremento de carboidratos na dieta que, associado ao descuido com a higiene bucal, aumenta o risco de cárie [30,40]. Montandon et al. (2001)[24] demonstraram que das 108 gestantes encontradas no Hospital Universitário de João Pessoa-PB, 62% diminuíram a frequência de escovação, principalmente no período da manhã, devido aos enjoos matutinos, e 20,4% das que mantiveram a mesma frequência, informaram que escovavam mais rápido e com menos eficiência.

Muitas gestantes acreditam na hipótese de que seus dentes ficam mais fracos e propensos à cárie dentária por perderem minerais, como o cálcio, para os ossos e dentes do bebê em desenvolvimento [30]. Este conceito deve ser continuamente esclarecido, já que o cálcio dos dentes está em forma de cristais, não estando disponível à circulação sistêmica [36]. O cálcio necessário para o desenvolvimento do feto é o que a mãe ingere em sua dieta, sendo essencial a ingestão de uma dieta rica em vitaminas A, C e D, proteínas, cálcio e fósforo, durante o primeiro e segundo trimestres de gestação, período em que os dentes decíduos do bebê estão em formação e calcificação [40].

Os hormônios sexuais femininos têm um importante papel na progressão das alterações periodontais. Os tecidos periodontais tornam-se susceptíveis a mudanças inflamatórias induzidas por placa dentária diante de alterações hormonais, como o aumento do nível de estrógeno e progesterona durante a gestação [7]. A gengivite gravídica é caracterizada por uma resposta exacerbada à presença de placa dentária e sua prevalência varia entre 35 e 100% das gestantes [12]. Esta condição periodontal é clinicamente semelhante a uma gengivite induzida por placa, com gengiva de coloração avermelhada, edemaciada, com sangramento ao simples toque ou durante a escovação. Pode ser prevenida e desaparecer alguns meses após o parto desde que os irritantes locais sejam eliminados mediante a remoção do biofilme bacteriano por meio de uma boa higiene bucal ou profilaxia profissional [38]. O 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[27] e ocorre preferencialmente na região anterior da maxila, por vestibular [41]. A remoção cirúrgica é indicada nos casos em que houver interferência na mastigação, na execução da higiene bucal ou em situações de ulceração; caso contrário os irritantes locais devem ser removidos e o tumor proservado até o pós-parto, quando normalmente ocorre sua redução espontânea [40].

A GESTANTE E O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

O receio por parte dos cirurgiões-dentistas em atender pacientes grávidas, muitas vezes, se sobrepõe às necessidades de tratamento, prejudicando-as. A postergação do atendimento até o nascimento do bebê, ao invés de sanar o problema odontológico ao ser diagnosticado, pode ocasionar um dano maior em função do desenvolvimento da doença [33].

Apesar de a prevenção ser priorizada, quando houver necessidade curativa, o tratamento deve ser instituído, uma vez que os problemas da cavidade bucal podem ter influência tanto para a mãe quanto para o feto, especialmente quando se compromete a nutrição e contribui-se para a infecção e disseminação de patógenos no sangue [17]. O período ideal e mais seguro para o tratamento odontológico é durante o segundo trimestre da gestação [40]. No entanto, os casos que necessitam tratamento de urgência devem ser solucionados sempre, independentemente do período gestacional [35].

A maioria dos procedimentos odontológicos pode ser realizada durante a gravidez, observando-se alguns cuidados: planejar sessões curtas, adequar a posição da cadeira e evitar consultas matinais, já que neste período as gestantes têm mais ânsia de vômito e risco de hipoglicemia [35]. Exodontias não complicadas, tratamentos periodontal e endodôntico, restaurações dentárias, instalação de próteses e outros tipos de procedimentos devem ser realizados com segurança, de preferência no segundo trimestre. Tratamentos seletivos como as reabilitações bucais extensas e as cirurgias mais invasivas podem ser programadas para o período de pós-parto [30].

O exame radiográfico deve ser realizado, quando realmente necessário, em qualquer trimestre da gestação [40]; pois, desde que medidas protetoras sejam tomadas (uso de filmes ultrarápido e avental de chumbo) uma exposição radiográfica não afeta o desenvolvimento fetal [30]. É necessário uma exposição de 5 rads para existir a possibilidade de má-formação ou aborto espontâneo, sendo que uma tomada radiográfica intrabucal equivale a 0,01 milirads de radiação, menos que a radiação cósmica adquirida diariamente [42].

Ainda prevalece a crença de que gestantes não podem submeter-se à anestesia local, principalmente se os agentes

anestésicos apresentarem vasoconstritor. No entanto, este tipo de anestesia é considerado seguro, desde que o profissional tenha conhecimento de quais substâncias medicamentosas utilizar [42]. A solução anestésica local que apresenta maior segurança em gestantes é a lidocaína 2% com adrenalina 1:100.000, respeitando-se o limite máximo de dois tubetes anestésicos (3,6ml) por sessão, procedendo sempre injeção lenta da solução [2].

Outro ponto bastante questionado na Odontologia é sobre a prescrição de fluoretos em gestantes. O conhecimento atual sobre o mecanismo de ação do fluoreto indica que seu efeito é predominantemente tópico, ocorrendo principalmente na interface placa/esmalte, através da remineralização de lesões de cárie iniciais e da redução da solubilidade do esmalte dentário [11,32]. Portanto, a prescrição de medicamentos fluoretados no período pré-natal não traz nenhum beneficio que justifique sua indicação [9].

Diante da literatura apresentada o objetivo do presente trabalho foi avaliar o conhecimento de gestantes quanto à prevenção, consequências e oportunidade de tratamento de possíveis alterações bucais desenvolvidas na gravidez.

MATERIAL E MÉTODOS

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Maringá (CESUMAR/CEP nº.090-2003), 80 gestantes frequentadoras de consultórios médicos particulares e de Unidades Básicas de Saúde da cidade de Maringá-PR foram entrevistadas, utilizando-se um questionário com 64 questões de múltipla escolha e 3 questões abertas. Este foi aplicado por somente uma acadêmica do curso de Odontologia, e o esclarecimento das respostas foi realizado por ela, após o término da entrevista.

Todas as participantes foram esclarecidas sobre a natureza do estudo e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Os resultados obtidos foram tabulados no programa Excel para análise, através de estatística descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente trabalho, foi encontrado um perfil jovem entre as gestantes entrevistadas, as quais apresentaram entre 14 e 40 anos de idade, com uma média de 25 anos. Considerando a amostra total, 48,75% eram primigestas. Resultado semelhante foi encontrado por Santos-Pinto et al. (2001)[37], em que 48,1% das gestantes estavam na primeira gestação. Esta é uma característica importante da amostra, pois se sabe que principalmente, as mães primigestas estão ávidas por todo tipo de informação referente aos cuidados relacionados com sua saúde e, principalmente, com a do bebê.

Observou-se que a maioria das gestantes tinha consciência da necessidade de cuidados médicos durante este período, pois 97,5% realizavam o programa pré-natal; destas, 61,25% nas Unidades Básicas de Saúde e 38,75% em consultórios particulares. O Gráfico 1 mostra que o cirurgião-dentista faz parte de apenas 20% dos programas de pré-natal. Consequentemente torna-se imprescindível conscientizar a população de que assim como as gestantes apresentam alterações na sua saúde geral e necessitam de cuidados especiais, elas também podem apresentar alterações bucais, sendo necessária uma maior participação dos dentistas nos pré-natais. Boggess e Burton (2006)[5] ressaltam que tais atitudes protegerão não somente sua própria saúde geral e bucal mas também irão reduzir o risco de cárie em suas crianças.

Gráficos

Gráfico 1 - Profissionais da saúde pertencentes aos programas de pré-natal freqüentados pelas gestantes (%).

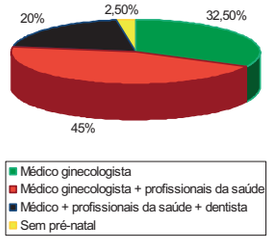
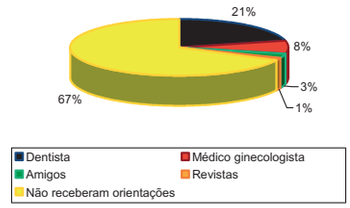


Gráfico 2 - Relato das gestantes sobre quem foram os responsáveis pelas informações sobre saúde bucal (%).



Em concordância com os resultados encontrados por outros autores [20, 37], o presente trabalho encontrou que 33% das mães haviam sido previamente esclarecidas sobre cuidados com sua saúde bucal. O gráfico 2 demonstra que o cirurgião-dentista foi a principal fonte de informação (21%). Por outro lado, estes dados contradizem Brito et al. (2006)[8] e Huebner et al. (2009)[14], os quais ao identificar o comportamento dos cirurgiões-dentistas sobre orientações educativo-preventivas transmitidas às gestantes evidenciaram, respectivamente, que aproximadamente 70% e 86% dos pesquisados esclarecem suas pacientes a respeito de medidas preventivas. De qualquer forma, todos os estudos demonstram necessidade das ações educativas abrangerem uma maior parcela das gestantes. O presente trabalho não avaliou diferença de conhecimento entre as gestantes frequentadoras dos distintos serviços de saúde. Todavia, Batistella et al. (2006)[4], ao compararem gestantes usuárias da rede pública e de clínicas particulares, observaram que, em ambos os grupos, a maioria das entrevistadas não teve acesso a orientações sobre saúde bucal.

Dentre as participantes, apenas 15% confirmaram ter recebido orientação de seus médicos ginecologistas para procurarem atendimento odontológico durante a gestação e 93,75% relataram que estes não examinaram sua cavidade bucal durante as consultas. Estes resultados diferem dos encontrados por Menolli e Frossard (1997)[23], em que 81,9% dos médicos afirmaram orientar quanto à saúde bucal, e 45% avaliavam habitualmente a cavidade bucal de suas pacientes. Cabe ressaltar que o trabalho supracitado foi desenvolvido com médicos ginecologistas, e o presente estudo foi realizado com as próprias gestantes. Assim sendo, muitas vezes os médicos sabem como proceder com relação à saúde bucal, respondendo corretamente aos questionamentos, mas não praticam os cuidados na rotina das consultas, e como consequência as gestantes podem não ser beneficiadas com tais orientações, como constatado neste estudo. Segundo Rios et al. (2007)[34], a ocorrência de mudanças nos hábitos de dieta e higiene durante a gestação aumenta o risco de desenvolvimento da cárie dentária. Portanto, enfatiza-se a real necessidade de motivação da classe médica, para que busquem inserir no seu cotidiano a oferta de informações acerca dos cuidados com a saúde bucal da gestante.

Apesar das alterações periodontais, sobretudo a gengivite, serem frequentemente observadas durante a gestação [12, 13], somente 50% das gestantes entrevistadas afirmaram ter conhecimento da doença. Além do mais, 55% não sabiam

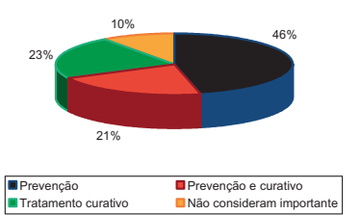
como evitá-la e dentre as que diziam saber, somente 20% responderam corretamente: escovando os dentes. A respeito do tumor gravídico, 96,25% não tinham conhecimento sobre esta alteração, e todas pensavam se tratar de um tumor maligno. Estes resultados refletem que, apesar do objetivo da Odontologia atual ser a promoção da saúde, visando à prevenção de doenças, as gestantes continuam desinformadas sobre como evitar tais alterações.

Na população estudada, 48,75% das gestantes acharam que era normal desenvolver cárie dentária durante o período gestacional, uma vez que muitas mães relacionaram que os dentes ficam mais fracos pela transmissão de minerais, como o cálcio, para os dentes do bebê (35%). Martins e Martins (2002)[20] encontraram em sua pesquisa que 29,42% das multigestas entrevistadas também faziam esta associação. Santos-Pinto et al. (2001)[37] observaram que 40,7% das gestantes acreditavam que a gravidez traria como consequência a cárie dentária.

Sobre a perda de dentes durante a gestação, 72,5% da amostra entrevistada acreditava poder manter sua saúde bucal, sem perder nenhum dente, fazendo com que o mito ¨a cada gravidez se perde um dente¨ comece a perder validade entre as gestantes. Menino e Bijella (1995)[22] demonstraram que 44% das gestantes não acreditavam que seus dentes durariam por toda a vida, enquanto aproximadamente 12% das mulheres entrevistadas por Araújo et al. (2005)[3] acreditavam que problemas no estômago e exageros em doces poderiam causar problemas bucais. Apesar de atualmente os mitos relacionados à cárie dentária e à gestação estarem menos dissipados na sociedade, ainda existem crenças errôneas que devem ser esclarecidas, salientando o fato de que os principais motivos para ocorrência da cárie dentária são a negligência com a higiene bucal e o "déficit" de cuidados com os hábitos alimentares [21].

A grande maioria das entrevistadas (90%) considerou importante a visita ao dentista durante a gestação, sendo que os principais motivos relatados visaram somente à prevenção (46%), à prevenção e ao tratamento curativo (21%) e apenas ao tratamento curativo (23%) (Gráfico 3). Mais da metade das gestantes (68,75%) acreditava que poderiam receber tratamento odontológico preventivo ou curativo sem riscos para o bebê. Estes resultados demonstram que as gestantes estudadas reconhecem a importância e a necessidade do atendimento odontológico, mas apenas 40% procuraram o dentista durante a gestação, resultado semelhante ao encontrado por Ramos et al. (2006)[31] em que somente 32% das gestantes procuraram al-

Gráfico 3 - Motivo pelo qual as gestantes consideram importante a ida ao dentista durante a gestação (%).



gum profissional no período gestacional. No entanto, esta ainda é uma porcentagem alta, quando comparada com outros trabalhos [20,39]. Em acréscimo, é salutar relembrar que a limpeza dentária e o controle profissional do biofilme podem ser feitos em qualquer trimestre da gestação [17].

Apesar de toda consciência preventiva, o principal motivo pelo qual as gestantes foram ao dentista durante a gestação apresentou-se de forma bastante contraditória, pois 53% procuraram atendimento odontológico devido a episódio de dor (tratamento de urgência), e somente 9% buscaram prevenção (Gráfico 4). Conforme ilustrado no (Gráfico 5), as ges-

Gráfico 4 - Motivo pelo qual as gestantes procuraram o dentista durante a gestação (%).

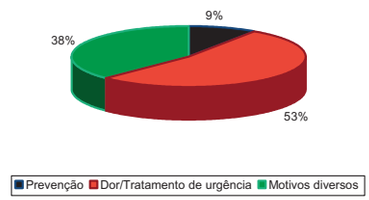
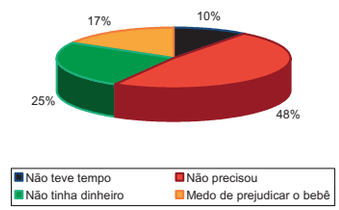


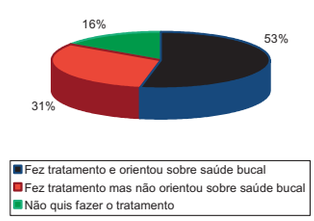
Gráfico 5 - Motivo pelo qual as gestantes não procuraram o dentista durante a gestação (%).



tantes que não procuraram atendimento odontológico alegaram não precisar (48%), falta de recurso financeiro (25%); falta de tempo (10%), dentre outros motivos (17%). Todavia, muitas dessas mulheres haviam indicado a necessidade do tratamento preventivo.

A principal conduta de dentistas, relatada pelas gestantes que procuraram o atendimento odontológico (40%), foi a execução do tratamento associada à orientação sobre saúde bucal (53%). No entanto, também foi detectada a recusa do profissional em realizar o tratamento em 16% dos casos (Gráfico 6). Resultados semelhantes foram relatados por Menino e

Gráfico 6 - Relato das gestantes sobre qual foi a conduta do dentista quando procurado por elas para atendimento odontológico (%).



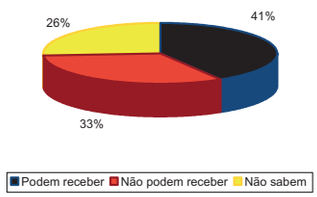
Bijella (1995)[22] e Martins e Martins (2002)[20] os quais observaram que 15,4% e 8,33% dos dentistas se recusaram a atender as pacientes, respectivamente. Conforme enfatiza Rios et al. (2006)[33], o cirurgião-dentista deve estar preparado para atender a gestante, conhecendo as alterações físicas e psicológicas pertinentes a esse período bem como transmitir conforto e segurança para ela e para o bebê.

Observou-se que apenas 26,25% das gestantes acreditavam que alterações em sua cavidade bucal, gengivite ou cárie dentária, poderiam influenciar a saúde geral do bebê.

Bogges et al. (2003)[6] verificaram que mulheres com doença periodontal severa ou progressão da doença durante a gestação apresentam maior risco de pré-eclâmpsia. Além disso, Offenbacher et al. (1996)[28] afirmaram que gestantes com doença periodontal avançada apresentam maior risco de partos prematuros e maior probabilidade de terem bebês de baixo peso ao nascimento. Entretanto, recente estudo clínico realizado por Offenbacher et al. (2009)[29], com 1760 pacientes grávidas, concluiu que a terapia periodontal não reduz a incidência de parto prematuro ().

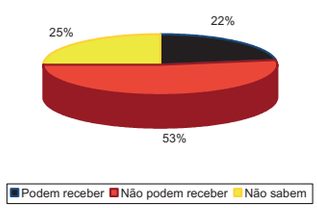
Nos quesitos referentes à possibilidade da realização de determinados procedimentos odontológicos, 41% das gestantes acreditavam que poderiam receber anestesia local sem nenhum risco para o bebê (Gráfico 7). Em contrapartida, Maeda

Gráfico 7 - Relato das gestantes quanto à utilização de anestesia local durante a gestação (%).



et al. (2001)[19] constataram que 54,64% das gestantes temiam que a anestesia fizesse algum mal ao feto. Em relação às tomadas radiográficas intrabucais, 53% das gestantes acreditavam que não poderiam receber raios-X (Gráfico 8). Scavuzzi et al.

Gráfico 8 - Relato das gestantes quanto à realização de radiografias intrabucais durante a gestação (%).



(1998)[39] afirmaram que 54,9% e 41,7% das gestantes entrevistadas acreditavam que não poderiam ser anestesiadas e radiografadas, respectivamente. Assim como as próprias gestantes, muitos cirurgiões-dentistas temem a realização de tomadas radiográficas [10]. Navarro (2006)[26] avaliam o conhecimento e atitudes de cirurgiões-dentistas de Londrina-PR e observou que 35,6% dos profissionais não realizavam radiografias odontológicas nessa parcela de pacientes.

Quanto ao uso de suplementos com flúor, apenas 6,5% utilizavam este recurso, sempre indicado pelo médico responsável. Entretanto, ainda é grande o número de médicos ginecologistas/obstetras que prescrevem suplementação de flúor às gestantes, apesar de este procedimento não ser mais recomendado [18]. A manutenção dessa prescrição provavelmente se deve a conceitos errôneos de que os dentes expostos ao fluoreto durante seu processo de formação tornam-se mais resistentes. Na verdade, sabe-se que o fluoreto capaz de interferir nos processos de desmineralização e remineralização do esmalte é aquele presente constantemente, na cavidade bucal em pequenas quantidades, e que, portanto entra em contato com o dente já erupcionado [32].

A partir desses conhecimentos, devem ser desenvolvidas ações de promoção da saúde e programas educativo-preventivos, visando à prevenção de doenças nesta população tão especial [1]. Considerando-se a ocorrência de diversas alterações durante o período gestacional que, embora sejam fisiológicas, podem modificar a condição de saúde bucal da gestante, e a importância das mães no núcleo familiar, especialmente no tocante à saúde de seus integrantes, é imperioso que elas tenham acesso às informações que contemplem a melhoria de sua qualidade de vida. Nessa perspectiva, ressalta-se a necessidade de os cirurgiões-dentistas estarem inseridos em programas de pré-natal e, dessa forma, vivenciarem seu papel de educadores.

CONCLUSÕES

Diante dos resultados obtidos concluiu-se que:

• As gestantes estão desinformadas sobre como prevenir as possíveis alterações bucais que podem ocorrer durante o período gestacional;

• Ainda existem crenças e mitos fortemente relacionados à gestação e, embora as gestantes considerem importante o atendimento odontológico preventivo, o principal motivo de consulta ao dentista ainda é o tratamento curativo;

• A maioria das gestantes não possui conscientização de que seus problemas bucais podem afetar a saúde do futuro bebê;

• Torna-se imprescindível a instalação de medidas educativo-preventivas frequentes às gestantes bem como uma maior integração entre classe médica e odontológica visando um melhor esclarecimento sobre a seguridade do tratamento odontológico curativo.

REFERÊNCIAS

01. Acharya S, Bhat PV. Factors affecting oral health related quality of life among pregnant women. Int J Dent Hygiene, 2009; 7:102-107.

02. Andrade ED. Terapêutica Medicamentosa em Odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 1999.

03. Araújo IC, Horta JVS, Aragão MVA, Reis MF, Reis NF. Condições de saúde bucal das gestantes atendidas em instituições de saúde do bairro do Guamá, no município de Belém (on line). 2005. Acesso em 02 out. 2009. Disponível em: http://www.ufpa.br/ccs/izamir/izamirtrabgestantesmarizeli.pdf.

04. Batistella FID, Imparato JCP, Raggio DP, Carvalho AS. Conhecimento das gestantes sobre saúde bucal; na rede pública e em consultórios particulares. Rev Gaucha Odontol, 2006; 54:67-73.

05. Boggess KA, Burton LE. Oral health in women during preconception and pregnancy: Implications for birth outcomes and infant oral health. Matern Child Health J, 2006; 10(Suppl 7):169-174.

06. Boggess KA, Lieff S, Murtha AP, Moss K, Beck J, Offenbacher S. Maternal periodontal disease is associated with an increased risk for preeclampsia. Obstet Gynecol, 2003; 101:227-31.

07. Bosco AF, Luize DS, Murakawa AC, Esper LA. A influência dos hormônios sexuais nos tecidos periodontais: Revisão de literatura. Rev Odontol Araçatuba, 2004; 25:22-27.

08. Brito EWG, Campelo AJT, Costa ICC. Comportamento de cirurgiões-dentistas sobre orientações educativo-preventivas

transmitidas às gestantes. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê, 2006; 9:53-59.
09. Centers of Disease Control and Prevention. Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States. MMWR Recomm Rep, 2001; 50(RR14):1-42.
10. Codato LAB, Nakama L, Melchior R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. Ciência & Saúde Coletiva, 2008; 13:1075-1080.
11. Featherstone JDB. Prevention and reversal of dental caries: role of low level fluoride. Community Dent Oral Epidemiol, 1999; 27:31-40.
12. Figuero-Ruiz E, Prieto Prieto I, Bascones-Martínez A. Câmbios hormonales asociados al embarazo. Afectación gingivoperiodontal. Rev Periodon Implantol, 2006; 18:101-113.
13. Gürsoy M, Pajukanta R, Sorsa T, Könönen E. Clinical changes in periodontium during pregnancy and post-partum. J Clin Periodontol, 2008; 35: 576-583.
14. Huebner CE, Milgrom P, Conrad D, Lee RSY. Providing dental care to pregnant patients. A survey of Oregon general dentists. J Am Dent Assoc, 2009; 140:211-222.
15. Konishi F, Abreu-E-Lima F. Odontologia intrauterina: a construção da saúde antes do nascimento. Rev Bras Odontol, 2002; 59:294-295.
16. Konishi F, Konishi R. Odontologia intrauterina: um novo modelo de construção de saúde bucal. In: Cardoso AJR. Odontopediatria: Prevenção. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p.155-165.
17. Livingston HM, Dellinger TM, Holder R. Considerations in the management of the pregnant patient. Spec Care Dentistry, 1998; 18:183-188.
18. Losso EM, Ramalho GM. Avaliação de prescrição de suplementos de flúor pré-natal em Curitiba e região metropolitana. RBGO, 2001; 23:391-395.
19. Maeda FHI, Toledo LP, Pandolfi M. A visão das gestantes quanto às condutas odontológicas na cidade de Franca (SP). UFES Revista Odontol, 2001; 3:8-14.
20. Martins RFO, Martins ZIO. O que as gestantes sabem sobre cárie: uma avaliação dos conhecimentos de primigestas e multigestas quanto à própria saúde bucal. Rev ABO Nac, 2002; 10:278-284.
21. Melo NSF, Ronchi R, Mendes CS, Mazza VA. Hábitos alimentares e de higiene oral influenciando a saúde bucal da gestante. Cogitare Enferm, 2007; 12:189-197.
22. Menino RTM, Bijella VT. Necessidades de saúde bucal em gestantes dos núcleos de saúde de Bauru. Conhecimentos com relação à própria saúde bucal. Revista FOB, 1995; 3:5-16.
23. Menoli APV, Frossard WTG. Perfil de médicos ginecologistas/obstetras de Londrina com relação à saúde oral da gestante. Semina, 1997; 18(ed. Especial):34-42.
24. Montandon EM, Dantas PM, Moraes RM, Duarte RC. Hábitos dietéticos e de higiene bucal em mães no período gestacional. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê, 2001; 4:170-173.
25. Moreira PVL, Chaves AMB, Nóbrega MSG. Uma atuação multidisciplinar relacionada à promoção de saúde oral materno-infantil. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, 2004; 4:259-264.
26. Navarro PSL. Conhecimento e atitudes de cirurgiões-dentistas de Londrina - Paraná em relação aos fatores de risco no atendimento a gestantes. Londrina, 2006 (Dissertação de Mestrado). Londrina: Universidade Norte do Paraná; 2006. Disponivel em: http://www.unopar.br/bibli01/catalogos.htm
27. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
28. Offenbacher S et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. J Periodontol, 1996; 67:1103-1113.
29. Offenbacher S et al. Effects of periodontal therapy on rate of preterm delivery: A randomized controlled trial. Obstet Gynecol, 2009; 114:551–559.
30. Pozo MAP. Tratamiento dental de la paciente gestante. Mundo Odontológico, 2001; 8:54-59.
31. Ramos TM et al. Condições bucais e hábitos de higiene oral de gestantes de baixo nível sócio-econômico no município de Aracaju / SE. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, 2006; 6:229-235.
32. Ramires I, Pessan JP, Buzalaf MAR. Métodos de uso sistêmico dos fluoretos no controle da cárie dentária. In: Buzalaf MAR. Fluoretos e saúde bucal. São Paulo: Editora Santos; 2008. p.163-194.
33. Rios D, Honório HM, Santos CF, Machado MAAM. Atendimento odontológico para gestantes. Rev ABO Nac, 2006; 14:285-289.
34. Rios D, Bastiani C, Provenzano MGA, Fracasso MLC. Relato de gestantes quanto à ocorrência de alterações bucais e mudanças nos hábitos de dieta e higiene bucal. Iniciação Científica CESUMAR , 2007; 9: 63-68.
35. Rothwell BR, Gregory CEB, Sheller B. The pregnant patient: considerations in dental care. Spec Care Dentist, 1987; 7:124-129.
36. Russell SL, Mayberry LJ. Pregnancy and oral health: a review and recommendations to reduce gaps in practice and research. Am J Maternal Child Nurs, 2008; 33:32-37.
37. Santos-Pinto L, Uema APA, Galassil MAS, Ciuff NJ. O que as gestantes conhecem sobre Saúde Bucal? J Bras Odontopediatr Odontol Bebê, 2001; 4: 429-434.
38. Sartorio ML, Machado WAS. A doença periodontal na gravidez. Rev Bras Odontol, 2001; 58:306-308.
39. Scavuzzi AIF, Rocha MCBS, Vianna MIP. Percepção sobre atenção odontológica na gravidez. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê, 1998; 1:43-50.
40. Sigle J. Managing the pregnant dental patient. Dent Assist, 1997; 66:7-9.
41. Silva-Souza YTC, Coelho CMP, Brentegani LG, Vieira MLSO, Oliveira ML. Clinical and histological evaluation of granuloma gravidarum: case report. Braz Dent J, 2000; 11:135-139.
42. Wasylko L, Matsui D, Dykxhoorn SM, Rieder MJ, Weinberg S. A review of common dental treatments during pregnancy: implications for patients and dental personnel. J Can Dent Assoc, 1998; 64:434-439.

Recebido para publicação: 15/10/09
Aceito para publicação: 11/12/09