



Saúde Bucal da Gestante

Acompanhamento Integral em Saúde da Gestante e da Puérpera

Organizadoras

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Ana Estela Haddad

São Luís



EDUFMA

2018





Saúde Bucal da Gestante

Acompanhamento Integral em
Saúde da Gestante e da Puérpera



EDUFMA



Saúde Bucal da Gestante

Acompanhamento Integral em
Saúde da Gestante e da Puérpera

Organizadoras

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Ana Estela Haddad

São Luís



EDUFMA

2018

Copyright © 2018 by EDUFMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof.^a Dra. Nair Portela Silva Coutinho

Reitora

Prof. Dr. Fernando de Carvalho Silva

Vice-Reitor

Prof.^a Dra. Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Coordenadora-Geral da UNA-SUS/UFMA

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira

Diretor

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Esnel José Fagundes; Prof.^a Dra. Inez Maria Leite da Silva; Prof. Dr. Luciano da Silva Façanha; Prof.^a Dra. Andréa Dias Neves Lago; Prof.^a Dra. Francisca das Chagas Silva Lima; Bibliotecária Tatiana Cotrim Serra Freire; Prof. Me. Cristiano Leonardo de Alan Kardec Capovilla Luz; Prof. Dr. Jardel Oliveira Santos; Prof.^a Dra. Michele Goulart Massuchin; Prof. Dr. Ítalo Domingos Santirocchi.

Projeto de design

Camila Santos de Castro e Lima; Isabelle Aguiar Prado; João Gabriel Bezerra de Paiva; Katherine Marjorie Mendonça de Assis; Luis Gustavo Sodrê Sousa; Paola Trindade Garcia; Stephanie Matos Silva; Tiago do Nascimento Serra.

Normalização

Edilson Thialison da Silva Reis – CRB 13^a Região, nº de registro – 764

Revisão técnica

Ana Estela Haddad
Cecília Cláudia Costa Ribeiro
Sandra Echeverria
Camila Maldonado Huanca
Deise Garrido Silva

Revisão de texto

Veraluce da Silva Lima

Revisão pedagógica

Cadidja Dayane Sousa do Carmo; Halinna Larissa Cruz Correia de Carvalho; Paola Trindade Garcia; Regimarina Soares Reis; Alessandra Viana Natividade Oliveira.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Saúde Bucal da Gestante: Acompanhamento Integral em Saúde da Gestante e da Puérpera/ Ana Emilia Figueiredo de Oliveira; Ana Estela Haddad (Org.). - São Luís: EDUFMA, 2018.

117 f.: il.

ISBN: 978-85-7862-779-9

1. Saúde Bucal. 2. Gestante. 3. Políticas públicas de saúde. 5. UNA-SUS/UFMA. I. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. II. Duarte, Karlinne Martins. III. Título.

CDU 616.31-083:613.63

Impresso no Brasil

Copyright © UFMA/UNA-SUS, 2018. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou para qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais dos textos e imagens desta obra é da UNA-SUS/UFMA.

INFORMAÇÕES SOBRE AS ORGANIZADORAS

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira



Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), mestrado e doutorado em Radiologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), pós-doutorado/professora visitante pela University of North Carolina/Chapel Hill-EUA. Coordenadora-geral da UNA-SUS/UFMA. Presidente do Conselho Brasileiro de Telemedicina e Telesaúde - CTBms (gestão 2015-2017). Líder do Grupo de Pesquisa SAITE - Tecnologia e Inovação em Educação na Saúde (CNPq/UFMA).

Ana Estela Haddad



Livre docente, professora associada da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP). Foi assessora do ministro da Educação (2003-2005) e diretora de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (2005-2012), período em que coordenou a formulação e implementação do Pró-Saúde, PET Saúde, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituição da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (REVALIDA), Programa Telesaúde Brasil Redes, e participou da formulação e implementação da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).

INFORMAÇÕES SOBRE AS AUTORAS

Judith Rafaelle Oliveira Pinho



Professora adjunta do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão. Possui graduação em odontologia pela Universidade Federal do Maranhão (2004). Professora dos programas de pós-graduação da Rede de Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF (UFMA/FIOCRUZ) e de Saúde Coletiva – UFMA. Consultora ad hoc da Journal Health NPEPS e Fapema, Revisora da Revista Ciência & Saúde Coletiva. Mestre e doutora em Saúde Coletiva pela UFMA. Especialista em docência do ensino superior pela UFMA, Especialista em Gestão Pedagógica pela UFMG, Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva pela UNB, Especialista em Estatística pela UEMA. Fellow Faimer Brasil - 2015. Membro do Conselho Estadual de Saúde do Estado do Maranhão. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: controle social, gestão em saúde, educação em saúde, metodologias ativas, integração ensino-serviço, desnutrição intrauterina e defeitos de desenvolvimento do esmalte dentário, saúde pública, epidemiologia.

Karlinne Maria Martins Duarte



Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – 2001, com especialização em Gestão em Saúde pela UFMA – 2003, Endodontia (ABO-DF, 2009), Saúde da Família pela UFMA – 2012 e em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais em Saúde, pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) – 2014. Mestrado em Odontologia pela UFMA – 2011. Foi tutora do curso de Educação Permanente em Saúde em Movimento pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), por meio do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde) – 2015. É Endodontista do Centro de Especialidades Odontológicas de Paço do Lumiar e professora das disciplinas Endodontia Clínica e Saúde Bucal Coletiva, no Instituto Florence de Ensino Superior e de Endodontia Pré-Clínica, Endodontia Clínica e Saúde Coletiva na Universidade CEUMA.

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	18
2 REDES DE ATENÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL	19
2.1 Rede de Atenção à Saúde (RAS)	19
2.2 Rede Cegonha	20
2.3 Inserção da Assistência à Saúde Bucal na Rede Cegonha	24
2.4 Os Serviços em Rede e a classificação de risco gestacional.....	29
3 O TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA NA ASSISTÊNCIA INTEGRAL À GESTANTE E À PUÉRPERA	35
3.1 Fluxos assistenciais do Pré-natal e Puerpério	38
3.2 Acesso da gestante e puérpera aos Serviços de Saúde Bucal.....	42
3.3 O Projeto Terapêutico Singular e a importância para o cuidado integral da gestante e da puérpera.....	48
3.4 A anamnese para o PTS	52
3.5 A importância do Apoio Matricial no PTS.....	55
4 ASSISTÊNCIA À SAÚDE BUCAL DA GESTANTE E DA PUÉRPERA	57
4.1 Alterações fisiológicas e emocionais durante a gestação	58
4.2 Doenças orais mais frequentes em gestantes e puérperas	63
4.2.1 Doenças periodontais.....	63
4.2.2 Doença cárie.....	69
4.2.3 Erosão dentária	71
4.3 Prescrição medicamentosa à gestante e puérpera	73
4.3.1 Anestésicos	76
4.3.2 Analgésicos	78
4.3.3 Anti-inflamatórios.....	80
4.3.4 Antibióticos	81
4.4 Exames radiográficos orais durante a gestação	83
4.5 Fluorterapia x gestação	86
4.6 Cuidados odontológicos nos trimestres gestacionais	87
4.6.1 Cuidados no primeiro trimestre.....	93
4.6.2 Cuidados no segundo trimestre	94
4.6.3 Cuidados no terceiro trimestre.....	94
5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL NO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO	97
CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
REFERÊNCIAS	107

PREFÁCIO

A saúde bucal vem sendo, cada vez mais, bem entendida como um importante elemento da saúde geral das pessoas.

Não sem tempo, essa compreensão trouxe à tona que a complexa relação saúde-doença muitas vezes possui traços evidentes na cavidade bucal, o que, por sua vez, evidencia a importância da prevenção e tratamento das doenças bucais.

Entre os muitos aspectos que fizeram a saúde bucal das gestantes ter se tornado um elemento chave na atenção pré-natal das puérperas, destacam-se os estudos que relacionaram um risco elevado de parto prematuro e baixo peso ao nascer em crianças cujas mães foram acometidas de doença periodontal. Contudo, diversos outros aspectos corroboram a necessidade de uma atenção à saúde bucal da gestante. Para além dos aspectos biológicos, muito se discute sobre a gestante e seu potencial de adoção e multiplicação de comportamentos de prevenção de doenças bucais, o que por si justificaria a oportunidade da atenção odontológica à mulher gestante.

Soma-se a isso uma ainda arraigada crença popular: o estado gestacional, ainda que repleto de manifestações na boca carente de cuidados, seria impeditivo ao tratamento odontológico, o que certamente este livro busca desmistificar.

Este e-book, ora proposto pela UNA-SUS em parceria com a FOU SP, tem o mérito de sistematizar boa parte do conhecimento disponível sobre a saúde bucal das gestantes. De forma didática e clara, pretende ser útil àqueles que se dedicam a promover a saúde bucal e a qualidade de vida das pessoas. O leitor encontrará aqui, no texto elaborado com carinho pelas autoras, companhia para o trilhar deste caminho, que só pode ser empreendido pelos que acreditam que o conhecimento científico só faz sentido, se puder ser usufruído por todos. Boa leitura!

Profª PhD Maria Celeste Morita

Presidente da Associação Brasileira de Ensino Odontológico, 2018.

APRESENTAÇÃO

O período de gestação é um momento bastante peculiar na vida da mulher. Caracteriza-se por intensas mudanças, tanto fisiológicas quanto psicológicas e emocionais. Além das alterações físicas e hormonais, decorrentes do novo ser que está em desenvolvimento dentro de seu corpo, existem ainda os medos e a ansiedade típicos que cercam esse período. É, portanto, uma fase de grande transformação na vida da mãe e costuma se estender a toda a família. Essas alterações são de tal modo significativas que se fazem necessários cuidados especiais à sua saúde física e mental.

Dentre as mudanças experimentadas pelas mulheres no período gestacional, as hormonais, notadamente, podem provocar alterações bucais merecedoras da atenção dos cirurgiões-dentistas. Estas alterações manifestam-se principalmente no periodonto e estão relacionadas a altos níveis de hormônios, como estrogênio e progesterona, e ainda podem estar relacionadas com deficiências nutricionais e ao estado transitório de imunodepressão (OVIEDO, 2011).

Deve-se considerar que são comuns as alterações no padrão alimentar, tanto em termos de qualidade quanto em termos de quantidade. Há os enjoos matinais, que podem persistir durante toda a gravidez, dificultando a escovação dos dentes nos primeiros momentos da manhã. Os característicos episódios de vômito trazem acidez ao meio bucal, com reflexos na desmineralização

do esmalte, em particular à face palatina dos dentes superiores (GRILO, 2016). Somem-se a isso as alterações na flora bucal, na composição e capacidade tampão da saliva, a seleção de bactérias cariogênicas e o maior acúmulo de biofilme. É fácil perceber que são muitas as mudanças. Como consequência, a chance de gestantes terem cárie, quando comparadas às mulheres em geral, é cerca de três vezes maior (GONÇALVES, 2016) e as alterações periodontais também são ocorrências comuns (GONZÁLEZ-JARANAY et al., 2017).

Apesar da identificação desses fatores, que culminam na necessidade de atendimento, muitos cirurgiões-dentistas não se sentem seguros e relutam em ter nas suas cadeiras mulheres gestantes. Os profissionais têm inclusive receio de serem responsabilizados por qualquer fatalidade que possa ocorrer com o bebê. Tal insegurança é atribuída, em parte, a deficiências na formação do cirurgião-dentista ainda no curso de graduação (VIEIRA et al., 2015).

Como veremos ao longo dos capítulos dessa obra, existem protocolos baseados em evidências científicas que garantem a segurança no atendimento às gestantes - em qualquer momento da gestação - e às puérperas. Respaldados, os profissionais de odontologia podem não só atender a esse público especial quanto esclarecer as inúmeras dúvidas, tão comuns a este momento peculiar, garantindo a adesão desse público ao tratamento.

Vale lembrar que, na gestação e no puerpério, a mulher encontra-se mais inclinada a realizar mudanças em seus hábitos, absorvendo com maior facilidade informações que podem

beneficiar a sua saúde e a do bebê. Desta forma, as orientações dos profissionais da saúde, entre eles os cirurgiões-dentistas, contribuem de forma significativa para a propagação de comportamentos preventivos, colaborando assim para a promoção da saúde. Devemos aproveitar essa maior aproximação das mulheres com os serviços de saúde, para criar vínculo e implantar um círculo virtuoso de educação e promoção de saúde, tanto individual quanto coletiva (SANTOS NETO et al., 2012).

Por outro lado, a recusa ou renitência do profissional em atender gestantes e puérperas, decorrente da falta de preparo e conhecimento necessários, corroboram para a perpetuação de crenças e mitos acerca da segurança do atendimento odontológico das gestantes, a exemplo do jargão de que seria normal “se perder um dente a cada filho”. A falta de assistência qualificada pode também estimular a automedicação. Tal prática, se é arriscada para qualquer público, para este em especial pode ter consequências drásticas (ANDRADE, 2014). Vale lembrar que o tratamento medicamentoso das infecções odontogênicas é coadjuvante e por si só, não resolve o problema (POLITANO; ECHEVERRIA, 2014).

Na verdade, é o agravamento da condição bucal da paciente, pela falta do cuidado e assistência necessários, que pode trazer graves prejuízos e mesmo risco, tanto para a mãe quanto para seu bebê. É importante ressaltar que a persistência de um quadro doloroso e infeccioso é mais prejudicial para o binômio mãe-filho do que qualquer tratamento que venha ser instituído com responsabilidade pelo cirurgião-dentista (LEAL et al., 2015;

GONÇALVES, 2016; LOHANA et al., 2017; MEGA et al., 2017).

Será que a doença periodontal tem potencial para aumentar o risco de complicações obstétricas? De quais complicações obstétricas estamos falando? Qual a prescrição medicamentosa segura? Quando solicitar tomadas radiográficas orais? Que tipo de anestésico se pode usar? Que intervenções preventivas e curativas podem ser realizadas? Quais as orientações quanto a dieta e higiene bucal? E o uso do flúor em gestantes: tópico ou sistêmico? Como avaliar o risco gestacional?

Esta obra compila as evidências científicas e recomendações mais recentes do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde, trazendo as melhores evidências para todas essas questões. Os leitores verão nas páginas seguintes, por exemplo: deve-se buscar o período gestacional mais adequado para abordar cada necessidade da paciente; deve ser explicado que a cárie é uma doença multifatorial e controlável; existem hábitos deletérios que devem ser evitados; a amamentação no peito é importante também no correto desenvolvimento das estruturas anatômicas do sistema estomatognático e no estímulo ao desenvolvimento normal das funções bucais, como a respiração nasal e a deglutição (MOM, 2015; HADDAD et. al., 2017).

A assistência integral no pré-natal deve considerar tanto os aspectos biológicos inerentes à gestação quanto os diversos cenários - familiares, sociais e econômicos - que podem ser vivenciados pelas gestantes e puérperas (MOYSÉS; MOYSÉS; KRIGER, 2008), garantindo-lhes um atendimento integral, humanizado e de qualidade. Para isso, o pré-natal deve incluir também o pré-natal

odontológico, desde o descobrimento da condição gravídica. O pré-natal odontológico foi o termo concebido para caracterizar a importância de a gestante visitar o cirurgião-dentista, quer para seu autocuidado, quer para receber orientações sobre a saúde bucal do bebê. Este conjunto de ações faz parte do Programa de Atenção à Saúde da Mulher, segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – PNSB (BRASIL, 2004).

Em recente publicação, o Ministério da Saúde evidencia que todas as gestantes deverão realizar, pelo menos, uma consulta odontológica durante o pré-natal (BRASIL, 2016). Idealmente, deseja-se que a gestante seja atendida pelo menos uma vez a cada trimestre, com foco na sua saúde bucal e também na do bebê. Nesse encontro, sugere-se abordar assuntos sobre dieta, higiene bucal, profilaxia profissional, aplicação tópica de fluoretos (POSSOBON; MIALHE, 2009). E na Caderneta da Gestante, já é possível incluir os dados do atendimento odontológico realizado durante o pré-natal (BRASIL, 2016). A recomendação do pré-natal odontológico é uma valiosa conquista para a saúde bucal, mas também um ganho ainda maior para as gestantes, e deve ser celebrado.

É fundamental que haja interação profissional do cirurgião-dentista com os demais profissionais da saúde (SCHRAMM et al., 2016; SHARIF et al., 2016; GANGANNA; DEVISHREE, 2017), a citar principalmente médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS), pois estes são cruciais em auxiliar na transmissão de informações sobre saúde bucal durante a gestação, bem como para solidificar a importância do cuidado com a saúde

bucal das futuras mães. Também é relevante compreender a importância da organização dos serviços de saúde em redes na efetividade da assistência integral da gestante e puérpera (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

Assim, temos a Rede Cegonha como uma rede temática prioritária da saúde no Brasil, e o cuidado odontológico está inserido nesse cenário. Reconhece-se o papel da Equipe da Atenção Básica no cuidado à gestante e à puérpera, no acompanhamento do pré-natal de baixo e alto risco, além das ações de atenção à saúde das mulheres no puerpério. É indiscutível a importância do Plano Terapêutico Singular (PTS) no cuidado de gestantes e puérperas (BRASIL, 2009). A equipe de saúde bucal deve se inserir em todo o processo de trabalho, para garantir a resolutividade e integralidade da assistência à saúde a população e o PTS é uma excelente estratégia para essa inserção.

No Brasil, poucos cursos de graduação em Odontologia oferecem a possibilidade de atendimento específico a gestantes. Há lacunas no ensino e formação de profissionais, pela falta de abordagem multiprofissional que alimenta a insegurança para tratar esse público, reforçando mitos e tabus quanto ao seu atendimento. Várias discussões sugerem uma reforma curricular, a fim de aproximar o cirurgião-dentista da realidade nacional, em termos de saúde pública. As Diretrizes Curriculares para o curso de Odontologia foram propostas como estratégia essencial para as mudanças na graduação, buscando formar profissionais preparados para atender às necessidades de saúde da população, no âmbito tanto particular quanto do sistema de saúde vigente

no país, o Sistema Único de Saúde –SUS (MOIMAZ et al, 2007).

Diante de tudo que foi exposto de forma introdutória, o presente livro traz o que de mais atual a ciência odontológica produziu para orientação e embasamento dos cirurgiões-dentistas, no atendimento odontológico a pacientes gestantes e puérperas. Serão apresentadas as principais medidas protocolares evidenciadas na literatura e as diretrizes do Ministério da Saúde e do SUS. Desejamos a todos uma proveitosa leitura e que, a partir dela, esse público tão especial seja atendido com toda a atenção e cuidados diferenciados a que fazem jus!

Prof.^a Dra. Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Professora Titular da UFMA

Prof.^a Dra. Ana Estela Haddad

Professora Associada da FOU SP

1 INTRODUÇÃO

Alterações físicas e psicológicas inerentes ao período gestacional e puerperal podem ter reflexos na condição de saúde bucal da gestante e do bebê. Nesse contexto, o cuidado em saúde bucal para as gestantes deve garantir um atendimento em rede e um cuidado integral, de qualidade, humanizado e seguro, no qual os profissionais de saúde bucal trabalhem em conjunto com os demais profissionais da equipe de saúde, responsáveis pelo atendimento da gestante, com a necessária troca de saberes entre as diferentes áreas de conhecimento e ampla abordagem da saúde do binômio mãe-filho.

Diante disso, é imprescindível que os cirurgiões-dentistas conheçam as alterações bucais que podem estar presentes no período gestacional, assim como as devidas orientações de promoção de saúde bucal e os cuidados odontológicos mais indicados para cada trimestre gestacional.

Após o parto, a equipe de saúde deve trabalhar nas orientações necessárias à saúde do recém-nascido e adequação das puérperas a esse novo momento. Aleitamento materno exclusivo e higiene bucal do bebê são assuntos que devem fazer parte desses esclarecimentos e orientações.

Desse modo, abordaremos inicialmente algumas questões relacionadas ao processo de trabalho na atenção à saúde da gestante, para que você compreenda como a assistência odontológica compõe os pontos de atenção integral da gestante e os dispositivos e estratégias de trabalho que facilitam essa assistência. E, em seguida, apresentaremos os principais protocolos assistenciais da odontologia para o atendimento à gestante e a educação em saúde bucal no pré-natal e no puerpério.

2 REDES DE ATENÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

O cuidado em saúde da gestante e da puérpera deve ser proporcionado por uma equipe multiprofissional, de modo a garantir a assistência integral, humanizada e necessária ao bem-estar da mulher, do bebê e de seus familiares.

Para que isso aconteça, é imprescindível que os profissionais de saúde conheçam o cenário do cuidado em rede para a assistência à saúde da gestante e da puérpera.

Vejamos a seguir o que são as Redes de Atenção à Saúde e, posteriormente, a Rede Cegonha.

2.1 Rede de Atenção à Saúde (RAS)

Por meio da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 (PRT MS/GM 4279/2010, Art 1º), o Ministério da Saúde estabelece diretrizes para a organização das RAS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse documento, as RAS são definidas como:

Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2017).

O objetivo das RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde, com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2017).

Mas por que organizar o SUS em Redes de Atenção à Saúde?



Bem, o que acontece é que, mesmo que tenhamos muitos avanços no SUS, ainda existem dificuldades em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual (BRASIL, 2017).

Um modelo de atenção à saúde baseado majoritariamente em ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e insustentável para os enfrentamentos futuros (BRASIL, 2017).

PARA SABER MAIS!

Conheça as características que distinguem os sistemas fragmentados e as Redes de Atenção à Saúde, por meio da publicação “As redes de atenção à saúde”, de Eugênio Vilaça Mendes (MENDES, [2011](#)).



2.2 Rede Cegonha

Agora que já vimos do que trata a organização em RAS, precisamos entender a Rede Cegonha dentro desse contexto. Vejamos a seguir o que é a Rede Cegonha.

A Rede Cegonha consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Visa, também, assegurar à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Essa rede foi instituída no âmbito do SUS, a partir da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, do Ministério da Saúde, fazendo parte das redes prioritárias do Ministério da Saúde, conforme podemos ver abaixo (BRASIL, 2011):



- **Rede Cegonha:** que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses.



- **Rede de Atenção às Urgências e Emergências:** busca ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência.



- **Rede de Atenção Psicossocial:** com prioridade para o enfrentamento do álcool, crack e outras drogas.



- **Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas:** iniciando-se pelo câncer (a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero).



- **Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência:** com atenção às pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências.




A Rede Cegonha é estruturada a partir de quatro componentes e, em cada um desses componentes, deverá conter ações de saúde bucal para garantir o cuidado (MARQUES, 2016). No decorrer deste e-book, entenderemos como se dá a inserção da assistência à saúde bucal, na Rede Cegonha. Vejamos agora os componentes da rede.

Figura 1 - Componentes da Rede Cegonha.



Fonte: MARQUES, C.P.C. **Redes de Atenção à saúde: A Rede Cegonha**. São Luís: EDUFMA, 2016. Disponível em: <http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_redes02.pdf>.

A Rede apresenta como diretrizes (BRASIL, 2011):

-  Garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal.
-  Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro.
-  Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e ao nascimento.

IV

Garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses, com qualidade e resolutividade.

V

Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

Os objetivos dessa estratégia do Ministério da Saúde são: a) fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; b) organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; c) reduzir a mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

AGORA É COM VOCÊ!

Conhecendo um pouco mais sobre as RAS e, especificamente, sobre a Rede Cegonha, como você avalia a importância dessa organização dos serviços de saúde, no acompanhamento das gestantes e puérperas?

A estruturação dos serviços de saúde em redes possibilita a superação dos elevados níveis de segmentação e fragmentação dos sistemas de atenção à saúde das mulheres e das crianças. Possibilita, também, a redução da mortalidade materna e infantil, por meio da ampliação e qualificação das ações e serviços de saúde, do combate à violência obstétrica, da oferta de boas práticas e da redução da medicalização e mercantilização do parto.

Diante de tudo isso que vimos sobre a Rede Cegonha, é importante considerar que essa Rede deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional, respeitando-se critérios epidemiológicos, tais como: taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional (BRASIL, 2011).

PARA SABER MAIS!

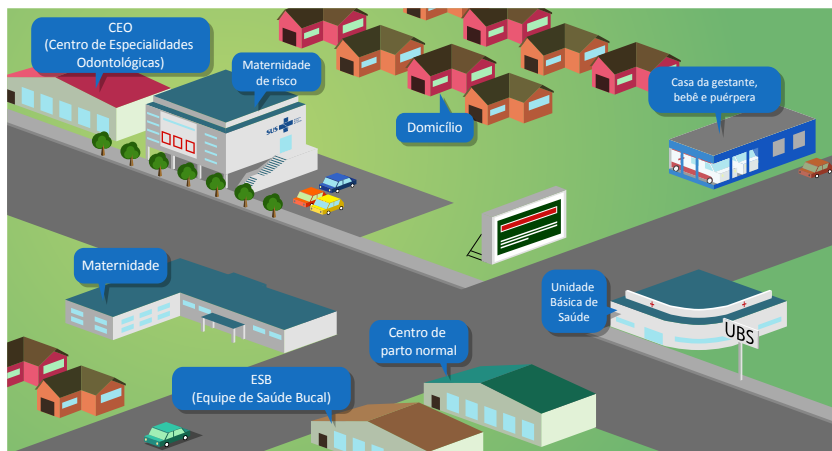
Conheça a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, do Ministério da Saúde, que institui a Rede Cegonha no âmbito do [SUS](#) (BRASIL, 2011).



2.3 Inserção da Assistência à Saúde Bucal na Rede Cegonha

Ao observar as diretrizes da Rede Cegonha, é fácil compreender que as ações de saúde bucal podem e devem estar presentes nesse contexto, não é mesmo? Além disso, nesse momento do ciclo da vida, as diversas profissões de saúde, incluindo o cirurgião-dentista, devem se articular nos serviços de assistência pré-natal, garantindo um atendimento integral, humanizado e de qualidade (MATTOS, 2006). Nesse sentido, a partir da Figura 2, podemos visualizar que são variados os pontos de atenção da Rede Cegonha, dentre eles, o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e a Equipe de Saúde Bucal (ESB).

Figura 2 - Pontos de atenção da Rede Cegonha no território.



Fonte: MARQUES, C.P.C. (Org.). **Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha**. São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2015. Disponível em: <<http://www.multiresidencia.com.br/site/assets/uploads/kcfinder/files/REDE%20CEGONHA.pdf>>.

O funcionamento dessa Rede deverá contemplar a integralidade da assistência à gestante, puérpera e às crianças. Desse modo, é necessário que haja boa estruturação dos serviços. Isso se reflete, por exemplo, na oferta de recursos para a ampliação dos exames de pré-natal, de teste rápido de gravidez, prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (IST)/HIV/Aids e hepatites; na suficiência de leitos obstétricos e neonatais (Unidade de Terapia Intensiva - UTI, Unidade de Cuidados Intermediários - UCI e método Canguru), realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno; na adequação da ambiência das maternidades, acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha; outras ações, conforme os componentes da Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

PARA SABER MAIS!

Conheça as ações de atenção à saúde inseridas em cada componente da Rede Cegonha: Pré-natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; Sistema logístico: transporte sanitário e regulação – na Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 que institui essa Rede (BRASIL, 2011).



Considerando a integralidade necessária na assistência à gestante, à puerpera e às crianças, como são inseridos os serviços odontológicos dentro desse contexto?

A assistência odontológica à gestante deve ser integrada entre os diferentes níveis de cuidado, estando pautada na **assistência educativa, preventiva e curativa**. Assim, independente da busca prioritária por atendimentos curativos e como garantia do princípio da integralidade, é imprescindível que haja continuidade da assistência, com oferta de serviços, nos diferentes níveis de complexidade.

Além disso, é relevante considerarmos que o atendimento odontológico pode funcionar como agente potencializador da qualidade de vida da gestante, por meio da percepção subjetiva de bem-estar. E, ainda, como agente promotor de estilos de vida mais saudáveis, tanto para si quanto para seus filhos e família. Desse modo, as ações odontológicas integradas aos serviços

de saúde pública podem repercutir na qualidade de vida, não somente da gestante, mas também de toda sua família (SANTOS NETO et al., 2012).

Diante disso, vejamos a seguir os quesitos apontados por Godoi, Melo e Caetano (2014) como necessários para a estrutura operacional de inserção da saúde bucal, nesse contexto.

Quadro 1 - Caracterização do elemento Estrutura Operacional para inserção da saúde bucal nas Redes de Atenção.

ESTRUTURA OPERACIONAL	SITUAÇÃO IDEAL
<p>Recursos Humanos</p>	<p>Cirurgião-dentista em quantidade compatível com as diretrizes ministeriais, sendo, preferencialmente, um cirurgião-dentista para cada 3.000 habitantes (máximo 4.000 habitantes), atuando na Atenção Básica e perfazendo 40h semanais, com contrato de trabalho estável.</p> <p>Existência de cirurgião-dentista atuando nas especialidades mínimas exigidas para manutenção do centro de referência em atenção secundária.</p> <p>Cirurgião-dentista atuando em serviços de urgência: atenção às afecções agudas de saúde bucal, na rede de urgência e emergência.</p> <p>Existência de cirurgião-dentista em serviços de alta complexidade, em nível hospitalar, garantindo a integralidade da atenção. Equiparação entre quantidade de cirurgião-dentista e auxiliares de saúde bucal.</p>
<p>Atenção Básica</p>	<p>Atenção à saúde bucal disponível em todas as UBS, garantindo o acesso da população a este serviço.</p> <p>Ampliação e qualificação da Atenção Básica em saúde bucal, mediante a oferta de procedimentos reabilitadores.</p>

Atenção Secundária	Oferta de serviços de odontologia especializados na Atenção Secundária, nos centros de especialidades odontológicas, de acordo com a necessidade da população, cumprindo os requisitos mínimos para a manutenção do centro de acordo com porte populacional e plano de regionalização. Os municípios também precisam atender às necessidades de suas regiões de saúde.
Atenção Terciária	Ser referência para serviços odontológicos em alta complexidade, em unidades hospitalares.
Sistemas de Apoio	Oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, por meio de laboratórios próprios ou conveniados de patologia bucal, radiologia odontológica e prótese dentária, articulados com a Rede. Existência de apoio farmacêutico que contemple a atenção farmacêutica, de acordo com a necessidade em saúde bucal.
Sistemas Logísticos	Integração de todos os níveis de atenção por meio de sistema de regulação que oriente os fluxos determinados por protocolos ou de diretrizes que orientem os serviços e ações em saúde bucal. Utilização de prontuário clínico eletrônico como forma de otimizar a articulação entre os pontos. Disponibilização de transporte aos usuários, possibilitando acesso a todos os pontos de atenção.
Sistemas de Governança	Contar com sistema de governança, visando à construção de consensos para a organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal. Existência de assuntos referentes à organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal em planos municipais de saúde e pautas da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Fonte: Adaptado de: GODOI, H.; MELLO, A.L.S.F.; CAETANO, J.C. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.2, p.318-332, fev, 2014. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v30n2/0102-311X-csp-30-2-0318.pdf>>.

2.4 Os Serviços em Rede e a classificação de risco gestacional

Os serviços organizados em redes, em especial, referindo-nos à Rede Cegonha, implicam na disponibilidade e boa estruturação dos serviços, nos diferentes níveis de complexidade. Isso inclui a assistência no pré-natal de baixo e de alto risco, sendo muito importante, então, que o cirurgião-dentista reconheça os sinais de alerta na gestação. Vejamos a seguir no Quadro 2, como interpretar esses serviços e o que fazer diante deles.

Quadro 2 - Principais sinais de alerta na gestação.

SINAL DE ALERTA	INTERPRETAÇÃO	O QUE FAZER
<ul style="list-style-type: none"> • Sangramento vaginal 	Anormal em qualquer época da gravidez	Avaliação médica imediata
<ul style="list-style-type: none"> • Cefaleia • Escotomas visuais • Epigastralgia • Edema excessivo 	Esses sintomas, principalmente no final da gestação, podem sugerir pré-eclâmpsia	Avaliação médica e avaliação da pressão arterial imediata
<ul style="list-style-type: none"> • Contrações regulares • Perda de líquido 	Sintomas indicativos de início do trabalho de parto	Avaliação médica imediata e encaminhamento para a maternidade de referência
<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da movimentação fetal 	Pode indicar sofrimento fetal	Avaliação médica no mesmo dia, avaliação do batimentos cardíacos fetais e orientação acerca do mobilograma. Considerar possibilidade de encaminhamento ao serviço de referência
<ul style="list-style-type: none"> • Febre 	Pode indicar infecção	Avaliação médica no mesmo dia e encaminhamento à urgência, caso necessário

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. p.85. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>.

A assistência às gestantes pressupõe o acompanhamento por parte da Atenção Básica, mesmo nos casos de alto risco e em conjunto com o atendimento dos serviços de referência/especializados. Para isso, é fundamental que se tenha um eficiente sistema de referência e contra referência (BRASIL, 2010).

A gestação de risco que demandar referência poderá ser encaminhada primeiramente aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) ou aos ambulatórios de referência que, havendo necessidade de atendimento mais especializado, poderão encaminhar aos ambulatórios de nível terciário, com especialistas.



Nesse sentido, você já deve ter percebido a necessidade de se avaliar o risco gestacional, com a consequente classificação do pré-natal de baixo ou de alto risco, não é mesmo? Desse modo, vejamos a seguir os fatores de riscos indicativos de pré-natal de baixo risco.

Quadro 3 - Fatores de risco indicativos de realização do Pré-natal de Baixo Risco.

FATORES RELACIONADOS À HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR

- Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado
- Macrossomia fetal
- Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas
- Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos
- Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos)
- Cirurgia uterina anterior
- Três ou mais cesarianas

FATORES RELACIONADOS À GRAVIDEZ ATUAL

- Ganho ponderal inadequado
- Infecção urinária
- Anemia

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. p.87. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>.

Além disso, na linha de produção do cuidado à gestante com sua devida estratificação de risco, devemos reconhecer também os fatores de risco indicativos de encaminhamento ao pré-natal de alto risco, conforme apontados no Quadro 4. Vejamos:

Quadro 4 - Fatores de risco indicativos de encaminhamento ao Pré-natal de Alto Risco.

FATORES RELACIONADOS ÀS CONDIÇÕES PRÉVIAS

- Cardiopatias
- Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica não controlada)
- Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados)
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo)
- Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia)
- Doenças neurológicas (como epilepsia)
- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.)
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras collagenoses)
- Alterações genéticas maternas
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar
- Ginecopatias (malformação uterina, tumores anexiais e outras)
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (ultrassonografia (USG) com malformação fetal) e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST)
- Hanseníase
- Tuberculose
- Anemia grave (hemoglobina < 8g/dL)
- Isoimunização Rh
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado

FATORES RELACIONADOS À HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR

- Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida
- Abortamento habitual (duas ou mais perdas precoces consecutivas)
- Esterilidade/infertilidade
- História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclâmpsia, internação da mãe em UTI)

FATORES RELACIONADOS À GRAVIDEZ ATUAL

- Restrição do crescimento intrauterino
- Polidrâmnio ou oligodrâmnio
- Gemelaridade
- Malformações fetais ou arritmia fetal
- Evidência laboratorial de proteinúria
- Diabetes mellitus gestacional
- Desnutrição materna severa
- Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional)
- Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau III
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-RADS III ou mais
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória)
- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência para avaliação)
- Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo vírus HIV, sífilis terciária (ultrassonografia com malformação fetal) e outras IST's (como o condiloma), quando não há suporte na unidade básica
- Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>.

Nesse contexto e considerando o acompanhamento multiprofissional da gestante, com a participação do cirurgião-dentista, o prontuário da paciente deve ser único, para que todos profissionais possam acompanhá-la integralmente, conhecendo determinada problemática já identificada (BRASIL, 2010).



Você já parou para pensar nas possíveis implicações da classificação de risco gestacional, na assistência odontológica? Como isso deve refletir na conduta do cirurgião-dentista?

A classificação do risco gestacional implicará diretamente a assistência odontológica, pois, a partir desse conhecimento, gestantes cuja gravidez tenha curso normal, bom prognóstico e cujo tratamento envolva apenas a prevenção, profilaxia e restaurações simples, estas deverão ser atendidas na Unidade Básica de Saúde (UBS), pois o tratamento não oferece riscos a ela ou ao bebê (BRASIL, 2010).

Já a identificação de gestantes com alterações sistêmicas não controladas, como diabetes ou outras condições que implicam risco maior, requer o encaminhamento para Centros de Atendimentos Especializados em Odontologia, a exemplo dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), para o atendimento necessário e adequado, de acordo com sua fase gestacional. Nessa situação, o cirurgião-dentista da UBS continuará acompanhando essa gestante nas consultas de pré-natal de rotina.

PARA SABER MAIS!

Leia o manual técnico do Ministério da Saúde (2010), intitulado "Gestação de Alto Risco" que orienta a equipe assistencial no diagnóstico e tratamento das doenças e/ou problemas durante a [gravidez](#) (BRASIL, 2010b).



3 O TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA NA ASSISTÊNCIA INTEGRAL À GESTANTE E À PUÉRPERA

O acesso ao cuidado do pré-natal, no primeiro trimestre da gestação, tem sido incorporado como indicador de avaliação da qualidade da Atenção Básica, sendo fundamental o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral à gestante, incluindo as Equipes de Saúde Bucal (ESB) (BRASIL, 2016). Desse modo, é importante que:

Ocorra a integração entre os diferentes profissionais de saúde, com identificação das problemáticas e abordagens destas, de uma forma integrada, promovendo, quando necessárias, mudanças no processo de trabalho da equipe e instituindo interdisciplinaridade e benefícios aos usuários (MAGALHÃES et al., 2009).



Essa perspectiva de interdisciplinaridade funciona como instrumento potencial, na articulação dos diferentes saberes necessários a uma visão ampla e integral das necessidades e problemáticas de saúde, proporcionando intervenções mais qualificadas, competentes e humanizadas (FINKLER; OLEINISKI; RAMOS, 2004).

Seguindo esse raciocínio, a conduta dos profissionais de forma integrada e humanizada pode adquirir ainda mais importância, ao se iniciar o quanto antes o acompanhamento de pré-natal. Essa conduta é essencial para o **diagnóstico precoce** de alterações e para a realização de **intervenções adequadas** sobre condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante e a da criança.

No caso específico do cuidado em saúde bucal dessas mulheres, por exemplo, há vários estudos que apontam que a doença periodontal, durante a gestação, está associada ao maior risco de parto prematuro e do baixo peso ao nascer (CHAMBRONE et al., 2011; CORBELLA et al., 2012; KHADER; TA'ANI, 2005; POLYZOS et al., 2009; POLYZOS et al., 2010). Além de aspectos como esses, o profissional que integra a equipe de saúde bucal também deverá abordar a história de vida dessa mulher, considerando seus antecedentes (BRASIL, 2016):

Figura 3 - Considerações sobre a história de vida da gestante.



Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2017.

REFLETINDO!

A assistência integral no pré-natal deve considerar os aspectos biológicos inerentes à gestação, assim como os diversos cenários que podem ser vividos pelas gestantes e puérperas. Como é realizada essa abordagem no seu ambiente de trabalho ou como você descreveria uma abordagem ideal?

Além das modificações próprias dos aspectos biológicos da gestação, é necessário que as equipes estejam atentas às mudanças nos padrões do ciclo familiar que, frente às mudanças nos índices de natalidade, expectativa de vida, papel feminino, casamentos, divórcios, são capazes de construir não somente o vínculo biológico, mas também o vínculo afetivo, por meio do qual os valores são mantidos (MOYSÉS; KRIGER; MOYSÉS, 2008).

As consultas odontológicas conduzidas durante o período gestacional não se restringem, portanto, somente à redução dos efeitos da cárie ou das doenças periodontais, mas também podem proporcionar uma ótima ocasião para ações de promoção da saúde da gestante e de sua família.



Trata-se, portanto, de uma boa oportunidade para os profissionais de saúde investirem em estratégias de educação e cuidado em saúde, visando ao bem-estar da mulher e da criança, assim como a inclusão do pai e/ou parceiro (quando houver) e da família, desde que este seja o desejo da mulher (BRASIL, 2016).

3.1 Fluxos assistenciais do Pré-natal e Puerpério

Em recente publicação, o Ministério da Saúde deixa claro que deverão todas as gestantes realizar pelo menos **uma consulta odontológica** durante o pré-natal (BRASIL, 2016). Assim, na atenção à gestante no pré-natal de baixo risco, temos o **acolhimento com escuta qualificada, a avaliação global** e o **plano de cuidado**. Dentre as práticas inerentes ao plano de cuidado, temos o exame físico geral e específico, no qual está inserido o exame bucal. Veja a seguir, no Quadro 5, como deve ser realizado esse exame.

Quadro 5 - Exame Físico Geral e Específico no Pré-natal de Baixo Risco.

QUANDO AVALIAR?	O QUE AVALIAR/COMO AVALIAR?	O QUE FAZER?	
Primeira consulta 2º trimestre 3º trimestre	Pele e mucosas <ul style="list-style-type: none">• Cor• Lesões• Hidratação	<ul style="list-style-type: none">• Turgor• Cloasma• Tumorações• Manchas	<ul style="list-style-type: none">• Realizar orientações específicas• Avaliação médica na presença de achados anormais
Primeira consulta	Exame bucal Verificar alterações de cor da mucosa, hidratação, esmalte dentário, cárie, presença de lesões, sangramento, inflamação e infecção	<ul style="list-style-type: none">• Dentes• Língua• Gengiva• Palato	<ul style="list-style-type: none">• Encaminhar todas as gestantes para avaliação odontológica, pelo menos uma vez, durante a gestação

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica:** Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher>.

Em acréscimo, o Ministério da Saúde recomenda que, no atendimento odontológico à gestante, sejam observados os seguintes aspectos e procedimentos (BRASIL, 2016):



Baixo peso (BP): investigue a história alimentar da paciente, se há casos de hiperêmese gravídica, infecções, parasitoses, anemias e doenças debilitantes.



Alimentação: dê-lhe orientação nutricional, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis.



Agendamento de consultas: remarque as consultas em intervalo menor do que o fixado no calendário habitual.

Veja o que deverá ser considerado nas consultas odontológicas, durante o período gestacional:



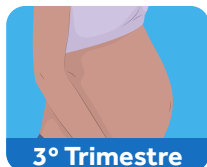
1º Trimestre

É o período menos adequado para tratamento odontológico (devido às principais transformações embriológicas). Neste período, deve-se evitar, principalmente, tomadas radiográficas.



2º Trimestre

Período mais adequado para a realização de intervenções clínicas e procedimentos odontológicos essenciais, sempre de acordo com as indicações.



3º Trimestre

Momento de maior risco de síncope, hipertensão e anemia. É frequente o desconforto na cadeira odontológica, podendo ocorrer hipotensão postural e compressão da veia cava.

Desse modo, é função do cirurgião-dentista no cuidado durante o pré-natal e puerpério (BRASIL, 2016):

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação.
- Verificar o fornecimento do Cartão da Gestante e ver se o documento está devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta de pré-natal).
- Realizar a consulta odontológica de pré-natal de gestação de baixo risco.
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário.
- Orientar a gestante sobre a realização dos testes rápidos de sífilis e HIV.
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B).
- Realizar a avaliação geral da gestante, observando o período de gravidez.
- Avaliar a saúde bucal da gestante, a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez.
- Adequar o meio bucal e realizar o controle do biofilme, cujas práticas constituem boas condutas odontológicas preventivas e podem ser indicadas, garantindo conforto à gestante e a continuidade do tratamento após a gravidez.
- Identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez.
- Atender às intercorrências/urgências odontológicas, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez e encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade,

caso necessário.

- Favorecer a compreensão e a adaptação às novas vivências da gestante, do companheiro e dos familiares, além de orientá-los em relação aos cuidados neste período.
- Orientar as gestantes e a sua equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade em relação à saúde bucal.
- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência.
- Desenvolver atividades educativas e de apoio à gestante e aos seus familiares.
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico.
- Realizar busca ativa das gestantes faltosas de sua área de abrangência.
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal.
- Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o futuro bebê, enfatizando a importância do papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança.
- Orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal.

3.2 Acesso da gestante e puérpera aos Serviços de Saúde Bucal

Idealmente, estima-se que a gestante seja atendida pelo menos **uma vez por trimestre**, com foco na saúde bucal da própria gestante e também do bebê. Nesse momento, sugere-se abordar assuntos que tratem sobre dieta, higiene bucal, profilaxia profissional, aplicação tópica de fluoretos e outros assuntos correlatos (POSSOBON; MIALHE, 2009).



Você sabia que a quantidade de consultas pré-natais pode estar relacionada à qualidade da assistência odontológica?

Isso mesmo. Um estudo que avaliou a resposta autopercebida da assistência odontológica no acompanhamento pré-natal do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil e entrevistou 1032 puérperas aponta que a **quantidade de consultas pré-natais** esteve estatisticamente associada à **qualidade da assistência odontológica**. Isso infere a necessidade de integração entre as equipes de saúde da família e de saúde bucal (SANTOS NETO et al., 2012).

PARA SABER MAIS!

Veja os detalhes do artigo científico que aponta a associação entre a quantidade de consultas pré-natais e a qualidade da assistência odontológica, intitulado "Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal", de Santos Neto et al., [2012](#) (SANTOS NETO et al, 2012).



A recomendação mais atual do Ministério da Saúde, no que diz respeito ao atendimento inicial à gestante, está descrita no quadro abaixo (BRASIL, 2016):

Quadro 6 – Entrevista.

ENTREVISTA	QUANDO AVALIAR	O QUE AVALIAR	
Presença de sintomas e queixas	Todas as consultas	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas e vômitos • Obstipação e flatulência • Sintomas urinários • Salivação excessiva • Pirose • Corrimento (que pode ou não ser fisiológico) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tontura • Dor mamária • Dor lombar • Alterações no padrão de sono • Dor e edema de membros inferiores • Dor pélvica
Planejamento reprodutivo	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Gestação desejada e/ou planejada • Métodos contraceptivos utilizados 	<ul style="list-style-type: none"> • Data da última menstruação (DUM)
Rede familiar e social	Primeira consulta; nas demais consultas, verificar se houve mudanças	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de companheiro • Rede social utilizada 	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento familiar e conjugal para identificar relações conflituosas • História de violência
Condições de moradia, de trabalho e exposições ambientais	Primeira consulta; nas demais consultas, verificar se houve mudanças	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de moradia • Tipo de saneamento • Grau de esforço físico • Renda 	<ul style="list-style-type: none"> • Estresse e jornada de trabalho • Exposição a agentes nocivos (físicos, químicos e biológicos) • Beneficiário de programa de transferência de renda com condicionalidades (ex.: Programas Bolsa Família)

Atividade física	Primeira consulta; nas demais consultas, verificar se houve mudanças	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de atividade • Grau de esforço • Periodicidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Deslocamento para trabalho ou curso • Lazer
História nutricional	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • História de desnutrição, sobrepeso, obesidade, cirurgia bariátrica, transtornos alimentares, carências nutricionais, histórico de criança com baixo peso ao nascer, uso de substância tóxicas para o bebê 	<ul style="list-style-type: none"> • Peso e altura da gestação • Hábito alimentar
Tabagismo e exposição à fumaça do cigarro	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Status em relação ao cigarro (fumante, ex-fumante, tempo de abstinência, tipo de fumo) • Exposição ambiental à fumaça de cigarro 	<ul style="list-style-type: none"> • Para as fumantes, avaliar se pensam em parar de fumar nesse momento
Álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas)			<ul style="list-style-type: none"> • Padrão prévio e/ou atual de consumo de álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas)

Antecedentes clínicos, ginecológicos, obstétricos e de aleitamento materno	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes, hipertensão, cardiopatias • Trombose venosa • Alergias, transfusão de sangue, cirurgias, medicamentos de uso eventual ou contínuo (prescritos ou não pela equipe de saúde, fitoterápicos e outros) • Cirurgias prévias (mama, abdominal, pélvica) • Hemopatias (inclusive doença falciforme e talassemia) 	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças autoimunes, doenças respiratórias (asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC), doenças hepáticas, tireoidopatias, doença renal, infecção urinária, infecção sexualmente transmissível (IST), tuberculose, hanseníase, malária, rubéola, sífilis, outras doenças infecciosas • Transtornos mentais, epilepsia, neoplasias, desnutrição, excesso de peso, cirurgia bariátrica • Avaliar sinais de depressão
	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Idade na primeira gestação • Número de gestações anteriores, partos (termo, pré e pós-termo; tipo e intervalo), abortamentos e perdas fetais • Gestações múltiplas • Número de filhos vivos, peso ao nascimento, recém-nascidos com história de icterícia, hipoglicemia ou óbito neonatal e pósneonatal 	<ul style="list-style-type: none"> • Malformações congênitas • Intercorrências em gestações anteriores como síndromes hemorrágicas ou hipertensivas, isoimunização Rh, diabetes gestacional, incompetência istmocervical, gravidez ectópica • Mola hidatiforme, gravidez anembrionada ou ovo cego • Intercorrências no puerpério • Experiência em partos anteriores

Antecedentes clínicos, ginecológicos, obstétricos e de aleitamento materno	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Ciclos menstruais • História de infertilidade • Resultado do último exame preventivo de câncer de colo uterino 	<ul style="list-style-type: none"> • História de útero bicorno, mal formações uterinas, miomas submucosos, miomas intramurais com mais de 4 cm de diâmetro ou múltiplos, cirurgias ginecológicas e mamárias, implantes, doença inflamatória pélvica
	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • História de aleitamento em outras gestações, tempo, intercorrências ou desmame precoce 	<ul style="list-style-type: none"> • Desejo de amamentar
Saúde sexual	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Idade de início da atividade sexual • Intercorrências como dor, desconforto 	<ul style="list-style-type: none"> • Desejo e prazer sexual • Práticas sexuais • Medidas de proteção para infecção sexualmente transmissível (IST)
Imunização	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Estado vacinal: dupla bacteriana adulto (difteria e tétano) – dT/tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) – dTpa, hepatite B, influenza, tríplice viral 	
Saúde bucal	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes ou história atual de sangramento gengival, mobilidade dentária, dor, lesões na boca, infecções, pulpites, cárie, doença periodontal ou outras queixas 	<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos de higiene bucal como rotina de escovação e uso de fio dental • Data da última avaliação de saúde bucal
Antecedentes familiares	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças hereditárias • Gemelaridade • Diabetes • Hanseníase • Transtorno mental • Doença neurológica • Grau de parentesco com o pai do bebê 	<ul style="list-style-type: none"> • Pré-eclâmpsia • Hipertensão • Tuberculose • Câncer de mama ou de ovário • Deficiência e malformações • Parceiro com IST ou HIV/Aids

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher>.

Quando se trata das ações específicas da odontologia, tem-se uma grande conquista, pois na Caderneta da Gestante já é possível incluir os dados do atendimento odontológico realizado durante o pré-natal, como você pode observar abaixo.

Figura 4 - Seção da Caderneta da Gestante destinada às informações do atendimento odontológico realizado durante o pré-natal.

Consulta odontológica

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Legenda

* – Mancha branca ativa	Ca – Lesão cavitada ativa	PF – Prótese fixa
O – Mancha branca inativa	CI – Lesão cavitada inativa	RE – Restauração estética
A – Ausente	E – Extraído	SP – Selamento provisório
Ae – Abrasão/erosão	H – Hígido	T – Traumatismo
Am – Amálgama	M – Restauração metálica	X – Extração indicada

Presença de gengivite/periodontite NÃO / SIM data / /

Plano de tratamento (por consulta):

Tratamento realizado (para o cirurgião-dentista)

Data	Dente	Procedimentos realizados	Ass. CD
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			

Necessidade de encaminhamento para referência (para o cirurgião-dentista)

Especialidade	Tratamento necessário	Encaminhamento	Retorno	Plano cuidado (controle-refex.)
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher>.

Além do odontograma, que deverá ser preenchido conforme a legenda, você deverá descrever de forma resumida o plano de tratamento, as ações realizadas e, se houver necessidade de tratamento para algum centro de referência, você deverá registrar as datas de encaminhamento e retorno.

PARA SABER MAIS!

Fique por dentro de todas as informações que constam na Caderneta da Gestante; nela tem um tópico específico com orientações sobre gengivite na gestação. É importante que todos os profissionais da equipe de saúde bucal estejam informados, de modo a minimizar as dúvidas das gestantes ([BRASIL, 2016](#)).



3.3 O Projeto Terapêutico Singular e a importância para o cuidado integral da gestante e da puérpera

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas relacionadas a condutas terapêuticas articuladas, de modo individual ou coletivo, fruto da discussão coletiva de uma equipe multiprofissional, com Apoio Matricial, quando necessário (BRASIL, 2009). Surge a partir da luta antimanicomial na Saúde Mental e baseia-se nos conceitos de corresponsabilização e gestão integrada do cuidado (REDE HUMANIZA SUS, 2015).

Para facilitar o entendimento do que trata o PTS, pense numa discussão de caso clínico. O PTS é exatamente isso, uma variação da discussão de “caso clínico”, geralmente dedicado a situações mais complexas.



A construção de um **PTS** possui quatro fases:

1) DEFINIÇÃO DE HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

Este momento deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário, sendo consideradas as vulnerabilidades psicológica, orgânica e social, verificando todas as hipóteses diagnósticas.

A equipe deve compreender como o indivíduo entende suas doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social, para identificar também potencialidades (BRASIL, 2009).

2) DEFINIÇÃO DE METAS

Após diagnóstico, segue-se o momento de propor estratégias de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o indivíduo doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor (BRASIL, 2009).

3) DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES

É importante definir as tarefas de cada um com clareza. Uma estratégia que procura favorecer a continuidade e articulação entre formulação, ações e reavaliações e promover uma dinâmica de continuidade do PTS é a escolha de um profissional de referência. Não é o mesmo que responsável pelo caso, mas aquele que articula e “vigia” o processo. Procura estar informado do andamento de todas as ações planejadas no Projeto Terapêutico Singular.

É aquele que a família procura quando sente necessidade. O que aciona a equipe, caso aconteça um evento muito importante. Articula grupos menores de profissionais para a resolução de questões pontuais surgidas no andamento da implementação do Projeto Terapêutico

Singular. Pode ser qualquer componente da equipe, independente de formação. Geralmente se escolhe aquele com modo de vinculação mais estratégico no caso em discussão (BRASIL, 2009).

4) REAVALIAÇÃO

Momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo. É simples, mas alguns aspectos precisam ser observados:

a) A escolha dos casos para reuniões de Projeto Terapêutico Singular

No contexto da Atenção Básica, a ideia é de que usuários ou famílias alvos do PTS se encontrem em situações mais graves ou difíceis. Qualquer membro da equipe pode propor um caso para discussão (BRASIL, 2009).

b) As reuniões para discussão de Projeto Terapêutico Singular

Na execução do Projeto Terapêutico Singular, há definição de responsabilidades e cada membro da equipe, a partir dos vínculos que construiu, trará para a reunião aspectos diferentes e poderá também receber tarefas diferentes, de acordo com a intensidade e a qualidade desse vínculo, além do núcleo profissional. O que vai definir a coordenação do PTS é esse vínculo. Assim, um cirurgião-dentista poderá, sim, assumir essa responsabilidade (BRASIL, 2009).

c) Horário protegido

É essencial para equipes na Atenção Básica e centros de especialidades reservar um tempo fixo, semanal ou quinzenal, para reuniões exclusivas do Projeto Terapêutico Singular.

d) O tempo de um Projeto Terapêutico Singular

Em geral, não se estipula um tempo mínimo ou máximo para formulação e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular, pois isso varia conforme cada serviço e as necessidades de cada usuário. Muitas informações essenciais surgem no decorrer do seguimento e a partir do vínculo com o usuário (BRASIL, 2009).

e) Projeto Terapêutico Singular e mudança

Quando ainda existem possibilidades de tratamento para uma doença, não é muito difícil provar que o investimento da equipe de saúde faz diferença no resultado. O encorajamento e o apoio podem contribuir para evitar uma atitude passiva por parte do usuário. Uma pessoa menos deprimida, que assume um projeto terapêutico solidário como projeto em que se (re)constrói e acredita que poderá ser mais feliz, evidentemente tende a ter um prognóstico e uma resposta clínica melhor. Se esta participação do usuário é importante, é necessário perseguir-la com um mínimo de técnica e organização. Não bastam o diagnóstico e a conduta padronizados.

3.4 A anamnese para o PTS

A proposta do PTS convida-nos a entender que as situações percebidas pela equipe como de difícil resolução são situações que esbarram nos limites da clínica tradicional.



Diante disso, perceba que é necessário fornecer instrumentos, para que os profissionais possam lidar consigo mesmos e com os sujeitos acometidos por uma doença, de forma diferente da tradicional. Vamos analisar a situação a seguir!

Mariana é cirurgiã-dentista de uma equipe de saúde bucal que fica localizada no bairro “Deus me Acuda”. Esse bairro fica na periferia de uma cidade grande, com mais de 3 milhões de habitantes e muitos problemas sociais. Mariana atendeu uma usuária a qual não havia tido contato ainda, seu nome era Karmen. Ela relatou que veio residir com os avós há 15 dias, vindo do interior do Estado para estudar.

Ao realizar o exame inicial, Mariana propôs um plano de tratamento que incluía raspagem, exodontias e restaurações. Dessa forma solicitou que Karmen retornasse na semana seguinte para dar seguimento a essas ações.

Porém Karmen sumiu, retornou após alguns meses, já com dor. Mariana descobriu que ela estava grávida de 5 meses e que ainda não tinha realizado uma consulta de pré-natal, pois queria esconder a gestação, uma vez que não havia tido “sucesso” na tentativa de aborto.

Mariana logo percebe que a necessidade de Karmen vai muito além do tratamento odontológico ou de amenizar a dor e decide realizar uma anamnese ampliada. Nesse contexto, é preciso fazer as perguntas da anamnese tradicional, mas dando espaço para as ideias e as palavras do usuário.

Considerando a situação descrita até aqui, como você avalia o significado da anamnese ampliada no plano de tratamento da paciente Karmen?

Conhecer a história clínica mais completa da paciente teve uma função terapêutica em si mesma, pois permitiu que a paciente tomasse conhecimento dos seus próprios sintomas, o que acabou implicando algum grau de análise sobre a própria situação. Além disso, a partir da percepção da complexidade do caso, o profissional pode perceber que muitos determinantes do problema não estão ao alcance de intervenções pontuais e isoladas (BRASIL, 2007, p.47).

Nesse contexto, Mariana conduz uma conversa com Karmen para que ela se sinta estimulada a qualificar e situar cada sintoma em relação aos seus sentimentos e outros eventos da vida (isso se chama de modalização). Assim, os questionamentos seguem: Karmen sente medo? Está conformada? Agitada? O que melhora e o que piora os sintomas? Que fatos aconteceram próximo à dor?

Feito isso, Mariana aproveita a reunião de equipe para socializar a situação vivida por Karmen e a equipe decide incluí-la em um PTS. Para que isso ocorra de forma efetiva, é necessário que a equipe organize uma reunião específica para o PTS.

IMPORTANTE!

Reunião de EQUIPE NÃO É um espaço apenas para que uma pessoa da equipe distribua tarefas às outras. Reunião é um espaço de diálogo e é preciso que haja um clima em que todos tenham direito à voz e à opinião ([BRASIL, 2007](#)).

No primeiro encontro da equipe de Saúde Bucal e Saúde da Família, responsáveis pela área de Karmem, algumas coisas práticas precisam ser conduzidas. Vejamos!

- Identificar as necessidades de matriciamento.
- Delegar tarefas a cada membro da equipe (e nessa etapa o agente comunitário de saúde responsável pela área deverá contribuir de forma ativa).
- Identificar rede de suporte assistencial e social.

Para que o PTS tenha sucesso, a identificação da rede de suporte social é fundamental. Diante disso, imagine: como seria propor um tratamento a um usuário do SUS que seja impossível de ser executado por ele ou por sua família?

Na situação de Karmem, chegou-se à conclusão de que a família condenava a gravidez fora de um casamento e isso estava fazendo com que cada vez mais ela escondesse a gestação. Isso implicava inclusive em não realizar o pré-natal.

Desse modo, a equipe decide realizar abordagem conjunta entre Karmen e sua família e estabelece as seguintes ações:

- Iniciar o pré-natal de Karmen.
- Cadastrá-la nos programas de apoio.
- Fazer o recadastramento familiar.
- Realizar a abordagem familiar.
- Estabelecer atividades de planejamento familiar.
- Realizar tratamento odontológico.

A tarefa da equipe não foi fácil e Mariana, por ter um vínculo maior com Karmen, era a **profissional responsável** pela coordenação do PTS. A notícia da gravidez foi um choque para família e a equipe solicitou o apoio do padre da igreja que os avós de Karmen frequentam para auxiliar a aceitação. Karmen iniciou o pré-natal ainda no quinto mês e conseguiu resolver seus problemas odontológicos também. Hoje, Vitória, filho de Karmen, já está com 9 meses e é acompanhado pela equipe do bairro "Deus me Acuda".

3.5 A importância do Apoio Matricial no PTS

Você sabe o que significa na prática matriciamento ou Apoio Matricial?

O conceito de matriciamento ou Apoio Matricial foi estabelecido por Campos (1999), a partir de uma proposta de reformar e ampliar a clínica e as práticas de Atenção Integral à Saúde estabelecendo novos padrões de relacionamento entre o sujeito/clínico e o sujeito/enfermo. Para isso, seria necessário um novo arranjo no processo de trabalho que estimulasse maiores coeficientes de vínculo entre equipe de saúde e usuário concreto (CAMPOS, 1999).

Veja bem, se a Atenção Básica deve ser resolutiva e os problemas de saúde são muito complexos, é claro que a equipe de saúde bucal ou de saúde da família necessita de apoio de outros especialistas, para conseguir resolver ou minimizar os problemas de saúde que lhes são demandados. Esse arranjo, do qual os profissionais recebem apoio para conduzir seus planos de tratamento, é o centro da proposta de **matriciamento em saúde**.



Na situação de Mariana, ela poderia solicitar apoio matricial de um cirurgião-dentista especialista no atendimento a gestantes, ou do médico obstetra, para delinear a melhor forma de conduzir o tratamento de Karmen. Um ponto importante é o de que isso **não configura um sistema de referência e contra referência** e sim um sistema de construção conjunta de propostas de tratamento.

PARA SABER MAIS!

Você pode ler sobre o assunto na publicação: "Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde", de Gastão Wagner de Sousa Campos (CAMPOS, 1999).



4 ASSISTÊNCIA À SAÚDE BUCAL DA GESTANTE E DA PUÉRPERA

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal garantem o atendimento individual e coletivo das gestantes, incluindo o pré-natal odontológico, e que nestas consultas sejam minimamente realizados os seguintes procedimentos (BRASIL, 2004):

Figura 5 - Procedimentos que compõem o atendimento odontológico à gestante:

a) Orientação sobre possibilidade de atendimento durante a gestação.

b) Exame de tecidos moles e identificação de risco à saúde bucal.

c) Diagnóstico de lesões de cárie e necessidade de tratamento curativo.

d) Diagnóstico de gengivite ou doença periodontal crônica e necessidade de tratamento.

e) Orientações sobre hábitos alimentares (ingestão de açúcares) e higiene bucal.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf>.

É oportuno ressaltar que em nenhuma hipótese a assistência será compulsória, respeitando-se sempre a vontade da gestante, sob pena de gravíssima infração ética.

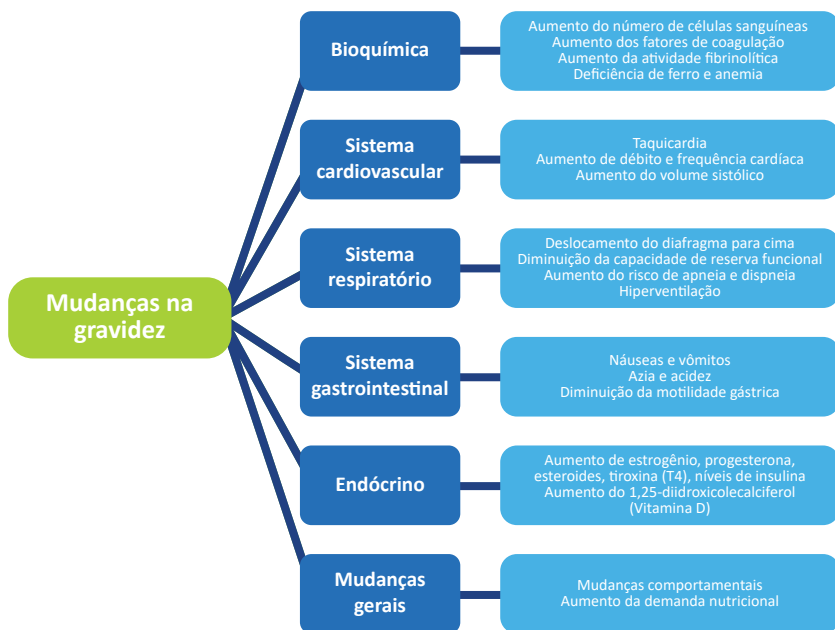
A seguir, trataremos das principais alterações que ocorrem no ciclo gravídico às quais o cirurgião-dentista deve sempre estar atento.

4.1 Alterações fisiológicas e emocionais durante a gestação

A gravidez é um fenômeno fisiológico que evolui para criação de um novo ser, e a mãe passa por transformações físicas e psicológicas, preparando-a para o parto e amamentação (ANDRADE, 2014).

Estas transformações podem ser sutis ou marcantes, mas certamente são as mais acentuadas pelas quais o corpo humano passa e repercutem psíquica e socialmente na vida dessas mulheres e de suas famílias. De acordo com o estudo de COSTA et al. (2010), as gestantes relataram perceber as maiores modificações no segundo e terceiro trimestre de gestação e estavam relacionadas ao ganho de peso, aumento das mamas e do abdômen. Mas são muitas as mudanças que ocorrem, como podemos ver na Figura 6:

Figura 6 - Principais alterações fisiológicas observadas em vários sistemas do corpo durante a gravidez.



Fonte: Adaptado de: Kurien et al., 2013; Naseem et al., 2016.

Algumas dessas mudanças fisiológicas sistêmicas repercutem na cavidade bucal, em que podem ser notadas alterações significativas.

As mudanças no sistema imunológico, especialmente a supressão da função dos neutrófilos, podem estar associadas à doença periodontal e ser a provável causa da exacerbação da ação do biofilme dental na indução da inflamação gengival (DIOS et al., 2002; VIEIRA et al., 2010). Veja na Figura 7 uma representação dessas mudanças:

Figura 7 - Alterações imunológicas características da gestação e sua influência na ocorrência da doença periodontal



Fonte: Adaptado de: OPPERMANN et al., 2013 *apud* GONÇALVES, 2016.

As mudanças gengivais ocorrem geralmente entre o 3º e o 8º mês de gestação e diminuem gradativamente após o parto (CDA ..., 2010).

Os hormônios sexuais também podem afetar a gengiva, por facilitarem a proliferação de bactérias anaeróbias no biofilme, aumentando em até 55 vezes a concentração de *Prevotella intermedia* em mulheres grávidas, em comparação com não grávidas (STEINBERG et al., 2013 *apud* GRILO, 2016).

As mudanças na composição salivar, com variações do pH, da capacidade tampão e dos níveis de peroxidase (OPERMANN et al., 2013), elevam as chances de gestantes terem cárie, quando comparadas às mulheres em geral (VERGNES et al., 2013). Além disso, o aumento da frequência de ingestão, provocada pela diminuição da capacidade fisiológica do estômago, maior apetite por açúcares, além de pobre controle do biofilme dental corroboram para este evento (GRAHAM et al., 2013).

Náuseas e vômitos, comuns até o terceiro mês de gravidez, acometendo entre 70% a 85% das mulheres, podem se prolongar por toda a gestação com episódios severos de náusea e vômito (hiperemese gravídica – 0,3% a 2,0%) e podem levar à erosão dental (GONÇALVES, 2016).

A xerostomia é uma reclamação frequente das gestantes e é fisiológica. Ocorre principalmente à noite, durante o sono, quando as glândulas reduzem o ritmo e quantidade de secreção salivar espontânea (CDA..., 2010).

Embora possa ocorrer a sialorreia na 2ª ou 3ª semana de gestação, esta não deve se estender ao fim do primeiro trimestre. Esse fenômeno está mais relacionado com a incapacidade de a grávida engolir quantidades normais de saliva, devido às náuseas, do que propriamente com o aumento da quantidade de saliva produzida (GRILLO, 2016).

A gestação também traz mudanças psicológicas para a mulher. Além das alterações hormonais, ainda existem os medos e a ansiedade que cercam esse momento. É um período de transformação da rotina da mãe e de toda a família.

Podem ocorrer mudanças socioeconômicas, como o abandono da escola por mães adolescentes ou de atividades laborais remuneradas,

por aquelas que já estão no mundo do trabalho, deixando-as em situação de vulnerabilidade social. É preciso lembrar que a maternidade requer habilidades cognitivas e disponibilidade financeira (SANTOS NETO et al., 2012).

Essas mudanças podem impactar negativamente a qualidade de vida da mãe, mudando a forma como ela se percebe dentro de seus padrões culturais, das suas expectativas e preocupações.

Os cirurgiões-dentistas devem aproveitar esse ciclo de vida de maior aproximação das mulheres com os serviços de saúde, para estabelecer vínculo e criar um círculo virtuoso de educação e promoção de saúde individual e coletiva, empoderando, responsabilizando e ajudando na construção da autonomia dos cuidados em saúde para a própria mãe e seu bebê (SANTOS NETO et al., 2012).

Mas será que a gestante abordada durante o período gestacional, para receber informações sobre sua própria saúde bucal e sobre os cuidados com a saúde bucal de seu futuro bebê, tem melhores condições de absorver essas informações e colocá-las efetivamente em prática?



Vamos et al. (2015) publicaram uma revisão sistemática na qual reforçam a escassez de estudos bem delineados, comprovando que as orientações nesse período são realmente eficazes e evidenciam fatores que podem influenciar diretamente na absorção das informações por parte da gestante, como: poder de persuasão e didática do profissional que orienta e grau de interesse e educação das gestantes que recebem as instruções.

A partir dessas informações, considere o **caso de Juliana**, mãe de primeira viagem que tem vivenciado muitas mudanças com a gravidez.

Juliana tem 28 anos, é solteira e está grávida de seu primeiro

filho. Assim como outras mães, especialmente as de primeira viagem, Juliana tem experimentado muitas mudanças (físicas e psicológicas) e, com elas, muitas dúvidas sobre o cuidado com sua saúde bucal. Juliana está no sexto mês da gestação e não tem auxílio do pai da criança, que não a reconhece como filha. Ultimamente, Juliana tem apresentado episódios frequentes de náuseas e vômitos, o que a deixa muito preocupada. Ela tem notado ainda algumas alterações na boca, como uma “secura” frequente, um sangramento incomum das gengivas e uma sensação dolorosa associada a dois dentes, mas não toma nenhum remédio por medo de causar algum mal ao bebê.

Juliana, em um primeiro momento, pensa em procurar um cirurgião-dentista para uma avaliação, mas é logo desencorajada pela família, a qual ressalta que a intervenção odontológica pode fazer mal ao bebê e que é natural “se perder um dente a cada filho”, como culturalmente aceito. Contudo, as queixas se intensificam e Juliana busca atendimento odontológico na Unidade de Saúde mais próxima de sua residência.

Imagine que você é o cirurgião-dentista da equipe de saúde bucal que receberá Juliana e, assim como os colegas, nota que a falta de informação sobre as mudanças ocasionadas pela gestação ainda é um problema relevante que atinge a comunidade onde Juliana mora. Diante dessa problemática, pergunta-se:

Como a equipe de saúde bucal pode articular as ações para evitar que os mitos associados à gestação tenham impacto negativo na saúde bucal de mulheres como Juliana? Qual a importância das orientações sobre os cuidados com a saúde bucal, neste ciclo de vida?

4.2 Doenças orais mais frequentes em gestantes e puérperas

As principais alterações na cavidade bucal incluem as doenças periodontais (gingivite, hiperplasia gengival e granuloma piogênico), as alterações salivares (fluxo e capacidade tampão) e a doença cárie. Também podem ocorrer os melasmas na pele da face da paciente (KURIEN et al., 2013).

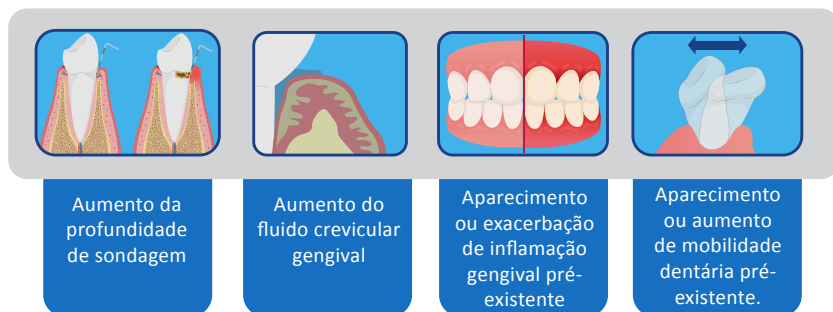
4.2.1 Doenças periodontais

A elevação nos níveis de estrogênio que aumentam a permeabilidade capilar predis põem as gestantes à gingivite e hiperplasia gengival. Embora estes fatores não levem à periodontite, eles podem piorar as condições pré-existentes (KURIEN et al., 2013).

As mudanças gengivais ocorrem geralmente entre o 3º e o 8º mês de gestação e diminuem gradativamente após o parto (CDA..., 2010). São decorrentes da associação de higiene bucal pobre e irritantes locais provenientes do biofilme dental. As mudanças hormonais e vasculares que acompanham a gestação apenas exacerbam a resposta inflamatória a esses irritantes locais (CDA..., 2010; GONÇALVES, 2016).

Os agentes patológicos mais frequentemente associados à ocorrência das doenças periodontais são: *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythensis* e *Treponema denticola*. Entre as alterações inflamatórias mais frequentes, temos:

Figura 8 - Alterações clínicas inflamatórias mais frequentes associadas às doenças periodontais.



Fonte: Adaptado de: GONÇALVES, K.F. **Cuidado odontológico no pré-natal na atenção primária à saúde**: dados do PMAQ-AB. 2016. 73 p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Programa de Pós- Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2016. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/150274/001008775.pdf?sequence=1>>.

A gengivite é a patologia periodontal mais frequente em gestantes, apresentando estimativas entre 30% e 100% (OPPERMANN et al., 2013 apud GONÇALVES, 2016).

A gengivite gestacional se inicia geralmente no terceiro mês de gestação e é caracterizada por uma gengiva de cor vermelho-escura (hiperemiada), edemaciada, sangrante e sensível (CDA..., 2010), como representado na Figura 9:

Figura 9 - Aspecto clínico da gengivite.



Fonte: SILK, H. et al. Oral health during pregnancy. **American Academy of Family Physicians**, v. 77, n. 8, p. 1139-1144, 2008.

A terapia periodontal supragengival e/ou subgengival deve ser imediatamente instituída e a educação em higiene bucal iniciada (CDA..., 2010), uma vez que a doença periodontal pode elevar os níveis plasmáticos de prostaglandina, que é um mediador da inflamação e também responsável pela indução do parto.

Será que a doença periodontal tem potencial para aumentar o risco de complicações obstétricas? De quais complicações obstétricas estamos falando?



As suposições recaem sobre a associação entre doença periodontal e desfechos, como: nascimento pré-termo, baixo peso ao nascimento e pré-eclâmpsia. Veja na Figura 10 cada um desses desfechos.

Figura 10 - Características da prematuridade, baixo peso ao nascimento e pré-clâmpsia.



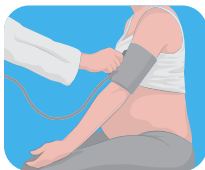
Nascimento pré-termo

Refere-se ao nascimento de um bebê antes de completar 37 semanas de gestação.



Baixo peso ao nascimento

É determinado por um peso do bebê ao nascimento inferior a 2500 g.



Pré-eclâmpsia

Refere-se à gestante com níveis pressóricos maiores que 140/90 mmHg, com proteinúria e idade gestacional acima de 20 semanas de gestação.

Fonte: Adaptado de CORBELLA et al., 2012; CHAMBRONE et al., 2011.

Em relação à associação entre doença periodontal e prematuridade/ baixo peso, pode-se afirmar que há uma correlação positiva (CORBELLA et al., 2012; CHAMBRONE et al., 2011).

No tocante à associação entre a doença periodontal e a pré-eclâmpsia, a metanálise de Sgolastra et al. (2013) mostra que a periodontite é um possível fator de risco para a pré-eclâmpsia. Segundo Huang et al. (2014), mulheres com doença periodontal antes de 32 semanas de gestação têm 369 vezes mais chance de desenvolver pré-eclâmpsia, quando comparadas às gestantes sem doença periodontal.

IMPORTANTE!

Torna-se importante ressaltar que o fato de se mostrar que existe uma associação positiva entre doença periodontal e o risco de complicações obstétricas não implica dizer que o tratamento da doença periodontal realizado durante a gestação, diminui esse risco (SCHWENDICKE ET AL., 2015).

Essa informação não descarta a necessidade de tratamento periodontal na gestação, quando diagnosticada doença periodontal. Deve-se entender que a doença periodontal é uma infecção crônica que deve ser tratada em qualquer indivíduo, não devendo ser essa conduta diferente em gestante.

A doença periodontal é comum em mulheres em idade reprodutiva e a doença tende a se agravar durante a gravidez, quando não tratada.

A Academia Americana de Periodontia (2017) e a Federação Europeia de Periodontia indicam que as mulheres com doença periodontal podem estar em risco de resultados adversos da gravidez, como dar à luz a um bebê pré-termo ou com crescimento intrauterino

restrito, provavelmente através de vias inflamatórias sistêmicas.

Destaca-se que as pesquisas apontam não haver um consenso entre sua relação causal com parto prematuro/baixo peso ao nascer. Os resultados desses estudos são heterogêneos, dificultando a interpretação dos achados e sua transposição para a prática clínica (OPERMANN et al., 2013 *apud* GONÇALVES, 2016).

Ainda não está claro se o tratamento periodontal durante a gravidez tem impacto no parto prematuro e há pouca evidência de que o tratamento periodontal pode reduzir o baixo peso ao nascer (IHEOZOR-EJIOFOR et al., 2017).

Em algumas gestantes, aproximadamente entre 1% a 5% (KURIEN et al., 2013), a gengivite progredirá localmente, evoluindo para um **granuloma piogênico**, ou melhor, **granuloma gravídico** ou **cisto gravídico** (GIGLIO, 2009). Veja na figura abaixo as principais características clínicas do granuloma gravídico:

Figura 11 - Características clínicas do granuloma gravídico.



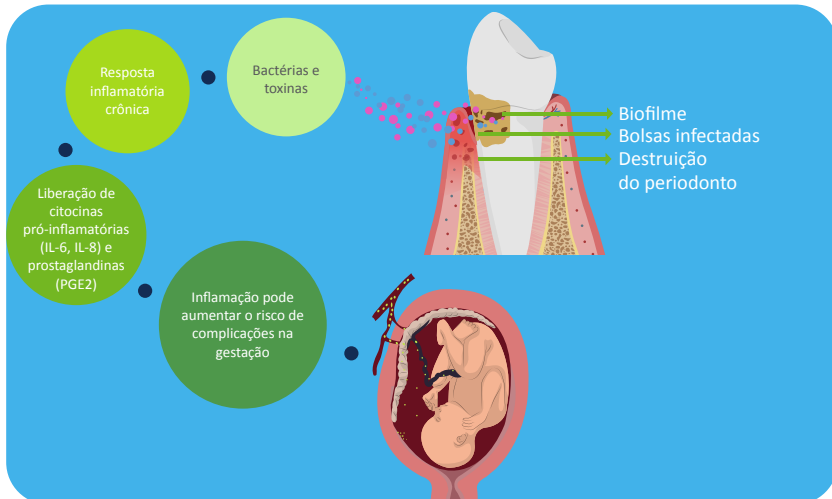
- Lesão tipicamente eritematosa, pediculada, lobulada ou plana.
- Localizada predominantemente na gengiva, na face vestibular, podendo envolver também língua e palato.
- Desenvolve-se geralmente entre o primeiro e segundo trimestre da gestação e regride após o parto (GIGLIO, 2009; SILK et al., 2008, ANDRADE, 2014).

Fonte: SILK, H. et al. Oral health during pregnancy. **American Academy of Family Physicians**, v. 77, n. 8, p. 1139–1144, 2008.

Dependendo das consequências funcionais e estéticas da lesão e das necessidades da paciente, pode ser feita uma intervenção. Pequenas lesões respondem bem ao desbridamento associado ao gel de clorexidina e as lesões maiores requerem excisão cirúrgica, envolvendo o tecido conjuntivo associado e qualquer outro fator etiológico presente. Devido à dificuldade de controle do sangramento, este procedimento só deve ser realizado por um profissional experiente (GIGLIO, 2009; SILK et al., 2008, ANDRADE, 2014). Lesões removidas durante a gestação frequentemente recidivam (SILK et al., 2008).

A **periodontite** está presente em 30% das mulheres em idade fértil. Na Figura 12, você poderá observar uma representação dos eventos que caracterizam a periodontite e suas consequências para a gestação.

Figura 12 - Eventos característicos da periodontite e sua implicação na gestação.



Fonte: SILK, H. et al. Oral health during pregnancy. **American Academy of Family Physicians**, v. 77, n. 8, p. 1139–1144, 2008.

Já **mobilidade dental** é uma característica da doença periodontal, causada pelas mudanças minerais na lâmina dura e distúrbios no ligamento periodontal. A deficiência de vitamina C pode contribuir para este quadro, que deve ser tratado com a remoção de irritantes locais e doses terapêuticas de vitamina C (GIGLIO, 2009; NASEEM et al., 2016).

4.2.2 Doença cárie

Estudos apontam maior incidência de cárie durante a gravidez (VERGNES et al., 2013; NEISWANGER et al., 2015), podendo estar relacionada a fatores comportamentais como dificuldades para uma boa higiene bucal e aumento do consumo de açúcar, levando a maior acúmulo de biofilme dental (VERGNES et al., 2013; AMIN e ELSALHY, 2014), e a fatores sistêmicos como mudanças hormonais, imunológicas e metabólicas (MARTÍNEZ-PABÓN et al., 2014).

Figura 13 - Fatores característicos da gestação que influenciam na suscetibilidade às lesões de cárie.



Fonte: Adaptado de: GRILO, 2016; NASEEM et al., 2016; SILK et al., 2008.

Diante da atuação desses fatores, as lesões de cáries podem se desenvolver em gestantes, como pode ser observado na Figura 14.

Figura 14 - Aspecto clínico das lesões de cárie em gestantes.



Fonte: SILK, H. et al. Oral health during pregnancy. **American Academy o Family Physicians**, v. 77, n. 8, p. 1139-1144, 2008.

Recomenda-se atenção na prática de higiene bucal com dentifrícios fluoretados para controle da doença cárie nessas gestantes, e considerar a possibilidade do uso do flúor tópico profissional (GRILLO, 2016; NASSEM et al., 2016; SILK et al., 2008). O reforço dos hábitos de higiene vai reduzir o acúmulo do biofilme dental, medida essencial não só no controle da doença cárie, como também da gengivite e da doença periodontal.

4.2.3 Erosão dentária

Os episódios de náusea e vômito, frequentes entre 70% a 85% das grávidas, tornam o meio bucal mais ácido, aumentando a probabilidade de desmineralização do esmalte dental por erosão.

A hiperemese pode levar à erosão dentária, manifestando-se principalmente nas faces linguais e palatinas, podendo provocar hipersensibilidade dentária.



As grávidas devem ser orientadas a usar um colutório com flúor e bochechar com água com bicarbonato de sódio, após o vômito, com o intuito de neutralizar os ácidos e que não deve escovar os dentes imediatamente depois de vomitar. Recomenda-se o uso de escovas com cerdas macias para evitar danos adicionais ao esmalte. Antiácidos, como o hidróxido de alumínio ou mesmo os inibidores

da bomba de prótons e fármacos antieméticos, também podem ser prescritos (GRILO, 2016).



Agora que você já conheceu as doenças orais mais frequentes em gestantes e puérperas, que tal retomarmos o caso de Juliana?

Retomando o caso de Juliana – anamnese e exame clínico

Juliana se dirige à Unidade de Saúde para atendimento odontológico com você. Durante a anamnese, ela reforça que suas queixas principais são:

- “secura” da boca;
- sangramento incomum das gengivas;
- dor em dois dentes.

Após a anamnese, você parte para o exame clínico da gestante e nota que Juliana realmente apresenta xerostomia, característica do período gestacional. Verifica que as gengivas da paciente se mostram muito avermelhadas, edemaciadas e sangrantes, contudo sem perda de inserção. Nota ainda que os elementos 17 e 27 apresentam lesão de cárie extensa e as faces palatinas dos dentes sofreram erosão.

Diante do quadro de Juliana, que medidas podem ser tomadas para o tratamento das alterações bucais apresentadas por ela? Que outras orientações você passaria a Juliana, nessa oportunidade, para controle dessas alterações?

4.3 Prescrição medicamentosa à gestante e à puérpera

Uma das principais preocupações do cirurgião-dentista, em relação ao tratamento odontológico da gestante, refere-se à segurança da utilização de medicamentos anestésicos, analgésicos, antibióticos, entre outros. O principal medo está relacionado com a transferência desses fármacos, por meio da placenta, para o compartimento fetal. Realmente, essa preocupação é relevante, e o profissional que atende gestantes deve conhecer os mecanismos de ação desses medicamentos, de forma a realizar uma análise crítica dos riscos e benefícios da utilização de fármacos, nesse período (POLITANO; ECHEVERRIA, 2014).



A gravidez causa mudanças fisiológicas na farmacocinética que podem influenciar, consideravelmente, a distribuição e o metabolismo do fármaco na mãe e no feto. É uma fase em que ocorre um alto volume de distribuição da droga, declínio na concentração plasmática máxima, menor tempo de meia-vida, aumento da solubilidade lipídica e na taxa de depuração da droga (clearance) (NASEEM et al., 2016).

A automedicação deve ser exaustivamente desencorajada, principalmente durante a gravidez, prática considerada a segunda principal causa de teratogênese fetal, superada apenas por defeitos genéticos (ANDRADE, 2014).

IMPORTANTE!

Ao se prescrever um fármaco para uma gestante, o que para ela pode ser efeito terapêutico, para o feto pode ser efeito secundário ou tóxico. Segundo a OMS, 90% das gestantes tomam algum tipo de medicação, prescrita ou não por seu médico. Os fármacos são responsáveis por 2% a 3% de todas as anomalias congênitas.

A organogênese, quando os principais órgãos e sistemas estão sendo formados, ocorre entre a 4ª e a 8ª semana de vida intrauterina. Muitos medicamentos têm a capacidade de atravessar a membrana placentária, por difusão passiva (dissolução na membrana lipídica).

No período da organogênese, que compreende o primeiro trimestre da gestação, podem ocorrer abortos espontâneos, principalmente por defeitos de desenvolvimento do feto. Nesse caso, o próprio organismo da mulher expulsa o feto, por considerá-lo inviável. As estatísticas mostram que 50% dos abortos espontâneos ocorrem nesse período (ANDRADE, 2014; NASEEM et al., 2016).

Para Andrade (2014), a barreira placentária é, na verdade, uma "*peneira seletiva*" e os fármacos comuns ao atendimento odontológico, como anestésicos, ansiolíticos, analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos, passam, com certa facilidade, da mãe para o feto, por serem moléculas de baixo peso molecular e lipossolúveis.

Portanto, é importante conhecer os fármacos para a sua correta prescrição. Para isso, o FDA (Food and Drug Administration), órgão que fiscaliza e estabelece normas para o uso seguro de medicamentos nos Estados Unidos, propôs uma classificação em 5 categorias: A, B, C, D e X, considerando os riscos e seus efeitos na gestação. No Quadro 7, a seguir, resumimos as principais informações sobre o uso de medicamentos na gestação, considerando a categoria de risco potencial dos fármacos para o feto e suas definições.

Quadro 7 - Uso de medicamentos na gestação: categoria de risco potencial dos fármacos para o feto e suas definições.

Categoria	Fator de risco	Antibióticos	Analgésicos e Anti-inflamatórios	Ansiolíticos	Anestésicos locais
A	Estudos controlados em humanos não indicam riscos aparentes para o feto				
B	Estudos em animais não indicam riscos para o feto, mas ainda sem estudos confiáveis em mulheres grávidas	Amoxicilina Cefalexina Cloroxidina Clindamicina Ertitromicina Metronidazol Penicilina	Ibuprofeno* (1º e 2º trimestre) Paracetamol**		Lidocaina Prilocaina
C	Estudos em animais mostraram efeitos adversos, mas não existem estudos em humanos	Ciprofloxacina	Codeína com acetaminofeno Hidrocodona + acetaminofeno Propoxifeno Dipirona sódica** Corticosteróides** Aspirina		Mepivacaína Bupivacaína Articaína
D	Evidências positivas de risco fetal humano, cujos benefícios podem justificar o uso	Doxiciclina Tetraciclina	Ibuprofeno* (3º trimestre) Aspirina (3º trimestre)	Barbitúricos Benzodiazepínicos	
X	Evidências positivas de anormalidades fetais, com contra-indicações, tanto em mulheres grávidas como nas que querem engravidar, pois os riscos superam os benefícios				

Fonte: Adaptado de: Naseem et al., 2016; Vasconcelos; Vasconcelos; Mafra, 2012. *(GILIO, 2009),** (ANDRADE, 2014).

4.3.1 Anestésicos

Os anestésicos locais são lipossolúveis e atravessam facilmente a membrana placentária. Eles estão classificados nas categorias B e C da FDA. A escolha do anestésico deve ser aquela que proporcione maior conforto para a gestante. Assim, sempre que possível, as soluções anestésicas devem conter um vasoconstritor.

O uso dos vasoconstrictores retardam a absorção do sal anestésico para a corrente sanguínea, aumentando o tempo de duração da anestesia, reduzindo o risco de toxicidade para a mãe e o bebê e ainda tem ação hemostática (VASCONCELOS; VASCONCELOS; MAFRA, 2012; ANDRADE, 2014).

A administração do anestésico local deve ser feita por meio de uma injeção lenta da solução, com aspiração prévia, para evitar a injeção intravascular e com a técnica anestésica adequada, para evitar a necessidade de repetições, não devendo exceder a 2 tubetes (3,6 ml), por sessão de atendimento (VASCONCELOS; VASCONCELOS; MAFRA, 2012).

As Figuras 15 e 16 trazem informações importantes sobre as soluções anestésicas locais e suas indicações para o atendimento à gestante.

Figura 15 - Características das soluções anestésicas locais e suas indicações para o atendimento à gestante.


		
<p>A solução anestésica mais utilizada na prática da odontologia é a lidocaína a 2% com epinefrina na concentração de 1:100.000.</p>	<p>Embora a articaína reúna ótimas características farmacocinéticas, como baixa lipossolubilidade, alta taxa de ligação proteica e rápida metabolização e eliminação renal, ainda não tem evidências clínicas para justificar o seu uso (ANDRADE, 2014).</p>	<p>A prilocaina deve ser vista com cautela, uma vez que possui capacidade de atravessar a placenta com velocidade superior aos demais sais anestésicos disponíveis no mercado brasileiro e ter a capacidade em doses elevadas de provocar metahemoglobinemia materna e ou fetal. Além de estar associado a um vasoconstritor derivado da vasopressina (felipressina), que, por sua semelhança estrutural com a ocitocina, em doses bem elevadas, poderia agir sobre a musculatura lisa uterina, provocando contrações (ANDRADE, 2006 <i>apud</i> Gonçalves, 2016).</p>

Figura 16 - Gestantes e anestésicos locais.

Gestantes & anestésicos locais





Prilocaina, no período próximo ao fim da gestação, potencialmente acarreta cianose por metemoglobinemia em recém-nascidos

É indicado o uso de lidocaína para gestantes

O anestésico local pode afetar o feto de 2 maneiras: **diretamente** (quando ocorrem altas concentrações na circulação fetal) e **indiretamente** (alterando o tônus muscular uterino ou deprimindo os sistemas cardiovascular e respiratório da mãe)



Não é contraindicado anestésico local com **vasoconstritores**. Uma dose baixa não influencia efeitos hemodinâmicos placentários

Fonte: OLIVEIRA, P.J. Analgesia da Dor em Pacientes Comprometidos Sistemicamente. Odonto UP. 2017. Disponível em: <http://odontoup.com.br/analgesia-da-dor-em-pacientes-comprometidos-sistemicamente/>.

4.3.2 Analgésicos

A partir do momento em que julgamos necessária a medicação via oral, supomos que o benefício de sua utilização pode superar os riscos. No entanto, devemos lembrar que o tratamento medicamentoso das infecções odontogênicas é coadjuvante e não resolve o problema por si só. Dessa maneira, a indicação para qualquer odontalgia é o tratamento local, auxiliado, se necessário, pela terapia medicamentosa (POLITANO; ECHEVERRIA, 2014).

Toda intervenção cirúrgica odontológica provoca destruição tecidual, gerando uma resposta inflamatória aguda, caracterizada pela presença de dor, acompanhada ou não por edema e limitação da função mastigatória. Em casos de procedimentos pouco invasivos, a resposta inflamatória é simples e autolimitada, podendo ser prescrito um analgésico de ação periférica. Nos casos de intervenções mais complexas, fármacos com propriedades anti-inflamatórias serão necessários para prevenir a hiperalgesia e controle do edema pós-operatório (ANDRADE, 2014).

Veja a seguir (Figura 17) os principais analgésicos utilizados no pós-operatório, suas características e indicações para o controle da dor em gestantes.

Figura 17 - Principais analgésicos utilizados no pós-operatório, suas características e indicações para o controle da dor em gestantes.

Paracetamol

- Analgésico para dor suave a moderada.
- Fármaco de escolha em qualquer período da gestação.
- Deve ser prescrito na concentração de 500 mg - 750 mg, a cada 6 horas.

Dipirona sódica

- É o segundo fármaco de escolha.
- A indústria farmacêutica não recomenda seu uso no 1º trimestre nem no último trimestre.
- Risco de provocar fechamento prematuro do ducto arterial e de complicações perinatais, devido ao prejuízo da agregação plaquetária do binômio mãe-filho.

Analgésicos opioides (tramadol e codeína)

- São classificados nas categorias C ou D.
- Devem ser evitados, pois o uso prolongado ou doses altas estão associados a anomalias congênitas e depressão respiratória.

Fonte: Adaptado de: ANDRADE, 2014; ARMONIA E ROCHA, 2010.

AGORA É COM VOCÊ!

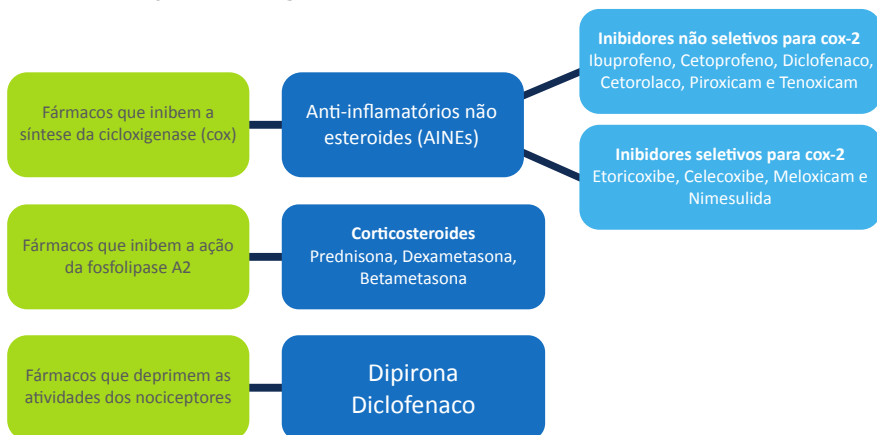
Uma paciente, no quinto mês de gestação, chega em seu consultório com queixa de dor espontânea, difusa, exacerbada pelo frio, caracterizando uma pulpíte sintomática. Qual conduta o profissional deve adotar, em termos de terapêutica medicamentosa, para essa situação clínica? Há necessidade de prescrição analgésica? Em caso de necessidade de intervenção odontológica, que medicação anestésica deverá ser indicada? Nesse caso, melhor que qualquer analgésico, seria uma intervenção.

A pulpectomia é o nosso procedimento de eleição. Este deve ser feito com toda a segurança e conforto de que a paciente precisa. A lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 ou 1:200.000 é nosso anestésico de primeira escolha e deve ser injetado lentamente, com aspiração prévia, obedecendo à técnica correta e não ultrapassando o número máximo de dois tubetes.

4.3.3 Anti-inflamatórios

Os anti-inflamatórios, assim como os analgésicos, podem ser classificados de acordo com o mecanismo de ação farmacológica (ANDRADE, 2014), como podemos ver na figura a seguir:

Figura 18 - Classificação de analgésicos e anti-inflamatórios de acordo com o mecanismo de ação farmacológica.



Fonte: ANDRADE, E.D. **Terapêutica medicamentosa em odontologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014.

Entre os AINEs, a substância padrão é o ácido acetilsalicílico, que é contraindicado na gestação, assim como os demais AINEs, principalmente no último trimestre de gestação, pois podem causar hemorragias na mãe e no feto, inércia uterina (contração insuficiente do útero durante ou após o parto) e fechamento prematuro dos canais arteriais do feto. O uso dos AINEs no último trimestre da gravidez está associado, também, ao prolongamento do trabalho de parto, devido à inibição da síntese de prostaglandinas relacionadas às contrações uterinas (VASCONCELOS; VASCONCELOS; MAFRA, 2012).

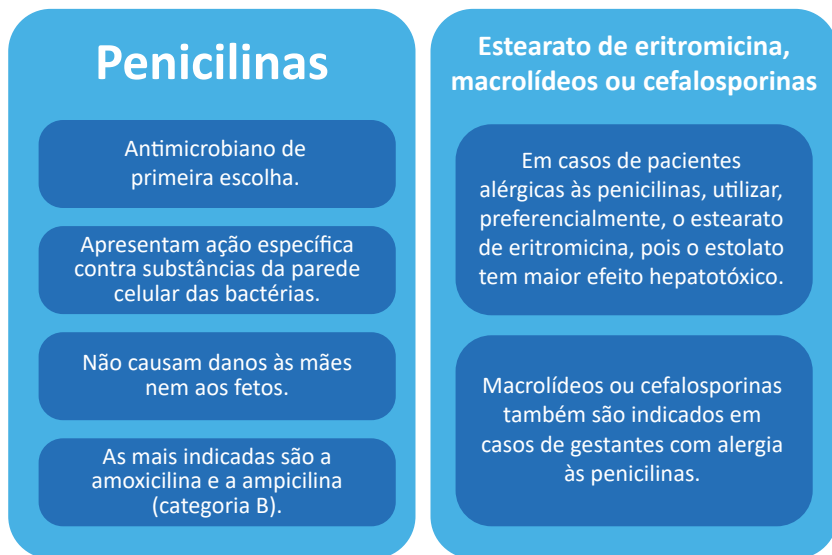
Quando houver necessidade do uso de um anti-inflamatório,

empregar dexametasona ou betametasona, em dose única de 2-4 mg, pois há evidências de que os corticoides não apresentam riscos de teratogenicidade em humanos (GUR et al., 2004).

4.3.4 Antibióticos

Em casos de infecções bacterianas, o principal tratamento consiste na remoção da causa, como a drenagem de um abscesso periodontal ou endodôntico. Se as infecções apresentarem sinais locais de disseminação e manifestações sistêmicas do processo (febre, mal-estar geral), deve-se complementar a descontaminação local com o uso sistêmico de antibióticos (ANDRADE, 2014). Veja a seguir (Figura 19) os principais antimicrobianos utilizados em gestantes e suas características:

Figura 19 - Principais antimicrobianos utilizados em gestantes e suas características.



Fonte: Adaptado de: ANDRADE, 2006 *apud* GONÇALVES, 2016; VASCONCELOS; VASCONCELOS; MAFRA, 2012.

Em casos de infecções mais avançadas, associar a penicilina ao metronidazol ou clavulanato de potássio. E, se a paciente for alérgica, optar pela clindamicina (ANDRADE, 2014).

As tetraciclinas são contraindicadas, pois atravessam a membrana placentária e são capazes de se ligar à hidroxiapatita, provocando uma coloração que vai do amarelo-claro ao marrom-escuro e que pode afetar os dentes decíduos. A dentição decídua se torna suscetível quando as tetraciclinas são administradas às mães entre o 4º mês da gestação até cerca de nove meses após o nascimento do bebê. Os dentes permanentes, quando a tetraciclina é administrada em crianças de 3 meses a 8 anos de idade (YAFFE et al., 1975; TREDWIN et al., 2005; SCIUBBA et al., 2012). Essas drogas também podem ser depositadas no tecido ósseo do feto, provocando retardo no crescimento, durante as primeiras semanas do pós-parto, e podem induzir anemia hemolítica ou icterícia no neonato (VASCONCELOS; VASCONCELOS; MAFRA, 2012). A figura a seguir (Figura 20) exhibe aspectos clínicos da pigmentação dental por tetraciclina, consequentes da administração do fármaco em crianças.

Figura 20 - Efeito da Tetraciclina sobre a dentição permanente.



Fonte: Wu S. Branqueamento em ambulatório de dentes pigmentados por tetraciclina – caso clínico [dissertação]. Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa, 2011. 62 p.

Em resumo, pode-se afirmar que o cirurgião-dentista tem disponível fármacos SEGUROS para realizar o tratamento odontológico da gestante, em qualquer período da gestação. Alguns fármacos de uso rotineiro do cirurgião-dentista podem mudar de classificação, de acordo com a FDA (Food and Drug Administration), de um trimestre para o outro. Basta que o profissional esteja atento e consulte a classificação em caso de dúvida. Dessa maneira, estará indicando com segurança um fármaco para o tratamento odontológico da gestante.

4.4 Exames radiográficos orais durante a gestação

A anamnese e o exame físico detalhado são primordiais na clínica. A primeira medida para evitar problemas com tomadas radiográficas é uma anamnese bem elaborada sobre a vida sexual da paciente, já que poucas mulheres têm consciência da gravidez, nas primeiras oito semanas de gestação, coincidindo com o período crítico da organogênese (VASCONCELOS; VASCONCELOS; MAFRA, 2012).

No entanto, muitas vezes, os exames de imagem são essenciais para fecharmos o correto diagnóstico e efetuarmos o tratamento. Nestes casos, o cirurgião-dentista não deve ter medo de lançar mão do exame radiográfico, mesmo nas gestantes, tomando todos os cuidados necessários. O estudo de Martins et al. (2013) mostrou que quase todos os profissionais pesquisados faziam tomadas radiográficas para diagnóstico em gestantes e que, aqueles que não o fazem, a recusa acontece muito mais por considerações emocionais do que pelo conceito legítimo da ciência (POLETTTO et al., 2008 *apud* MARTINS et al., 2013).

Veja a seguir algumas medidas que reduzem a exposição aos raios-x e podem proteger a gestante, durante o exame radiográfico (Figura 21):

Figura 21 - Medidas de radioproteção utilizadas durante o exame radiográfico à gestante.



Fonte: Adaptado de: GONÇALVES, K.F. **Cuidado odontológico no pré-natal na atenção primária à saúde**: dados do PMAQ-AB. 2016. 73 p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2016. Disponível em: < <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/150274/001008775.pdf?sequence=1>>.

Apesar de ainda ser encontrado no mercado filmes de sensibilidade D, estão disponíveis filmes de sensibilidade E, que reduzem o tempo de exposição em 52%, comparando-se com o de sensibilidade D e com sensibilidade F (ultrasensíveis), que necessitam de 20% menos tempo de exposição que as de sensibilidade E (MELO; MELO, 2008).

Dessa forma, a gestante é exposta a uma dosagem consideravelmente menor do que a dose necessária para causar malformações, afinal o feto recebe apenas 0,0001 mGy e ele pode receber até 50 mGy sem que sofra dano algum, segundo o *National Council of Radiologic Protection and Measurements* (ANDRADE, 2014).

Uma radiografia periapical expõe o paciente a cerca de 0,01 milirad de radiação, sendo esta dose 40 vezes menor que a dose de radiação cósmica recebida diariamente (GRILO, 2016).



Agora que você já conhece as indicações para prescrição medicamentosa à gestante e à puérpera (anestésicos, analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos), bem como as recomendações para a realização da tomada radiográfica, revisitaremos o caso de Juliana, gestante atendida na Unidade de Saúde na qual você atua como cirurgião-dentista.

Retomando o caso Juliana – sensação dolorosa

Além das queixas de xerostomia e gengivite, Juliana ressalta que vem sentindo muitas dores em dois dentes, contudo não se sente segura em tomar nenhuma medicação por medo dos malefícios que essa pode causar ao seu bebê. Você parabeniza Juliana pela atitude e informa a ela que esta sensação dolorosa deve estar associada à presença de lesões extensas de cárie, com possível comprometimento pulpar, mas este achado só pode ser confirmado por meio de tomadas radiográficas. Você verifica ainda que há tumefação nos tecidos moles na região apical dos referidos dentes.

Ao receber essa informação, Juliana demonstra insegurança e se mostra reticente quanto à realização do procedimento.

Diante da reação de Juliana, como você orientaria a gestante quanto à realização da tomada radiográfica? Em casos de exacerbação da sensação dolorosa e necessidade de terapia medicamentosa, qual(is) fármaco(s) você prescreveria com segurança para situações como a de Juliana?

4.5 Fluoroterapia x gestação

O maior benefício do uso de fluoretos é seu efeito local, agindo nos processos de desmineralização e remineralização do esmalte dentário. Não há evidência científica que justifique o efeito sistêmico da suplementação de flúor. Logo, a suplementação pré-natal é contraindicada.

A associação de flúor com complexos vitamínicos que contêm cálcio diminui a absorção em 50% dos dois elementos. A diminuição da absorção de flúor não traz nenhuma consequência séria, mas a de cálcio sim, pois este é um elemento extremamente importante para a gestante e para o bebê (VASCONCELOS; VASCONCELOS; MAFRA, 2012).

Veja a seguir as indicações de tratamento com flúor voltadas para a gestante (Figura 22):

Figura 22 - Tratamento com flúor voltado para a gestante e suas indicações.



Mães podem apresentar refluxo gástrico severo, causado por náuseas e vômitos, durante a gravidez.



Este evento pode causar erosão do esmalte dentário.



Nestes casos, a aplicação de flúor tópico (ATF) e o tratamento restaurador podem ser necessários para cobrir a dentina exposta e diminuir a sensibilidade e a lesão na dentição.



Contudo, o flúor gel pode causar náuseas, sendo mais recomendado o uso de vernizes.

Fonte: Adaptado de: GIGLIO, N. W. Oral Health Care for the Pregnant Patient. **J Can Dent Assoc.** v. 75, n. 1, p. 43–48, 2009.

IMPORTANTE!

“Não há razão para a prescrição de flúor pré-natal, e esses produtos deveriam ser retirados do mercado pelo simples fato de não estarem associados a nenhum benefício de sua utilização, são deseducativos. A Odontologia deve estar inserida numa equipe de saúde que prepare a futura mãe para o controle da doença, e não para acreditar em uma medicação inócua.” (CURY, 2017)

PARA SABER MAIS!

Sugerimos a leitura do material o “USO DO FLÚOR E CONTROLE DA 2 CÁRIE COMO DOENÇA”, do autor Jaime Aparecido Cury, para aprofundar os aspectos trabalhados até [aqui](#).



4.6 Cuidados odontológicos nos trimestres gestacionais

O pré-natal odontológico foi um termo criado para designar a importância de a gestante visitar o cirurgião-dentista, seja para seu autocuidado, seja para receber orientações sobre a saúde bucal do bebê.

Este conjunto de ações faz parte do Programa de Atenção à Saúde da Mulher, segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Contudo, alguns fatores contribuem para o enfraquecimento desta estratégia, como:



A saúde do bebê começa pela boca da sua mãe - Pré natal Odontológico é fundamental!

Figura 23 - Fatores que contribuem para o enfraquecimento do Programa de Atenção à Saúde da Mulher, segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB).

Falta de consultórios odontológicos nas Unidades de Saúde, o que impede a realização de pré-natal.

Medo que os profissionais têm de serem responsabilizados por qualquer fatalidade que possa ocorrer com o bebê.

Insegurança ou desconhecimento acerca dos cuidados necessários e as especificidades que as mudanças fisiológicas da gravidez requerem no atendimento odontológico da gestante.

Fonte: Adaptado de: JANSSEN; FONSECA; ALEXANDRE, 2016; MARTINS et al., 2013.

Esses comportamentos corroboram a perpetuação de crenças e mitos acerca da segurança do atendimento odontológico das gestantes. É importante reforçar a interação profissional com médicos e, principalmente, com os enfermeiros, pois estes são fundamentais para auxiliarem na transmissão de informações a respeito de saúde bucal, durante a gestação, assim como para solidificar a importância do cuidado com a saúde bucal das futuras mães (GONÇALVES, 2016).

O estudo de Santos Neto et al. (2012), desenvolvido com puérperas que realizaram o pré-natal em maternidades públicas da Região Metropolitana da Grande Vitória (ES), nos traz dados preocupantes sobre a frequência de cuidados realizados pelo cirurgião-dentista, nos níveis educativo, preventivo e curativo durante o pré-natal. Conheça esses dados na tabela a seguir:

Tabela 1 - Avaliação da assistência odontológica ao pré-natal segundo níveis de atenção à saúde. RMGV-ES. 2010.

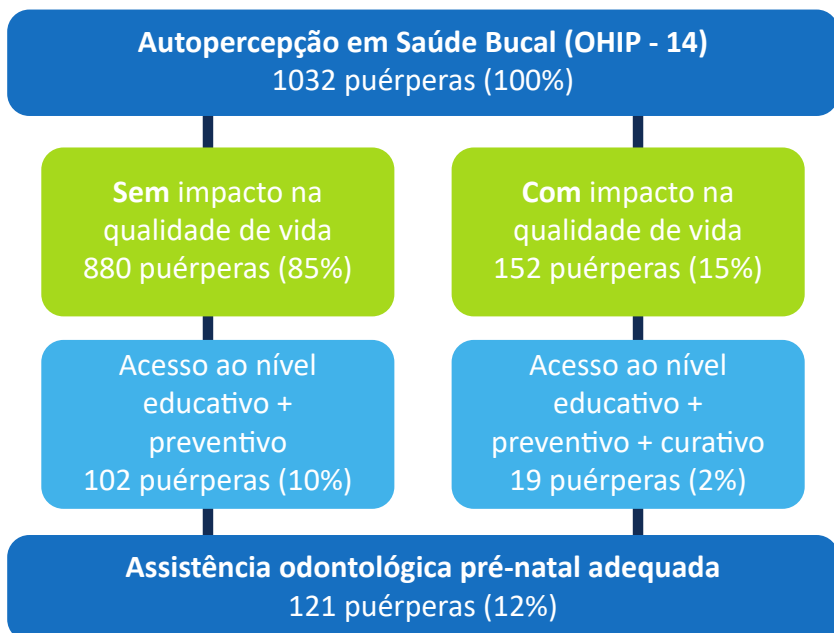
	Itens de avaliação	n	Intervalo de Confiança (95%)	
Nível educativo	Amamentação exclusiva por seis meses	525	50,7	47,7-53,8
	Amamentação por dois anos	412	39,8	36,8-42,8
	Prejuízos do uso de mamadeira	380	36,7	33,8-39,7
	Prejuízos do uso de chupetas	377	36,4	33,5-39,4
	Amamentação e desenvolvimento craniofacial	423	40,9	37,9-43,9
	Amamentação e prevenção de doenças respiratórias	402	38,8	35,9-41,8
	Higiene bucal materna	377	36,4	33,5-39,4
	Higiene bucal pós-natal	342	33,0	30,2-35,9
	Alimentação saudável	519	50,1	47,1-53,2
	Uso de flúor	191	18,5	16,1-20,8
	Avaliação			
De zero a quatro informações	585	56,5	53,5-59,5	
De cinco a dez informações	427	41,3	38,3-44,3	
Nível Preventivo	Consulta de revisão	112	10,8	8,9-12,7
	Escovação supervisionada	165	15,9	13,7-18,2
	Profilaxia profissional	197	19,0	16,6-21,4
	Aplicação do flúor	136	13,1	11,1-15,2
	Avaliação			
	Pelo menos um tipo de assistência preventiva	217	21,0	18,5-23,4
Assistência Educativa e Preventiva	121	11,7	9,7-13,6	
Nível Curativo	Consulta por motivo de dor	87	8,4	6,7-10,1
	Extração dentária	30	2,9	1,9-3,9
	Restauração dentária	126	12,2	10,2-14,2
	Tratamento endodôntico	20	1,9	1,1-2,8
	Tratamento gengival	19	1,8	1,0-2,7
	Administração odontológica medicamentosa	43	4,2	2,9-5,4
	Avaliação			
	Pelo menos um tipo de assistência curativa	172	16,6	14,4-18,9
Assistência Educativa, Preventiva e Curativa	77	7,4	5,8-9,0	

Fonte: SANTOS NETO, E.T. et al. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3057-3068, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a21.pdf>.

Percebe-se que apenas as informações de aleitamento materno exclusivo até os seis meses e alimentação saudável ultrapassam a frequência de 50%. Apenas 20% das mulheres receberam cuidados preventivos e 17% algum tipo de tratamento curativo.

A Figura seguinte, deste mesmo estudo, nos mostra um diagrama de avaliação da assistência odontológica. Veja a seguir:

Figura 24 - Diagrama de avaliação da assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. RMGV-ES. 2010.



Fonte: SANTOS NETO, E.T. et al. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3057-3068, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a21.pdf>>.

Após avaliar os dados expostos acima, vamos refletir como está o atendimento odontológico ao pré-natal em sua UBS. O que pode estar contribuindo para a baixa adesão ao pré-natal odontológico? A equipe, composta pelo cirurgião-dentista, médico, enfermeiro e agente comunitário de saúde (ACS), está trabalhando de forma a garantir um atendimento integral à gestante ou está atendendo de forma desvinculada?

O ideal é que toda a equipe de saúde articule seus campos de conhecimento, para viabilizar o processo de assistência pré-natal humanizado e de qualidade, baseado em evidências para atender à gestante de forma efetiva e integral.

O tratamento odontológico pode e deve acontecer em qualquer momento da gestação. É importante lembrar que a persistência de um quadro de infecção é mais prejudicial para mãe e para o bebê que qualquer tratamento que possa ser instituído pelo cirurgião-dentista. Vale ressaltar que alguns cuidados devem ser tomados para um atendimento mais seguro ao binômio mãe-filho (ADA, 1995 apud GONÇALVES, 2016).

REFLETINDO!

Observe a figura abaixo e perceba as principais características dos estágios gestacionais, refletindo sobre prováveis impactos no atendimento odontológico.

Figura 25 - Principais características dos estágios gestacionais e seu impacto no atendimento odontológico.



1º trimestre: Principais transformações embriológicas estão acontecendo com o bebê.



2º trimestre: Período mais estável.



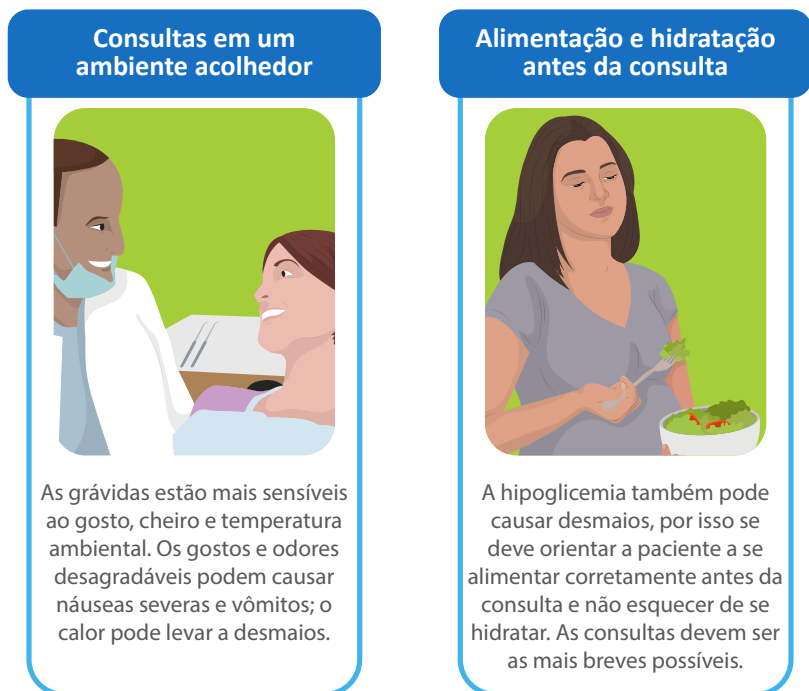
3º trimestre: Maior risco de formação de cálculos para a mamãe. Maior frequência urinária e desconforto na posição de decúbito-dorsal.

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>.

O fato de o primeiro trimestre constituir o período de organogênese, onde as principais transformações embriológicas estão acontecendo e do terceiro exigir do profissional alguns cuidados, para garantir um tratamento odontológico sem intercorrências para a gestante, todos os trimestres são compatíveis com o tratamento odontológico, podendo a gestante realizar qualquer tipo de tratamento odontológico necessário para restabelecer sua saúde bucal. Sendo assim, o tratamento odontológico da gestante pode ser feito em qualquer trimestre gestacional.

Contudo, é importante que algumas medidas sejam tomadas para que o atendimento odontológico à gestante ocorra da melhor maneira possível. Veja na Figura 26 duas medidas possíveis:

Figura 26 - Medidas que devem ser tomadas para o atendimento odontológico à gestante.



Fonte: Adaptado de: GIGLIO, N. W. Oral Health Care for the Pregnant Patient. **J Can Dent Assoc.** v. 75, n. 1, p. 43–48, 2009.

Além dessas medidas, é importante que algumas informações sejam reforçadas em todas as consultas, como podemos ver na Figura a seguir:

Figura 27 - Informações que devem ser reforçadas em todas as consultas.



A atenção com a qualidade e a frequência da ingestão, orientando sobre a importância em evitar uma dieta cariogênica, uma vez que a capacidade tampão da saliva está alterada, além da redução do fluxo salivar.



As orientações de higiene bucal, como o uso de dentifício fluoretado com pelo menos 1.000 ppm F e a necessidade de higienizar a boca regularmente.



Não escovar os dentes logo após os episódios de vômito. Nesta ocasião, preferir enxaguar com colutório com flúor ou água com bicarbonato de sódio.



O controle do biofilme por meio de uma cuidadosa técnica de escovação e uso do fio dental. O bochecho com colutórios fluoretados também pode ser realizado, mas é importante salientar que o bochecho não substitui a escovação.

Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2017.

4.6.1 Cuidados no primeiro trimestre

No primeiro trimestre, a mulher ainda está se adaptando à gravidez. Pode apresentar náuseas e vômitos e estar mais temerosa, por ser um período mais delicado da gestação. Este é o período de formação dos órgãos do bebê e a mulher se vê culturalmente inserida em mitos e crenças. Logo, este não é o momento mais confortável para a futura mamãe realizar as intervenções, mas é um bom momento para a primeira consulta do pré-natal odontológico. O cirurgião-dentista

deve aproveitar este momento para (NASEEM et al., 2016):

- Informar sobre as mudanças que ocorrerão no corpo da gestante e a repercussão dessas mudanças na cavidade bucal.
- Das instruções de higiene bucal, reforçando o controle do biofilme dental.
- Fazer exame clínico e profilaxia.

4.6.2 Cuidados no segundo trimestre

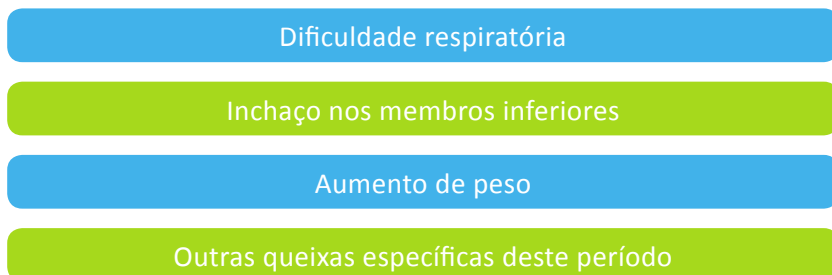
Neste período em que a organogênese já está completa e a barriga da gestante ainda não está tão grande, é um bom momento para a realização de procedimentos eletivos mais invasivos, caso for necessário.

- É seguro realizar raspagem e alisamento radicular, restaurações, tratamento endodôntico, exodontias, tomadas radiográficas.
- É importante reforçar as orientações sobre controle do biofilme dental e realizar terapia periodontal.

4.6.3 Cuidados no terceiro trimestre

Todos os procedimentos realizados no segundo trimestre podem ser realizados, também, no terceiro, mas não devem ultrapassar a metade deste período. As maiores limitações se referem ao desconforto da mãe, como:

Figura 28 - Principais limitações que se referem ao desconforto da mãe durante o atendimento odontológico.

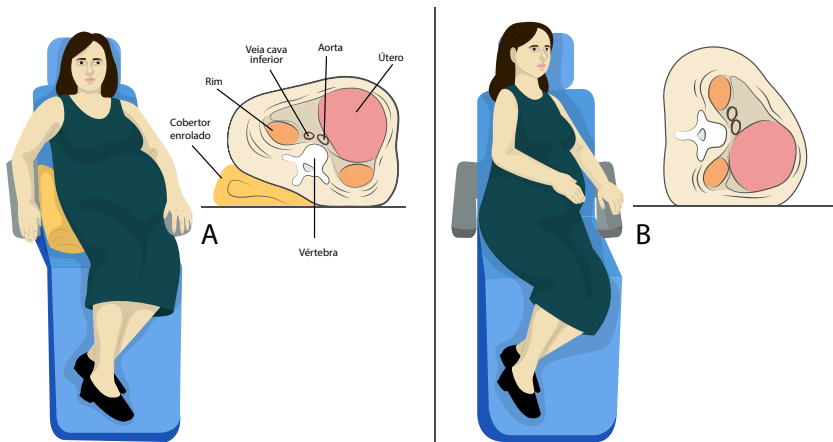


Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2017.

Embora não muito frequente, algumas gestantes podem apresentar a síndrome hipotensiva, da posição supina, devido à compressão da veia cava inferior e da aorta pelo útero gravídico. Essa síndrome, se caracterizada por diminuição do débito cardíaco e inicialmente, pode levar a um aumento da frequência cardíaca e da pressão sanguínea, seguida de hipotensão, bradicardia e síncope, podendo ser acompanhada de tontura e náusea. Também ocorre a diminuição da perfusão uteroplacentária. Além disso, a posição supina pode causar uma diminuição da tensão arterial de oxigênio (PaO₂) e aumentar a incidência de dispepsia do refluxo gastroesofágico.

A posição ideal é de decúbito lateral para esquerda, em um ângulo de aproximadamente 15°. O cirurgião-dentista deve elevar ligeiramente o encosto da cadeira e pedir para a gestante se virar sobre o braço esquerdo. Isso pode ser feito sem inclinar o encosto, mais na posição supina, apoiando uma almofada nas costas, no lado direito da gestante, permitindo que o peso fetal se desloque para a esquerda e não comprima a veia cava (Figura 29).

Figura 29 - Posição supina.



Fonte: Adaptado de: Grilo, 2016; Kurien et al., 2013.

Agora que você já conhece as particularidades do atendimento odontológico à gestante, retomemos o caso de Juliana. Ela está grávida de seis meses de seu primeiro filho e se depara com algumas inseguranças quanto à intervenção odontológica.



Retomando o caso de Juliana – intervenção odontológica

Após a realização de exames clínico e radiográfico adequados para diagnóstico das lesões, você resolve marcar uma nova consulta para Juliana, uma vez que a gestante não estava se sentindo muito bem no primeiro atendimento. Ela revela que, em decorrência dos enjoos que sente, não se alimentou com receio de ter novos episódios de vômito durante a consulta.

Uma semana depois, Juliana retorna para a realização dos procedimentos. Mesmo com as orientações passadas por você e pela equipe de saúde bucal, Juliana ainda demonstra insegurança quanto à realização das intervenções e relata ainda que não se sente à vontade na cadeira odontológica, apresentando uma série de desconfortos, o que, segundo ela, impossibilitaria a realização de procedimentos.

Considerando o período gestacional de Juliana, que procedimentos podem ser realizados para o tratamento das alterações apresentadas pela gestante? Que orientações prévias à intervenção devem ser reforçadas? De que forma você poderia proporcionar mais conforto à gestante durante o atendimento, favorecendo a adesão ao tratamento?

5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL NO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

A gestação deve ser um momento para construir a educação em saúde, voltada para o bem-estar do binômio mãe-filho (COSTA et al., 2010). As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal ressaltam que as mães têm papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos na primeira infância, logo é importante que, durante o pré-natal, sejam introduzidas ações educativo-preventivas (BRASIL, 2004).

Em um estudo qualitativo realizado na Paraíba, algumas grávidas relataram ter permanecido com dúvidas por toda a gestação, refletindo as falhas no compartilhamento de informações entre profissional-paciente (COSTA et al., 2010) e profissional-profissional.

REFLETINDO!

Será que acontece comunicação nas consultas de pré-natal odontológica em minha prática diária? Qual a qualidade dessa comunicação?

É importante pensar que uma consulta, antes mesmo de ser uma atividade técnica, é uma relação interpessoal e requer o mínimo de interação entre o profissional e o paciente. Costa et al. (2010) nos lembra que “qualquer tipo de atuação visando à melhoria da assistência em saúde deve se voltar à capacitação dos profissionais de saúde, para a busca constante do aperfeiçoamento das relações sociais que se desenvolvem no dia a dia dos serviços, numa perspectiva crítica de visualizar, com naturalidade, os problemas advindos da convivência humana, em qualquer situação na qual ela ocorra”.

Nesse momento em que a mãe está voltada para o feto e disposta a apreender novos conhecimentos para a sua saúde e a do seu bebê, informações importantes para a prevenção de doenças e promoção da saúde devem fazer parte da consulta odontológica. Quanto maior for o conhecimento da mãe sobre os bons hábitos de cuidados com a saúde bucal, melhores serão os resultados em seus filhos (RIGO; DALAZEN; GARBIN, 2016).

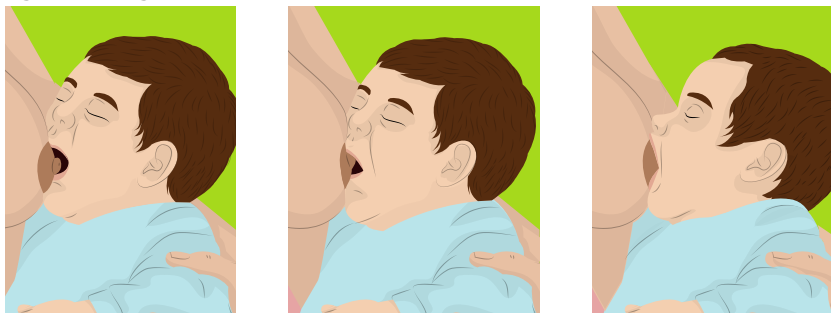
A partir de agora, ressaltaremos algumas **orientações para a família acerca da saúde bucal dos bebês**. Lembre-se de que são muitas informações. Por isso, reforce-as em ações tanto individuais como coletivas.

As mães desempenham um papel fundamental na formação do bom comportamento para a saúde bucal de seus filhos. Quanto maior o conhecimento delas sobre atitudes positivas em relação aos hábitos bucais, melhor a condição bucal das crianças. É preciso lembrar que toda a família deve ser envolvida nesse processo.

Aleitamento Materno

A Associação Brasileira de Odontopediatria (2017) reforça a importância do leite materno como o alimento ideal para a nutrição e conforto emocional do bebê. Veja na figura a seguir a maneira correta de pega da mama pelo bebê, durante o aleitamento materno:

Figura 30 - Pega correta da mama.



O bebê deve ficar o mais sentado possível e abocanhar toda a auréola mamária para que haja um vedamento labial, que promove a pressão necessária para a saída do leite e obriga o bebê a respirar pelo nariz.

Fonte: DA FERTILIDADE à maternidade. **Amamentação:** A importância da pega correta do bebê. 2015. Disponível em: <<http://www.dafertilidadeamaternidade.com.br/2015/08/amamentacao-importancia-pega.html?m=1>>.

Este movimento de pressão e ordenha promove o exercício da respiração nasal, posicionamento correto da língua e estímulo de crescimento para a correta posição das arcadas dentárias. Durante a amamentação no peito, o bebê realiza um exercício físico oral que estimula toda a musculatura da boca. Assim, é muito importante que o bebê realize o esforço da sucção. Veja na figura a seguir os benefícios da amamentação para a formação facial do bebê:

Figura 31 - Amamentação e o crescimento e desenvolvimento facial do bebê.



Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2018.

Prevenção da Cárie

Uma questão a ser tratada nas consultas diz respeito ao conhecimento das gestantes sobre a sua saúde bucal e a interferência que este fato pode ter com a saúde bucal da criança, nos primeiros anos de vida, e a relação com a cárie precoce na infância, além de suas implicações futuras, como prejudicar o desenvolvimento cognitivo e a qualidade de vida da criança (ZHONG et al., 2015 *apud* GONÇALVES, 2016).

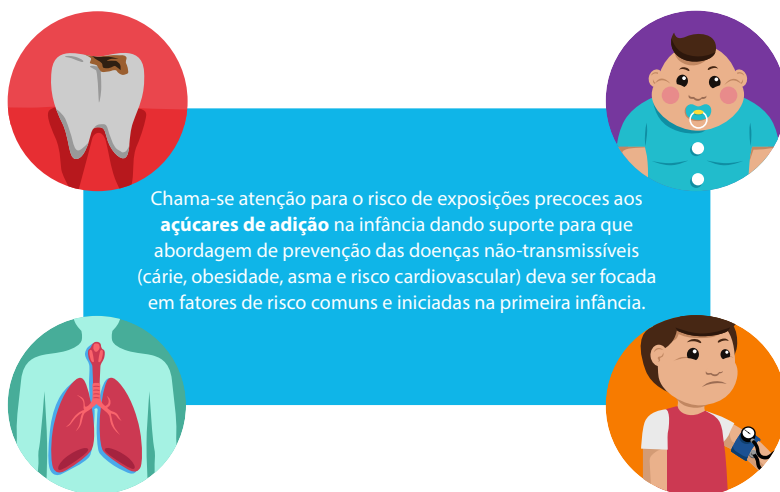
Práticas alimentares maternas são transmitidas para seus filhos, incluindo uma preferência por doces e bebidas açucaradas (OKUBO et al., 2012). Atitudes dos pais em relação às práticas alimentares são decisivas na prevenção da cárie na primeira infância. Nesse sentido, ressalta-se que:

- O consumo de açúcares de adição deve ser evitado ou pelo menos reduzido como forma de prevenção da cárie e da obesidade, e possivelmente de outras doenças não-transmissíveis (WHO, 2015); incluindo o risco cardiovascular (VOS, 2017).

- O consumo de bebidas ricas em açúcar de adição está associado à asma em crianças (DECHRISTOPHER et al., 2016).

- A asma é claramente associada à cárie em crianças (ALAVAIKKO et al., 2011).

Figura 32 - Consumo de açúcares de adição e a prevenção de doenças não transmissíveis na primeira infância.



Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2017.

Estes hábitos devem ser evitados, uma vez que favorecem o estabelecimento das lesões de cárie no bebê. Daí a relevância de identificarmos as mulheres com elevado risco de cárie e intervir precocemente, além de motivar os pais sobre os benefícios de adquirir bons hábitos de higiene bucal (VILLA et al., 2013).

O importante é que se oriente a gestante em relação à instalação de hábitos saudáveis no núcleo familiar, visando à construção de um ambiente compatível com saúde. Hoje a recomendação mais relevante nesse período é a de orientar para evitarem a introdução de açúcar na vida das crianças menores de 2 anos de idade (VOS et al., 2017) e realizarem controle efetivo de biofilme, a partir da erupção do primeiro dente na cavidade bucal.

IMPORTANTE!

A amamentação tem um claro efeito de proteção contra infecções, na má oclusão, no aumento da inteligência; além da redução do sobrepeso e diabetes nas crianças amamentadas por mais tempo. Além disso, há benefício da proteção contra o câncer de mama e de ovário e do diabetes tipo 2 nas mulheres que amamentam (VICTORA, 2016). Nesse contexto de reconhecidos benefícios da amamentação por mais tempo para a saúde das mulheres e crianças, a recomendação deve seguir as diretrizes da OMS para que as crianças sejam aleitadas até os dois anos de vida ou mais.

Para o controle da doença em casos específicos de crianças cárie-ativas, quando verificadas práticas de aleitamento prolongadas e noturnas, estas devem ser desestimuladas e prontamente estabelecidas medidas de higiene bucal para essas crianças com dentifrícios fluoretados

de, pelo menos, 1000 ppm de flúor (F) e sempre analisando o uso concomitante de fontes de consumo de sacarose por essas crianças.

Higiene Bucal do Bebê

A higiene bucal do bebê deve ter início tão logo irrompa o primeiro dente decíduo na cavidade bucal. Veja na Figura 33 algumas informações sobre a adequada higiene bucal do bebê.

Figura 33 - Informações sobre a higiene bucal do bebê.



A higiene deve ser realizada com escova dental infantil, de tamanho compatível com a idade da criança e cerdas macias.



Tão logo se tenha erupção de dentes posteriores, o fio dental deve ser utilizado para limpeza entre os dentes.

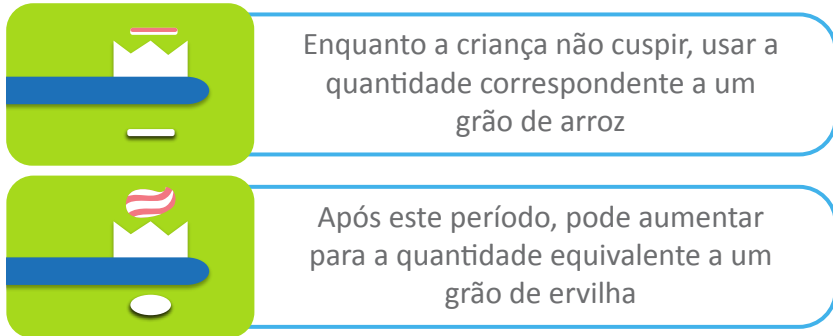


Em relação ao dentífrico, o fluoretado é considerado um dos métodos mais racionais de prevenção das cáries, pois alia a remoção do biofilme dental à exposição constante ao flúor, portanto deve ser introduzido com a erupção dos primeiros dentes.

Fonte: UNA-SUS/UFMA.

Os estudos atuais recomendam o uso de dentífrico fluoretado desde a erupção do primeiro elemento, na concentração mínima de 1000 ppm F. Deve-se ficar atento à quantidade de pasta na escova (WALSH et al., 2016; CURY; TENUTA, 2014; OLIVEIRA; SANTOS; NADAVOSKY, 2012), conforme podemos observar na Figura 34:

Figura 34 - Quantidade de pasta na escova.



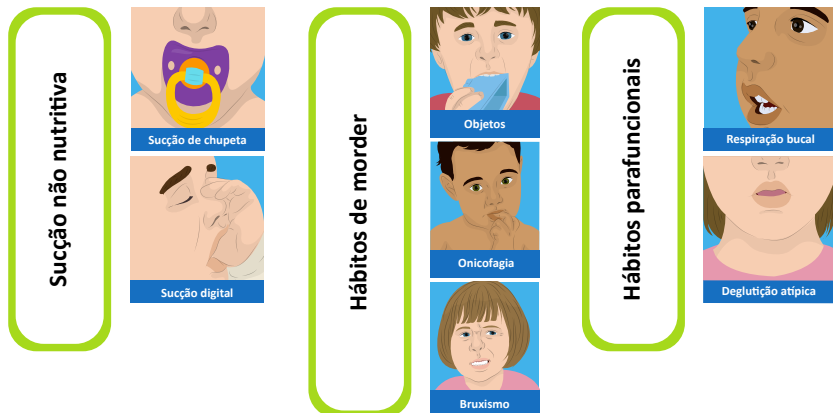
Fonte: WALSH, T. et al. Fluoride toothpaste of diferente concentration for preventing dental carien in children and adolescent (Reviw). **The Cochrane Colaboration**, 2016.

A higienização com dentifrício fluoretado deve ser realizada ao menos duas vezes ao dia, para que a criança possa se beneficiar do uso do fluoreto.

Prevenção de Hábitos Deletérios

Os hábitos orais deletérios podem desencadear más oclusões alterando o seu padrão respiratório, de deglutição e de fala da criança. Eles podem ser divididos de acordo com o apresentado na Figura 35:

Figura 35 - Hábitos orais deletérios na criança.



Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2017.

Algumas teorias tentam explicar a etiologia dos hábitos deletérios. A primeira está relacionada à necessidade de sucção durante o período de amamentação. A segunda atribui a distúrbios emocionais e a terceira teoria associa a repetição de um comportamento aprendido.

A influência da família é muito importante para a eliminação do hábito. O método mais utilizado para que a criança o abandone é o aconselhamento e conscientização, mas também podem ser utilizados dispositivos mecânicos, como o uso de aparelhos ortodônticos tipo “lembrete”, que podem ser eficazes na erradicação dos hábitos orais deletérios (SERRA NEGRA et al., 2006).

PARA SABER MAIS!

O caderno de Saúde Bucal nº 17 (BRASIL, [2008](#)) traz boas informações sobre a organização da saúde bucal por ciclo de vida.



Agora que você já conhece as principais orientações que devem ser transmitidas para a família acerca da saúde bucal dos bebês, que tal revisitarmos o caso de Juliana, que foi atendida por você e pela equipe de saúde bucal, na unidade de saúde?



Juliana foi acompanhada durante o 2º e 3º trimestres pela equipe e agora aguarda ansiosamente a chegada de seu bebê. Como toda mamãe de primeira viagem, Juliana ainda se depara com muitas dúvidas, especialmente sobre os cuidados com a saúde bucal de seu filho. Em conversas com amigas e familiares, Juliana percebe

que muitas pessoas dizem que o aleitamento materno cria uma situação de “dependência” do bebê com relação à mãe, o que pode dificultar seu retorno ao trabalho. Uma amiga compartilha ainda que o aleitamento materno pode causar cárie, enquanto outra comenta que o leite materno protege os dentes do bebê contra a cárie, o que torna a escovação desnecessária.

Diante dessas informações, de que forma você orientaria Juliana quanto aos cuidados com a saúde bucal de seu filho? Qual o possível impacto dessas informações, no que diz respeito ao desenvolvimento do bebê?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados com a saúde da gestante são de responsabilidade de toda a equipe de saúde. Contudo, é papel do cirurgião-dentista, como ator capaz de prevenir doenças relacionadas à cavidade bucal que podem ser exacerbadas na gravidez e trazer consequências para o parto e para a saúde do bebê e da criança, reconhecer as principais alterações fisiológicas da gestação e identificar as situações de indicação de prescrição medicamentosa.

Para promover e restaurar a saúde, é preciso estar atualizado e respaldado em evidências científicas, mas sempre respeitando a cultura, as crenças e a individualidade de cada mãe que acredita em seu trabalho e que se dispõe a estabelecer uma parceria, na empreitada mais importante de sua vida: gerar um novo ser.

REFERÊNCIAS

ABO-odontopediatria. ALOP. IAPD. **Atendimento odontológico ao recém-nascido**. 2017. Disponível em: <<http://abodontopediatria.org.br/AtendimentoodontologicoaoRECEM-NASCIDO.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2017.>

ALAVAIKKO, S. et al. Asthma and caries: a systematic review and meta-analysis. **Am J Epidemiol**. v. 174, n. 6, p. 631-41. sep. 2011.

AMERICAN Academy of Periodontology. **Expectant mothers periodontal health vital to health of her baby**. Chicago, 2017. Disponível em: <https://www.perio.org/consumer/AAP_EFP_Pregnancy>. Acesso em: 21 ago. 2017.>

AMIN M.; ELSALHY, M. Factors affecting utilization of dental services during pregnancy. **J Periodontol**. v. 85, n.12, p. 1712–21. dec. 2014.

ANDRADE, E.D. **Terapêutica medicamentosa em odontologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014.

ARMONIA, P.L.; ROCHA, R.G. **Como prescrever em odontologia**. 9. ed. São Paulo: Ed. Santos, 2010.

BASTOS, V.A.S.; FERNANDES, L.B.F.; FIDALGO, T.K.S.; MARTINS, C.; MATTOS, C.T.; DE SOUZA, I.P.; MAIA, L.C. Mother-to-child transmission of *Streptococcus mutans*: A systematic review and meta-analysis. **J of Dent**. v. 43, p. 181-191. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 29 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2018.

_____. _____. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>. Acesso em: 28 fev. 2018.

_____. _____. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 20 set. 2017.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2017.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 302 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 26 set. 2017.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf>. Acesso em: 20 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>. Acesso em: 20 set. 2017.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.4, n.2, Rio de Janeiro, 1999.

CDA FOUNDATION. **Oral Health During Pregnancy and Early Childhood: Evidence Based Guidelines for Health Professionals**. Califórnia, 2010. Disponível em: <https://www.cdafoundation.org/portals/0/pdfs/poh_guidelines.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2017.

CHAFFEE, B.W.; FELDENS, C.A.; VÍTOLO, M.R. Association of long-duration breastfeeding and dental caries estimated with marginal structural models. **Annals of Epidemiology**, v. 24, p. 448-454, 2014.

CHAMBRONE L. et al. Evidence grade associating periodontitis to preterm birth and/or low birth weight: I. A systematic review of prospective cohort studies. **J Clin Periodontol.**, v. 38, n. 9, p. 795-808, sep. 2011.

CORBELLA S. et al. Periodontal disease as a risk factor for adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. **Odontology**, v. 100, n. 2, p. 232-40, jul. 2012.

COSTA, E. S. et al. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 11, n. 2, p. 86-93, 2010.

CURY, J.A. **Uso do flúor e controle da cárie como doença**. Odontologia Restauradora – Fundamentos e Possibilidade, 2017. Disponível em: <http://w2.fop.unicamp.br/dcf/bioquimica/downloads/mat_consulta4-usofluorcontrolocarie.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2017.

CURY, J.A.; TENUTA, L.M. Evidence-based recommendation on toothpaste use. **Braz Oral Res.**, v. 28, p. 1-7, 2014.

DA FERTILIDADE à maternidade. **Amamentação:** A importância da pega correta do bebê. 2015. Disponível em: <<http://www.dafertilidadeamaternidade.com.br/2015/08/amamentacao-importancia-pega.html?m=1>> Acesso em: 22 ago. 2017.

DECHRISTOPHER, L. R. et al. Intakes of apple juice, fruit drinks and soda are associated with prevalent asthma in US children aged 2–9 years. **Public health nutrition**, v. 19, n. 01, p. 123-130, 2015.

DIOS, P.D.; HERMIDA, A.O.; FEIJOO, J.F. Alteraciones cuantitativas y funcionales de los neutrófilos. **Med Oral**, v. 7, n. 3, p.206-21, 2002.

DIRETRIZES para organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS. 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf>. Acesso em: 20 set. 2017.

FINKLER, M.; OLEINISKI, D.M.B.; RAMOS, F.R.S. Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representações sociais com gestantes. **Revista Texto & Contexto em Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 360-8, 2004.

GIGLIO, N. W. Oral Health Care for the Pregnant Patient. **J Can Dent Assoc.** v. 75, n. 1, p. 43–48, 2009.

GODOI, H.; MELLO, A.L.S.F.; CAETANO, J.C. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.2, p.318-332, fev, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v30n2/0102-311X-csp-30-2-0318.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2017.

GONÇALVES, K.F. **Cuidado odontológico no pré-natal na atenção primária à saúde:** dados do PMAQ-AB. 2016. 73 p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2016. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/150274/001008775.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

GRAHAM, J.E.; MAYAN, M.; MCCARGAR, L.J.; BELL, R.C. SWEET MOMS TEAM. Making compromises: a qualitative study of sugar consumption behaviors during pregnancy. **J Nutr Educ Behav.** v. 45, n. 6, p. 578-85. nov-dec, 2013.

GRILO, M. G. P. **A abordagem da grávida na prática da medicina dentária.** 2016. 73 p. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) - Programa de Pós-Graduação em Medicina Dentária, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz. 2016. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14692/1/Grilo_Mariana_Gomes_Pinto.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2017.

GUR, C. et al. Pregnancy outcome after first trimester exposure to corticosteroids: a prospective controlled study. **Reprod Toxicol.**, v. 18, n. 1, p. 93-101, 2004.

HUANG X. et al. Maternal periodontal disease and risk of preeclampsia: a meta-analysis. **J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci.** v. 34, n. 5, p. 729 -35, oct. 2014.

IHEOZOR - EJIOFOR, Z. et al. Treating periodontal disease for preventing adverse birth outcomes in pregnant women. **Cochrane Oral Health Group.**, jun. 2017. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005297.pub3/abstract;jsessionid=FF61C448D8E9ED1B47285A79616853C5.f02t04>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

JANSSEN, M.; FONSECA, S. C.; ALEXANDRE, G. C. Avaliação da dimensão estrutura no atendimento ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família: potencialidades do Material e métodos. **Saúde Debate**, v. 40, n. 111, p. 140-152, out.-dez., 2016.

KHADER, Y.S.; TA'ANI, Q. Periodontal diseases and the risk of preterm birth and low birth weight: a meta-analysis. **J. Periodontol.**, 76, 161-165, 2005.

KURIEN, S. et al. Management of Pregnant Patient in Dentistry. **J Int Oral Health**, v. 5, n. Table 1, p. 88–97, 2013.

MAGALHÃES, A.C. et al. Estratégias educativas-preventivas para a promoção de saúde bucal na primeira infância. **Odontol clin-cientif**, v. 8, p. 245-9, 2009.

MARQUES, C.P.C. (Org.). **Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha**. São Luís, 2015. Disponível em: <<http://www.multiresidencia.com.br/site/assets/uploads/kcfinder/files/REDE%20CEGONHA.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2017.

MARQUES, C.P.C. **Redes de Atenção à saúde: A Rede Cegonha**. São Luís: EDUFMA, 2016. Disponível em <http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_redes02.pdf>. Acesso em: 20 set. 2017.

MARTÍNEZ-PABÓN M.C. et al. The physicochemical and microbiological characteristics of saliva during and after pregnancy. **Rev Salud Publica (Bogota)**, v. 16, n. 01, p. 128-138, 2014.

MARTINS, L. O. et al. Assistência odontológica à gestante: percepção do. **Rev Pan-Amaz Saúde**, v. 4, n. 4, p. 11–18, 2013.

MATTOS, R.A. **Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores a serem defendidos** In: PINHEIRO R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado a saúde**. Rio de Janeiro: Editora UERJ, IMS, Abrasco, 2006. p. 41-68.

MELO, M. F. B.; MELO, S.L.S. Condições de radioproteção dos consultórios odontológicos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2163-2170, dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900021&lng=en&nrn=iso>. Acesso em: 26 jul. 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L. MOYSÉS, S. J. **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

NASEEM, M. et al. Oral health challenges in pregnant women: Recommendations for dental care professionals. **The Saudi Journal for Dental Research**, v. 7, n. 2, p. 138–146, 2016.

NEISWANGER, K. et al. Oral health in a sample of pregnant women from Northern Appalachia (2011–2015). **Int J Dent**, v. 2015, may. 2015.

OKUBO, H. et al. Dietary patterns in infancy and their associations with maternal socio-economic and lifestyle factors among 758 Japanese mother-child pairs: the Osaka Maternal and Child Health Study. **Matern Child Nutry**. v. 10, n. 2, p. 213-225. 2012.

OLIVEIRA, B.H.; SANTOS, A.P.P.; NADAVOSKY, P. Uso de dentifrícios fluoretados por pré-escolares: o que os pediatras precisam saber? **Residência Pediátrica**, v. 2, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://residenciapediatrica.com.br/detalhes/48/uso-de-dentifrícios-fluoretados-por-pre-escolares--o-que-os-pediatras-precisam-saber->>. Acesso em: 22 ago. 2017.

OLIVEIRA, P.J. Analgesia da Dor em Pacientes Comprometidos Sistemicamente. **Odonto UP**. 2017. Disponível em: <<http://odontoup.com.br/analgesia-da-dor-em-pacientes-comprometidos-sistemicamente/>>. Acesso em: 22 ago. 2017.

OPPERMANN, R.V. et al. Periodontia para todos: da prevenção ao implante. São Paulo: Napoleão, 2013.

PINTO, M.C.G.L. et al. Manchamento por tetraciclina: como tratar? **R. Fac. odonto**, v. 46, n. 1, p. 54-58, jul. 2005.

POLITANO, G.T.; ECHEVERRIA, S. Terapêutica medicamentosa na gestação. In: ECHEVERRIA, S.; POLITANO, G.T. **Tratamento Odontológico para Gestantes**. São Paulo: Santos, 2014. cap. 5. p. 51-65.

POLYZOS, N.P. et al. Effect of periodontal disease treatment during pregnancy on preterm birth incidence: a metaanalysis of randomized trials. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 200, 225-232, 2009.

POLYZOS, N.P. et al. Obstetric outcomes after treatment of periodontal disease during pregnancy: systematic review and meta-analysis. *BMJ.*, 341, c7017, 2010.

POSSOBON, R. F., MIALHE, F. L. Saúde Bucal da Gestante e da criança: Atuação preventiva. In: PEREIRA, A.C. **Tratado De Saúde Coletiva em Odontologia**. Nova Odessa: Napoleão, 2009.

REDE HUMANIZA SUS. **Projeto Terapêutico Singular**. 2015. Disponível em: <<http://redehumanizasus.net/90468-projeto-terapeutico-singular/>>. Acesso em: 26 set. 2017.

RIGO, L.; DALAZEN, J. GARBIN, R.R. Impacto da orientação odontológica para mães durante a gestação em relação à saúde bucal dos filhos. **Einstein**, v. 14, n. 2, p. 219-25, 2016.

SANTOS NETO, E. T.S. et al. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 11, p. 3057-3068, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63024420022.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2017.

SCHWENDICKE F. et al. Periodontal treatment for preventing adverse pregnancy outcomes: a meta- and trial sequential analysis. **PLoS One**. v. 10, n. 6, jun. 2015.

SCIUBBA, J.J.; REGEZI, J.A.; JORDAN, C.K.R. Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations, 6th ed. India: Elsevier. 2012.

SERRA NEGRA, J. M. C. et al. **Hábitos Bucais Deletérios: Os Filhos Imitam as mães na adoção destes hábitos?** 2006.

SILK, H. et al. Oral health during pregnancy. **American Academy of Family Physicians**, v. 77, n. 8, p. 1139–1144, 2008. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/2008/0415/p1139.html>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

SOUZA, J. B. et al. Hipoplasia do esmalte: tratamento restaurador estético. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 18, n 47. 2010.

THAM, R. et al. Breastfeeding and The risk of dental caries: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, 2015.

TREDWIN, C.J.; SCULLY, C.; BAGAN-SEBASTIAN, J.V. Drug-induced disorders of teeth. *J Dent Res*. v. 84, n. 7, p. 596-602, jul. 2005.

VAMOS C.A. et al. Oral health promotion interventions during pregnancy: a systematic review. **Community dente Oral Epidemiol.**, v. 43, n. 5, p. 385-96, oct. 2015.

VASCONCELOS, R. G.; VASCONCELOS, M. G.; MAFRA, R. P. Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 120-4, jan./jun. 2012.

VERGNES, J.N. et al. Perceived oral health and use of dental services during pregnancy: the MaterniDent study. **Sante Publique**. v. 25, n. 3, p. 281-92, may-jun. 2013.

VICTORA, C.G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, n.10017, p. 475 – 490. 2016.

VIEIRA, T.R.; PÉRET, A.C.A.; PÉRET FILHO, L.A. Alterações periodontais associadas às doenças sistêmicas em crianças e adolescentes. **Rev Paul Pediatr**. v. 28, n. 2, p. 237-43, 2010.

VILLA, A. et al. Oral health and oral diseases in pregnancy: a multicentre survey of italian postpartum women. **Australian Dental Association**, 2013. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/adj.12058/epdf>>. Acesso em: 22 ago. 2017.

VOS, M.B.; KAAR, J.L.; WELSH, J.A.; et al. Added Sugars and Cardiovascular Disease Risk in Children: A Scientific Statement From the American Heart Association. **Circulation**. v. 135, n.19, may. 2017.

WALSH, T. et al. Fluoride toothpaste of diferente concentration for preventing dental carien in children and adolescent (Reviw). **The Cochrane Colaboration**, 2016.

WHO. Guideline: Sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2015.

WU, S. **Branqueamento em ambulatório de dentes pigmentados por tetraciclina – caso clínico**. 2011. 62 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) - Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2011.

YAFFE, S.J. et al. Requiem for tetracyclines: Committee on Drugs. **Pediatrics**, v. 55, pág.142–143, 1975.

