



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**ALTERAÇÕES ORAIS E TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NAS
GRÁVIDAS**

Trabalho submetido por
Meizbin Muhomed Hanif Gani
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

outubro de 2017



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

ALTERAÇÕES ORAIS E TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NAS GRÁVIDAS

Trabalho submetido por
Meizbin Muhomed Hanif Gani
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Professora Doutora Virgínia B. Milagre

outubro de 2017

Agradecimentos

Gostaria de expressar a minha gratidão a todos que, de alguma forma, contribuíram para a finalização deste projeto final de curso.

Agradeço, em primeiro lugar, à minha orientadora, Professora Doutora Virgínia B. Milagre, pelo apoio, simpatia e pela disponibilidade ao longo deste ano.

Agradeço a instituição, aos professores, aos funcionários pelo apoio, disponibilidade durante o percurso acadêmico.

Aos amigos que me acompanharam até ao final do percurso académico.

Às minhas irmãs, que estão sempre presentes em cada etapa da minha vida.

Às minhas avós, tios e primos por nunca deixarem de acreditar em mim e principalmente pelo amor recebido ao longo da minha vida.

Ào meu marido, pelo apoio, disponibilidade durante esta etapa.

Por fim, agradeço do fundo do coração aos meus pais pelo apoio incondicional.

Resumo

A gravidez é um processo bastante complexo, englobando diversas alterações fisiológicas e psicológicas na mulher. Algumas dessas alterações estão relacionadas com a cavidade oral, culminando, porventura, em várias doenças e/ou consequências que colocam em risco a saúde da mãe e do feto. Assim, o tratamento dentário, durante a gestação é extremamente importante, dado que pode remover ou reduzir o risco de efeitos adversos, promovendo, então a saúde oral e geral. Os profissionais de medicina dentária devem alertar e educar a grávida a nível da sua saúde oral, desmistificando todas as crenças existentes relativamente ao tratamento dentário nesta fase, visto que não existem evidências científicas que comprovem a presença de riscos aquando da sua realização. Contrariamente ao que se possa pensar, a saúde oral da grávida não é apenas mantida e promovida através de práticas de higiene oral, dado que a sua alimentação e os seus hábitos quotidianos influenciam significativamente a sua saúde oral, disto é o exemplo a gengivite gravídica e outras formas de doença periodontal que podem ser responsável pelo baixo peso a nascença ou a parto prématurado tal como se encontra estipulado em diversos programas nacionais, os quais objetivam a promoção da saúde oral da população, a grávida deve ser acompanhada por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, pois todos eles, e em conjunto, podem melhorar a sua saúde geral e oral, através do ensino e incentivo de práticas saudáveis. Será, então, esta adoção de práticas saudáveis por parte da grávida que permitirá a transmissão de comportamentos saudáveis para o seu bebé, o qual implementará uma conduta saudável ao longo de toda a sua vida.

Palavras-chave: Doença Periodontal; Gravidez; Saúde Oral; Tratamento Dentário.

Abstract

Pregnancy is a very complex process, encompassing several physiological and psychological changes in women. Some of these changes are directly related to the oral cavity, culminating in several diseases and/or consequences that endanger the mother's and the fetus' health. Thus, dental treatment during pregnancy is extremely important, as it can remove or reduce the risk of adverse effects during the entire gestation, thus promoting oral and general health. Dental professionals should alert and educate pregnant women about their oral health, demystifying all existing beliefs about dental treatment at this stage, as there is no evidence that proves the existence of risks. Contrary to what one might think, the oral health of pregnant women is not merely maintained and promoted by oral hygiene practices, since their diet and their daily habits significantly influence their oral health. Therefore this is an example of gingivitis gravidic and other forms of periodontal disease that may be responsible for low birth weight or preterm delivery and as it is determined by several national programs, which essentially aim to promote the oral health of the entire population, pregnant women should be accompanied by a multidisciplinary team of health professional, since all of them, and together, can improve their health, both general and oral, through the transmission of healthy practices. The adoption of such healthier practices will allow women to educate their children accordingly, thus culminating in healthier behaviors throughout their lives.

Keywords: Dental treatment; Oral health; Periodontal disease; Pregnancy.

Índice Geral

I- Introdução	8
II-Desenvolvimento.....	11
1. Alterações fisiológicas na gravidez.....	11
1.1 Alterações cardiovasculares.....	11
1.2 Alterações gastrointestinais	12
1.3 Alterações hematológicas	13
1.4 Alterações metabólicas	14
1.5 Alterações respiratórias.....	15
1.6 Alterações génito-urinárias	16
1.7 Alterações hormonais	16
1.8 Alterações da hemóstase	18
1.9 Alterações no peso da mulher	19
2. Alterações na cavidade oral durante a gravidez.....	20
2.1 Cárie dentária.....	20
2.2 Gengivite gravídica.....	21
2.3 Periodontite ou Doença periodontal.....	23
2.3.1 Periodontite e complicações no parto.....	25
2.4 Tumor gravídico	26
2.5 Mobilidade dentária	28
2.6 Erosão dentária	29
2.7 Alteração salivar	30
3. Complicações durante a gravidez.....	31
3.1 Hipertensão arterial gestacional.....	31
3.2 Pré-eclampsia.....	31
3.3 Diabetes gestacional	32
4. Tratamento dentário durante a gravidez.....	33

4.1	Radiografias dentárias.....	35
3.1.1	Radiografias e baixo peso ao nascer	36
5.	Medicação na gravidez.....	37
5.1	Antibióticos na gravidez	39
5.2	Analgésicos e anti-inflamatórios na gravidez.....	40
5.3	Ansiolíticos e sedativos	42
5.4	Anestésicos locais	42
5.5	Medicação mais utilizada no tratamento dentário	44
6.	Saúde oral na gravidez	47
6.1	Contextualização dos fatores socioculturais	48
6.2	Algumas crenças e mitos	49
6.3	Promoção no pré-natal	50
6.4	Tratamento dentário pré-natal.....	52
6.5	Estratégias de saúde oral.....	53
6.5.1	Nutrição e dieta na gravidez.....	54
6.5.2	Uso do flúor.....	55
6.5.3	Cessação tabágica.....	56
6.5.4	Higiene oral.....	57
7.	Plano nacional para a promo�o da saúde oral na gravidez.....	58
	III-Conclusão.....	61
	IV-Referências Bibliográficas	63

Índice de Figuras

Figura 1- Gengivite gravídica (Giglio, Lanni, Laskin & Giglio, 2009).....	22
Figura 2- Patogénese da periodontite (Andrade, 2009, p. 7).....	24
Figura 3- Aparência de um tumor gravídico (Silk et al., 2008)	27

Índice de Tabelas

Tabela 1- Resumo das modificações na coagulação durante a gravidez (Kurien et al., 2013).....	19
Tabela 2 – Guidelines para o tratamento dentário durante a gravidez (New York State Department of Health, 2006).....	36
Tabela 3- Classificação dos fármacos com base no seu risco teratogénico e de acordo com a FDA (Little et al., 1997; Cengiz, 2007).....	38
Tabela 4- Principais informações acerca da utilização de antibióticos durante a gravidez e a amamentação (Turner et al., 2006)	40
Tabela 5- Informações mais importantes acerca da utilização de analgésicos durante a gravidez e a amamentação (Turner et al., 2006).....	41
Tabela 6- Compilação da informação sobre a administração de sedativos durante a gravidez e a amamentação (Turner et al., 2006).....	42
Tabela 7- Informações acerca da administração de anestésicos locais durante a gravidez e a amamentação (Turner et al., 2006)	44
Tabela 8 – Antibióticos que devem ser evitados e tomados durante a gravidez (Infarmed & Ministério da Saúde, 2001).....	46
Tabela 9 – Guidelines para a saúde oral da grávida (Saini, Saini & Saini, 2010).....	53
Tabela 10 – Sugestão de um padrão alimentar diário para uma boa nutrição para a grávida (Menoli et al., 2003)	55

Lista de Abreviaturas

µm - micrómetros

ADA – American Dental Association

APTT – Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada

ARS – Administração Regional de Saúde

bpm – Batimento por Minuto

DGS – Direção Geral da Saúde

FDA – *Food and Drugs Administration*

g - gramas

g/dl – Gramas por decilitro

kg - quilogramas

mg/dl – Miligramas por decilitro

mGy - Miligray

ml – Mililitros

mmHg – Milímetros de mercúrio

OMS – Organização Mundial de Saúde

PGE2 – Prostaglandina E2

pH – Potencial de hidrogénio

PNPSO – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

QI – Quociente de Inteligência

SNC – Sistema Nervoso Central

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TP – Tempo de Protrombina

I-Introdução

Durante o período da gravidez ocorrem alterações fisiológicas e psicológicas significativas, com o intuito de satisfazer todas as necessidades da mãe e do embrião/feto. Entre as alterações fisiológicas decorrentes da gravidez é importante destacar as alterações sistêmicas, dado que as mesmas podem repercutir-se, inclusive, na cavidade oral. Assim sendo, a mulher grávida é considerada como sendo uma paciente especial, sendo uma pessoa com necessidades especiais é fundamental a prestação de cuidados diferenciados no âmbito odontológico. Atualmente, é ainda frequente as grávidas demonstrarem certos receios relativamente ao tratamento de problemas orais, nomeadamente devido às crenças de que, ao realizar este tipo de tratamento, o feto sofrerá inúmeros riscos, podendo culminar na sua morte (Konishi & Lima, 2002).

Apesar de muitos profissionais da área odontológica demonstrarem uma preocupação acrescida em desmistificar as crenças populares, ainda permanece muito enraizada a crença de que as mulheres grávidas não podem, de todo, fazer tratamentos dentários. Porém, existem também alguns médicos dentistas que defendem este posicionamento, recusando-se a prestar qualquer tipo de assistência odontológicas às grávidas, o que enfatiza a sua falta de conhecimento relativamente à prática da saúde oral e sua promoção (Unfer & Saliba, 2000).

Alguns fatores de risco para o surgimento de cáries dentárias e de doenças periodontais são extremamente comuns entre as mulheres grávidas, particularmente os hábitos alimentares inapropriados e uma higiene oral deficiente, os quais contribuem para o agravamento dos problemas gengivais, pois englobam o aumento da placa bacteriana.

São cada vez mais as evidências que suportam o argumento de que a doença periodontal está associada a um aumento do risco de doença cardiovascular, ao fumo do tabaco, ao consumo de drogas, à hipertensão, à condição socioeconómica, ao mau controlo metabólico e à diabetes *mellitus*, fatores estes que culminam em resultados bastante adversos durante a gravidez, tal como é o caso da pré-eclampsia e da hipertensão arterial, o que propicia a indução de um parto prematuro e o nascimento de bebés com baixo peso (Bogges & Edelstein, 2006).

Contudo, a relação existente entre a doença periodontal e algumas das condições ou eventos sistémicos acaba por melhorar todo o cuidado e atenção à saúde sistémica, seja

enquanto estratégia preventiva ou enquanto estratégia terapêutica. Logo, qualquer tipo de esclarecimento adicional acerca da associação entre o risco de doença periodontal e as complicações durante a gravidez pode culminar no surgimento de novas oportunidades e estratégias para prevenção de eventuais complicações, contribuindo para a saúde materna e do feto.

São diversos os estudos que comprovam que o atendimento odontológico da grávida não a prejudica, e muito menos ao feto em desenvolvimento, alguns dos quais enfatizam, inclusive, que o pré-natal odontológico é importante para esclarecer todos os mitos que impedem a mulher e o seu bebê de ter uma boa saúde oral. Efetivamente, são muitos os autores que recomendam este tipo de tratamento durante a gravidez, dados os seus benefícios a curto e a longo prazo na saúde da mulher e da criança (Echeverria & Politano, 2011).

Porém, é extremamente importante que os médicos dentistas atuem na área da saúde de um modo mais amplo, não se limitando apenas à cavidade oral, pois é importante que exista interação e trocas de saberes entre profissionais de várias áreas relacionadas com o setor da saúde. Com esta multidisciplinariedade, a grávida pode ser tratada de um modo muito mais eficaz, podendo culminar, inclusive, na modificação do seu estilo de vida e dos seus hábitos de alimentação e de higiene oral (Cozzupoli, 1981).

Ainda relativamente às crenças e mitos existentes em relação ao tratamento odontológico durante a gravidez, é possível constatar que as consequências resultantes de uma determinada dor ou infecção podem ser muito mais graves do que o tratamento em si, visto que podem resultar em lesões muito mais prejudiciais para a mãe e para o feto. De facto, se a grávida não tiver uma boa saúde oral e não compreender o próprio conceito de saúde, será muito mais difícil que esta desenvolva práticas de prevenção de doenças e de promoção da saúde bucal, o que, por sua vez, resultará na não transmissão destes princípios ao seu filho, influenciando a conduta deste em termos futuros. É importante ter sempre em consideração que a mãe exerce um papel muito importante no núcleo familiar, pois é uma formadora de opiniões e a criadora de práticas quotidianas, determinando, portanto, muitos dos comportamentos futuros dos seus filhos. Assim, se a mulher se encontrar devidamente educada relativamente à saúde oral, será muito mais fácil a difusão de práticas que promovam a saúde oral pela população mais nova, a qual irá reproduzir todos os ensinamentos prestados pelos seus pais (Laine, 2002).

O presente estudo pretende avaliar a saúde oral nas mulheres grávidas, bem como o tratamento de eventuais doenças orais e suas repercussões na sua saúde em geral e na do feto. Por conseguinte, o estudo encontra-se dividido do seguinte modo: no primeiro ponto, proceder-se-á à análise das várias alterações fisiológicas que ocorrem durante a gravidez, as quais serão abordadas de um modo resumido, objetivando uma compreensão superficial. No segundo ponto, referente às alterações na cavidade oral durante a gravidez, discutir-se-á a ocorrência de cáries dentárias, de gengivites gravídicas, de doenças periodontais, de tumores gravídicos, de mobilidades dentárias, de erosões dentárias e de alterações a nível salivar, almejando-se uma compreensão de possíveis complicações durante a fase de gestação. No terceiro ponto, por sua vez, introduzir-se-á uma breve referência a várias complicações que, eventualmente, podem ocorrer durante a gravidez, designadamente a hipertensão arterial, a pré-eclampsia e a diabetes gestacional. No quarto ponto proceder-se-á à abordagem do tratamento dentário durante a gravidez, destacando-se os efeitos da realização de radiografias dentárias, tanto na mulher como no feto, e a relação existente entre a realização destes exames e o nascimento de bebés com baixo peso. No quinto ponto apresentar-se-á uma discussão acerca da medicação na gravidez, nomeadamente no contexto do tratamento dentário, referindo-se quais os medicamentos que podem ser prescritos durante esta fase e os que devem ser totalmente evitados, terminando com um breve resumo da medicação mais utilizada no âmbito do tratamento odontológico durante a gravidez. No sexto ponto abordar-se-á a temática da saúde oral na gravidez, procedendo-se a uma análise dos fatores socioculturais que interferem na sua manutenção, das crenças e mitos existentes, da promoção da saúde oral no pré-natal, do tratamento dentário no pré-natal e das várias estratégias de saúde oral entre as grávidas. No sétimo ponto apresentar-se-á o plano nacional para a promoção da saúde oral na gravidez, abordando-se toda a sua evolução em Portugal e todas as suas especificidades. Por fim, serão apresentadas as principais conclusões do estudo, as quais estão relacionadas com todos os pontos integrantes do presente trabalho.

II- Desenvolvimento

1. Alterações fisiológicas na gravidez

Efetivamente, a gravidez é considerada como sendo um estado bastante dinâmico, mais precisamente devido ao facto de englobar várias modificações a nível biológico, imunológico e hemodinâmico, as quais se relacionam diretamente com o aumento da secreção das hormonas sexuais, tal como com o desenvolvimento e crescimento do feto. No que diz respeito às alterações fisiológicas durante este período gestacional, estas visam, essencialmente, proteger o desenvolvimento do feto, desprotegendo a mulher grávida, a qual se torna mais suscetível a possíveis infeções sistémicas (Silva, Stuaní & Queiros, 2006).

De acordo com May (2014), a grande maioria das mulheres não se encontra devidamente informada acerca da importância da saúde oral durante o período de gestação, tal como da necessidade de recorrer a consultas frequentes de medicina dentária. Por conseguinte, constata-se que as mulheres grávidas não se encontram cientes das várias complicações que podem surgir através de vários efeitos orais durante toda a gravidez, tanto para elas como para os fetos que se encontram em fase de desenvolvimento.

Muito resumidamente, as principais alterações que ocorrem durante o período de gestação são as alterações cardiovasculares, as gastrointestinais, as hematológicas, as metabólicas, as respiratórias, as génito-urinárias, as hormonais e a da hemóstase, as quais serão abordadas de seguida.

1.1 Alterações cardiovasculares

Durante a gravidez, as principais alterações cardiovasculares ocorrem a nível do débito cardíaco, do volume sanguíneo e da pressão arterial. Atentando primeiramente no débito cardíaco, este é basicamente calculado através do produto da frequência cardíaca com o volume sistólico, refletindo, portanto, a capacidade funcional do coração. Durante o período da gestação, o débito cardíaco aumenta entre 20 a 30% nas primeiras semanas, podendo chegar até cerca de 50% no fim do primeiro trimestre, mantendo-se constante até ao momento do parto (Graça & Colaboradores, 2000).

Similarmente, a frequência cardíaca também sofre algumas alterações, sendo que, regra geral, remete para os 72 batimentos por minuto (bpm), enquanto a partir da 14ª semana, e até à 30ª, sofre alterações entre 10 a 15 bpm. Graça e Colaboradores (2000) preconizam que estas mudanças na frequência cardíaca ocorrem em cerca de 90% das mulheres grávidas, com o intuito de responder a todas as necessidades do feto durante o seu período de desenvolvimento e crescimento.

Já no caso da pressão arterial, e no primeiro trimestre da gravidez, esta é caracterizada por uma ligeira queda, especialmente devido à vasodilatação, a qual é induzida por vários mediadores locais. Entre a 13ª e a 20ª semanas, verifica-se uma redução da pressão arterial na ordem dos 10 milímetros de mercúrio, permanecendo em constante diminuição até à 22ª/24ª semana, momento este que estabiliza, aumentando gradualmente até ao momento do parto. É crucial acrescentar que, no segundo e terceiro trimestres, ocorre uma diminuição da pressão arterial e do débito cardíaco, particularmente na posição de decúbito dorsal, devido à diminuição do retorno venoso ao coração. Neste processo estão implicados diversos mediadores, tal como é o caso das prostaglandinas, do progesterona e do óxido nítrico, que acabam por provocar uma vasodilatação periférica, uma hipotensão venosa, uma síncope e uma bradicardia (Kurien et al., 2013).

Por fim, é pertinente referir que existem 3 tipos principais de distúrbios da pressão arterial, nomeadamente: 1) hipertensão gestacional (aumento da pressão arterial em mulheres normotensas, particularmente no segundo trimestre da gravidez); 2) hipertensão crónica (prévia à gravidez); e 3) pré-eclampsia (quadro de edema, hipertensão e proteinúria, o qual culmina, regra geral, num parto prematuro de bebés com baixo peso) (Graça & Colaboradores, 2000).

1.2 Alterações gastrointestinais

Com base nos argumentos apresentados por Kurien et al. (2013), as principais alterações a nível gastrointestinal que ocorrem durante a gravidez estão relacionadas com vômitos, náuseas e a pirose, sendo que todas elas resultam do crescimento do feto, tal como das alterações que ocorrem a nível hormonal durante todo este período gestacional. Para além do mais, durante a gravidez ocorre uma diminuição da motilidade intestinal, sendo que alguns estudos mais recentes comprovam que esta alteração está associada ao aumento dos níveis das hormonas sexuais, e não ao aumento do volume do útero. Porém, uma

alteração também muito característica nesta fase é a diminuição da secreção gástrica, a qual pode afetar, e de um modo direto, toda a absorção gastrointestinal.

Já as náuseas e os vômitos são extremamente frequentes em mulheres grávidas, ocorrendo em 1 em cada 200 grávidas, ainda que, em alguns casos, a hiperêmese possa culminar em perda de peso e em desidratação. A emese tem sido amplamente associada ao aumento dos níveis de gonadotrofina coriônica e à hipoglicemia, sendo que o seu tratamento depende da severidade dos sintomas apresentados, os quais podem passar por algumas mudanças nos hábitos alimentares, por medicações antieméticas e, em casos bem mais sérios e graves, por internamentos hospitalares e alimentação parentérica (Silva et al., 2006).

1.3 Alterações hematológicas

Durante a gravidez, mais precisamente a partir do primeiro trimestre até cerca das 34 semanas, o volume plasmático aumenta de um modo progressivo, estabilizando ou reduzindo à medida que o parto se aproxima. Contudo, o volume máximo plasmático é de cerca de 2600 mililitros (ml), representando um aumento de 40 a 50% comparativamente ao valor médio basal de uma mulher não grávida. Similarmente, durante este período gestacional verifica-se um aumento na massa eritrocitária, ainda que a um ritmo bem mais lento, podendo atingir os 250 a 400 ml, caso as grávidas não tomem qualquer tipo de suplemento de ferro. Essencialmente, o aumento da massa eritrocitária deve-se à circulação de novos eritrócitos, os quais surgem, por sua vez, através da eritropoiese, que é ativada por determinadas hormonas, designadamente a progesterona, a prolactina e a lactogénica (Graça & Colaboradores, 2000).

Um outro aumento bastante característico na gravidez é o da volémia, constituindo-se numa adaptação ao preenchimento da dilatação da árvore vascular, funcionando, portanto, enquanto protetor de todo o equilíbrio hemodinâmico aquando do momento do parto, compensando todas as perdas a nível sanguíneo. Durante o período gestacional é também importante a tomada de suplementos de ácido fólico, nomeadamente devido ao facto de a necessidade deste ácido aumentar significativamente nesta condição, dado as exigências do feto no seu processo de desenvolvimento, a hipertrofia uterina, a excreção renal deste metabólito e o aumento da massa eritrocitária. No que diz respeito aos níveis da vitamina B12, durante a gravidez estes diminuem entre 2 a 20 vezes, e

comparativamente a mulheres não grávidas, ainda que, na realidade, esta vitamina apresente uma enorme capacidade de fixação nestes casos (Silva et al., 2006).

Graça e Colaboradores (2000) enfatizam, ainda, que é extremamente frequente o surgimento de uma leucocitose moderada, especificamente entre o segundo e o terceiro trimestres, essencialmente devido ao aumento do nível dos neutrófilos, sendo que os seus efeitos, tanto bactericidas como metabólicos, vão aumentando gradualmente. No que diz respeito à atividade da fosfatase alcalina leucocitária, esta aumenta até ao terceiro trimestre, justificada pelo aumento dos próprios leucócitos enquanto resultado da estimulação do estrogénio durante este período gestacional. Contrariamente a este aumento, a proteinémia total diminui drasticamente durante a gravidez, visto que a albumina diminui de 4,0 gramas por decilitro (g/dl) para cerca de 2,5-3,0 g/dl na primeira metade da gravidez.

Retomando a importância da tomada de suplementos, esta é evidenciada pelo aumento da energia requerida para o desenvolvimento e crescimento fetal e da própria placenta, pois estes processos afetam o metabolismo de determinados nutrientes, motivo pelo qual é frequente a ocorrência de deficiências em ácido fólico e/ou em ferro. Em termos mais detalhados, o ácido fólico é importante para a ocorrência da síntese de ácidos nucleicos e de aminoácidos, enquanto o ferro é fundamental para a eritropoiese (Silva et al., 2006).

Finalmente, e segundo Kurien et al. (2013), a diminuição da atividade fibrinolítica, o aumento na concentração dos fatores de coagulação e a diminuição da concentração de alguns dos anticoagulantes naturais mantêm toda a função plaquetária durante a gravidez, sendo também os fatores responsáveis pela hemostasia após o parto. Os autores referem, ainda, que são todas estas alterações que protegem a mulher de uma eventual hemorragia durante o parto, ainda que, em contrapartida, predisponham a mulher para um tromboembolismo.

1.4 Alterações metabólicas

No período gestacional, as principais alterações metabólicas ocorrem devido ao aumento da taxa de excreção, e também enquanto consequência das alterações hepáticas. No entanto, a fadiga no metabolismo dos carboidratos também contribui para a ocorrência

destas alterações em particular, verificando-se, então, um aumento nos níveis da insulina, os quais podem resultar na diabetes gestacional. Este quadro clínico caracteriza-se pela intolerância à glicose, sendo detetada ao longo do período de gestação, e é associado a vários fatores de risco, tal como é o caso da obesidade, da idade precoce ou avançada da grávida, de uma diabetes prévia à gravidez e da história familiar. Relativamente ao seu diagnóstico, existem dois métodos possíveis:

- 1) O método proposto pela American Dental Association (ADA), que consiste no teste imediato da glicemia, e após a ingestão de 50g de glicose, caso os valores sejam superiores a 140 miligramas por decilitro (mg/dl);
- 2) O método proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que consiste na administração de 75g de glicose, medindo-se o nível de glicemia após 2 horas, sendo que o quadro clínico de diabetes gestacional é diagnosticado se o nível for superior a 140 mg/dl (Silva et al., 2006).

1.5 Alterações respiratórias

De um modo geral, todas as alterações respiratórias que ocorrem durante o período gestacional objetivam satisfazer todas as necessidades do feto, que se encontra em desenvolvimento e crescimento, bem como todas as necessidades da mãe no que diz respeito à obtenção de oxigénio. As alterações mais comuns remetem para o aumento na frequência respiratória e para o aumento do consumo de oxigénio, visto que a gestante necessita de oxigénio a dobrar – para si e para o feto. Por outro lado, verifica-se uma diminuição de 20% do volume respiratório residual, essencialmente devido à elevação do diafragma, modificação esta que é necessária para acomodar todo o crescimento do feto no interior do útero (Silva et al., 2006).

Já a vasodilatação, bastante característica no período gestacional, acaba por atingir a mucosa das vias aéreas superiores, motivo pelo qual a ocorrência de edemas na mucosa, de sintomas de rinite e de epistaxis não é, de todo, rara. Finalmente, é relevante acrescentar que a mucosa das vias aéreas apresenta, especialmente no terceiro trimestre da gravidez, hiperemia, edema e hipersecreção, características estas que podem originar vários eventos que acabam por obstruir as vias aéreas da grávida, podendo culminar, inclusive, em várias desordens respiratórias do sono (Kurien et al., 2013).

1.6 Alterações génito-urinárias

Uma das alterações mais frequentes aquando da gravidez está associada à diminuição da capacidade da bexiga, sendo que, na realidade, tanto o cumprimento da uretra como a pressão do encerramento uretral, aumentam 20% durante o último trimestre, o que acaba por contrariar a tendência para a incontinência urinária, ocorrência esta frequentemente apontada pelas mulheres durante a sua gravidez (Graça & Colaboradores, 2000).

Para além do mais, é muito frequente o aumento do volume renal nas mulheres grávidas, aumento este que se deve ao aumento da vascularização, que foi previamente referida, tal como à expansão do espaço intersticial. Kurien et al. (2013) argumentam que a dilatação da árvore excretora culmina da pressão que é exercida por todo o útero, especialmente no rebordo pélvico, sendo a principal responsável pela estase urinária, que facilita, de facto, a multiplicação das bactérias, expondo, portanto, a mulher grávida a um risco superior de pielonefrites e de bacteriúrias.

1.7 Alterações hormonais

Primeiramente, é crucial referir que a placenta consiste num órgão vascularizado, sendo que o seu desenvolvimento é iniciado logo nas primeiras semanas da gravidez. A principal função da placenta consiste na remoção dos produtos de secreção do feto, tal como no fornecimento de nutrientes e de oxigénio para o mesmo. Não obstante, ao longo de toda a gravidez são várias as interações hormonais, as quais resultam em alterações fisiológicas na mulher, as quais são, sem sombra de dúvida, essenciais para uma progressão saudável e normal da gestação do feto. Regra geral, todas as alterações fisiológicas que ocorrem objetivam a adaptação materna e fetal para o momento final da gravidez, isto é, para o parto (Bordoni, Rojas & Mercado, 2010).

As alterações hormonais mais comuns durante a gravidez remetem para o aumento dos estrogénios, da gonadotrofina coriónica, da progesterona e da somatomamotropina, hormonas estas que se relacionam, de um modo direto, com a placenta, daí a sua breve caracterização (Silva et al., 2006).

De acordo com Moreira et al. (2015), os estrogénios são hormonas que estimulam o crescimento do útero, aumentam o tecido mamário e relaxam os músculos da zona pélvica. Porém, e particularmente durante a gravidez, os estrogénios produzem a estrona

e o estradiol, funções estas que são adicionadas, portanto, às anteriores. A gonadotrofina coriônica é, por sua vez, uma hormona extremamente importante nos primeiros tempos da gravidez, dado que a sua função é manter o corpo lúteo até que a placenta se encontre apta para produzir a progesterona e os estrogénios (Silva et al., 2006). A progesterona é a hormona responsável pelo estímulo do desenvolvimento das células responsáveis pela nutrição do feto, pelo estímulo das glândulas mamárias para produzir o leite materno e pela própria implantação do embrião. No entanto, e no término da gravidez, esta hormona é ainda responsável pela indução do parto, motivo pelo qual é uma das hormonas mais importantes ao longo de toda a gravidez, repercutindo os seus efeitos em diversos momentos da mesma. Finalmente, a hormona somatomatotropina é uma hormona que apresenta algumas características idênticas à hormona do crescimento, sendo que a sua função remete para o estímulo do desenvolvimento do feto, culminando, inclusive, na diminuição da sensibilidade à insulina, o que aumenta, portanto, os níveis plasmáticos de glicose para o feto (*Idem*).

Moreira et al. (2015) também enfatizam que as alterações nas hormonas esteroides, e durante o período gestacional, acabam por alterar a flora oral, aumentar o aporte sanguíneo e alterar toda a composição do biofilme, induzindo, adicionalmente, algumas alterações no foro imunológico, as quais aceleram, por sua vez, o *turn-over* do tecido conetivo e alteram as citocinas que são libertadas aquando da ocorrência de uma inflamação. Os autores também salientam a importância da progesterona e dos estrogénios, particularmente enquanto hormonas que produzem respostas inflamatórias e imunes, sendo que, após o parto, reduzem a inflamação periodontal, verificando-se, então, uma alteração nos níveis das citocinas.

É crucial referir que o aumento da secreção de hormonas e o crescimento do feto induzem alterações sistémicas, fisiológicas e físicas nas mulheres, sendo que as principais alterações ocorrem ao nível do sistema hematológico, cardiovascular, renal, respiratório, gastrointestinal, génito-urinário e endócrino. As alterações fisiológicas, por outro lado, ocorrem em várias partes do corpo das mulheres, englobando, de facto, a cavidade oral, constituindo-se, frequentemente, num desafio para a manutenção da saúde oral durante a gravidez (Bordoni et al., 2010). Contudo, após o parto todas estas alterações hormonais desaparecem, não se verificando a permanência de danos no periodonto das mulheres (Figero, Carrillo-de-Albornoz, Herrera & Bascones-Martínez, 2010).

1.8 Alterações da hemóstase

Graça e Colaboradores (2000) argumentam que a hemóstase depende de alguns fatores, especialmente da normalidade funcional das plaquetas, da integridade da parede vascular e da normalidade do processo de fibrinólise e de todos os fatores da coagulação. Durante a gravidez, verifica-se um aumento na produção dos fatores de coagulação, particularmente no fígado, e uma diminuição na fibrinólise. Não obstante, é crucial referir que são as alterações a nível da hipercoagulabilidade que representam um papel importante no pós-parto, pois previnem a ocorrência de hemorragias.

É pertinente destacar a PGI₂, que consiste numa prostaglandina que é produzida pelo endotélio vascular, visto que esta impede a agregação das plaquetas e destrói os agregados plaquetários previamente formados. Enquanto as plaquetas são responsáveis pela reparação da parede vascular, a PGI₂ evita a formação de eventuais trombos. Porém, e no contexto de casos patológicos, a sua função é alterada, motivo pelo qual a predisposição para a formação dos trombos é aumentada. Ou seja, nestes casos em particular, a função da PGI₂ é inversa, repercutindo-se na formação de trombos. Para além do mais, e similarmente ao fibrinogénio, todos os fatores são alterados durante a gravidez, motivo pelo qual ambos os mecanismos de coagulação, os intrínsecos e os extrínsecos, sofrem uma ligeira diminuição. Apesar de Graça e Colaboradores (2000) demonstrarem um aumento da capacidade de neutralização da heparina, não se verifica uma redução exponencial da antitrombina III, que é um potente inibidor de fatores de coagulação (II, IX, X, XI, XII) e da trombina, evitando, portanto, a formação dos trombos. Na tabela seguinte (Tabela 1) são apresentadas as principais modificações na coagulação durante a gravidez.

Finalmente, Kurien et al. (2013) enfatizam que, numa gravidez considerada como sendo normal, ocorre uma diminuição da atividade fibrinolítica e um aumento bastante acentuado do plasmionogénio, oscilações estas que se mantêm até ao momento do parto, regressando aos seus valores normais no período do pós-parto, devido, basicamente, à remoção célere dos inibidores da fibrinólise produzida pela placenta da circulação materna.

Tabela 1- Resumo das modificações na coagulação durante a gravidez (Kurien et al., 2013)

Modificações na coagulação durante a gravidez	
↓	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedente tromboplastínico do plasma (Fator XI); • Fator estabilizador da fibrina (Fator XIII); • Tempo de ativação parcial da tromboplastina (APTT); • Tempo de protrombina (TP).
↑	<ul style="list-style-type: none"> • Protrombina (Fator II).
↑↑	<ul style="list-style-type: none"> • Fibrinogénio (Fator I); • Pró-convertina (Fator VII); • Fator anti-hemofílico (Fator VIII); • Componente tromboplastínico plasmático (Fator IX); • Fator Stuart (Fator X).

1.9 Alterações no peso da mulher

De facto, uma das alterações mais notórias em termos físicos durante toda a gravidez está relacionada com o aumento de peso da mulher, o qual é motivado pelo crescimento do feto. Regra geral, o peso da mulher aumenta em cerca de 12 quilogramas (kg) durante todo o período gestacional, sendo mais notório durante o último trimestre (Silva et al., 2006).

É importante esclarecer que o útero tende a crescer num ritmo bastante acelerado, nomeadamente devido à hipertrofia das células do miométrio, o qual apresenta, e no seu estado normal, um comprimento de 50 a 90 micrómetros (μm), podendo atingir os 500 a 900 μm no final da gravidez. De acordo com Graça e Colaboradores (2000), corroborado por Silva et al. (2006), o peso normal do útero, ou seja, no momento anterior à gravidez, é entre 40 a 70 gramas (g), podendo, no final do período de gestação, atingir as 1200g.

2. Alterações na cavidade oral durante a gravidez

Tal como foi referido anteriormente, durante a gravidez as mulheres sofrem várias alterações fisiológicas, as quais são, sem sombra de dúvida, mais perceptíveis. Porém, e para além destas alterações, as mulheres passam também por diversas alterações do foro emocional e psicológico, as quais se relacionam diretamente com a sua personalidade, motivo pelo qual podem não ser tão perceptíveis. Contudo, é importante enfatizar que as mulheres grávidas requerem uma atenção especial, tal como cuidados específicos, nomeadamente no que diz respeito ao tratamento dentário. Logo, é crucial transmitir, e precocemente, a necessidade e significância de visitar o seu médico dentista durante todo o período da gravidez, não deixando este tipo de tratamento apenas para o pós-parto (Andrade & Ronali, 1999).

Regra geral, as patologias orais mais frequentes na gravidez são a cárie dentária, a gengivite gravídica, a periodontite, o tumor gravídico, a mobilidade dentária, a erosão dentária e a alteração salivar, as quais serão analisadas de seguida com maior profundidade (Gajendra & Kumar, 2004).

2.1 Cárie dentária

A cárie dentária é considerada pela OMS como sendo um problema grave de saúde pública, visto que remete, essencialmente, para uma doença multifatorial e transmissível, apresentando uma alta prevalência a nível mundial (Melo, Azevedo & Henriques, 2008).

De acordo com Lima (2007), é possível determinar a cárie através da interação entre quatro fatores distintos, designadamente: a placa bacteriana, que consiste no agente infeccioso; a suscetibilidade, particularmente do hospedeiro; os hidratos de carbono, ou seja, a alimentação; e o tempo, isto é, a duração e a frequência. Não obstante, a cárie dentária é formada pela ação de diversas bactérias, as quais podem culminar na destruição, parcial ou total, do dente.

Em termos mais detalhados, uma lesão de cárie pode ser formada quando se ingerem alimentos constituídos por hidratos de carbono (gomas, bolos, chocolates, doces, etc.), pois as bactérias vão acabar por decompô-los, originando, portanto, determinados ácidos que acabam por provocar a dissolução de todo o conteúdo mineral dos dentes. A eficácia

de toda esta ação é superior quando estes alimentos são ingeridos com maior frequência entre as refeições ou antes de deitar, motivo pelo qual é aconselhável evitar o seu consumo nestes períodos (Jorge, 1995).

No caso em particular das mulheres grávidas, o risco de desenvolvimento de lesões de cárie é bastante superior, visto que o potencial de hidrogénio (pH) da cavidade oral é muito mais baixo, isto é, é mais ácido. Para além do mais, o desejo por alimentos cariogénicos e o número de ingestões de alimentos aumenta durante este período gestacional, enquanto a higiene oral diminui, motivo pelo qual a saúde oral das gestantes passa a ser secundária, obtendo uma menor atenção (Silk, Douglass, Douglass & Silk, 2008). De facto, no seu estudo com adolescentes grávidas, Nascimento e Lopes (1996) concluíram que a grande maioria das mulheres se alimentava mais vezes durante todo o período de gestação, não alterando, no entanto, a frequência das escovagens. Os autores salientam que a justificação para este descuido na higiene oral remete para a presença de vômitos e náuseas durante as escovagens, o que traduz o descuro nesta prática que tanto contribui para a saúde bucal.

Em sùmula, e com base em todos os argumentos apresentados, é crucial que exista uma transmissão de conhecimentos, nomeadamente com o intuito de alertar as grávidas para a necessidade de uma boa saúde oral, de modo a que, futuramente, não transmitam as suas bactérias para o bebé, diminuindo, simultaneamente, a probabilidade de este último vir a desenvolver, também ele, lesões de cárie. Na realidade, as bactérias responsáveis pela cárie dentária são frequentemente adquiridas durante a infância, mais precisamente através da transmissão salivar direta das suas mães, sendo que alguns dos fatores que influenciam esta transmissão estão relacionados com o nível das bactérias nos reservatórios salivares maternos, a frequência e a eficiência da transmissão e a recetividade da criança à implantação das bactérias, motivo pelo qual é extremamente importante ter atenção aos alimentos ingeridos (Boggess & Edelstein, 2006).

2.2 Gengivite gravídica

Segundo Little et al. (1997), a complicação oral mais frequente durante a gravidez é a gengivite gravídica (Figura 1), a qual consiste, essencialmente, num aumento significativo da inflamação gengival enquanto resposta exacerbada aos irritantes locais, mais precisamente nos períodos em que se verifica um aumento da secreção do

progesterona e do estrogénio. Contudo, esta situação é localizada, reversível ou generalizada. Em termos clínicos, esta complicação está associada a uma vermelhidão nas gengivas, bem como a uma textura superficial brilhante e lisa, não sendo muito diferente da gengivite numa mulher não grávida. É precisamente a acumulação dos glóbulos vermelhos que torna a gengiva avermelhada e com sangramento, podendo, inclusive, formar edemas com papilas hiperplásicas. Caso esta situação não seja tratada, o processo patológico tende a afetar os tecidos duros, evoluindo, portanto, para uma periodontite (Louro, Fiori, Steibel & Fiori, 2001).



Figura 1- Gengivite gravídica (Giglio, Lanni, Laskin & Giglio, 2009)

Similarmente à gengivite normal, esta condição resulta de uma má higiene oral e da consequente acumulação da placa. No entanto, é importante referir que tanto as alterações hormonais como as alterações vasculares proporcionam um aumento na resposta inflamatória da gengiva à placa bacteriana (Andrade & Ronali, 1999). Gajendra e Kumar (2004) salientam que são vários os estudos que comprovam que a gengivite, e durante a gravidez, resulta do aumento das hormonas femininas, sendo que a progesterona acaba por aumentar o exsudado, afetando, por sua vez, a integridade de todas as células capilares do endotélio e influenciando, inclusive, a biossíntese das prostaglandinas nas gengivas. Adicionalmente, o estudo de Gaffield, Gilbert, Malvitz e Romaguera (2001) comprova que cerca de 25 a 100% das mulheres grávidas podem apresentar gengivite durante o período de gestação, enquanto o estudo realizado por Hunter e Hunter (1997) estipula que a gengivite gravídica é mais observada nos dentes anteriores, sem que se verifique uma perda do tecido de suporte.

Finalmente, é pertinente ressaltar que todas as alterações ocorrem no segundo mês de gravidez, atingindo o seu pleno no oitavo mês, a partir do qual se verifica um decréscimo até ao momento do parto. Após o nascimento do bebé, o aspeto clínico da gengiva é bastante similar ao do apresentado no segundo mês de gestação (Laine, 2002).

2.3 Periodontite ou Doença periodontal

A periodontite, ou doença periodontal, que afeta cerca de 30% das gestantes, consiste numa doença infecto-inflamatória destrutiva na gengiva e no osso que suporta todos os dentes, sendo provocada por uma infeção da gengiva, especialmente por bactérias anaeróbias gram-negativas. Por conseguinte, para que esta doença ocorra é necessária a presença destas bactérias e de um hospedeiro suscetível às mesmas, sendo que a sua severidade depende da própria capacidade do hospedeiro, bem como da virulência do patogénio em questão (Lindhle, Karring & Lang, 2003).

Tal como já foi referido anteriormente, esta doença é iniciada na forma de gengivite, na qual se verifica a ocorrência de uma inflamação dos tecidos moles, podendo, posteriormente, evoluir para uma periodontite, a qual é basicamente caracterizada pela destruição do tecido conjuntivo e do osso alveolar (Lalla et al., 2003). O mecanismo que se encontra associado a todo este processo de destruição pode provocar danos teciduais diretos, os quais são provocados pelos produtos da placa dentária, tal como danos indiretos, os quais são, por sua vez, provocados pela resposta inflamatória e imunitária introduzida pela própria ação bacteriana. É relevante mencionar que a irritação local dos tecidos, produzida pelos produtos das bactérias que colonizam todas as superfícies dentárias, consiste num processo bastante demorado, de longa duração e assintomático, verificando-se uma inflamação crónica, exceto quando existe um agravamento, tanto por exacerbação aguda como por uma exacerbação subaguda (Rigueira, 1996). É precisamente neste processo que ocorre uma resposta inflamatória crónica, a qual pode induzir em bacteremias frequentes, resultando, de um modo indireto, na produção de alguns mediadores químicos, designadamente as citoquinas, as prostaglandinas PGE2 e as interleucinas IL-6 e IL8, os quais podem, de facto, afetar a gravidez (Silk et al., 2008). Na Figura 2 são demonstrados todos os mecanismos e fatores que se encontram envolvidos na patogénese da periodontite.

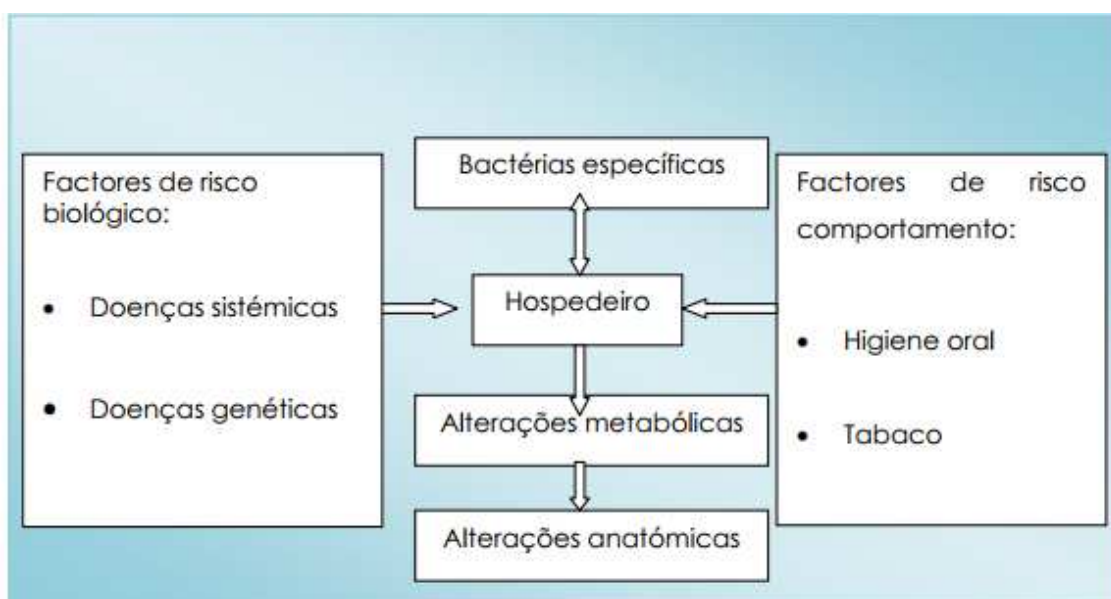


Figura 2- Patogênese da periodontite (Andrade, 2009, p. 7)

Com base nos argumentos apresentados por Machuca, Khoshfeiz, Lacalle e Bullon (1999) e Laine (2002), as principais alterações orais passíveis de serem atribuídas à gravidez são as que se encontram relacionadas com o aumento da vascularização, da permeabilidade vascular do tecido gengival e a resposta exacerbada de todos os tecidos moles do periodonto a todos os fatores irritantes locais, os quais se encontram, por sua vez, associados à elevação dos níveis de progesterona e de estrogénio durante o período da gravidez. Gaffield et al. (2001) enfatizam que estas hormonas acabam por estimular a síntese dos mediadores químicos de todos o processo inflamatório, especialmente as prostaglandinas. Por conseguinte, a gengivite, e durante a gravidez, pode apresentar algumas características inflamatórias bastante marcantes, as quais podem remeter para um edema acentuado, uma tendência superior para o sangramento, um eritema intenso e uma tendência para a hiperplasia.

Não obstante, a adição de vários fatores, tal como é o caso do uso do tabaco, do stress e das mudanças psicológicas, pode culminar numa evolução da gengivite, conduzindo, por sua vez, a alterações periodontais bem mais graves, tal como a periodontite. Ainda que alguns autores sugiram que essa evolução pressupõe um período de tempo mais prolongado do que o período da gravidez, são vários os dados que comprovam o surgimento e/ou agravamento de uma prévia doença periodontal durante a gravidez. De

facto, um agravamento de uma periodontite prévia pode comprometer todas as estruturas de suporte do dente, a qual já ocorre com a própria gravidez (Konishi & Lima, 2002).

Finalmente, é extremamente importante enfatizar o estudo conduzido por Silk et al. (2008), visto que os autores concluíram que níveis elevados dos marcadores químicos (prostaglandinas, citocinas e interleucinas) foram encontrados no líquido amniótico de mulheres com periodontite, resultando em partos prematuros, o que acaba por sugerir uma relação entre estes dois acontecimentos, bem como que todo este processo inflamatório acaba por desencadear um parto precoce e prematuro. Os autores também referem que este mecanismo é semelhante para os recém-nascidos com baixo peso, visto que a libertação da Prostaglandina E₂ acaba por restringir o fluxo sanguíneo placentário, o que provoca, por sua vez, a necrose placentária e restringe o crescimento intrauterino.

2.3.1 Periodontite e complicações no parto

De acordo com Boggess e Edelstein (2006), foi no ano de 1996 que se relatou, pela primeira vez, uma possível relação entre a doença periodontal materna e o parto prematuro/baixo peso à nascença. O conceito de Parto Prematuro, ou nascimento antes do termo, remete para um nascimento que ocorre antes das 37 semanas de gestação, sendo que este tipo de parto ocorre em cerca de 12% dos nascimentos em geral (Manuila, Manuila, Lewalle & Nicoulin, 2003).

É fundamental referir que a prematuridade é considerada como sendo a principal causa de morbidade (portador de uma determinada doença) e mortalidade (óbitos) em recém-nascidos, existindo diversos fatores associados à mesma, tal como é o caso do baixo índice de massa corporal materno, o tabagismo materno e ainda as infeções maternas (Boggess & Edelstein, 2006).

Por outro lado, o conceito de gestação de termo define o nascimento que ocorre entre as 37 e as 42 semanas após o último período menstrual normal da mulher, sendo que o recém-nascido é apenas considerado como detendo baixo peso à nascença se, de facto, pesar menos do que 2.500 gramas. Esta ocorrência, o nascimento de recém-nascidos com baixo peso, é um problema bastante grave, representando cerca de 6 a 9% dos nascimentos em geral (Manuila et al., 2003).

Tal como já foi mencionado em momentos anteriores, durante a gestação as mulheres sofrem diversas alterações fisiológicas, as quais acabam por alterar todo o equilíbrio existente entre a defesa do hospedeiro e todos os fatores etiológicos que se encontram envolvidos na doença periodontal. É pertinente enfatizar que as infeções periodontais podem, na verdade, funcionar enquanto reservatório para a transmissão das bactérias e dos seus produtos via sanguínea para a unidade fetoplacentária. Por conseguinte, estas toxinas bacterianas podem culminar numa necrose placentária, num aborto espontâneo, em malformações, em baixo peso à nascença ou, inclusive, na morte dos recém-nascidos. Tal como é argumentado por Felicíssimo (2013), durante a doença periodontal verifica-se a libertação de vários mediadores inflamatórios, tal como é o caso da PGE₂ e da interleucina 1 beta (IL-1β). Quando entram na circulação sanguínea, as citocinas podem alcançar a região uterina, propiciando um parto prematuro, visto que estas substâncias são capazes de provocar a contração dos músculos do útero, iniciando, portanto, o parto. É importante clarificar que a PGE₂ consiste num regulador extremamente importante de todos os processos fisiológicos do parto, aumentando durante toda a gravidez até atingir um nível considerado como crítico para a indução da contração, da dilatação cervical e do nascimento em si.

Offenbacher et al. (2006) comprovaram que o risco de parto prematuro é duas vezes superior em casos de gestantes com doença periodontal moderada a grave, motivo pelo qual consideram que a periodontite é um fator de risco para um parto prematuro e para os próprios recém-nascidos com baixo peso, independentemente de existirem outros fatores de risco.

Por fim, e com base na Direção Geral de Saúde (2011), a relação existente entre periodontite e baixo peso à nascença e/ou parto prematuro não deve, de todo, ser minimizada nem desvalorizada, visto que, e considerando que a periodontite aumenta a incidência de baixo peso à nascença e/ou do parto prematuro, a saúde periodontal e a saúde oral nas grávidas devem ser um foco de especial atenção durante todas as ações pré-natais, tal como foi acordado pela própria DGS.

2.4 Tumor gravídico

O tumor gravídico (Figura 3) consiste numa lesão vascular originada pelo aumento do progesterona em combinação com as bactérias e com os irritantes locais, apresentando

uma taxa de incidência superior a 5% durante a gravidez (Silk et al., 2008). Basicamente, esta lesão surge enquanto resposta exacerbada numa área localizada, sendo, geralmente, assintomática. Porém, a escovagem dentária pode acabar por traumatizar a lesão, causando, inclusive, algum sangramento. Regra geral, esta lesão surge no terceiro mês de gravidez, apresentando características histológicas similares às do granuloma piogénico e possuindo uma aparência de amora, devido sobretudo ao seu aspeto granuloso e à sua cor vermelha escura. Esta lesão surge mais frequentemente na zona gengival anterior do maxilar superior, caracterizando-se enquanto lesão de tipo hiperplásico, ainda que benigna (Bulhosa, 1998; Guzman & Suárez, 2004; Aleixo, Moura, Almeida, Silva & Moreira, 2010).



Figura 3- Aparência de um tumor gravídico (Silk et al., 2008)

Tal como é defendido por Sanchez, Villarroel, López-Labady e Mata de Henning (2000), o tumor gravídico está relacionado com as alterações hormonais e com o aumento do nível do progesterona e do estrogénio, culminando no aumento da vascularização e no surgimento de uma resposta bastante exacerbada e de uma suscetibilidade superior dos tecidos aos irritantes locais. Por outro lado, e no que diz respeito ao nível histológico, a lesão é caracterizada por massas com lóbulos de tecido de granulação hiperplásico, sendo parcialmente revestidas por um epitélio estratificado escamoso, atrófico e delgado. Adicionalmente, também se constata a existência de áreas de proliferação endotelial e de espaços vasculares (Gaetti-Jardim, Vieira, Castro, Gaetti-Jardim Júnior & Felipini, 2009; Freitas, Caballero, Pereira, Bonan & Mol, 2011).

Já Camacho, Guillén, Márquez e Hernández (2012) preconizam que, caso esta lesão seja de pequena dimensão, pode ser tratada por “esperoterapia”, considerando que, na maioria

dos casos, estas lesões regridem após o término da gravidez. Porém, e caso se opte por remover a lesão, existem vários métodos de tratamento (criocirurgia, laser, injeção intralesão de etanol ou de corticosteroides), ainda que o tratamento de eleição consista na remoção cirúrgica da totalidade da lesão com um bisturi.

Por todas estas especificidades, é fundamental que se proceda ao seu diagnóstico e que se transmitam todas as informações necessárias ao paciente, alertando-o que não é aconselhável ingerir medicação sem uma prescrição médica. Porém, o melhor método de prevenção desta lesão é, sem sombra de dúvida, promover bons hábitos de higiene oral (Bulhosa, 1998).

2.5 Mobilidade dentária

Durante a gravidez, as mulheres também podem sofrer de um aumento da mobilidade dentária, sendo que, de acordo com alguns estudos, esta resulta da severidade da doença gengival, bem como do compromisso do ligamento periodontal e das alterações de alguns dos minerais na lâmina dura. Porém, e tal como é referido por Gajendra e Kumar (2004), esta mobilidade dentária é reversível no pós-parto.

Silk et al. (2008), por sua vez, comprovam que as mulheres grávidas podem sofrer um aumento da mobilidade dentária mesmo na ausência da doença gengival, nomeadamente devido ao aumento dos níveis do estrogénio e do progesterona, hormonas estas que afetam todas as estruturas do periodonto. Adicionalmente, Giglio et al. (2009) introduzem a deficiência da vitamina C enquanto fator contributivo para esta mobilidade dentária, motivo pelo qual aconselham a sua recomendação em doses consideradas como terapêuticas.

Efetivamente, e considerando que as mulheres grávidas sofrem diversas mudanças corporais e alterações hormonais, a atenção deve ser direcionada também para estas mudanças a nível da saúde bucal, visto que as mulheres podem desenvolver este tipo de problemas aquando da gravidez ou, inclusive, agravá-los, caso estejam presentes anteriormente a esta fase em particular (Welgatch & Samalea, 2008). Tal como é referido por Bortoletti e Ferreira (2007), toda e qualquer complicação clínica durante a gravidez pode causar efeitos adversos na mãe, no feto e no recém-nascido, motivo pelo qual é

fundamental uma perspicácia em termos de diagnóstico e de tratamento médico, pois acabam por influenciar todo o resultado final, tanto para a mãe como para o bebê.

Resumidamente, o tratamento dentário deve ser realizado sempre que se verifique como sendo necessária, sendo que, e desde a primeira consulta, se deve estabelecer um vínculo entre médico dentista-grávida, com o intuito de, durante a gravidez, este tipo de relação promova uma receptividade superior a uma mudança de hábitos na vida da grávida, o que, por sua vez, significará uma melhor saúde oral e a possibilidade de o seu filho se desenvolver de um modo saudável (Welgatch & Samalea, 2008).

2.6 Erosão dentária

O conceito de erosão dentária está relacionado com o desgaste dentário (no início, no esmalte, podendo alastrar para a dentina) através da ação de químicos, sendo que, na gravidez, ocorre devido ao aumento dos episódios de refluxo gástrico e de vômito, motivo pelo qual a cavidade oral se encontra exposta ao ácido gástrico e, posteriormente, através do relaxamento do esfíncter esofágico, tal como da pressão exercida pelo útero, podendo culminar ou agravar o refluxo esofágico (Laine, 2002). Por conseguinte, é fundamental, durante a gravidez, reduzir o tempo de exposição do ácido na cavidade oral, mais precisamente através de algumas alterações alimentares e do próprio estilo de vida (Silk et al., 2008).

Neste contexto em particular, Gajendra e Kumar (2004) referem que os profissionais recomendam a utilização de elixires orais fluorídricos, pois irá proporcionar o endurecimento da dentina exposta e a redução da sensibilidade. Porém, os autores salientam que imediatamente após o vômito, as mulheres não devem proceder a uma escovagem dentária, com o intuito de evitar a sua abrasão, mas sim bochechar com um copo de água com um pouco de chá de bicarbonato de sódio (sal), o que neutralizará o ácido que provém do estômago, ou com um colutório fluoretado, pois protege os dentes. Após esta prática, as mulheres podem, então, proceder à escovagem dentária, de preferência com uma escova mais macia e com movimentos mais suaves (Silk et al., 2008).

2.7 Alteração salivar

A saliva é um fluido segregado pelas glândulas salivares, sendo constituído por diversos componentes, designadamente: água, enzimas, proteínas, imunoglobinas, oligopéptidos, polipéptidos, albumina e eletrólitos, tal como é o caso do potássio, do sódio, do fosfato e do cálcio. No que diz respeito às suas funções, a saliva é a responsável pela lubrificação dos tecidos orais, pelo efeito tampão, pela proteção da integridade dentária, pela reparação tecidular e pelas propriedades antimicrobianas (Martínez-Pabón, Delgado, López-Palacio, Patiño-Gómez & Arango-Pérez, 2014; Rio et al., 2015).

Durante a gravidez, a saliva pode sofrer algumas alterações, designadamente ao nível do seu pH, da sua capacidade de tampão e da espessura da sua composição, as quais acabam por comprometer toda a integridade dos tecidos da cavidade oral, expondo, portanto, a mulher grávida a um risco superior de cárie dentária. Para além do mais, alguns estudos transversais acabaram por constatar que existe uma redução do fluxo salivar estimulado nas mulheres durante a gravidez, enquanto alguns estudos longitudinais comprovaram que não existe, de todo, alterações do fluxo salivar (Martina, Inez, Gerard & Chris, 2007).

Não obstante, Martínez-Pabón et al. (2014) argumentam que existe uma relação estatisticamente significativa entre a gravidez e a diminuição da secreção salivar, a qual aumenta após o parto, sendo que uma possível justificação remete para o fator hormonal e as suas alterações durante este período gestacional. É crucial referir que algumas das alterações na composição da saliva englobam a diminuição da concentração do sódio e do pH, tal como o aumento da concentração do potássio, das proteínas e dos níveis de estrogénio. Relativamente a esta última alteração, é relevante mencionar que a verificação dos valores de estrogénio tem sido utilizada enquanto método de triagem, almejando detetar o potencial risco de ocorrer um parto prematuro. Assim, constata-se que os níveis salivares de estrogénio são mais elevados nas mulheres que apresentam uma tendência superior para um parto prematuro do que nas mulheres com maior probabilidade de levar a gravidez até ao seu término.

3. Complicações durante a gravidez

3.1 Hipertensão arterial gestacional

A hipertensão arterial gestacional é caracterizada por uma pressão sistólica igual ou superior a 140 mmHg e/ou pressão diastólica igual ou superior a 90 mmHg em mais de dois momentos prévios às 20 semanas de gestação ou, inclusive, de forma persistente até 12 semanas após o parto. Esta complicação gestacional é uma das manifestações mais comuns durante a gravidez, sendo que apresenta uma taxa de incidência de cerca de 23%. Regra geral, a hipertensão crónica durante a gravidez pode dividir-se em dois grupos distintos, nomeadamente em hipertensão crónica sem quaisquer complicações ou em hipertensão crónica concomitante a pré-eclampsia. Contudo, e em termos numéricos, cerca de um terço das grávidas que apresenta hipertensão arterial acaba por desenvolver um quadro de pré-eclampsia (Anthony, Damasceno & Ojji, 2016).

Essencialmente, as consequências mais graves resultantes da hipertensão durante a gravidez remetem para o risco elevado de rutura da placenta e para a restrição do crescimento do feto. Não obstante, e com base nos argumentos de Duley (2003), este risco acaba por aumentar significativamente nos casos em que a hipertensão se encontra associada à pré-eclampsia, condição esta que será analisada em seguida.

3.2 Pré-eclampsia

A pré-eclampsia, por sua vez, caracteriza-se enquanto alteração sistémica, a qual é representada por um aumento da pressão sanguínea e por proteinúria. Apesar de a sua etiologia ser desconhecida, a pré-eclampsia pode desenvolver-se a partir das 20 semanas de gravidez, permanecendo, em alguns casos, até às 48 horas antecedentes ao momento do parto (Sibai & Stella, 2010). Anthony et al. (2016) preconizam que a pré-eclampsia se encontra associada a um mecanismo fisiopatológico, o qual inclui a restrição do crescimento do feto, a patologia placentária e o desenvolvimento de uma hipertensão arterial severa, ainda que no pós-parto seja reversível.

Ainda que, na maioria dos casos, as gravidezes com pré-eclampsia apresentem resultados pós-natais sem qualquer tipo de consequências, esta alteração representa um dos elementos de maior risco para a mortalidade e morbidade, sendo que as suas

consequências mais graves englobam: o risco de hemorragia cerebrovascular, enquanto resultado do aumento da pressão arterial; o edema pulmonar; a falência renal aguda; e a síndrome HELLP, a qual é caracterizada por trombocitopenia, por enzimas hepáticas elevadas e por hemólise microangiopática (Manaj & Rrugia, 2011).

Por outro lado, os fatores de risco associados à pré-eclampsia estão relacionados com as mulheres que apresentam uma pressão arterial elevada anteriormente à gravidez, uma prévia diabetes *mellitus*, uma doença renal crônica, a sua idade avançada (superior aos 40 anos), uma gravidez múltipla ou, inclusive, uma pré-eclampsia numa gravidez anterior. De um modo geral, a incidência desta complicação gestacional encontra-se entre as mulheres com gravidezes primíparas, enquanto a sua prevalência se encontra associada a gravidezes múltiplas (Anthony et al., 2016).

3.3 Diabetes gestacional

Finalmente, a diabetes gestacional, que remete para uma intolerância à glicose, é frequentemente diagnosticada durante o 2º ou 3º trimestre da gravidez, podendo persistir, ou não, após o parto. Contudo, e durante a gravidez, a diabetes ocorre devido a uma resistência gradual à insulina, a qual se desencadeia a partir do 2º trimestre e aumenta durante o 3º para níveis semelhantes aos apresentados por indivíduos com diabetes de tipo II (Buchanan & Xiang, 2005).

Esta resistência à insulina durante o período de gestação parece encontrar-se associada a uma combinação de dois fatores em especial, nomeadamente dos efeitos de dessensibilização de insulina, que derivam dos produtos hormonais segregados pela placenta, e do aumento da adiposidade materna. Regra geral, este tipo de diabetes é reversível no pós-parto, ainda que aproximadamente 30 a 50% das mulheres acabem por desenvolver diabetes tipo II após o término da gravidez (Oliveira, Melo, Paiva & Wanderley, 2014).

4. Tratamento dentário durante a gravidez

Efetivamente, e com base em todos os argumentos apresentados até ao momento, é bastante clara a necessidade de integrar os serviços de cuidado da Saúde Oral nos serviços de cuidado pré-natal durante toda a gravidez. De acordo com a California HealthCare Foundation (2010), os profissionais de saúde devem:

- 1) Alertar a grávida para a importância da sua saúde oral, não só em termos gerais como também para a saúde do bebé;
- 2) Questionar a grávida relativamente a eventuais dúvidas, receios ou medos relativamente aos cuidados dentários durante a gestação, com o intuito de a esclarecer e de desmistificar as ideias pré-concebidas;
- 3) Enfatizar, perante a grávida, que a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças orais (englobando a utilização de anestésicos locais e a realização de eventuais radiografias orais) podem ser realizados durante toda a gravidez sem qualquer tipo de risco acrescido para a sua saúde e para a saúde do bebé.

Sadler (2006) divide a gestação em dois períodos distintos, sendo que o primeiro, designado por embriogénese, remete para as primeiras oito semanas, durante as quais ocorrem diversas transformações no ovo fecundado, objetivando a formação do embrião. Já o segundo período, designado por período fetal, remete para o espaço compreendido entre o final da oitava semana e o parto, momento este em que ocorre a continuação da diferenciação enquanto o feto cresce e aumenta o seu peso. Não obstante, a divisão mais amplamente utilizada para este período de gestação é a que estabelece três trimestres diferentes. De facto, o primeiro trimestre engloba o primeiro dia da última menstruação até às 13 semanas e 6 dias, período em que ocorre a organogénese. A designação de embrião é utilizada até às nove semanas, sendo que, posteriormente, se utiliza o termo feto. O segundo trimestre é iniciado na 14^a semana e, por fim, o terceiro trimestre inicia-se na 28^a semana. É importante salientar que a incidência de abortos espontâneos é superior durante o 1^o trimestre, correspondendo a cerca de 10-15%, e que o risco teratogénico é significativamente mais elevado durante as primeiras 10 semanas da gravidez (New York State Department of Health, 2006).

Ainda que seja perfeitamente seguro e possível realizar os tratamentos dentários em qualquer fase da gravidez, os profissionais consideram que o período ideal para a sua realização é entre as 12 e as 34 semanas, considerando que, antes das 12 semanas, a

mulher sofre náuseas e vários episódios de hipotensão postural, o que torna o tratamento dentário bem mais difícil, devido ao facto de provocar imensas náuseas na grávida. No entanto, e apesar desta recomendação, são vários os profissionais que, talvez por não deterem todos os conhecimentos necessários ou por receio de serem acusados de algum tipo de malformação embrionária, preferem adiar os tratamentos para o 2º trimestre, realizando, nesta primeira fase, apenas os tratamentos que são considerados como urgentes. Após as 34 semanas, a mulher já se sente desconfortável durante o tratamento, devido ao crescimento do útero, podendo culminar em hipotensão supina, e repercutindo-se através de faltas de ar (Mameluque et al., 2005).

Durante o 3º trimestre, e considerando o tamanho aumentado do útero, não é aconselhável manter a grávida na posição de supina, visto que pode, e por compressão, acabar por causar uma obstrução, parcial ou total, da artéria aorta e da veia cava inferior, reduzindo o suprimento sanguíneo cardíaco e, por conseguinte, a pressão sanguínea e a circulação uteroplacentária. Para além do mais, a manutenção da posição de supina pode causar sintomas de insuficiência circulatória, tal como é o caso da taquicardia, da hipotensão e da síncope. Por conseguinte, esta posição deve, de facto, ser evitada por longos períodos de tempo, devendo a grávida permanecer numa posição semisentada, ou então em decúbito lateral, com o intuito de aliviar a compressão, preferencialmente para o lado esquerdo, visto que a artéria aorta se encontra deste lado (Echeverria & Politano, 2011).

Atentando especificamente nos tratamentos dentários, as grávidas podem realizar todos os tratamentos realizados durante a fase prévia à gravidez, incluindo, portanto, procedimentos periodontais e extrações de dentes, desde que sejam tratamentos simples e realizados de um modo atraumático. Contudo, os tratamentos mais demorados devem ser adiados para o pós-parto, mais precisamente por uma questão de conforto para a mulher. Logo, as consultas devem ser curtas, agendadas para a segunda metade da manhã, período este em que os enjoos são menores. Para além do mais, deve-se agendar as consultas das grávidas para períodos distintos aos do atendimento infantil, de modo a reduzir a probabilidade de contágio de várias doenças consideradas como sendo virais (sarampo, rubéola, entre outras) (Mameluque et al., 2005).

4.1 Radiografias dentárias

Apesar de o atendimento à grávida no consultório dentário não promover, de todo, qualquer risco para o feto, existem na população imensas dúvidas no que diz respeito à realização de radiografias, particularmente devido à sua dose de radiação, que pode, porventura, induzir algumas malformações durante a gestação. É crucial ter em consideração que as radiações ionizantes são responsáveis por diversas mutações genéticas, para além de apresentarem vários efeitos no embrião e no feto, designadamente: lesões no sistema nervoso central, alterações no desenvolvimento, genéticas e somáticas e possíveis neoplasias pós-natais (leucemia) (Cruz, Beda, Castilho & Moraes, 2002).

Tal como é argumentado por Mameluque et al. (2005), as radiografias periapicais podem ser realizadas durante a gravidez, visto que a quantidade de radiação à qual a grávida é exposta é muito inferior à dose necessária para a ocorrência de malformações congénitas, visto que o feto apenas recebe cerca de 1/50 000 da exposição direta sobre a cabeça da mulher. Por outro lado, caso seja necessário proceder à realização de uma radiografia oral, nomeadamente para um correto diagnóstico e para um tratamento mais eficaz, esta deve ser efetuada com um avental de chumbo, pois este protege o abdómen da grávida, e com um colar de chumbo, que protege, por sua vez, a tiroide. Contudo, o aparelho de raio-x deve estar sempre calibrado, com a colimação e a filtração corretas, para além de se dever utilizar sempre películas rápidas (California HealthCare Foundation, 2010).

É pertinente enfatizar o avanço tecnológico, pois este culminou no aparecimento das radiografias digitais, as quais possibilitam a obtenção dos resultados com um tempo de exposição muito inferior ao das radiografias mais convencionais. Esta nova modalidade indica que a dose de radiação à qual a mulher é exposta durante a realização das radiografias é significativamente mais baixa, deixando de existir riscos de mutação no feto e aumentando, portanto, a sua segurança, tanto para os médicos dentistas como para as grávidas. As radiografias mais comuns no âmbito da Medicina Dentária, a ortopantomografia e a periapical, são extremamente seguras durante a gravidez, motivo pelo qual não é, de todo, necessário evitar a sua realização (Cruz et al., 2002). Na tabela seguinte (Tabela 2) são apresentadas as principais *guidelines* para o tratamento dentário, particularmente de acordo com o New York State Department of Health (2006).

Tabela 2 – Guidelines para o tratamento dentário durante a gravidez (New York State Department of Health, 2006)

Indicações	Radiografias Oraís	Anestesia Local	Colocação/Remoção de Amálgama
Em qualquer momento da gravidez	As radiografias são seguras durante a gravidez; Utilizar proteção de chumbo, tanto no pescoço (tiroide) como no abdómen.	Lidocaína a 2%, e com a adrenalina a 1:100 000, é considerada como sendo segura durante a gravidez.	Não existem evidências científicas de que o tipo de Mercúrio libertado nas restaurações seja prejudicial para o feto; Utilizar o dique de borracha e a aspiração de alta velocidade para reduzir a inalação do vapor do mercúrio

4.1.1 Radiografias e baixo peso ao nascer

Hujoel, Bollen, Noonan e del Aguila (2004), no seu artigo, argumentam que doses de radiação ionizante, representando cerca de 1 mGy, na tiroide das mulheres grávidas causam o nascimento de bebés com baixo peso. Entre vários estudos epidemiológicos realizados, foi possível constatar que a menor dose desta radiação na tiroide das mulheres grávidas é de aproximadamente 100 mGy, isto é, 100 vezes superior à dose defendida por Hujoel et al. (2004) como sendo passível de causar o nascimento de bebés com baixo peso. Para além do mais, o aumento da incidência do cancro da tiroide está associado a doses de radiação ionizante de 100 mGy, englobando estudos entre os sobreviventes da bomba atómica e entre pacientes que receberam doses de radiação na ordem dos 300-1000 mGy enquanto método de tratamento.

No *Journal of Radiological Protection* (2004), por sua vez, vários autores preconizam que toda a revisão da literatura acerca da exposição à radiação e do baixo peso ao nascer é errónea, apresentando uma relevância insignificante para a baixa dose de exposição da glândula tiroide no adulto. Em primeiro lugar, tem vindo a ser reconhecido, ao longo dos

anos, que as altas doses terapêuticas, e no caso do tratamento de cancro infantil no útero, podem culminar, futuramente, no nascimento de bebés com baixo peso. Na realidade, as doses de radiação para o útero são de cerca de 20.000 mGy, representando um aumento 20.000 vezes superior ao da radiação da tiroide. São precisamente estas doses elevadas que culminam na lesão do útero infantil, bem como nas devidas estruturas de suporte, nos tecidos vasculares e conjuntivo, conduzindo a uma perda de elasticidade no útero, a uma redução do volume do útero e de toda a região pélvica, resultando, por conseguinte, no nascimento de bebés com baixo peso (Green et al., 2002).

Em segundo e último lugar, e a título comparativo, Hujuel et al. (2004) mencionam os estudos realizados no contexto dos sobreviventes da bomba atómica, referindo que não foram encontradas quaisquer evidências de uma relação entre a exposição à radiação e o nascimento de bebés com baixo peso, motivo pelo qual os autores enfatizam a irrelevância destes estudos no âmbito das radiografias dentárias, dado que a sua realização não envolve a exposição direta do feto à radiação. Adicionalmente, os autores procederam a uma comparação entre o pequeno tamanho da cabeça do bebé e uma reduzida capacidade mental, tendo concluído que doses inferiores a 100 mGy não são, de todo, associadas a efeitos nocivos e de risco no desenvolvimento ou na redução do QI do bebé.

5. Medicação na gravidez

A utilização de fármacos durante a gravidez é um tópico bastante controverso, nomeadamente devido à preocupação do risco associado aos efeitos teratogénicos no feto quando atravessam a barreira da placenta. Porém, esta preocupação é mais notória e relevante a partir da década de 50, época em que vários bebés nasceram com algumas alterações congénitas, tal como é o caso da focomelia, entre muitas outras que se encontram associadas à utilização da talidomida durante a gravidez enquanto antiemético (Carmo & Nitrini, 2004).

O modo e mecanismo através dos quais as drogas provocam alguns efeitos teratogénicos são ainda de difícil compreensão, visto que, por exemplo, podem interferir de um modo direto sobre os tecidos maternos, representando efeitos secundários nos tecidos do feto. No entanto, é amplamente defendido que a exposição contínua a teratogénicos pode afetar diversos órgãos ao longo dos vários níveis do desenvolvimento. Regra geral, os fármacos que apresentam esta capacidade teratogénica são todos os que detêm a capacidade para produzir algumas malformações no feto, sendo que a sua ação depende das quantidades

administradas e da própria altura da gravidez em que são administrados (Silva, Xavier, Coppola, Lemes & Silva, 2000). Porém, existem também os fármacos com capacidade tóxica, os quais interferem no desenvolvimento e funcionamento do feto no útero, ainda que, na verdade, não contribuam para a ocorrência de malformações (Little et al., 1997).

A classificação dos fármacos de acordo com o seu risco teratogénico foi apresentada pela *Food and Drugs Administration* (FDA) e encontra-se resumida na tabela seguinte (Tabela 3).

Tabela 3- Classificação dos fármacos com base no seu risco teratogénico e de acordo com a FDA (Little et al., 1997; Cengiz, 2007)

	Risco Teratogénico
Categoria A	Os estudos realizados não demonstram riscos para o feto durante o primeiro trimestre de gravidez, nem existem provas de riscos em fases posteriores, sendo improvável a possibilidade de teratogénese.
Categoria B	É dividida em: <ol style="list-style-type: none"> 1) Estudos em animais não demonstraram risco teratogénico, ainda que não existam estudos controlados no âmbito da gravidez humana; 2) Estudos em animais têm demonstrado alguns efeitos teratogénicos que não foram confirmados em mulheres grávidas durante o primeiro trimestre de gestação, não existindo provas de riscos em fases posteriores.
Categoria C	É dividida em: <ol style="list-style-type: none"> 1) Estudos em animais demonstram efeitos teratogénicos sobre o feto, ainda que não existam estudos em mulheres; 2) Não existem estudos disponíveis em mulheres nem em animais. <p>São fármacos que apenas devem ser administrados se o seu benefício justificar o risco potencial para o feto.</p>
Categoria D	Existem evidências claras de risco teratogénico, ainda que os benefícios da sua utilização tornem os fármacos aceitáveis.
Categoria X	Os estudos em animais ou em humanos comprovam os riscos de teratogénese, superando claramente o possível benefício em mulheres grávidas. Os fármacos desta categoria são contraindicados em mulheres que estão ou possam ficar grávidas.

5.1 Antibióticos na gravidez

Regra geral, os antibióticos prescritos no âmbito da medicina dentária pertencem à categoria B da FDA, sendo que as penicilinas são as mais utilizadas pelos médicos dentistas, particularmente a amoxicilina. Estes antibióticos são utilizados quando é necessária a prescrição de um antimicrobiano, visto que as penicilinas são praticamente atóxicas, atuando exclusivamente numa estrutura pertencente às bactérias – a parede celular (Andrade & Ronali, 1999). Ainda que não sejam teratogénicas, as penicilinas podem produzir algumas reações alérgicas, sendo que, em alguns casos, pode culminar em nefropatias ou na morte, motivo pelo qual se recorre aos macrólidos, dado que são especificamente utilizados em pacientes alérgicos às penicilinas (Turner, Singh & Glickman, 2006). É importante enfatizar que, apesar de não apresentar efeitos teratogénicos até à data, a eritromicina, e na sua forma de estolato de eritromicina, é associada a um aumento do risco de hepatite, o que justifica a sua ação tóxica direta na mulher grávida.

Por sua vez, as tetraciclina pertencem à categoria D da FDA, sendo que a sua utilização é contraindicada durante a gravidez, principalmente após o quarto mês de gestação, dado o seu efeito tóxico no desenvolvimento ósseo e dentário. Mais pormenorizadamente, as tetraciclina podem causar a inibição do crescimento ósseo e do desenvolvimento do feto, apresenta alguns efeitos adversos sobre a dentição, provoca uma pigmentação cinzenta ou amarelada nos dentes, a hipoplasia do esmalte a cáries. Adicionalmente, e caso as tetraciclina sejam tomadas no quinto mês de gestação, que é quando ocorre a calcificação das coroas, podem provocar graves danos na dentição (Bulhosa, 1998). Não obstante, e mais recentemente, Turner et al. (2006) desmentem a relação existente entre a ação das tetraciclina e a hipoplasia do esmalte.

Na tabela que se segue (Tabela 4) são apresentadas as principais informações acerca da utilização de antibióticos durante a gravidez e a amamentação.

Tabela 4- Principais informações acerca da utilização de antibióticos durante a gravidez e a amamentação (Turner et al., 2006)

Droga	Categoria FDA	Uso durante a gravidez	Uso durante a amamentação
Antibióticos			
Penicilina	B	Sim	Sim
Eritromicina	B	Sim	Sim
Clindamicina	B	Sim	Sim
Cefalosporina	B	Sim	Sim
Tetraciclina	D	Não	Não

5.2 Analgésicos e anti-inflamatórios na gravidez

De acordo com a classificação da FDA, a grande maioria dos analgésicos prescritos pertence à categoria C, visto que, e apesar de as drogas pertencentes a esta categoria em particular serem frequentemente seguras, não existem, até à data, estudos em mulheres, motivo pelo qual as prescrições médicas devem especificar claramente a dose terapêutica considerada como sendo efetiva num curto período de tempo (Giglio et al., 2009).

Contudo, e similarmente aos analgésicos, também os anti-inflamatórios devem ser utilizados com extrema precaução durante o último trimestre da gravidez, bem como num período de tempo restrito, visto que podem culminar num fecho prematuro do canal arterial do feto e num aumento do tempo da hemorragia durante as cirurgias dentárias. A título de exemplo, o Ibuprofeno, classificado como pertencente à categoria B nos primeiros 2 trimestres, passa a pertencer à categoria D no último trimestre da gravidez, nomeadamente devido à sua associação com níveis baixos do fluido amniótico, com o encerramento prematuro do canal arterial e com a inibição no momento do parto (Andrade & Ronali, 1999).

Finalmente, é pertinente mencionar o ácido acetilsalicílico, que é utilizado em mais de 80% das mulheres grávidas durante a gravidez, visto que este parece não apresentar efeitos teratogénicos, ainda que, de facto, existam opiniões muito diferentes acerca desta temática. No entanto, e considerando o seu possível efeito na agregação plaquetária, inibindo a produção de tromboxanos e de prostaglandinas, a tomada deste ácido deve ser

desencorajada, sendo substituída, e sempre que possível, por drogas bem mais seguras e adequadas, como é o caso do paracetamol (Turner et al., 2006).

Na tabela 5 são apresentadas, de um modo resumido, as informações mais importantes acerca da utilização de analgésicos durante a gravidez e a amamentação.

Tabela 5- Informações mais importantes acerca da utilização de analgésicos durante a gravidez e a amamentação (Turner et al., 2006)

Droga	Categoria FDA	Uso durante a gravidez	Uso durante a amamentação
Analgésicos			
Aspirina	C/D	Não, associado com restrição do crescimento intrauterino	Não
Paracetamol	B	Sim	Sim
Ibuprofeno	B/C	Evitar no 3º trimestre; pode fechar o ductus arteriosus patente	Sim
Inibidor Cox-2	C	Evitar no 3º trimestre; pode fechar o ductus arteriosus patente	Sim
Codeína	C	Associado no 1º trimestre com malformações; pode ser usada no 2º ou 3º trimestre	Sim
Oxicodone	B/C	Sim	Sim
Morfina	B	Sim	Sim
Fentanil	B	Sim	Sim

5.3 Ansiolíticos e sedativos

Muito resumidamente, os ansiolíticos e os sedativos devem ser evitados durante toda a gravidez, visto que tanto os Barbitúricos como as Benzodiazepinas pertencem à categoria D da FDA, apresentando um risco teratogénico evidente, motivo pelo qual devem ser evitados neste período gestacional. Alguns estudos realizados neste contexto indicam a existência de uma associação entre as benzodiazepinas e a fenda palatina, a disfunção do sistema nervoso central e o dismorfismo após a exposição do útero. Assim sendo, e com base em vários autores, a estratégia a utilizar com as pacientes mais nervosas e ansiosas deve passar por uma tranquilização verbal, evitando, portanto, a recorrência a fármacos (Andrade & Ronali, 1999; Giglio et al., 2009).

A tabela seguinte (Tabela 6) apresenta uma breve compilação da informação relativa à administração de sedativos durante a fase de gestação e de amamentação.

Tabela 6- Compilação da informação sobre a administração de sedativos durante a gravidez e a amamentação (Turner et al., 2006)

Droga	Categoria FDA	Uso durante a gravidez	Uso durante a amamentação
Sedativos			
Hipnótico	-	-	-
Benzodiazepinas	D	Não, risco de anomalias craniofaciais	Não
Barbitúricos	D	Não, risco de anomalias craniofaciais	Não
Oxido Nítrico	-	Controverso	Controverso

5.4 Anestésicos locais

Paiva e Cavalcanti (2005) definem a anestesia local como consistindo num bloqueio reversível da condução nervosa, culminando numa perda das sensações, ainda que sem alterar o nível de consciência. Os autores também enfatizam a propriedade que mais

influencia a potência destes anestésicos locais, designadamente a sua solubilidade lipídica, sendo que, quanto mais lipossolúvel forem, mais facilmente penetram na membrana. Não obstante, os anestésicos locais também devem ter propriedades hidrofílicas, pois são estas que asseguram que o anestésico não precipitará com a exposição ao líquido intersticial. No que diz respeito ao mecanismo de ação, os anestésicos locais acabam por inibir a geração e a condução dos impulsos, designadamente através de um bloqueio da permeabilidade ao sódio na membrana das células nervosas (Guimarães, Moura & Silva, 2006).

É pertinente acrescentar que os anestésicos locais são classificados de acordo com dois grupos em particular, nomeadamente de tipo éster e de tipo amida, sendo que a grande diferença entre estes dois grupos remete para a sua estabilidade química, o risco de alergia, a potência e o metabolismo do paciente. Os Aminoésteres acabam por ser facilmente hidrolisados pelas esterases, existentes no plasma e em todo o organismo, fazendo com que o efeito dure menos tempo, ainda que sejam instáveis em solução. As Aminoamidas, por sua vez, são as mais estáveis, estando sujeitas também a uma biotransformação enzimática no fígado, motivo pelo qual duram mais tempo e causam menos alergias (Guimarães et al., 2006). Alguns dos anestésicos locais pertencentes ao grupo Éster são a cloroprocaína, a procaína e a tetracaína, enquanto os anestésicos locais pertencentes ao grupo Amida são a mepivacaína, a lidocaína, a prilocaína, a bupivacaína, a levobupivacaína e ropivacaína.

Ainda que os anestésicos sejam relativamente seguros quando administrados nas doses corretas e aconselháveis, deve-se ter em consideração a possibilidade de se verificarem alterações no Sistema Nervoso Central (SNC) do feto, nomeadamente quando passam através da barreira placentária. Contudo, deve-se também evitar a utilização destes fármacos com vasoconstritor, de modo a evitar possíveis problemas com o fluxo da placenta, e devido às suas capacidades alfa e beta-miméticas. A título de exemplo, existe uma determinada preocupação que uma injeção intravascular acidental de epinefrina possa culminar numa vasoconstrição da artéria uterina, o que diminuirá, por sua vez, o fluido sanguíneo uterino. Assim, e com o intuito de preservar a perfusão placentária, é fundamental evitar a utilização de doses elevadas de vasoconstritores (Turner et al., 2006).

Na tabela 7 são apresentadas, de um modo bastante resumido, as informações mais importantes acerca da administração de anestésicos locais, particularmente durante a gravidez e a amamentação.

Tabela 7- Informações acerca da administração de anestésicos locais durante a gravidez e a amamentação (Turner et al., 2006)

Droga	Categoria FDA	Uso durante a gravidez	Uso durante a amamentação
Anestésicos Locais			
Lidocaína	B	Sim	Sim
Mepivacaína	C	Sim	Sim
Prilocaina	B	Sim	Sim
Bupivacaína	C	Não, pode causar hipotensão	Sim

5.5 Medicação mais utilizada no tratamento dentário

Tal como é apresentado por Infarmed e Ministério da Saúde (2001), os fármacos que são comprovadamente teratogénicos nos humanos são:

- 1) A isotretinoína (derivado da vitamina A);
- 2) O misoprostol;
- 3) Os hipoglicemiantes orais;
- 4) Os agentes androgénicos;
- 5) Os anti-inflamatórios não esteroides;
- 6) O lítio;
- 7) A talidomida;
- 8) Os anticonvulsivantes em geral;
- 9) Os inibidores da enzima de conversão da angiotensina;
- 10) Os antimetabólitos e os agentes alquilantes;
- 11) As tetraciclina;
- 12) Os antitiroideos (metibazol e propiltiouracilo);
- 13) A varfarina;
- 14) Os bloqueadores dos recetores da angiotensina II;

15) Os opiáceos, benzodiazepinas.

Tal como é amplamente defendido na literatura, o analgésico por excelência para as grávidas é o Paracetamol, podendo ser prescrito a qualquer momento durante a gravidez, visto que é considerado como sendo a melhor solução para a dor leve a moderada. Este analgésico é classificado pela FDA como pertencendo à categoria B, caracterizando-se, portanto, num ótimo antipirético e analgésico para as grávidas (Navarro et al., 2008).

Relativamente aos anti-inflamatórios, estes devem ser evitados durante a gravidez, especialmente no 3º trimestre, dado que se encontram associados ao aumento da pressão arterial, através da retenção da água e do sódio, tal como à inibição da síntese das prostaglandinas, culminando num prolongamento do trabalho de parto. Adicionalmente, estes fármacos em específico podem culminar num encerramento precoce do canal arterial do feto, motivo pelo qual a sua ingestão não é aconselhada (Mameluque et al., 2005).

Considerando que o ácido acetilsalicílico pertence à categoria C, e de acordo com a FDA, a sua ingestão deve ser evitada no 1º e no 3º trimestres, ainda que seja compatível na fase da amamentação. Porém, e caso seja ingerido, este ácido deve ser utilizado por um curto período de tempo, especialmente em menos de 72 horas. Os corticosteroides, que também pertencem à categoria C, podem ser tomados pelas grávidas, pois são considerados como sendo seguros para o tratamento de lesões inflamatórias orais. No entanto, e caso sejam ingeridos de um modo sistemático, em doses altas e num curto período de tempo, acabam por transpor a barreira placentária, sendo excretados pelo leite materno. Logo, as mulheres que se encontrem no período de amamentação devem aguardar, pelo menos, 4 horas, pois só após este tempo é que a quantidade do fármaco no leite é reduzida (California HealthCare Foundation, 2010).

Já os antibióticos devem ser prescritos caso existam sinais de disseminação da infeção ou, inclusive, de profilaxia da endocardite bacteriana. Regra geral, as infeções orais são provocadas por bactérias aeróbias, anaeróbias facultativas ou anaeróbias. Assim, a medicação de eleição para o tratamento das infeções orais tem sido, até à data, as penicilinas e derivados ou, e em caso de alergia, a eritromicina base (Infarmed & Ministério da Saúde, 2001).

Após a análise da medicação mais utilizada no tratamento dentário, particularmente durante a gravidez, é fundamental apresentar, de um modo resumido, quais os antibióticos

que devem ser tomados e os que, por outro lado, devem ser evitados durante a gravidez. Essa informação encontra-se devidamente resumida e explicitada na tabela que se segue (Tabela 8).

Tabela 8 – Antibióticos que devem ser evitados e tomados durante a gravidez (Infarmed & Ministério da Saúde, 2001)

Opções a evitar	Observações	Opções aceitáveis	Observações
Aminoglicosídeos (C)	Lesão do nervo auditivo ou vestibular em qualquer trimestre	Cefalosporinas (B)	
Co-Trimoxazol (D)	Risco teratogénico	Clindamicina (B)	
Claritromicina (D)	Não é recomendável durante a gravidez	Cloranfenicol (C)	Exceto no 3º trimestre: Síndrome do Bebê Cinzento
Eritromicina (estolato) (B)		Azitromicina (B), Eritromicina base (B), Espiramicina (C), Roxitromicina (B)	
Estreptomicina (D), Pirazinamida (C), Rifampicina (C)	Estreptomicina: ototoxicidade; Pirazinamida: evitar no 2º e 3º trimestres da gravidez	Isoniazida (C), Etambutol (B), Rifampicina (±) (C)	Etambutol e Rifampicina no 3º trimestre: risco de hemorragia no recém-nascido e na grávida, por hipoprotrombinémia
Quinolonas (D)	Possibilidade de artropatia fetal	Metronidazol (B)	Usar com cuidado no 1º trimestre, ainda que se pense,

			atualmente, que é seguro durante toda a gravidez
Tetraciclina (D)	Quelação aos dentes em desenvolvimento, a partir da 18 ^a semana de gestação	Nalidíxico (ácido) (C)	
Sulfonamidas (±) (B, mas se usado no fim da gravidez é D)	Evitar no 3 ^o trimestre: icterícia, hemólise neonatal e metahemoglobinemia	Nitrofurantoína (C)	Exceto no 3 ^o trimestre: anemia hemolítica no feto, com deficiência em G6PD
		Penicilinas (B)	Evitar a associação com o ácido clavulânico, apesar de não existirem provas de teratogenicidade

6. Saúde oral na gravidez

Wagner e Heinrich-weltzien (2016) argumentam que, regra geral, a saúde oral é negligenciada pelas mulheres durante a gravidez, especialmente entre as mulheres que pertencem a estratos socioeconómicos inferiores. Efetivamente, estima-se que cerca de 50% das grávidas evita marcar consultas no seu médico dentista, mesmo quando sentem a necessidade de realizar determinados tratamentos dentários. De acordo com Steinberg, Hilton, Iada e Samelson (2013), esta negligência por parte das mulheres grávidas parece dever-se ao facto de estas deterem algumas dúvidas relativamente ao tratamento dentário durante o período gestacional, bem como à perceção errónea que detêm relativamente às suas consequências.

No entanto, e em congruência com os argumentos apresentados anteriormente, são diversos os estudos que comprovam a seguridade na realização dos tratamentos dentários durante a gravidez (Hagai, Diav-citrin, Shechtman & Ornoy, 2015; Shessel, Portnof,

Kaltman & Nitsch, 2015). Assim sendo, é aconselhável que as mulheres grávidas realizem várias consultas de rotina no seu médico dentista, com o intuito de manterem a sua saúde oral e de terem à sua disponibilidade todas as ferramentas necessárias para, de um modo autónomo, poderem executar todas as medidas adequadas de higiene oral, prevenindo, portanto, o surgimento de eventuais complicações que podem resultar de várias doenças orais (Wagner & Heinrich-weltzien, 2016).

6.1 Contextualização dos fatores socioculturais

Tal como é argumentado por Bortoletti e Ferreira (2007), a gravidez consiste numa experiência extremamente profunda na vida da mulher, remetendo para um período temporal altamente demarcado por várias alterações, mais concretamente a nível pessoal, profissional, social e conjugal. Nesta fase em particular, o próprio profissional de Medicina Dentária deve estar ciente de que é perentório ter uma perspetiva preventiva e educativa para com a paciente grávida, devendo proceder a uma orientação mais detalhada e fornecer um acompanhamento dentário durante todo o período gestacional, prevenindo a mulher de adquirir maus hábitos.

Garbero, Delgado e Cárdenas (2005) aprofundam esta temática, defendendo que a abordagem clínica deve englobar a consideração de vários fatores, designadamente a cultura e a estrutura social nas quais a mulher se encontra inserida. De facto, a cultura apresenta uma relação indiscutível com o estilo de vida da mulher, tal como com a forma de apoio social e de articulação social que esta recebe, mecanismos estes que acabam, em certa medida, por promover a saúde oral da grávida.

É extremamente pertinente considerar também que a mulher/mãe desempenha um papel importante no seio familiar, sendo que o investimento na sua educação, alterando os seus comportamentos e hábitos, poderá culminar num aumento significativo da sua qualidade de vida, bem como dos restantes membros familiares. Welgatch e Samalea (2008) referem, e muito bem, que as mães também determinam os hábitos que os seus filhos irão adquirir no futuro, motivo pelo qual é importante promover hábitos saudáveis a nível oral, de alimentação e de higiene, visto que, no futuro, esta aquisição irá promover uma qualidade de vida superior.

Na verdade, é imensamente frequente observar nas grávidas uma variedade de comportamentos e de hábitos que, regra geral, acabam por agravar toda a sua situação dentária, sendo que alguns deles são: excesso na ingestão de hidratos de carbono; aumento geral do consumo de alimentos; alterações nos seus horários, ingerindo mais alimentos e com maior frequência; e descuido com a sua higiene oral. Ora, todos estes fatores acabam por, na grande maioria dos casos, resultar na formação de cáries, tanto assintomáticas como sintomáticas. Porém, grande parte das mulheres, e aquando da gravidez, apresentam pouco conhecimento relativamente às técnicas de higiene oral, motivo pelo qual sofrem de patologias orais, como é o caso da doença periodontal e da cárie, o que salienta a importância de direccionar todos os esforços preventivos do profissional Medicina Dentária para a sua prevenção (Rosell, Montandon & Valseck, 1999).

No estudo conduzido por Gaffield et al. (2001), os autores comprovaram que a negligência dos cuidados dentários se deve, essencialmente, aos baixos rendimentos, ao baixo nível educacional e sem nenhum estudo que nos baseia em evidências científicas ao usufruto de um seguro de Saúde público não é positivo, para além do facto de apenas metade das grávidas com problemas dentários frequenta as consultas com o seu médico dentista. Por outro lado, e almejando determinar qual a influência dos fatores socioculturais no contexto da saúde oral das grávidas, Machuca et al. (1999) procederam a uma análise do estado periodontal de cerca de 130 mulheres grávidas, avaliando aspetos como o índice de placa, a profundidade de sondagem, o índice de hemorragia, os níveis de ligação, o estado de saúde em geral e o estatuto sociocultural. O estudo conduzido por estes autores demonstrou que o índice da placa aumenta de um modo bastante significativo com a diminuição do nível de educação das mulheres, o que enfatiza as descobertas apresentadas também por Mills e Moses (2002).

6.2 Algumas crenças e mitos

Atualmente, ainda é bastante frequente ouvirem-se relatos que destacam inúmeros atributos negativos relativamente aos procedimentos de tratamento dentário durante a gravidez. De facto, é comum ouvir certos argumentos que pressupõem que, em cada uma das gravidezes, se perde um dente, que os dentes enfraquecem nesta fase porque o feto retira todo o cálcio da mãe para o seu proveito e desenvolvimento. O recurso ao anestésico, durante as consultas, crêm provocar malformações no feto ou, inclusive,

abortos espontâneos. Não obstante, e ainda que não se encontre cientificamente provada a veracidade destas afirmações, são várias as grávidas que, com receio da ocorrência de uma destas situações, preferem não realizar qualquer tipo de tratamento dentário. Foi precisamente neste contexto que Codato, Nakama e Melchior (2008) desenvolveram o seu estudo, tendo chegado à conclusão de que existem imensas restrições e mitos que influenciam a negligência da saúde oral durante a gravidez, a qual culmina em sequelas que podem afetar diretamente o feto.

Já existem vários programas que visam a promoção da saúde oral durante a gravidez, os quais tentam, em certa medida, desmistificar uma panóplia de mitos e de crenças, consistindo numa das conquistas mais relevantes no que diz respeito à educação na área da Medicina Dentária. É, então, fundamental explicitar que a primeira função do médico dentista, e junto da paciente grávida, é precisamente a de desmistificar o tratamento dentário durante a gestação, bem como alertar, desde o início, para o facto de a saúde oral da mãe afetar a saúde oral do seu filho. Adicionalmente, este profissional deve também tranquilizar a grávida, argumentando que todas as afirmações negativas acerca do tratamento dentário durante esta fase são erradas, visto que a mulher se sente insegura e com receio de colocar o feto em risco (Konishi & Lima, 2002).

Contudo, e tal como é argumentado por Unfer e Saliba (2000), não é apenas ao médico dentista que cabe esta função de desmistificar o tratamento dentário durante a gravidez, visto que esta é também da responsabilidade dos programas de saúde oral que são implementados, os quais objetivam um bem-estar geral no seio da população. A atuação destes programas neste sentido é, portanto, considerada como sendo essencial até para a eficiência de todas as medidas preventivas que vão sendo implementadas no contexto de uma gravidez saudável, promovendo não só a saúde da mulher, mas também a saúde do feto a curto e a longo-prazo.

6.3 Promoção no pré-natal

Primeiramente, é crucial delimitar o objetivo principal da promoção da saúde, o qual remete, essencialmente, para um papel ativo por parte do indivíduo na recuperação e/ou manutenção do equilíbrio do seu organismo. Assim, e com base neste argumento, a principal causa de uma doença está associada a um estilo de vida não saudável, pois este prejudica o funcionamento do organismo em geral. Por sua vez, a promoção da saúde oral

remete para um conjunto de políticas públicas, as quais favorecem a criação de determinados ambientes, considerados como sendo favoráveis para a escolha de comportamentos mais saudáveis. Além do mais, a promoção da saúde oral deve ser baseada no apoio comunitário e no desenvolvimento de diversas habilidades e capacidades de autocontrole, promovendo, assim, práticas de autocuidado, o que atribui ao indivíduo os cuidados sobre a sua saúde e higiene bucal (Sheiham, 1981).

O princípio central por detrás da promoção da saúde engloba um envolvimento ativo de toda a comunidade local em todos os seus parâmetros, designadamente desde a identificação de todos os temas relacionados com a saúde até à alteração dos comportamentos, fomentando práticas saudáveis. Por conseguinte, os profissionais de saúde em geral devem viabilizar e reforçar esta promoção da saúde no âmbito das comunidades em que efetivam a sua atuação, sendo que esta é uma das suas funções enquanto profissional na área da saúde. Especificamente no contexto das mulheres grávidas, o atendimento dentário deve ser bastante amplo, englobando ações de caráter coletivo, com metodologias educativas e preventivas, para além da própria prática dentária atual, a qual engloba ações individuais (Tomita, 1994).

Para que a promoção da saúde oral seja efetiva, é fundamental que se eduque a mulher grávida relativamente à sua importância, promovendo, adicionalmente, a prevenção de doenças orais. Diaz, Martínez, Vertiz e Rodríguez (1998) comprovam que as estratégias educacionais culminam em melhorias na saúde oral, como o exemplo o tipo de alimentação, o intervalo das refeições, medidas para evitar o refluxo gastroesofágico motivo pelo qual o médico dentista deve promover a saúde geral e a saúde oral, atuando, então, enquanto cuidador da grávida. Contudo, e apesar de o conhecimento destes profissionais fomentar comportamentos mais saudáveis durante a gravidez, também dificultam significativamente a abordagem integral da grávida para a manutenção da sua saúde, motivo pelo qual, ao longo dos últimos anos, se tem assistido a uma abordagem integrada com profissionais multidisciplinares, objetivando a promoção da saúde em geral (Peres, Cardoso, Garcez, Peres & Bastos, 2001).

Considerando que a promoção da saúde, bem como todas as suas ações, extrapola o setor de atenção à saúde, dado que compreende, entre outros, a qualidade de vida, a educação, o urbanismo, o meio ambiente, a espiritualidade e a cultura, esta deve encontra-se devidamente implementada na agenda pública de todos os setores e níveis do governo,

tal como em todos os indivíduos e organizações que demonstram uma crescente preocupação com a saúde em geral. Em suma, e visto que a gravidez não é, de todo, um obstáculo para o tratamento dentário, este momento é extremamente oportuno para se estabelecerem diversas medidas que objetivem a promoção da saúde, tanto para a mulher como para a futura criança (Costa, Saliba & Moreira, 2002).

6.4 Tratamento dentário pré-natal

A assistência pré-natal objetiva acolher a mulher desde o início da sua gravidez, visto que este é um período que engloba diversas mudanças físicas e emocionais, sendo vivenciado de um modo distinto em cada caso. Para além dos cuidados por parte dos profissionais de saúde, é essencial que a grávida, o seu parceiro e a sua família tenham especiais cuidados, designadamente para que toda a gravidez seja segura, pois todas as transformações intrínsecas ao período gestacional podem originar dúvidas, receios, fantasias ou curiosidades. De acordo com a perspetiva de Konishi e Lima (2002), a gravidez consiste num momento único para a prevenção de diversos problemas, tal como para a educação em termos de saúde, visto que as grávidas se encontram extremamente recetivas a informações que possam assegurar, a curto e a longo-prazo, o bem-estar do seu bebé. Zardetto, Rodrigues e Ando (1998) vão mais além, preconizando que, de facto, existe uma tendência para se verificarem melhores condições de saúde oral nas crianças cujas mães receberam uma educação mais aprofundada acerca da prevenção de várias doenças do foro oral. Assim, quanto mais cedo for iniciada esta prevenção, melhores e mais favoráveis serão os resultados obtidos.

O tratamento dentário pré-natal engloba, portanto, todas as ações relacionadas com a desmistificação das preocupações e das crenças relativas à gravidez e ao tratamento dentário, com a motivação e informação dos eventuais problemas orais, com a orientação acerca da importância do controlo da placa, com a utilização do flúor e com os cuidados a ter com o bebé. Em suma, os médicos são fundamentais na manutenção da saúde oral, visto que alertam a grávida para a importância dos cuidados dentários (Laine, 2002).

6.5 Estratégias de saúde oral

Durante o período gestacional, os profissionais de Medicina Dentária devem fornecer noções básicas sobre a saúde oral, ajudando a grávida a adaptar a sua dieta, a utilizar as técnicas de escovagem mais adequadas, a utilizar pastas ou colutórios fluoretados e certos agentes químicos coadjuvantes no controlo da placa, tal como é o caso do glucoronato de clorhexidina e do triclosan. Na tabela seguinte (Tabela 9) são resumidas algumas das *guidelines* para ajudar as grávidas a manter uma boa saúde oral, a qual influenciará, de igual modo, a saúde da criança (Passanezi, Brunetti & Sant'ana, 2007).

Tabela 9 – *Guidelines* para a saúde oral da grávida (Saini, Saini & Saini, 2010)

Promoção da saúde oral	Aconselhamento e intervenção precoce por parte dos profissionais de saúde, fornecendo todas as ferramentas necessárias à grávida para que esta possa compreender a importância dos cuidados de higiene oral durante toda a gestação
Higiene oral	Motivação para a higiene oral, explicitando as técnicas de escovagem mais adequadas para a remoção da placa bacteriana
Fluoretos	É recomendada a utilização de pasta dentífrica fluoretada nas grávidas
Nutrição	Educar a grávida para que esta tenha uma dieta equilibrada, evitando consumir alimentos açucarados de um modo excessivo, e a frequência das refeições
Tratamento dentário	As grávidas devem tratar as cáries durante a gravidez, pois esta prática promove uma melhor saúde oral
Transmissão bacteriana	As grávidas não devem partilhar nem alimentos nem utensílios, dado que evita a transmissão de bactérias

6.5.1 Nutrição e dieta na gravidez

Na realidade, uma nutrição correta é essencial para uma boa saúde oral, motivo pelo qual os comportamentos saudáveis relativos à dieta e à nutrição devem ser promovidos anteriormente à gravidez. A higiene oral e uma nutrição adequada devem ser mantidos durante toda a gravidez e implementados, também, após o nascimento do bebé, fomentando o seu cumprimento ao longo da vida deste último. Fitzsimons, Dwyer, Palmer e Boyd (1998) referem que tanto a gravidez como o início de uma nova vida consistem em momentos cruciais e importantes para incutir tais comportamentos preventivos e de alimentação, visto que os mesmos objetivam a manutenção da saúde oral.

É pertinente salientar que as necessidades nutricionais das mulheres grávidas são determinadas pelas próprias alterações fisiológicas que sofrem ao longo do período de gestação. Porém, é também importante que as mulheres, e no período pré-concepcional, apresentem um bom estado nutricional e tentem manter um peso saudável, procurando desenvolver, desde esse momento, uma alimentação adequada, a qual deverá ser mantida durante toda a gravidez com o intuito de prevenir ou, inclusive, reduzir, possíveis complicações associadas a várias patologias, designadamente a hipertensão, a diabetes gestacional, a pré-eclampsia e a eclampsia (Caniço, 2008).

Efetivamente, o estado nutricional da mulher é um dos fatores determinantes no desenvolvimento e no crescimento do feto, o que justifica a necessidade de promover uma alimentação equilibrada e saudável, pois tais práticas otimizam não só a saúde da mãe, como também asseguram todas as reservas necessárias para que o feto se possa desenvolver de um modo saudável. Assim, e mesmo antes de engravidarem, as mulheres devem adotar determinados estilos de vida, como o aumento da ingestão de alimentos ricos em ferro e ácido fólico, a moderação no consumo de bebidas com cafeína, a não ingestão de bebidas alcoólicas e não fumar (Williamson, 2006).

Resumidamente, as grávidas devem ser encorajadas a ingerir alimentos com vitaminas A, C, D, fósforo, proteínas, cálcio e fluoretos, considerando que todos estes nutrientes são importantes durante a odontogénese. Mais detalhadamente, a vitamina A contribui para a integridade dos tecidos de origem ectodérmica; a vitamina D intervém na calcificação dentária, contribuindo, então, para a homeostase do fósforo e do cálcio; a vitamina C

mantém a substância intercelular e o colagénio; o fósforo contribui para a solidez de toda a estrutura dentária; os lípidos e os carboidratos garantem toda a energia necessária para a odontogénese (Menoli, Fanchin, Duarte, Ferreira & Imparato, 2003). Na tabela seguinte (Tabela 10) encontra-se uma sugestão de um padrão alimentar diário, o qual objetiva uma boa nutrição durante toda a gravidez.

Tabela 10 – Sugestão de um padrão alimentar diário para uma boa nutrição para a grávida (Menoli et al., 2003)

Alimentos	Proteína (g)	Quantidade
Vitamina D	0	400 U.I. = 1 litro de leite fortificado
Manteiga ou margarina	-	1 colher de sopa
Cereais e pão	6 a 8	3 a 4 porções (1 porção = 1 fatia de pão)
Vegetais (cozidos ou crus)	4	2 ou mais porções (1 porção = ½ xícara)
Batata	3	1 de tamanho médio
Fruta	1	Pelo menos 2 porções de frutas cítricas (1 porção = 1 laranja média)
Ovo	7	1
Carne magra, aves, peixe, queijo	28	2 porções/dia, totalizando 120g
Leite integral	24 a 32	3 ou 4 copos de 120 ml

6.5.2 Uso do flúor

A utilização do flúor durante o período de gestação tem sido um tema bastante controverso. Porém, na atualidade as recomendações amplamente disseminadas aconselham a não utilização diária de suplementos de flúor durante a gravidez, dado que este inibe a desmineralização das superfícies do esmalte, promovendo o aumento da remineralização nas suas superfícies, tal como toda a atividade bacteriana (Rompante, 2006).

De acordo com os argumentos da FDA, que tal como foi referido anteriormente consiste no órgão que fiscaliza o comércio da medicação nos EUA, não existem evidências suficientes que apoiem a prescrição dos suplementes de flúor durante o período gestacional. Ainda que a saliva se caracterize enquanto ótimo agente remineralizador, o flúor é muito mais importante no pós-natal, pois encontra-se constantemente presente na cavidade oral, seja através da utilização da água, seja através do uso de dentífricos fluoretados. No entanto, a literatura enfatiza que o flúor deve estar presente no meio oral o mais cedo possível, pois este ajuda a manter o equilíbrio em todo o processo de desmineralização-remineralização do esmalte, o qual é iniciado por volta dos seis meses, aquando da erupção da dentição nos bebés (Andrade & Ronali, 1999).

Não obstante, é crucial referir que o flúor sistémico, incorporado na matriz dos tecidos dentários aquando do seu processo de maturação, não garante, de todo, a prevenção da cárie dentária. Na realidade, os benefícios sistémicos do flúor são bastante reduzidos, motivo pelo qual os seus mecanismos de ação, e tal como é estipulado pela comunidade científica atual, são primariamente tópicos, tanto para os adultos como para os bebés (Rompano, 2006). Em sùmula, a sua utilização tópica, e através de dentífricos com fluoretos, é válida para a promoção da saúde das grávidas, considerando que contribui para o controlo e prevenção da cárie dentária, melhorando, portanto, a sua saúde oral (Campos, Armonia, Saraceni Junior, Ribas & Melo, 2000).

6.5.3 Cessaçãõ tabágica

Nos países desenvolvidos, a prevalência do consumo de tabaco, e entre as mulheres em idade considerada como fértil, remete para cerca de 20-30%. Durante a gravidez, o consumo de tabaco tem sido apontado enquanto causador de várias complicações e doenças, nomeadamente de distúrbios no desenvolvimento neurológico, abortos espontâneos, parto precoce, restrição do desenvolvimento do feto, defeitos palatinos e gravidez ectópica. Para além do mais, o tabaco acaba por elevar o risco de ocorrência de hipoxia placentária, culminando em riscos superiores de hipoxia fetal, de desprendimento da placenta e, inclusive, de morte fetal (Grazuleviciene, Danileviciute, Nadisauskiene & Vencloviene, 2009).

Um outro efeito adverso do tabaco, e segundo Aguierre (2007), remete para o seu efeito a nível pulmonar e respiratório na criança, ainda que seja difícil de concluir a origem do

mesmo. Isto é, não existem evidências científicas que comprovem se este efeito surge enquanto exposição às substâncias durante a gravidez ou se, por outro lado, surge devido à exposição ao fumo do tabaco após o nascimento. No entanto, existem sim alguns estudos que apontam que os filhos de mães que fumaram durante toda a gravidez apresentaram uma diminuição das funções respiratórias, incluindo, em determinados casos, uma reduzida capacidade residual funcional.

Já o estudo conduzido por Little et al. (2004) apresenta evidências de que, entre as anomalias congénitas, o risco de fissuras labiais e palatinas é bastante superior nos bebés cujas mães fumaram durante toda a gravidez, o que consubstancia o seu efeito adverso na saúde do bebé. Este estudo acaba por enfatizar todas as descobertas do estudo de Chung, Kowalski, Kim e Buchman (2000), dado que estes concluíram que existe uma associação entre o consumo do tabaco na gravidez e a probabilidade de o bebé sofrer de fendas labiais e palatinas. No entanto, estes últimos explicitam que, quanto maior for o consumo de tabaco, mais evidente se torna esta relação com anomalias no bebé após o seu nascimento.

Assim, é possível constatar que o consumo do tabaco durante todo o período da gravidez pode culminar em sérios e graves danos ao bebé, nomeadamente aquando do seu desenvolvimento intrauterino. É pertinente referir, por fim, que nesta fase em particular a mulher se encontra mais recetiva a mudanças, motivo pelo qual algumas grávidas cessam o consumo de tabaco, o que aumenta a sua saúde em geral e a sua saúde oral, tal como a do bebé.

6.5.4 Higiene oral

A manutenção de uma boa higiene oral é, sem dúvida, um dos comportamentos mais importantes para a saúde oral, sendo que o diário preventivo, que engloba a escovagem dos dentes e a correta utilização do fio dentário, previne o surgimento de doenças orais e preserva a saúde oral. O objetivo principal da higiene oral é controlar a placa bacteriana, que consiste na principal responsável pelo surgimento da cárie dentária. Assim, a escovagem dentária, e quando realizada corretamente, é o método mecânico mais eficiente para controlar esta patologia. De acordo com Limeback (2012), para controlar a placa bacteriana é fundamental que a grávida proceda a uma escovagem duas vezes por dia, visto que, na realidade, não existem estudos que provem que um número acrescido de escovagens provoca benefícios adicionais. Similarmente, o mesmo autor preconiza

que não existem melhores e piores técnicas de escovagem, explicitando apenas que a grávida deve proceder à escovagem com meticulosidade, pois esta garantirá uma boa higiene oral.

As áreas que requerem uma atenção especial são as interproximais, dado que são estas as zonas onde ocorre uma acumulação superior da placa bacteriana, cuja remoção não se limita apenas às escovagens. Logo, nestas áreas em particular deve-se utilizar o fio dentário, o qual se caracteriza enquanto elemento essencial para complementar a limpeza realizada através da escovagem. Como tal, recomenda-se a utilização diária deste fio dentário, com o intuito de se poder prevenir o desenvolvimento de cáries dentárias e de doenças periodontais (Limeback, 2012).

Em sùmula, os principais cuidados de higiene oral que as grávidas devem ter ao longo de toda a gravidez são:

- 1) Escovagem dos dentes pelo menos duas vezes ao dia, devendo uma delas ser realizada antes de deitar;
- 2) Usar um dentífrico com 1000 a 1500 ppm de flúor;
- 3) Usar uma escova de tamanho adequado;
- 4) Utilizar diariamente o fio dentário para remover restos de alimentos e bactérias entre os espaços interdentários;
- 5) Utilizar elixires para bochecho, ainda que com a devida prescrição do médico dentista;
- 6) Recorrer a suplementos fluoretados sempre que seja indiciado pelo médico dentista (Dias, 2015).

7. Plano nacional para a promoção da saúde oral na gravidez

De um modo geral, tem-se verificado, em Portugal, um interesse crescente pela temática relativa à saúde oral, enfatizando-se a sua importância e influência em diversos aspetos da saúde, do bem-estar e da própria qualidade de vida da população. Assim, é precisamente neste âmbito que se têm vindo a introduzir diversas estratégias de intervenção, as quais objetivam promover a saúde oral em geral e também durante a gravidez, dada a sua influência na saúde do bebé.

No ano de 1986, Portugal desenvolveu o programa de saúde oral em saúde escolar, o qual tem vindo a progredir desde então. Em 1999 procedeu-se a uma revisão e alteração desse mesmo programa, o qual passou a ser designado por Programa de Promoção da Saúde Oral em crianças e adolescentes (Direção-Geral de Saúde, circular normativa, nº1 DSE, 2005). Posteriormente, em 2005, foi aprovado o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), o qual se destinava aos profissionais e estruturas do Serviço Nacional de Saúde, bem como a todos os seus utilizadores, o qual se encontra incluído no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (DGS, circular normativa nº1 DSE, 2005). Atentando no próprio documento da DGS, o PNPSO apresenta as seguintes finalidades:

- Melhorar conhecimentos e comportamentos sobre alimentação e higiene oral.
- Diminuir a incidência de cárie dentária;
- Reduzir a prevalência da cárie dentária;
- Aumentar a percentagem de crianças livres de cárie;
- Criar uma base de dados, nacional, sobre saúde oral;
- Prestar especial atenção, numa perspetiva de promoção da equidade, à saúde oral das crianças e dos jovens com Necessidades de Saúde Especiais, assim como dos grupos economicamente débeis e socialmente excluídos, que frequentam a escola do ensino regular ou instituições (DGS, Circular Normativa nº1 DSE, 2005).

Finalmente em 2008, e através de um despacho ministerial, procedeu-se à aprovação do alargamento do PNPSO às mulheres grávidas e utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS). De facto, o projeto de saúde oral durante a gravidez objetiva a promoção da saúde oral das mulheres grávidas, bem como a diminuição da prevalência e incidência das várias doenças orais, promovendo a saúde da mãe e do feto que se encontra em desenvolvimento e crescimento. A DGS (circular informativa nº4 DSPPS, 2008) preconiza que este projeto introduz os seguintes objetivos:

- Garantir o acesso das grávidas a um conjunto de cuidados de medicina dentária, nas áreas de diagnóstico,
- Prevenção e tratamento, designadamente da cárie dentária e da doença periodontal;
- Avaliar a situação da saúde oral das grávidas seguidas no Serviço Nacional de Saúde.

Tal como se encontra estipulado na Portaria nº 301/2009, este projeto em concreto envolve os cuidados preventivos e curativos relativos à medicina dentária, os quais são prestados a todas as grávidas por profissionais de saúde oral aderentes ao projeto.

Relativamente ao seu financiamento, estes cuidados são pagos através de vários “cheques-dentista”, os quais são fornecidos pelos Centros de Saúde frequentados pelas mulheres grávidas. Durante toda a gravidez, a mulher tem direito a obter três cheques, os quais englobam serviços de tratamento preventivo e curativo, almejando a garantia do tratamento de todas as cáries e controlo ou redução do risco de doenças orais. Contudo, e caso a mulher grávida não usufrua destes serviços durante a gravidez, esta pode realizá-los até 60 dias após o parto, dado que este período se encontra abrangido na validade dos cheques fornecidos, e nos consultórios dos médicos dentistas e/ou estomatologistas que aderiram ao referido projeto.

O primeiro “cheque-dentista” é fornecido à grávida no Centro de Saúde que esta frequenta, sendo que, após a sua entrega, a grávida pode optar por aceitar a indicação para a medicina dentária e proceder ao seu registo na plataforma criada para tal efeito. Posteriormente, e de acordo com o plano de tratamento delineado durante a sua primeira consulta, a grávida poderá receber o 2º e o 3º cheque destinado para os tratamentos seguintes. É importante explicitar que os cheques que são utilizados pelas grávidas são enviados mensalmente pelo profissional de saúde aderente à Administração Regional de Saúde (ARS), designadamente para a sua validação e posterior processamento do pagamento, o qual é efetuado após 30 dias desde o momento da sua validação (Portaria nº 301/2009).

Contudo, e tendo em consideração toda a conjuntura atual no âmbito da saúde oral, e a nível nacional, é o médico de família das grávidas que, frequentemente, estabelece o primeiro contacto com as pacientes, acabando por realizar uma triagem relativamente à sua situação oral, função esta que é da inteira responsabilidade do médico dentista, pois é este profissional que deve promover e educar a grávida para a saúde oral durante a gestação. Finalmente, é pertinente referir que o PNPSO engloba vários profissionais de saúde, e não exclusivamente os médicos dentistas, considerando que, para a promoção da saúde oral, é fundamental contar com um mecanismo interdisciplinar, o qual envolve profissionais de saúde que podem prestar cuidados específicos e inerentes ao período de gestação (Cozzupoli, 1981).

III-Conclusão

O presente estudo permite concluir que a gravidez consiste num dos períodos da vida de uma mulher que mais alterações engloba, tanto a nível fisiológico como psicológico e emocional. Efetivamente, a mulher grávida sofre alterações cardiovasculares, gastrointestinais, hematológicas, metabólicas, respiratórias, génito-urinárias, da hemóstase e um aumento no seu peso, o que confirma a complexidade deste período gestacional. Porém, constata-se também que as alterações hormonais e imunológicas influenciam a saúde oral da grávida, podendo culminar em várias doenças e condições, entre as quais se destacam as cáries dentárias e as doenças periodontais (Jorge, 1995; Konishi & Lima, 2002).

Devido aos inúmeros riscos representados pelas doenças orais, os quais podem acarretar lesões graves para a mãe e para o feto durante o seu desenvolvimento, é extremamente importante que se alerte a grávida para necessidade de frequentar as consultas de medicina dentária. Porém, este alerta não é suficiente, devendo-se também educar a grávida relativamente aos benefícios da prevenção da saúde oral durante a gravidez e desmistificar a realização de tratamentos dentários. Na literatura existem evidências que comprovam que a grande maioria das mulheres grávidas se recusa a fazer os tratamentos dentários devido aos mitos existentes acerca dos seus prejuízos para a saúde da mãe e do feto, motivo pelo qual é importante desmistificar todas estas crenças erradas (Codato et al., 2008).

Vários autores apresentam estudos que comprovam a eficácia dos tratamentos dentários nas grávidas, referindo, inclusive, os benefícios a longo prazo que estes acarretam. É certo que, dada a condição da mulher durante esta fase, é essencial que se tenha especial atenção aos exames e à medicação utilizada, visto que existem determinados medicamentos que não devem ser prescritos durante a gravidez. Contudo, a ideia de que a grávida deve recusar todo o tipo de tratamento é errada, visto que não foram encontradas evidências que corroborem esse ponto de vista (Konishi & Lima, 2002; Mameluque et al., 2005; Echeverria & Politano, 2011).

É possível também concluir que a grávida deve contar com uma rede de apoio médico bastante ampla e alargada, englobando uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, pois é apenas deste modo que se obtém uma grávida consciente de todas as práticas e hábitos corretos para uma boa saúde oral. Para além do mais, a saúde oral não pressupõe

apenas cuidados de higiene oral redobrados, visto que, e tal como foi abordado, a mulher deve também ter em atenção a sua alimentação, a utilização do flúor e a cessação tabágica, considerando que todos estes fatores influenciam a sua saúde oral (Costa et al., 2002; Passanezi et al., 2007).

Em Portugal, tem-se desenvolvido, desde 1986, vários programas nacionais no âmbito da promoção e da manutenção da saúde oral, os quais englobam toda a população e, particularmente, as grávidas (DGS, circular normativa nº1 DSE, 2005). O objetivo destes programas é, portanto, promover a saúde oral da população, atribuindo alguns benefícios à mulher durante a gravidez para a sua consciencialização relativamente a práticas saudáveis, as quais serão transmitidas, futuramente, aos seus filhos (Portaria nº 301/2009).

IV- Referências Bibliográficas

Aguierre, V. (2007). Tabaquismo durante el embarazo: efectos en la salud respiratoria infantil. *Rev Chil Enf Respir*, 23, 173-178.

Aleixo, R. Q., Moura, C. O., Almeida, F. A., Silva, H. M.-L. L., & Moreira, K. F. A. (2010). Alterações bucais em gestantes – revisão da literatura. *Saber Científico Odontológico*, 1(1), 68-80.

Andrade, E. D. & Ronali, J. (1999). Pacientes que requerem cuidados especiais. In E. D. Andrade et al., *Terapêutica medicamentosa em odontologia* (pp. 93-119). Porto Alegre: Artes Médicas.

Andrade, R. C. (2009). *Saúde oral na gravidez: avaliação dos conhecimentos das grávidas sobre saúde oral durante a gravidez* (Tese de Licenciatura). Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.

Anthony, J., Damasceno, A., & Ojji, D. (2016). Hypertensive disorders of pregnancy: what the physician needs to know. *Cardiovascular Journal of Africa*, 27(2), 104-110.

Bogges, K. A. & Edelstein, B. L. (2006). Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. *Matern Child Health J*, 10, 169-174. doi: 10.1007/s10995-006-0095-x

Bordoni, N., Rojas, A. E., & Mercado, R. C. (2010). *Odontología pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.

Bortoletti, F. & Ferreira, F. (2007). Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal. In F. Bortoletti et al., *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar* (pp. 21-32). São Paulo: Barueri.

Buchanan, T. A. & Xiang, A. H. (2005). Gestational diabetes mellitus. *Science in Medicine*, 115(3).

Bulhosa, J. F. (1998). Saúde oral e gravidez. *Rev. Port. Estomat. Cir. Maxilof.*, 39(4), 233-242.

California HealthCare Foundation (2010). *Oral health during pregnancy & early childhood: Evidence-based guideline for health professionals*. California: California HealthCare Foundation.

Camacho, M. L., Guillén, J. Y., Márquez, O. P., & Hernández, M. (2012). Granuloma piógeno de localização atípica: reporte de casos y revisión de la literatura. *Revista Odontologica de los Andes*, 7(1), 43-53.

Campos, P. R. B., Armonia, P. L., Saraceni Junior, G., Ribas, T. R. C., & Melo, J. A. J. (2000). Suplementos fluorados durante a gestação e lactação: verdades e mitos. *Rev. Odontol. Univ. St. Amaro*, 5(2), 84-89.

Caniço, L. (2008). *Alimentação e nutrição em grávidas adultas* (Tese de Mestrado). Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Carmo, T. A. & Nitrini, S. M. O. (2004). Prescrições de medicamentos para gestantes: um estudo farmacoepidemiológico. *Cad. Saúde Pública*, 20(4), 1004-1013.

Cengiz, S. B. (2007). The pregnant patient: considerations for dental management and drug use. *Quintessence International*, 38(3), 133-142.

Chung, K. C., Kowalski, C. P., Kim, H. M., & Buchman, S. R. (2000). Maternal cigarette smoking during pregnancy and the risk of having a child with cleft lip/palate. *Plast Reconstr Surg.*, 105(2), 485-91.

Codato, L. A. B., Nakama, L., & Melchior, R. (2008). Percepção de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. *Ciências e Saúde Colectiva*, 13(3), 1075-1080.

Costa, I. C. C., Saliba, O., & Moreira, A. S. (2002). Atenção odontológica à gestante na conceção médico-dentista-paciente: representações sociais dessa interação. *RPG Rev. Pos Grad.*, 9(3), 232-243.

Cozzupoli, C. A. (1981). Odontologia na gravidez. In C. A. Cozzupoli, *Odontologia na gravidez* (pp. 17-29). São Paulo: Panamed.

Cruz, G. A., Beda, E. C. C., Castilho, J. C., & Moraes, L. C. (2002). Radioproteção em gestante. *Revista da ABRO*, 3(2), 59-61.

Dias, J. P. S. S. (2015). *Hábitos, conhecimentos e atitudes de saúde oral dos estudantes da Escola Secundária Alves Martins* (Tese de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Viseu, Portugal.

Diaz, R. R. M., Martínez, S. C., Vertiz, R. J., & Rodríguez, S. M. (1998). Mitos, prejuicios y realidades del tratamiento odontológico durante el embarazo: opinión médica. *Ginecol. & Obstet*, 66(12), 507-511.

Direção Geral de Saúde (2005). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*. Direção Geral de Saúde, Circular Normativa nº1/DSE, 1-5.

Direção Geral de Saúde (2008). *Alargamento do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: Grávidas e idosos beneficiários do complemento solidário*. Direção Geral de Saúde, Circular Informativa nº4/DSPPS/DCVAE, 1-3.

Direção Geral de Saúde (2011). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – Plano B*. Lisboa, Portugal.

Duley, L. (2003). Pre-eclampsia and the hypertensive disorders of pregnancy. *British Medical Bulletin*, 67, 161-176.

Echeverria, S. & Politano, G. T. (2011). *Tratamento odontológico para gestantes*. São Paulo: Santos Editora.

Felicíssimo, A. C. M. S. (2013). *Avaliação do conhecimento sobre a saúde oral da grávida e da criança – perspetiva do médico e dos pais* (Tese de Mestrado). Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Portugal.

Figuro, E., Carrillo-de-Albornoz, A., Herrera, D., & Bascones-Martínez, A. (2010). Gingival changes during pregnancy: I. Influence of hormonal variations on clinical and immunological parameters. *Journal of Clinical Periodontology*, 37(3), 220-9.

Fitzsimons, D., Dwyer, J. T., Palmer, C., & Boyd, L. D. (1998). Nutrition and oral health guidelines for pregnant women, infants, and children. *Journal of the American Dietetic Association*, 98(2), 182-189.

Freitas, D. A., Caballero, A. D., Pereira, M. M., Bonan, P. R. F., & Mol, V. C. (2011). Granuloma piogénico intraoral em gestante – relato de caso. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, 40(1), 43-45.

Gaetti-Jardim, E. C., Vieira, J. B., Castro, A. L., Gaetti-Jardim Júnior, E., & Felipini, R. C. (2009). Granuloma gravídico – relato de caso. *RFO*, 14(2), 153-157.

Gaffield, M. L., Gilbert, B. J., Malvitz, D. M., & Romaguera, R. (2001). Oral health during pregnancy. An analysis of information collected by the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. *J Am Dent Assoc.*, 132(7), 1009-1016.

Gajendra, S. & Kumar, J. V. (2004). Oral health and pregnancy: a review. *N Y State Dent J*, 70(1), 40-44.

Garbero, I., Delgado, A. M., & Cárdenas, I. L. B. (2005). Salud oral en embarazadas: conocimientos y actitudes. *Acta Odontológica Venezolana*, 43(2), 86-92.

Giglio, J. A., Lanni, S. M., Laskin, D. M., & Giglio, N. W. (2009). Oral health care for the pregnant patient. *J Can Dent Assoc.*, 75(1), 43-48.

Graça, L. M. & Colaboradores (2000). *Medicina materno fetal*. 2ª Edição. Lousã: Lidel.

Grazuleviciene, R., Danileviciute, A., Nadisauskiene, R., & Vencloviene, J. (2009). Maternal smoking, GSTM1 and GSTT1 polymorphism and susceptibility to adverse pregnancy outcomes. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 6, 1282-1297.

Green, D. M., Whitton, J. A., Stovall, M., Mertens, A. C., Donaldson, S. S., Ruymann, F. B., ... Robison, L. L. (2002). Pregnancy outcome of female survivors of childhood cancer: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Am. J. Obstet. Gynecol*, 187(4), 1070-1080.

Guimarães, S., Moura, D. & Silva, P. S. (2006). *Terapêutica medicamentosa e as suas bases farmacológicas*. 5ª edição. Portugal: Porto Editora.

Guzman, L. M. D. & Suárez, J. L. (2004). Lesiones de la mucosa bucal y comportamiento de la enfermedad periodontal en embarazadas. *Med Oral Pat Oral Circ Bucal*, 9, 430-437.

Hagai, A., Diav-citrin, O., Shechtman, S., & Ornoy, A. (2015). Pregnancy outcome after in utero exposure to local anesthetics as part of dental treatment. *American Dental Association*, 146(8), 572-580.

Hujoel, P. P., Bollen, A. M., Noonan, C. J., & del Aguila, M. A. (2004). Antepartum dental radiography and infant low birth weight. *JAMA*, 291(16), 1987-1993.

Hunter, L. & Hunter, B. (1997). Oral and dental problems associated with pregnancy. In L. Hunter e B. Hunter, *Oral healthcare in pregnancy and infancy* (pp. 27-34). London: Macmillan Press Ltd.

Infarmed & Ministério da Saúde (2001). *Boletim de Farmacovigilância*, 5(2), 2º trimestre.

Jorge, A. C. (1995). *Cárie dentária e gravidez* (Tese de Doutoramento). Universidade do Porto, Portugal.

Journal of Radiological Protection (2004). Dental x-rays and low birth weight radioactive waste management, 24, 321-325.

Konishi, F. & Lima, P. A. (2002). Odontologia intra uterina: a construção da saúde bucal antes do nascimento. *Rev. Bras. Odontol.*, 59(5), 294-295.

Kurien, S., Kattimani, V. S., Sriram, R. R., Sriram, S. K., Rao, P. V., Bhupathi, A., ... Patil, N. N. (2013). Management of pregnant patient in dentistry. *Journal of International Oral Health*, 5(1), 88-97.

Laine, M. A. (2002). Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta Odontol Scand*, 60(5), 257-264.

Lalla, E., Lamster, I. B., Hofmann, M. A., Bucciarelli, L., Jerud, A. P., Tucker, S., ... Schmidt, A. M. (2003). Oral infection with a periodontal pathogen accelerates early atherosclerosis in apolipoprotein e-null mice. *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.*, 23, 1405-1411.

Lima, J. E. O. (2007). Cárie dentária: um novo conceito. *R Dental Press Ortodon Ortop*, 12(6), 119-130.

Limeback, H. (Ed.) (2012). *Comprehensive preventive dentistry*. New Jersey: Wiley-Blackwell.

Lindhle, J., Karring, T., & Lang, N. (2003). Microbiologia de la enfermedad periodontal. In J. Lindhle, T. Karring, & N. Lang, *Periodontologia clínica e implantologia odontológica* (pp. 191-278). México: Editorial médica panamericana.

- Little, J. W. et al. (1997). Pregnancy and breast-feeding. In J. W. Little et al., *Dental management of the medically compromised patient* (pp. 434-44). 5ª edição. London: Mosby.
- Louro, P. M., Fiori, H. H., Steibel, J., & Fiori, R. M. (2001). Doença periodontal na gravidez e baixo peso ao nascer. *Jornal de Pediatria*, 77(1), 23-28.
- Machuca, G., Khoshfeiz, O., Lacalle, J. R., & Bullon, P. (1999). The influence of general health and socio-cultural variables on the periodontal condition of pregnant women. *J periodontal*, 70(7), 779-785.
- Mameluque, S., Júnior, E. B. S., Rezende, J. C., Costa, C. C. G., Vanham, I. M., Oliveira, J. M., ... Carvalho, W. A. L. (2005). Abordagem integral no atendimento odontológico à gestante. *Unimontes Científica*, 7(1), 67-75.
- Manaj, A. & Rrugia, A. (2011). The impact of preeclampsia in pregnancy. *Journal of Prenatal Medicine*, 5(1), 19-22.
- Manuila, L., Manuila, A., Lewalle, P., & Nicoulin, M. (2003). *Dicionário médico*. 3ª Edição. Portugal: CLIMEPSI EDITORES.
- Martina, A., Inez, P., Gerard, C., & Chris, L. (2007). Review dental manifestations of pregnancy. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 9, 21-26.
- Martínez-Pabón, M. C., Delgado, C. M., López-Palacio, A. M., Patiño-Gómez, L. M., & Arango-Pérez, E. A. (2014). The physicochemical and microbiological characteristics of saliva during and after pregnancy. *Rev. Salud Pública*, 16(1), 128-138.
- May, L. (2014). Considerations of the pregnant dental patient. *Journal of Dental Health, Oral Disorders & Therapy*, 1(2), 1-4.
- Melo, P., Azevedo, Á., & Henriques, M. (2008). Cárie dentária – a doença antes da cavidade. *Acta Pediatr Port*, 39(6), 253-259.
- Menoli, A. P. V., Fanchin, P. T., Duarte, D. A., Ferreira, S. L., & Imparato, J. C. P. (2003). Nutrição e desenvolvimento dentário. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde*, 9(2), 33-40.
- Mills, L. W. & Moses, D. T. (2002). Oral health during pregnancy. *MCN*, 27(5), 275-281.

Moreira, C. C., Weidlich, P., Fiorini, T., Rocha, J. M., Musskopf, M. L., Susin, C., ... Rösing, C. K. (2015). Periodontal treatment outcomes during pregnancy and postpartum. *Clin Oral Invest*, 19(7), 1635-41.

Nascimento, Z. C. & Lopes, W. C. (1996). Gravidez na adolescência: enfoque odontopreventivo. *ROBRAC*, 6(20), 27-30.

Navarro, P. S. L., Dezan, C. C., Melo, F. J., Alves-Souza, R. A., Sturion, L., & Fernandes, K. B. P. (2008). Prescrição de medicamentos e anestesia local para gestantes: conduta de cirurgiões-dentistas de Londrina. *Rev. Fac. Odontol.*, 49(2), 22-27.

New York State Department of Health (2006). *Oral health care during pregnancy and early childhood – practice guidelines*. New York: New York State Department of Health.

Offenbacher, S., Boggess, K. A., Murtha, A. P., Jared, H. L., Lieff, S., McKaig, R. G., ... Beck, J. D. (2006). Progressive periodontal disease and risk of very preterm delivery. *Obstetrics & gynecology*, 107(1), 29-36. doi: 10.1097/01.AOG.0000190212.87012.96

Oliveira, C. C. G., Melo, S. B. F., Paiva, I., & Wanderley, A. M. P. S. (2014). Diabetes gestacional revisitada: aspetos bioquímicos e fisiopatológicos. *Revista Humano Ser*, 1, 60-73.

Paiva, L. C. A. & Cavalcanti, A. L. (2005). Anestésicos locais em odontologia: uma revisão de literatura. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde*, 11(2), 35-42.

Passanezi, E., Brunetti, M. C., & Sant'ana, A. C. P. (2007). Interação entre a doença periodontal e a gravidez. *Revista Periodontia*, 17(2), 32-38.

Peres, S. H. C. S., Cardoso, M. T. V., Garcez, R. M. V. B., Peres, A. S., & Bastos, J. R. M. (2001). Tratamento alternativo de controle da cárie dentário no período materno infantil. *Rev. APCD*, 55(5), 346-350.

Portaria nº 301/2009. *Diário da República*, 1º Série, nº. 58. Lisboa: Ministério da Saúde.

Rigueira, I. (1996). Etiopatogenia: placa bacteriana. In I. Rigueira, *Fundamentos de periodontia: morfologia, prevenção e terapêutica* (pp. 21-34). Rio de Janeiro: Revinter.

Rio, R., Azevedo, Á., Simões-Silva, L., Marinho, J., Silva, M. J., & Sampaio-Maia, B. (2015). The biochemistry of saliva throughout pregnancy. *Medical Express*, 2(5), 1-6.

- Rompante, P. (2006). Qual o papel e o valor dos suplementos sistêmicos de flúor em medicina dentária. *Rev Port Clin Geral*, 22, 349-355.
- Rosell, F. L., Montandon, A. B. P., & Valseck, J. R. (1999). Registro periodontal simplificado em gestantes. *Rev. Saúde Pública*, 33(2), 157-162.
- Sadler, T. W. (2006). *Langman's medical embryology*. 10th edition. USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Saini, R., Saini, S., & Saini, S. R. (2010). Periodontitis: a risk for delivery of premature labor and low-birth-weight infants. *Journal of Natural Science, Biology and Medicine*, 1(1), 40-42.
- Sanchez, J. G., Villarroel, M., López-Labady, J., & Mata de Henning, M. (2000). Granuloma piogénico. Reporte de dos casos de aparición inusual y revisión de la literatura. *Acta Odontologica Venezolana*, 38(2), 36-40.
- Sheiham, A. (1981). The role of health education in reducing sugar consumption. *N Z Dent J*, 77(348), 49-56.
- Shessel, B. A., Portnof, J. E., Kaltman, S. I., & Nitsch, R. (2015). Dental treatment of the pregnant patient: Literature review and guidelines for the practicing clinician. *Wisconsin Dental Association*, 1-9.
- Sibai, B. M. & Stella, C. L. (2010). Diagnosis and management of atypical preeclampsia-eclampsia. *Obstetric Anesthesia Digest*, 30(1), 12-13.
- Silk, H., Douglass, A. B., Douglass, J. M., & Silk, L. (2008). Oral health during pregnancy. *American Family Physician*, 77(8), 1139-1144.
- Silva, F. M., Xavier, C. B., Coppola, M. C., Lemes, R. S., & Silva, D. S. (2000). Uso de anestésicos locais em gestantes. *Revista Robrac*, 9(28).
- Silva, F. W., Stuani, A. S., & Queiros, A. M. (2006). Atendimento odontológico à gestante – Parte 1: alterações sistêmicas. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, 47(2), 19-23.
- Steinberg, B. J., Hilton, I. V., Iada, H., & Samelson, R. (2013). Oral health and dental care during pregnancy. *Dent Clin North Am.*, 57(2), 195-210.

Tomita, N. E. (1994). Modelo integrado de assistência em saúde bucal. *Rev. Fac. Odontol. Bauru*, 2(2), 51-58.

Turner, M. D., Singh, F., & Glickman, R. S. (2006). Dental management of the gravid patient. *NYSMJ*, 22-27.

Unfer, B. & Saliba, O. (2000). Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. *Rev. Saúde Pública*, 34(2), 190-195.

Wagner, Y. & Heinrich-weltzien, R. (2016). Midwife's oral health recommendations for pregnant women, infants and young children: results of a nationwide survey. *BMC Oral Health*, 16(36), 1-8.

Welgatch, M. K. M. & Samalea, D. M. V. (2008). Atenção odontológica às gestantes na estratégia de saúde de família. *Revista de divulgação técnico-científica do ICPG*, 3(12), 73-79.

Williamson, C. S. (2006). Nutrition in pregnancy. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 31, 28-59.

Zardetto, C. G. D., Rodrigues, C. R. M. D., & Ando, T. (1998). Avaliação dos conhecimentos de alguns tópicos de saúde bucal de gestantes de níveis socioeconômicos diferentes. *RPG*, 5(1), 69-74.