
Aspectos da saúde geral e bucal de gestantes de alto risco: revisão da literatura

Aspects of general health and oral high-risk pregnant women: literature review

Suzely Adas Saliba Moimaz¹, Denise de Toledo Rós², Tânia Adas Saliba¹, Cléa Adas Saliba Garbin¹

¹Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista, Araçatuba-SP, Brasil;

²Programa de Pós Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista, Araçatuba-SP, Brasil.

Resumo

Verificar os aspectos essenciais envolvidos na gestação de alto risco e relatar as principais alterações bucais durante a gestação, salientando os cuidados em saúde bucal com as gestantes de alto risco. Foram consultadas as principais bases de artigos científicos das Ciências da Saúde: Scielo, Lilacs, Medline e BBO, publicados nos últimos 10 anos. As principais condições responsáveis pela gestação de alto risco são a idade da gestante, tabagismo, a hipertensão e outras doenças cardíacas, o diabetes, os problemas sanguíneos, a obesidade e as doenças sexualmente transmissíveis. Algumas dessas condições, vistas de modo isolado ou em conjunto com outros fatores – como, por exemplo, mudanças de hábitos durante a gestação – podem desencadear prejuízos à saúde bucal, bem como as condições de saúde bucal podem agravar as doenças existentes. O profissional de saúde bem informado pode proporcionar, com maior qualidade, a promoção de saúde de gestante de alto risco e, conseqüentemente, pode favorecer a saúde e o bem-estar do bebê.

Descritores: Gravidez de alto risco; Saúde bucal; Assistência integral à saúde; Complicações na gravidez

Abstract

Verify the essential aspects involved in high-risk pregnancy and report the main oral changes during pregnancy, emphasizing oral health care with high-risk pregnant women. The main databases of scientific articles of the Health Sciences were consulted: Scielo, Lilacs, Medline and BBO, published in the last 10 years. The main conditions responsible for high-risk pregnancy were the age of the pregnant woman, smoking, hypertension and other heart diseases, diabetes, blood problems, obesity and sexually transmitted diseases. Some of these conditions, seen in isolation or in conjunction with other factors – such as changes in gestational habits – may lead to damages in oral health, and oral health conditions may exacerbate existing diseases. The well-informed health professional can provide the health promotion of high-risk pregnant women with higher quality and, consequently, may favor the health and well-being of the baby.

Descriptors: High-risk pregnancy; Oral health; Comprehensive health care; Pregnancy complications

Introdução

A gravidez é um fenômeno fisiológico na vida da mulher e sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem intercorrências, provocando somente alterações no organismo materno. Essas alterações são voltadas não só ao desenvolvimento e ao bem-estar do feto, como também ao seu nascimento sadio, com peso e formação adequados¹.

As alterações fisiológicas visam preparar a gestante para o parto e para a amamentação, tendo como finalidade o conforto e a saúde do binômio mãe-filho. Dentre as principais ocorrências manifestadas durante a gestação, estão as alterações cardiovasculares (como, por exemplo, o aumento do fluxo sanguíneo), as alterações gastrointestinais, a alteração postural devido ao aumento do volume uterino, as alterações hormonais para o feto se desenvolver e a manutenção da gravidez². Entretanto, uma parcela de mulheres pode apresentar alguma doença, condição, agravo ou pode desenvolver problemas, apresentando maiores probabilidades de evolução desfavorável tanto para o feto quanto para a mãe; constituindo, assim, o chamado “gestantes de alto risco”²⁻³.

Na gestação de alto risco, a mãe e/ou feto têm maiores chances de apresentarem problemas de saúde do

que a média da população considerada, sendo necessária atenção especial para este grupo populacional².

No Brasil, em 2014, mais de 65.700 óbitos de mulheres em idade fértil foram registrados. Destes, mais de 23 mil não tiveram as causas informadas, 869 foram durante a gestação, parto ou aborto, 1.747 ocorreram durante o puerpério e 32.100 fetos vieram a óbito⁴. Dentre os óbitos maternos, aproximadamente 1000 foram por causas obstétricas diretas⁴.

Desse modo, o acompanhamento pré-natal é de grande valia, pois permite a promoção da saúde e uma constante avaliação do processo de desenvolvimento do feto e da saúde da mãe³. No entanto, no ano de 2005, no Brasil, 11,89% das gestantes não realizaram o exame ou foram em até três consultas pré-natal e apenas 53,63% das gestantes passaram por mais de sete consultas⁴.

É importante frisar que o pré-natal deve ser organizado para atender as reais necessidades de toda a população de gestantes, principalmente, as de alto risco, proporcionando a facilidade de acesso e a continuidade do acompanhamento da gestante. Com isso, o trabalho das equipes de Saúde da Família, das equipes de Saúde Bucal, dos médicos e dos enfermeiros torna-se de extrema relevância para a classificação do risco gestacio-

nal e para a identificação das necessidades específicas de cada caso^{2,5}.

Considerando a importância do cuidado especial à saúde do binômio mãe-filho, a identificação da gravidez de alto risco, logo no início, é necessária para que seja possível oferecer um acompanhamento integral da gestante e familiares, incluindo avaliação odontológica, nutricional, psicológica e de outros profissionais da área de saúde para a obtenção de resultados satisfatórios^{1,6}.

A saúde bucal, muito embora seja parte integrante e inseparável da saúde geral, como foi defendida na 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal⁷, muitas vezes é negligenciada durante a gestação, em função dos sintomas que a mulher pode apresentar nesse período de sua vida.

Neste sentido, é importante que profissionais da saúde estejam capacitados para o reconhecimento das alterações bucais e suas consequências na saúde geral, bem como para a prestação de cuidados odontológicos necessários nesta fase da vida da mulher.

Objetivos

Verificar os principais aspectos que envolvem a gestação de alto risco, relatar as principais alterações bucais durante a gestação e salientar os cuidados em saúde bucal.

Revisão da literatura

Trata-se de uma pesquisa de literatura na qual foram consultadas as principais bases de artigos científicos das Ciências da Saúde: Scielo, Lilacs, Medline e BBO, publicados nos últimos 10 anos.

Para a pesquisa foram utilizadas as seguintes estratégias de busca dos artigos: gestação de alto risco/*high-risk pregnancy* X saúde bucal/oral health (13 artigos), gestação de alto risco/*high-risk pregnancy* X odontologia/*dentistry* (50 artigos), complicações na gravidez/*pregnancy complications* X saúde bucal/oral health (165 artigos), complicações na gravidez/*pregnancy complications* X odontologia/*dentistry* (450 artigos), totalizando, portanto, 678 artigos.

Como critério de inclusão, foram selecionados artigos na íntegra disponibilizados nas bases digitais, cujo idioma fosse o inglês, o português e o espanhol, referentes a pesquisas clínicas, a pesquisas transversais, a estudos longitudinais, a estudos de análise documental e revisão de literatura, que abordassem o tema.

Resultados e discussão

Do total de 678 artigos, após leitura e análise dos resumos e remoção de artigos duplicados, foram incluídos 30 artigos.

Gestação de alto risco e agravos à saúde

As principais causas que levam à categoria de gestação de alto risco são a idade da gestante, tabagismo, a hipertensão e outras doenças cardíacas, o diabetes, os

problemas sanguíneos, a obesidade e as doenças sexualmente transmissíveis (DST)².

Sabe-se que os riscos de morbimortalidade na gestação são, na maioria das vezes, preveníveis quando identificados e acompanhados. O pré-natal é a melhor forma de prevenção e identificação de agravos na gestação, e se faz necessária a participação efetiva de todos os profissionais da área da saúde, inclusive, o cirurgião-dentista⁵. Em estudo realizado em 2012, os recém-nascidos de mães que tiveram menos de sete consultas de pré-natal tiveram um risco 1,3 vezes maior de internação do que aqueles cujas mães tiveram mais consultas³.

A adolescência, em si, não é considerada fator de risco, entretanto, nessa fase a menina está vivenciando um período entre a infância e a idade adulta, com alterações físicas, psíquicas e sociais profundas; daí então a possibilidade de risco psicossocial associado à aceitação ou não da gravidez, refletindo sobre a vida da gestante na adesão (ou não) ao preconizado durante o acompanhamento pré-natal^{8,9}. Em estudo com gestantes adolescentes, 95,8% das participantes fizeram o pré-natal; contudo, 77,2% delas iniciaram-no a partir do 3º mês de gestação. Dentre as adolescentes pesquisadas, 17,2% apresentaram hipertensão e 15% infecção urinária, 31,4% tiveram parto prematuro e 14,6% dos bebês apresentaram baixo peso¹⁰.

Durante a adolescência, ocorrem a formação e a evolução para a personalidade adulta. Com isso, novas experiências são vivenciadas intensamente e de forma efêmera⁴. Para Barroso *et al.*¹⁰ 3,7% adolescentes gestantes faziam uso do cigarro e 4,6% afirmaram consumir álcool durante a gestação. Quanto ao uso de drogas, dentre as 518 gestantes da pesquisa uma (0,2%) adolescente afirmou que a consumia durante a gravidez e 3 (0,6%) adolescentes informaram que consumiam drogas, tendo abandonado-as durante o período gestacional¹⁰.

Diante do exposto, a promoção da saúde e o cuidado transdisciplinar é indispensável para orientar e identificar comportamentos de risco em gestantes adolescentes.

Gestantes com idade igual ou superior a 35 anos, também, são consideradas de alto risco, pois têm maiores chances de apresentar complicações maternas, fetais e do recém nascido⁹. Além disso, estas gestantes podem apresentar não somente condições médicas subjacentes, que requerem tratamento medicamentoso, mas também doenças agudas e condições clínicas desfavoráveis as quais vão influenciar diretamente no desenvolvimento do feto¹¹. Em estudo de Santos *et al.*⁹ houve maior frequência de diabetes, pré-eclâmpsia, ruptura prematura das membranas e de parto por cesárea em gestantes com idade superior a 35 anos.

O tabagismo materno durante a gravidez tem sido associado a diversas alterações na gestação como: abortamentos espontâneos, nascidos mortos, parto prematuro, restrição do crescimento e distúrbios neurológicos fetal, câncer, síndrome da morte súbita do lactente, complicações placentárias e fenda orofacial. Além disso, crianças de mulheres que fumaram durante a gravidez podem apresentar maior risco de hospitali-

Quadro 1. Revisão de literatura sobre gestação de alto risco

Autores/ano de publicação	Local de estudo	Desenho do estudo, amostra e objetivo do estudo.
Meneguín S, Xavier C/2013 ¹	Botucatu – Brasil	Estudo transversal, descritivo, exploratório, com 42 gestantes cardiopatas, para descrever a percepção de qualidade de vida das gestantes estudadas.
Mucha F, <i>et al.</i> /2015 ³	Joinville – Brasil	Estudo transversal e análise documental, com 7.887 mães com crianças nascidas vivas, para determinar a frequência e os fatores associados à internação de recém-nascidos em UTI neonatal.
Santos GHN, Martins MG, Sousa MS, Batalha SJC/2009 ⁹	Maranhão – Brasil	Estudo retrospectivo, transversal, observacional e analítico, com 2.196 gestantes, para analisar a associação entre idade materna, resultados perinatais e via de parto.
Barroso CCG, <i>et al.</i> /2007 ¹⁰	Maranhão – Brasil	Estudo transversal e exploratória, com 518 adolescentes puérperas de 11 a 19 anos, para conhecer os aspectos relacionados à assistência pré-natal, investigar intercorrências obstétricas e complicações clínicas apresentadas pelos recém-nascidos.
Aguiar VC/2007 ¹²	Santiago – Chile	Revisão de literatura sobre o tabagismo na gestação.
Feitosa ACR, <i>et al.</i> /2010 ¹³	Bahia – Brasil	Estudo retrospectivo, com 185 gestantes de alto risco devido à doenças endócrinas, com o objetivo de avaliar a aplicação de um programa de intervenção multidisciplinar educativo.
Souza VBG, <i>et al.</i> /2014 ¹⁷	Ceará – Brasil	Estudo observacional, descritivo e transversal, com 11 gestantes diabéticas, para avaliar a relação entre o estado nutricional e o controle glicêmico das gestantes.
Schroth RJ, <i>et al.</i> /2014 ¹⁸	Estados Unidos	Estudo de corte, com 207 gestantes, para determinar a relação entre as concentrações de vitamina D pré-natal e as cáries dentárias dos bebês durante o primeiro ano de vida.
Nomura RMY, <i>et al.</i> /2012 ¹⁹	São Paulo – Brasil	Estudo prospectivo, com 374 gestantes, para analisar a influência do estado nutricional materno, ganho de peso e consumo energético sobre o crescimento fetal em gestações de alto risco.
Kupek E, Oliveira JF/2012 ²¹	Santa Catarina – Brasil	Estudo longitudinal retrospectivo, com 14.787 gestantes, para verificar a prevalência em gestantes e a taxa de transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatite B.
Roberts JJ, <i>et al.</i> /2011 ²³	Canadá	Estudo transversal, com 45 médicos neurologistas, para avaliar o conhecimento médico sobre questões relacionadas com a gravidez de mulheres com epilepsia.
Al-Saleem AI e Al-Jobair AM/2016 ²⁴	Arábia Saudita	Relato de caso de criança exposta à acetazolamida materna para o tratamento da hipertensão intracraniana idiopática antes da gravidez e durante a gravidez.

zação, doenças respiratórias e diminuição da função pulmonar¹².

As cardiopatias são as doenças com maior índice de morbidade e mortalidade materna não obstétrica¹⁻². Neste contexto, profissionais da área de saúde devem promover a integralidade e humanização do cuidado à gestante, estimulando a melhoria da qualidade de vida¹⁻⁵. Em estudo com gestantes cardiopatas, foi observado que 26,2% delas tinham sofrido abortos prévios à gestação de estudo e 66,7% não planejaram a atual gestação. Em relação à etiologia das cardiopatias, 42,9% gestantes tiveram como patologia a febre reumática, 19% a insuficiência cardíaca congestiva, 9,5% a cardiopatias congênitas, 9,5% a estenose valvar e 7,1% a arritmia¹.

Com relação a hipertensão que é uma das complicações mais comuns no período gestacional, em geral, ocorre após a 20ª semana de gestação com desaparecimento em até 12 semanas após o parto^{2,6}.

Outra complicação recorrente na gestação é o diabetes. Quando diagnosticado durante a gravidez, é denominado “diabetes gestacional”. No Brasil, a prevalência do diabetes gestacional em mulheres com mais de 20

anos, atendidas no Sistema Único de Saúde, é de 7,6%². Em estudo com gestantes de alto risco com problemas endócrinos, o diabetes estava presente em 84,9% dos casos, 31,2% das gestantes eram portadoras de sobrepeso e 42,5% tinham obesidade antes da gestação¹³. O diabetes é uma doença que vem sendo diretamente associada ao aumento da ocorrência de doença periodontal, sendo considerada a sua sexta complicação clássica¹⁴. Alguns estudos associam a doença periodontal ao nascimento prematuro e de baixo peso dos bebês¹⁵⁻¹⁶. Em estudo com gestantes diabéticas, foi visto que o estado nutricional pré-gravídico inadequado, como sobrepeso e obesidade, e o ganho de peso superior ao recomendado na gestação influenciaram o controle glicêmico ideal dessa gestantes¹⁷.

Quanto aos problemas sanguíneos, os mais comuns são hemorragias, trombofilias e anemias, presentes entre 10 e 15% das gestações, e podem ser divididas entre as que ocorrem na primeira metade da gestação (abortamento; gravidez ectópica; neoplasia trofoblástica gestacional benigna; descolamento coriâmniótico) e as que ocorrem na segunda metade da gestação (placenta prévia; descolamento prematuro da placenta; ruptura

uterina; vasa prévia). O prognóstico materno e fetal depende do diagnóstico correto da causa e da conduta adequada².

A anemia pode estar presente em até 50% das gestantes. Ela é mais frequente em países em desenvolvimento e está associada a problemas nutricionais^{2,18}. Na gestação, podem ocorrer mudanças comportamentais em relação à alimentação, devido a enjoos, a náuseas nos primeiros meses de gestação e ao aumento da ingestão alimentar em quantidade e frequência, que justificariam a maior prevalência de anemias. Estas alterações, associadas à higiene oral deficiente, levam ao aumento do risco odontológico⁸. Para o bebê, a deficiência de vitamina D durante a gravidez pode afetar a calcificação dentária e ao aumentar do desenvolvimento de cárie¹⁸. Outro estudo obteve associação positiva entre o estado nutricional materno e as anormalidades no crescimento fetal¹⁸.

A obesidade também se faz presente no período gestacional e podem apresentar risco para a mãe e a criança. No Brasil, 16,9% das mulheres (1/3) apresentam esse problema²⁰. A obesidade materna e o ganho de peso acima do recomendado aumentam os riscos para outras complicações, tais como o diabetes gestacional, o parto prolongado, a pré-eclâmpsia, a cesárea e a depressão. Para o recém-nascido, verifica-se maior morbidade neonatal¹⁹. Em estudo de gestantes obesas excederam o ganho de peso recomendado na gestação em 62,5% dos casos e a macrossomia fetal foi mais frequente nas mulheres com sobrepeso e obesidade pré-gestacional, entretanto com uma atividade multidisciplinar de acompanhamento gestacional, o ganho de peso foi limitado¹³.

Em relação às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), as infecções mais importantes na gestação, devido à sua prevalência e às possíveis consequências na saúde do binômio mãe-filho, são sífilis, herpes simples, hepatite B e HIV.

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica. A infecção do feto (transmissão vertical da sífilis), dependendo da fase de infecção da gestante e do trimestre da gestação, pode alcançar taxas entre 70 e 100% dentre aquelas não tratadas²¹. Em gestantes não tratadas, podem ocorrer abortos tardios, prematuridade, óbito fetal e sífilis neonatal congênita. Em casos de sífilis congênita, a criança apresenta alterações sistêmicas como hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas, anemia, trombocitopenia, surdez neurológica, dificuldade no aprendizado e alterações odontológicas como dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), molares em "amora", mandíbula curta, arco palatino elevado e ceratite intersticial². Quando associada ao HIV, o tratamento apresenta maior demora ou não ocorrência da eficácia esperada².

A infecção pelo Herpes Simples Vírus (HSV), durante a gravidez, pode determinar uma de suas complicações de maior morbimortalidade, o herpes neonatal, através da transmissão fetal transplacentária; além de abortamento espontâneo, quando a infecção materna ocorrer nos primeiros meses de gestação².

Dentre as hepatites mais comuns no Brasil (A, B, C e D), a Hepatite B pode apresentar possibilidade de intervenção positiva (prevenção, diagnóstico precoce e cuidado) em relação à gestante e ao recém-nascido. Enquanto apenas 5 a 10% dos que adquirem a infecção na idade adulta evoluem para a forma crônica, em neonatos – filhos de mães portadoras do vírus da hepatite B (VHB) – o risco de isso ocorrer atinge aproximadamente 90%. Gestantes com hepatite podem apresentar saúde bucal prejudicada².

Estima-se, no Brasil, que 0,4% das gestantes sejam soropositivas para o HIV⁸, traduzindo-se num problema de saúde pública, pois se observa um aumento crescente dos casos de infecção do HIV em mulheres entre 15 e 45 anos. Pacientes com HIV podem ter episódios herpéticos mais graves e prolongados. A maioria dos indivíduos HIV positivos desenvolve lesões bucais em algum momento da evolução clínica da doença²².

Segundo estudo de Kupek e Oliveira²¹ em 2012, a prevalência de infecções virais em gestantes foi de 1,7% para HIV, 0,41% para hepatite B aguda, 0,46% para hepatite B crônica e 0,43% para sífilis. A transmissão vertical do HIV foi de 6,28%, sendo menor que 5% quando HIV foi diagnosticado antes ou durante a gravidez, comparado com 20% e 55% quando o diagnóstico foi feito durante ou após o parto. A transmissão vertical da sífilis foi de 68,89%.

Em estudo com médicos neurologistas, uma boa parte deles, em relação à gestação e aos fármacos de maior uso para tratamentos neurológicos, desconhecia tanto o aumento do risco de malformações congênicas maiores quanto a possibilidade de declínio cognitivo em crianças expostas aos fármacos no útero²³. O uso de acetazolamida, por exemplo, pode levar à malformações congênicas, como ectrodactilia, sindactilia, fissura labiopalatina e desenvolvimento retardado dos dentes incisivos².

Alterações bucais em gestantes de alto risco

As alterações fisiológicas que ocorrem normalmente durante a gestação podem levar a alterações bucais como aumento da gengivite e sangramento gengival. Entretanto, em gestações de alto risco, outras alterações bucais podem acontecer.

Na adolescência, em relação à saúde bucal, é frequente a utilização de aparelhos ortodônticos e piercings intraorais e peribucais, que podem ocasionar dificuldade na fala, traumas na gengiva ou mucosa e dificuldades na alimentação. Nos casos em que a higiene bucal é deficiente, principalmente durante o período gestacional, pode aumentar a ocorrência de cárie e doença periodontal²⁵.

No caso da hipertensão estudos associaram a maior ocorrência da doença periodontal às gestantes, tendo até 4,95 vezes mais chances do desenvolvimento da doença, quando comparadas com gestantes sem hipertensão^{6,20}.

Alguns medicamentos, como os anti-hipertensivos, podem provocar alterações bucais. Uma dessas alterações é a diminuição do fluxo salivar (ou xerostomia), a qual gera o aumento de risco odontológico nestas ges-

Quadro 2. Revisão de literatura sobre alterações bucais na gestação

Autores/ano de publicação	Local de estudo	Desenho do estudo, amostra e objetivo do estudo
Timerman L, <i>et al.</i> /2004 ⁶	São Paulo – Brasil	Estudo transversal, utilizando questionário padronizado, com 37 gestantes saudáveis e 37 cardiopatas, para avaliar as condições periodontais em gestantes saudáveis comparadas às das cardiopatas.
Alves C, <i>et al.</i> /2007 ¹⁴	Bahia – Brasil	Revisão sistemática sobre a associação entre diabetes melito e doença periodontal com ênfase na sua fisiopatogenia.
Amin M, El Salhy M/2014 ¹⁵	Edmonton – Canadá	Estudo transversal, com 423 mães de filhos menores de 2 anos, para identificar e avaliar fatores que afetam a utilização de serviços odontológicos durante a gravidez.
Hwand SS <i>et al.</i> /2015 ¹⁶	Estados Unidos	Estudo retrospectivo, com 35.267 mães, para investigar a associação entre as experiências de saúde bucal das mulheres e o risco de parto prematuro.
Pralhad S, Thomas B, Kushtagi P/2013 ²⁰	Índia	Caso controle, com 100 gestantes com hipertensão e 100 gestantes sem hipertensão, para verificar a prevalência da doença periodontal em mulheres com hipertensão.
Miranzi MAS, <i>et al.</i> /2015 ²²	Minas Gerais – Brasil	Revisão integrativa da literatura para analisar a prevalência de lesões bucais entre indivíduos portadores do HIV.
Wandera M <i>et al.</i> /2012 ²⁶	África do Sul	Estudo de coorte prospectivo, com 593 gestantes, para investigar os fatores predisponentes e determinantes da saúde bucal na gravidez e a associação entre problemas periodontais e o estado antropométrico dos bebês.
Krishnan B, <i>et al.</i> /2014 ²⁷	Pondicherry – Índia	Relato de caso com gestante com granuloma gravídico.
Massoni ACL, <i>et al.</i> /2015 ³⁰	Rio Grande do Norte – Brasil	Estudo transversal, quantitativo, com 100 gestantes com o objetivo de verificar o acesso a informação, conhecimento e uso do serviço odontológico durante a gestação, entre primigestas e não primigestas.
Lu HX, <i>et al.</i> /2015 ³¹	Santa Catarina-Brasil – Xangai – China	Estudo transversal, com 512 gestantes, para descrever a qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

tantes⁸. A saliva tem como funções a proteção da mucosa bucal e dos dentes, a defesa através da lisozima, a formação do bolo alimentar, a digestão inicial de polissacarídeos (como o amido e o glicogênio) e a regulação do pH do meio bucal a 6,9, por meio dos tampões salivares. Portanto, a sua diminuição exerce papel importante no desenvolvimento da cárie dentária.

Com relação ao diabetes, como já citado anteriormente, pode predispor a doença periodontal, que é um processo inflamatório que ocorre na gengiva em resposta a antígenos bacterianos da placa dentária que se acumulam ao longo da margem gengival e, juntamente com outros fatores, tais como hiperglicemia e anormalidades da resposta imune do hospedeiro frente às infecções bucais, parecem ser os responsáveis pela maior prevalência desta complicação em diabéticos¹⁴. Alguns estudos associaram a doença periodontal ao nascimento de bebês de baixo peso, de parto prematuro e problemas adversos durante a gestação^{16,26}. As pacientes diabéticas podem apresentar, ainda, xerostomia, devido ao uso de medicamentos.

Durante a gestação, outra alteração periodontal que pode ocorrer é o aparecimento do granuloma gravídico, que consiste em um nódulo, séssil ou pediculado com coloração avermelhada, podendo regredir após a gestação²⁷. Essa alteração possui causa multifatorial, podendo ser provocada pela exacerbação da resposta inflamatória durante a gestação, pelo traumatismo gengival e pela presença de biofilme dentário. Devido ao incômodo estético e funcional da paciente, pode

ser realizada a biopsia excisional conservadora ou pode ser adotada a conduta de acompanhamento observacional da lesão²⁸.

No caso de gestantes com obesidade, os profissionais de saúde devem orientar as gestantes para reduzirem o consumo de alimentos açucarados entre as refeições, com o intuito de diminuir o risco de doenças bucais e outras doenças associadas, como o diabetes². Em relação à saúde bucal, a redução no consumo de açúcares é fundamental para que não haja muitos desafios cariogênicos, reduzindo a prevalência de cáries. Mais uma vez, ressalta-se a importância da atuação transdisciplinar no cuidado à saúde de gestantes de alto risco.

A HSV, na cavidade oral, se apresenta como lesões vesiculares ulcerativas, aparecendo na mucosa oral e gengiva marginal e podendo ser precedida ou acompanhada de sintomas sistêmicos, os quais podem incluir febre, dor de cabeça, mal-estar, náuseas e vômitos²⁹.

Quanto ao HIV, a maioria dos indivíduos HIV positivos desenvolve lesões bucais em algum momento da evolução clínica da doença²². A lesão mais comum é a candidíase eritematosa, seguida pela hiperpigmentação melanótica. A associação do HIV com a manifestação do Herpes Simples Vírus pode resultar em quadros clínicos graves e atípicos e pode se tornar resistente ao tratamento convencional²². O sarcoma de Kaposi, que é uma neoplasia, também está associado ao HIV positivo²².

Durante a gravidez as gestantes podem ter frequentes náuseas, vômitos e mudanças em seus hábitos alimen-

Protocolo odontológico para gestantes de alto risco

Quadro 3. Revisão de literatura sobre o atendimento odontológico durante a gestação

Autores/ano de publicação	Local de estudo	Desenho do estudo, amostra e objetivo do estudo
Moimaz SAS, <i>et al.</i> /2007 ⁵	Araçatuba – Brasil	Estudo transversal, com 100 gestantes, para verificar se gestantes passaram pela assistência odontológica durante a gravidez e os motivos que dificultaram o acesso a esse serviço.
Paiva LCA, Cavalcanti AL/2005 ¹¹	Paraíba – Brasil	Revisão de literatura sobre anestésico local em odontologia.
Moimaz SAS, <i>et al.</i> /2011 ²⁵	Araçatuba – Brasil	Análise documental, com 737 gestantes, para analisar os resultados quanto às ações educativo-preventivas na gestação.
Reis DM, <i>et al.</i> /2010 ²⁸	Minas Gerais – Brasil	Revisão de literatura com o objetivo de discutir a importância da educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal no período gestacional.
Chung LH, <i>et al.</i> /2014 ³²	Califórnia – Estados Unidos	Estudo transversal, com 99 gestantes, para descrever o estado clínico de saúde bucal, examinar as relações entre fatores sociodemográficos, fatores comportamentais e saúde bucal.
Kanotra S, <i>et al.</i> /2010 ³³	Karnataka – Índia	Revisão de literatura sobre as alterações fisiológicas durante a gravidez.
Neves LI, <i>et al.</i> /2009 ³⁴	São Paulo – Brasil	Estudo transversal, com 31 gestantes portadoras de cardiopatia reumática, para avaliar parâmetros da cardiocardiografia, pressão arterial e eletrocardiográficos, quando submetida à anestesia local de lidocaína.
Volpato FC, <i>et al.</i> /2011 ³⁵	Araraquara – Brasil	Estudo transversal, com 30 gestantes, objetivando determinar o efeito da estabilidade da cavidade bucal na contagem de <i>Streptococcus mutans</i> em gestantes de alto risco.

tares, passando a comer, com mais regularidade, alimentos ricos em carboidratos e ácido. Devido a essas mudanças, às alterações hormonais e à deficiente higienização bucal, pode haver o desenvolvimento da cárie dentária, gengivite e periodontite^{15,29}.

Para Amim e Sallhy³⁰ 19,2% das mães relataram dificuldades com a escovação durante a gravidez e 25% tinham problemas dentários e periodontais, reforçando a necessidade de maior atenção à saúde bucal durante a gestação.

Em estudo de Lu *et al.*³¹ a perda dentária, a utilização dos serviços odontológicos e a idade materna, tiveram associação positiva com a qualidade de vida das gestantes.

Estudos mostraram que a maioria das gestantes não procura atendimento odontológico, por medo, crenças e mitos, entre outros motivos e, quando procuraram, encontraram dificuldades para serem atendidas, apontando a falta de conhecimento de todos os profissionais de saúde sobre o atendimento odontológico na gestação, mesmo eles notando alterações bucais, como, por exemplo, o sangramento gengival^{5,25,30}.

O nível de educação e a renda familiar puderam, também, ser associados ao uso do serviço odontológico^{15,32}.

O encaminhamento para o tratamento odontológico deve ser feito no momento em que se constata a gestação, a fim de que o cirurgião-dentista identifique a necessidade de tratamento para cada paciente.

Para a realização do tratamento odontológico em gestantes de alto risco, o cirurgião-dentista deve conhecer as alterações sistêmicas de sua paciente, bem como sua história médica pregressa, por meio de uma anamnese detalhada, atentando-se para os principais cuidados no atendimento, a fim de estabelecer um plano de tratamento adequado^{2,8}.

O plano de tratamento deve ser voltado, principalmente, para procedimentos preventivos e educativos, visto que, na gestação, a mulher está mais susceptível a receber novos conhecimentos. Assim, procedimentos como evidênciação de placa, escovação supervisionada, profilaxia, aplicação tópica de flúor e orientação sobre dieta e aleitamento materno devem ser realizados durante toda a gestação⁸.

Antes de todas as intervenções clínicas, deverá ser feita a aferição da pressão da gestante e, em casos de urgência, ela deve ser atendida o mais rápido possível, em qualquer trimestre da gestação⁸. Para aquelas que precisarem de procedimentos curativos restauradores, o período ideal para o tratamento é o segundo trimestre de gestação.

O primeiro trimestre é o período em que o feto está em formação e, nesta fase, ocorre a maioria dos abortos espontâneos. Os procedimentos de adequação do meio bucal, de raspagem e de profilaxia, os quais são mais conservadores e menos invasivos, e de educação da paciente são os mais recomendados⁸.

No segundo trimestre de gestação, de acordo com a real necessidade da paciente, podem ser realizadas exodontias não complicadas, tratamento periodontal, restaurações dentárias, tratamento endodôntico e colocação de próteses. Neste período, o feto está em crescimento e desenvolvimento, os enjoos tendem a diminuir e o volume uterino não está muito aumentado⁸.

O terceiro trimestre, por sua vez, é o período de maior risco de hipotensão supina. Sessões longas e a posição totalmente reclinada da cadeira deverão ser evitadas, com o intuito de não haver desconforto nem compressão da veia cava inferior e da aorta. Devem ser realizados procedimentos mais rápidos, como ade-

quação do meio bucal, raspagem, profilaxia e educação da paciente⁸.

Quanto às radiografias, elas podem ser realizadas, preferencialmente, após o segundo trimestre de gestação, utilizando-se todo o material de segurança que garanta a menor exposição de radiação à gestante, tais como os localizadores, o avental de chumbo, o protetor de tireóide e os filmes ultrarrápidos. Porém, tal conduta deve ser feita apenas em casos de muita necessidade⁸.

Na necessidade de exodontias, raspagem periodontal ou tratamento endodôntico é aconselhável a terapia medicamentosa profilática para segurança e para cobertura tanto da mãe quanto do feto. Como agente antimicrobiano de primeira escolha, recomenda-se a prescrição das Penicilinas (Penicilina V ou Amoxicilina) e Cefalosporinas, categorizadas pela FDA como categoria B^{8,33}.

Como segunda escolha, o profissional pode optar pelos Macrolídeos (Eritromicina, Clindomicina e Azitromicina), que também são categorizados como categoria B e recomendados a pacientes que são alérgicas à penicilina³³. A Claritromicina, a qual também é um macrolídeo, é recomendada para pacientes gestante com HIV+ e categorizada pela FDA como categoria C⁸.

É importante salientar que os anti-inflamatórios não são recomendados durante a gestação⁸.

Com relação aos analgésicos, a aspirina deve ser evitada, devido a possíveis danos ao feto. Analgésicos como acetaminofeno são comumente prescritos durante a gravidez³³.

Em caso de dor durante o tratamento odontológico, é recomendado o uso de anestésico. A solução anestésica mais empregada em pacientes gestantes de alto risco é a lidocaína a 2% com epinefrina na concentração de 1:100.000. Em estudo, este anestésico mostrou-se seguro e eficaz em procedimento odontológico restaurador durante a gestação de mulheres com cardiopatia valvar reumática³⁴. Já a prilocaína é um anestésico do tipo amida, de menor toxicidade que a lidocaína e pode ser instituída como a solução anestésica de segunda escolha. Além disso, é uma boa alternativa de uso em pacientes cujo agente vasoconstritor é contra-indicado¹¹. Em gestantes cardiopatas, a dose limite de administração do vasoconstritor adrenalina é de 3 a 6 tubetes no tratamento odontológico. A felipressina, por ser análoga sintética da vasopressina, torna-se um potente vasoconstritor coronariano, podendo desencadear, em pacientes cardiopatas, uma crise de angina com isquemia miocárdica, além de ter capacidade de levar à contração uterina¹¹.

A sedação com diazepam e midazolam é contra-indicada devendo ser evitada no primeiro trimestre e no último mês do terceiro trimestre da gravidez. O óxido nítrico deve ser evitado durante a gravidez por ainda ser controverso seus efeitos na gestação³³.

Em gestantes com hepatite, drogas como Eritromicina, Metronidazol, Tetraciclina, Paracetamol, AINES, Diazepam e Barbitúricos devem ser evitadas, pois tendem a agravar o quadro hepático da paciente. Além disso, a

maioria dos anestésicos locais usados em Odontologia é hepatotóxica, ou seja, sofrem biotransformação no fígado; portanto, o uso desses anestésicos deve ser em doses menores e, como solução anestésica de primeira escolha, recomenda-se o uso da prilocaína por ser menos tóxica que a lidocaína⁸.

A cárie é uma doença de transmissão vertical da mãe (ou cuidadora) para o bebê. Segundo Volpato *et al.*³⁵ em estudo, as gestantes que receberam um acompanhamento odontológico preventivo-curativo tiveram redução no número de *Streptococcus mutans* bucal, diminuindo a transmissão vertical da cárie.

Isso porque, nesta fase da vida, a mulher mostra-se mais receptiva a adquirir novos conhecimentos e a mudar hábitos que terão influência no desenvolvimento da saúde bucal e geral do bebê. Por isso, o pré-natal integral e odontológico se faz necessário^{25,28}.

Durante o pré-natal odontológico, a gestante deve receber informações sobre as manifestações bucais características do período gestacional, sobre a importância da saúde bucal e dos cuidados necessários durante essa fase e sobre a atenção odontológica profissional, desmistificando a crença de que mulheres grávidas não podem realizar tratamento odontológico⁵.

Conclusão

Considerando as várias afecções, condições ou problemas que envolvem a gestação de alto risco e a sua complexidade, torna-se indispensável a atuação multiprofissional no cuidado à saúde do binômio mãe e filho. A equipe de saúde deve atuar de forma integrada e estar capacitada para a prestação de serviços para a promoção de saúde e o atendimento das necessidades dessa parcela da população.

Além disso, o conhecimento de aspectos da saúde geral e bucal, relacionado à gestação de alto risco e aos cuidados necessários, possibilita a melhora na qualidade da prestação de serviços.

Referências

1. Meneguim S, Xavier CL. Qualidade de vida em gestantes com cardiopatia. *Texto Contexto Enferm.* 2013;22(3):811-8.
2. Ministério da Saúde (BR). Gestação de alto risco: manual técnico (homepage on the Internet). 5th ed. Brasília (DF): MS; 2010 (cited 2016 Mar 16). Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.htm
3. Mucha F, Silva GAG, Franco SC. Frequência e características maternas e do recém nascido associadas à internação de neonatos em UTI no município de Joinville, Santa Catarina – 2012. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2015;15(2):201-8.
4. Ministério da Saúde (BR) (homepage on the Internet). Datasus (cited 2016 Mar 16). Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0>
5. Moimaz SAS, Rocha NB, Saliba O, Garbin CAS. O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. *Rev Odontol Univ Cidade São Paulo.* 2007;19(1):39-45.
6. Timerman L, Andrade J, Romito GA, Piegas LS. Avaliação da condição periodontal entre gestantes saudáveis e cardiopatas: estudo piloto. *Periodontia.* 2007;17(4):65-9.

7. Ministério da Saúde (BR). Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília (DF): MS; 1986.
8. Moimaz SAS, Saliba NA, Garbin CAS. Odontologia para a gestante: guia para o profissional da saúde. Araçatuba: Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social – Universidade Estadual Paulista. 2009.
9. Santos GHN, Martins MG, Sousa MS, Batalha SJC. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(7):329-34.
10. Barroso CCG, Silva SC, Rios CTF, Fonseca LMB, Frias LMPS, Corrêa RGCF. Gestação na adolescência: resultados perinatais de adolescentes atendidas em maternidades públicas. *Rev Pesqui Saúde.* 2007;8(1):15-20.
11. Paiva LCA, Cavalcanti AL. Anestésicos locais em odontologia: uma revisão de literatura. *Publ UEPG Ci Biol Saúde.* 2005;11(2):35-42.
12. Aguirre VC. Tabaquismo durante el embarazo: efectos en la salud respiratoria infantil. *Rev Chil Enferm Respir.* 2007;23(3):173-8.
13. Feitosa ACR, Queiroz AM, Vianna AM, Schleu M. Aplicação de programa educativo multidisciplinar em gestações de alto risco devido a doenças endócrinas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010;32(10):504-9.
14. Alves C, Andion J, Brandão M, Menezes R. Mecanismos patogênicos da doença periodontal associada ao diabetes melito. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2007;51(7):1050-7.
15. Amin M, ElSalhy M. Factors affecting utilization of dental services during pregnancy. *J Periodontol.* 2014;85(12):1712-21.
16. Hwang SS, Smith VC, McCormick MC, Barfield WD. The association between maternal oral health experiences and risk of preterm birth in 10 states, Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 2004-2006. *Matern Child Health J.* 2012;16(8):1688-95.
17. Sousa VBG, Meireles AVP, Frota JT, Garcia MMCM, Nobre RG. Gestação e diabetes: relação entre estado nutricional e o controle glicêmico. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2014;27(4):541-9.
18. Schroth RJ, Lavelle C, Tate R, Bruce S, Billings RJ, Moffatt ME. Prenatal vitamin D and dental caries in infants. *Pediatrics.* 2014;133(5):1277-84.
19. Nomura RMY, Paiva LV, Costa VN, Liao AW, Zugaib M. Influência do estado nutricional materno, ganho de peso e consumo energético sobre o crescimento fetal, em gestações de alto risco. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012;34(3):107-12.
20. Pralhad S, Thomas B, Kushtagi P. Periodontal disease and pregnancy hypertension: a clinical correlation. *J Periodontol.* 2013;84(8):1118-25.
21. Kupek E, Oliveira JF. Transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B no município de maior incidência de AIDS no Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(3):478-87.
22. Miranzi MAS, Montandon DS, Miranzi BAS, Meireles JF, Paula PB, Goulart DMM. Prevalência de manifestações bucais e sua associação com a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. *Rev Enferm Atenção Saúde.* 2015;4(2):98-112.
23. Roberts JI, Metcalfe A, Abdulla F, Wiebe S, Hanson A, Federico P, et al. Neurologists' and neurology residents' knowledge of issues related to pregnancy for women with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2011;22(2):358-63.
24. Al-Saleem AI, Al-Jobair AM. Possible association between acetazolamide administration during pregnancy and multiple congenital malformations. *Drug Des Devel Ther.* 2016;10:1471-6.
25. Moimaz SAS, Garbin CAS, Rocha NB, Santos SMG, Saliba NA. Resultado de dez anos de programa de atenção odontológica à gestantes. *Rev Ciênc Ext.* 2011;7(1):42-9.
26. Wandera M, Åström AN, Okullo I, Tumwine JK. Determinants of periodontal health in pregnant women and association with infants' anthropometric status: a prospective cohort study from Eastern Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12:90.
27. Krishnan B, Arunprasad G, Madhan B. Giant granuloma gravidarium of the oral cavity. *BMJ Case Rep.* 2014 pii:bcr2014204057.
28. Reis DM, Pitta DR, Ferreira HMB, Jesus MCP, Mari Moraes EL, Soares MG. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(1):269-76.
29. Balasubramanian R, Kuperstein AS, Stoopler ET. Update on oral herpes virus infections. *Dent Clin North Am.* 2014;58(2):265-80.
30. Massoni ACL, Pereira TR, Nóbrega DRM, Costa LED, Fernandes JMFA, Rosenblatt A. Avaliação do conhecimento de gestantes e puérperas primíparas e multíparas sobre cárie dentária. *Rev Gaúcha Odontol.* 2015;63(2):145-52.
31. Lu HX, Xu W, Wong MC, Wei TY, Feng XP. Impact of periodontal conditions on the quality of life of pregnant women: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes.* 2015;13:67.
32. Chung LH, Gregorich SE, Armitage GC, Gonzales VJ, Adams SH. Sociodemographic disparities and behavioral factors in clinical oral health status during pregnancy. *Commun Dent Oral Epidemiol.* 2014;42(2):151-9.
33. Kanotra S, Sholapurkar AA, Pai KM. Dental considerations in pregnancy: review. *Rev Clín Pesq Odontol.* 2010;6(2):161-5.
34. Neves LI, Avila WS, Neves RS, Giorgi DMA, Santos JFK, Oliveira Filho RM, et al. Monitorização materno-fetal durante procedimento odontológico em portadora de cardiopatia valvar. *Arq Bras Cardiol.* 2009;93(5):463-72.
35. Volpato CF, Jeremias F, Spolidório DM, Silva SR, Valsecki Junior A, Rosell FL. Effects of oral environment stabilization procedures on streptococcus mutans counts in pregnant women. *Braz Dent J.* 2011;22(4):280-4.

Endereço para correspondência:

Suzely Adas Saliba Moimaz
Rua José Bonifácio, 1193
Araçatuba-SP, CEP 16015-050
Brasil

E-mail: sasaliba@foa.unesp.br

Recebido em 20 de maio de 2017
Aceito em 22 de agosto de 2017