

Pré-Natal Odontológico: benefício para a mamãe e para o bebê



Com o conhecimento das alterações que ocorrem na gestação e com o que se passa na vida intrauterina, observou-se que cuidados odontológicos durante a gravidez podem trazer grandes benefícios para a criança e para a mãe.

Certas crenças populares de que a gravidez é responsável pela perda de dentes e de que o tratamento odontológico pode prejudicar a mãe e o bebê devem ser desmistificadas.

É justamente por estar grávida que a mulher precisa dos cuidados preventivos e curativos do dentista, pois as alterações hormonais que ocorrem nesta fase podem influenciar no curso de uma doença gengival ou da cárie, ocorrendo muitas vezes agravamento do quadro de uma doença pré-existente.

Dentro deste contexto, o objetivo deste artigo é descrever as principais alterações bucais que podem ocorrer durante a gestação e como podem ser prevenidas e tratadas. Pretende-se também mostrar como as patologias bucais podem interferir na saúde do bebê.

GENGIVITE

A gengivite ocorre em cerca de 30% a 75% das mulheres grávidas. Por esta razão, uma manifestação bastante frequente observada entre gestantes é o aumento do sangramento gengival. Na verdade, a gravidez em si não pode ser considerada como a causa deste sangramento. Entretanto, o aumento dos níveis hormonais de estrogênio e progesterona no organismo provoca a proliferação de novos vasos sanguíneos em todo o corpo, inclusive no tecido gengival.

Além disso, alguns tipos de bactérias associadas à gengivite (por exemplo, a *Prevotella intermedia*) tendem a apresentar aumento em sua quantidade na presença dos hormônios da gestação.



Aliada a isto, nesta fase, muitas grávidas devido à presença de enjoo, apresentam dificuldade no uso de escova e fio dental, o que prejudica a higiene bucal adequada.

Estes fatores levam ao desencadeamento da gengivite, ou seja, inflamação da gengiva.

O acompanhamento da gestante pelo cirurgião-dentista e tratamento da gengivite nestes casos é imprescindível.

Além do quadro de gengivite, outra alteração comum é o aparecimento de uma pequena lesão gengival, que alguns autores denominam de *granuloma gravídico*. A lesão, classicamente, ocorre na área da gengiva marginal e está associada à má higiene bucal. Aparece geralmente durante o segundo ou terceiro mês de gestação e a sua incidência aumenta a partir do sétimo mês. Após esse período e com o retorno dos níveis de hormônio ao normal, a maioria destes granulomas resolve-se sem tratamento.



DOENÇA PERIODONTAL

Para gestantes que apresentam doença periodontal, infecção presente na gengiva e nos outros tecidos que suportam os dentes, existe necessidade ainda maior de controle, acompanhamento e tratamento. Pesquisa realizada na Universidade da Carolina do Norte por periodontistas e médicos obstetras demonstrou que mulheres grávidas com periodontite apresentam uma probabilidade maior de terem bebês de baixo peso e prematuros.



Mas, por que existe esta correlação?

A presença de infecção materna, como, por exemplo, a periodontite, devido à presença de alguns microrganismos e suas endotoxinas, pode provocar uma resposta inflamatória tecidual exacerbada e a liberação de mediadores químicos. Estes mediadores podem estar envolvidos também no desencadeamento do parto.

Os mediadores inflamatórios presentes no líquido gengival de indivíduos portadores de periodontite podem ser lançados na circulação, atravessar a placenta e elevar os níveis destas substâncias no líquido amniótico. Estas moléculas aumentam progressivamente, atingem um nível crítico que induzem a contrações e ao trabalho de parto.

É certo que a doença periodontal não pode ser considerada isoladamente como fator de risco para esta grave alteração, já que a etiologia da prematuridade do parto quase sempre é multifatorial. Entretanto, já que existem evidências científicas para tal associação, a saúde periodontal das gestantes deve passar a ter um espaço dentro das ações perinatais.

CÁRIE

Por que algumas gestantes apresentam maior incidência de cárie durante a gravidez? Novamente, a gravidez não pode ser considerada como causa das novas lesões de cárie. Na verdade, condições e circunstâncias especiais aumentam o risco de algumas mulheres a desenvolver estas lesões. Para melhor compreensão, será necessário lembrar dos principais agentes etiológicos da cárie.

Para que a cárie se inicie, três fatores essenciais precisam interagir (Veja diagrama ao lado):

1. bactérias responsáveis pela cárie;
2. dieta rica em sacarose; e
3. fatores ligados ao próprio indivíduo.

Em relação às bactérias, todos nós apresentamos microrganismos responsáveis pela cárie em nossa cavidade bucal. O que diferencia um indivíduo do outro em relação a ter ou não a cárie é a quantidade de bactérias, associada aos outros fatores. Quanto maior o número de bactérias, maior a chance de desenvolver a doença.

Nas gestantes, o significativo aumento do nível hormonal, favorece o incremento da microbiota bucal,

Este fato gera consequente queda do pH da cavidade bucal o que torna o meio bucal mais ácido e predispõe o crescimento de mais bactérias.

Em se tratando do fator dieta, algumas gestantes tendem a modificar seus hábitos alimentares, já que sentem necessidade de se alimentar várias vezes ao dia.

Porém, nem sempre os hábitos de higiene bucal aumentam com a mesma frequência. A qualidade desta alimentação também é um fator complicador, pois muitas vezes a alimentação torna-se rica em carboidratos, fonte de nutrientes para as bactérias da cárie.

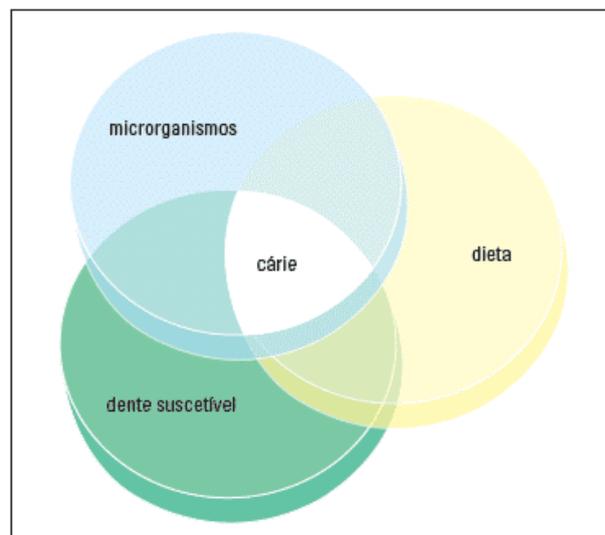
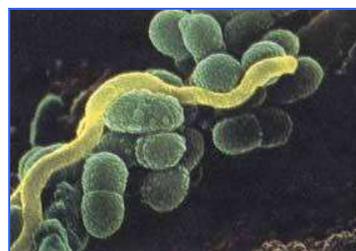


FIGURA 1 - Diagrama de Keyes²⁶.

particularmente de bactérias produtoras de ácidos, como por exemplo, os *Streptococcus sp*, que é um dos tipos de microrganismos responsável pela cárie.



Cabe ressaltar que, além do prejuízo da saúde bucal da mãe, o consumo do açúcar deve ser evitado, já que vários estudos mostram que, a partir do quarto mês de gestação, o feto já está desenvolvendo o paladar. O uso de açúcar na alimentação materna é transmitido via placenta, determinando assim que o bebê, ao nascer, já demonstre preferência pelo sabor doce quando comparado com bebês cujas mães não utilizaram açúcar durante a gravidez.



Assim, recomenda-se que doces sejam consumidos com muita parcimônia, de preferência após as refeições.

A fase de risco à cárie pode se tornar ainda maior quando se analisa a história da paciente e fatores predisponentes. Pacientes que já apresentavam histórico de lesões de cárie antes da gestação provavelmente terão maior risco durante a gravidez. Somado a isto, fatores como a presença de enjoo e náuseas frequentemente dificultam as técnicas de higiene bucal adequada, levando à presença de placa por longos períodos.

Em suma, a acidificação do meio provocada pela presença de maior número de bactérias e ainda pelos eventos de náuseas e vômitos, aliada a elevada frequência no consumo de alimentos ricos em açúcar além do inadequado controle de placa podem levar à instalação da cárie dentária durante a gestação.

Entretanto, é importante salientar que durante a gravidez **não há perda de cálcio dos dentes**. Caso a gestante tenha um acompanhamento odontológico e consiga realizar adequado controle de placa e uma dieta equilibrada, a cárie não ocorrerá.

Outro fato relevante a ser tratado está relacionado ao risco de cárie no bebê quando a mãe apresenta alta atividade de cárie. Uma microbiota bucal materna compatível com condição bucal precária vai possibilitar a transmissão vertical de microrganismos patogênicos da mãe para o bebê. Segundo vários trabalhos sobre este tema, a verificação de saúde bucal da mulher grávida e de seus hábitos alimentares e de higiene pode servir como parâmetro para a determinação do risco de cárie do bebê. O cuidado com a saúde bucal da mãe vai refletir diretamente na saúde bucal da criança.



A contaminação e a transmissibilidade precoce em bebês podem ocorrer a partir de contatos frequentes e repetitivos entre a mãe e a criança, tais como beijos na boca, uso comum de talheres e hábitos de limpar a chupeta colocando-a na boca do adulto e oferecendo-a para a criança. Pesquisadores demonstraram que a saliva materna é o principal veículo de transmissão de bactérias.

Para finalizar, é importante elucidar algumas questões que sempre geram dúvidas em pacientes gestantes:

Ⓢ **Radiografias odontológicas:** No que diz respeito a tomadas radiográficas, estudos clínicos experimentais mostram que a dose de absorção de radiação necessária para indução de defeitos congênitos macroscópicos ou retardo do crescimento fetal é de 0,1 gray. A dose de radiação absorvida numa tomada radiográfica é de 0,00077 gray. Portanto tomadas radiográficas em gestantes são perfeitamente factíveis, em caso de urgências, não deixando de se observar os princípios de proteção da pessoa contra radiação odontológica.

Ⓢ **Medicamentos:** Nenhum medicamento é absolutamente sem risco durante a gravidez. Em relação a sequelas odontológicas, deve-se enfatizar que os antibióticos à base de tetraciclina levam à má formação dentária do feto. Além disso, vitaminas ou medicamentos que contenham flúor devem ser administrados com cautela, já que a água de abastecimento público de Brasília é fluoretada. O excesso de flúor também pode acarretar má formação do esmalte dentário no bebê.

Ⓢ **Anestesia dentária:** Não existe risco para o uso de anestésico local em gestantes; a prevalência de complicações é a mesma na população gestante e não gestante. Desde que o cirurgião-dentista tenha um conhecimento mínimo da fisiologia materna (não colocar a paciente por muito tempo em decúbito dorsal, principalmente em pacientes de gestação mais avançada, provocando queda brusca de pressão por compressão da veia cava), o atendimento poderá ser realizado com segurança. É seguro o uso de anestésico específico em gestante e durante o aleitamento materno, respeitando-se a dosagem correta. A quantidade máxima de anestésico não deve ultrapassar dois tubetes de uma solução de lidocaína a 2% por consulta evitando assim o risco de reações adversas. Todavia, é muito importante a comunicação entre dentista e obstetra em determinadas situações, principalmente em casos de gestação de alto risco.

Cuide de sua saúde bucal na gestação! Os benefícios serão revertidos para o seu bebê!



Referências Bibliográficas:

1. Ofembacher S, Jared HL, O'Reilly PG et al. Potential pathogenic mechanism of periodontitis associated pregnancy complications. *Ann Periodontol* 3:230-50;1998.
2. Louro PM et al. Doença periodontal na gravidez e baixo peso ao nascer. *Jornal de Pediatria*, 77(1); 2001.
3. Brunetti M C et al. Periodontia médica: uma abordagem integrada. SENAC, 2003. 633p.
4. Bosco AF et al. A influência dos hormônios sexuais nos tecidos periodontais: revisão de literatura. *Revista Odontológica de Araçatuba*, 25(2)22-27; 2004.
5. Lima JEO. Cárie dentária: um novo conceito. *Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial*,12(6);2007.
6. Soares MC. Nascendo e crescendo com saúde bucal - Atenção à saúde bucal da gestante e da criança (Projeto Cárie Zero). Secretaria Municipal da Saúde; São Paulo; Abril de 2007.
7. HAAS DA. Drugs in dentistry. In: *Compendium of pharmaceuticals and specialthes (CPS)*. 37th ed. Canadian Pharmaceutical Association: L26-L29; 2002.