

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

NEILA ANDRÉA SILVA

**BINÔMIO “MAMÃE-BEBÊ”: CONTRIBUIÇÕES DA SAÚDE BUCAL PARA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

UBERABA/MG

2011

NEILA ANDRÉA SILVA

**BINÔMIO “MAMÃE-BEBÊ”: CONTRIBUIÇÕES DA SAÚDE BUCAL PARA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA .**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito obrigatório para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador: Flávio de Freitas Mattos

UBERABA/MG

2011

FICHA CATALOGRÁFICA

SILVA, Neila Andréa. **Binômio Mamãe-Bebê: contribuições da Saúde Bucal para Estratégia de Saúde da Família** / Neila Andréa Silva – Uberaba, 2011.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

1. Doenças Periodontais 2. Saúde da Mulher 3. Gestante 4. Odontologia Comunitária 5. Saúde Bucal 6. Programa Saúde da Família 7. Aleitamento Materno.

Dedicatória

Aos meus filhos Ana Laura e Luis Eduardo e ao meu marido Adriano, pela compreensão nos momentos de ausência.

Agradecimentos

À Deus que me carrega nos braços nos caminhos mais difíceis.

Aos meus irmãos Denis e Andréa e a minha mãe Maria de Lourdes que sempre acreditaram e torceram por mim.

A meu pai José Abílio (in Memoriam), que sei onde estiver caminha comigo nas batalhas da vida.

Aos meus tutores Fernanda Carolina e Flávio Matos por me ajudarem a construir o conhecimento para a conclusão deste trabalho.

À Estratégia de Saúde da Família, que me possibilitou realizar esse curso.

“A cada passo um desafio. A cada desafio uma vitória.
A cada vitória um novo passo rumo ao sucesso...”.

Michele Bertolletti

Resumo

Os atendimentos odontológicos no Brasil são caracterizados pela livre demanda, baseada em ações curativas e ou mutiladoras, onde os profissionais nem sempre estão preparados para assumir as reais necessidades do indivíduo, pois são formados desvinculados da saúde pública e da atenção básica, partindo muito cedo para as especialidades. A incorporação da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família dentro dos princípios do SUS, veio introduzir uma nova forma de garantir a integralidade do atendimento e reorientar as práticas odontológicas. Pensando nisso este trabalho busca realizar uma revisão literária sobre o binômio “Mãe-Bebê”, que possa contribuir para o desenvolvimento de práticas odontológicas dentro da Estratégia de Saúde da Família, visando garantir a saúde oral de ambos, desenvolvendo novos paradigmas e enfatizando a importância do acompanhamento multiprofissional.

Palavras-chave: Doenças Periodontais, Saúde da Mulher, Gestante, Odontologia Comunitária, Saúde Bucal, Programa Saúde da Família, Aleitamento Materno.

Abstract

The dental treatment in Brazil is characterized by demand, based on remedial actions and mutilating or, where professionals are not always prepared to take the real needs of the individual, for availing themselves are formed of public health and primary health care, starting early for specialties. The incorporation of Oral Health at the Family Health Strategy within the principles of the NHS, has introduced a new way to ensure the full attention and reorienting dental practice. Thinking that this paper seeks to review the literature on the binomial "Mother-Baby," which may contribute to the development of dental practices within the Family Health Strategy, aimed at ensuring the oral health of both developing new paradigms and emphasizing the importance multidisciplinary monitoring.

Keywords: Periodontal Diseases, Women's Health, Maternity, Community Dentistry, Oral Health. Health Program. Breastfeeding.

Sumário

1. Introdução.....	10
2. Objetivo.....	13
2.1. Objetivo Geral: Error! Bookmark not defined	13
2.2. Objetivos Específicos:.....	13
3. Materiais e Métodos:.....	14
4. Revisão da Literatura.....	15
4.1 Odontologia e Gestação.....	15
4.2 Cuidados no atendimento à gestante.....	17
4.3 Uso de anestésicos em gestante Error! Bookmark not defined	19
4.4 Radiografias Odontológicas Error! Bookmark not defined	21
4.5 Antibióticos e Antinflamatórios Error! Bookmark not defined	22
4.6 Hábitos de alimentação e higienização para promoção da saúde bucal da mamãe.....	23
5. Alterações Bucais durante a gestação.....	24
5.1 Atividade de Cárie dental e transmissibilidade de mãe para filho.....	24
5.2 Gengivite.....	25
5.3 Doença Periodontal/Gestação/Parto Pré-Termo.....	26
6. Odontologia voltada para o Bebê.....	29
6.1 Posição dental, sucção e amamentação.....	31
6.2 Desmame e Aleitamento Artificial.....	33
6.3 Cárie de mamadeira.....	34
6.4 Higiene oral do bebê	35
6.5 O uso do Flúor.....	36

7. Gestantes, mães, bebês e Equipe de Saúde Bucal.....	36
Conclusão	38
Referências	40

1. Introdução

A incorporação da equipe de Saúde Bucal (SB) dentro Estratégia de Saúde da Família (ESF), pelo Ministério da Saúde (MS), normatizou-se no final de 2000, com a perspectiva da construção de políticas públicas de saúde que estivessem norteadas dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da atenção básica, ou seja garantindo a integralidade do atendimento, a universalidade, a equidade e a integralidade das ações, colocando a saúde bucal como parte integrante de um todo, reorientando as práticas, com a finalidade de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados através da atuação de uma equipe multiprofissional (MARQUES, 2003).

Durante o período gestacional as futuras mães se encontram mais abertas a receber novas informações e mais receptivas às mudanças de atitude e comportamento, pois se preocupam com o bem-estar e desenvolvimento do bebê. Portanto é uma época considerada favorável para começarmos a orientá-las sobre os métodos preventivos para manter uma saúde bucal satisfatória. É necessário introduzir nos programas de atenção às gestantes noções básicas de higiene bucal, pela importância de se educar a família a partir da mãe, como agente multiplicador. A gestante quando bem informada, poderá ser um elemento fundamental na quebra da cadeia de transmissibilidade da cárie dentária (COSTA et al. 1998).

A Odontologia tem direcionado o atendimento de crianças a partir dos 06 anos de idade, deixando em segundo plano a atenção voltada para a gestante e para o bebê. Sendo assim a atenção odontológica precoce deve estar presente desde a gestação, para que se possa criar um ambiente favorável a saúde bucal do binômio “mamãe-bebê” e a gestante muitas vezes não tem o conhecimento necessário em relação ao desenvolvimento da cavidade bucal da criança, e sobre a sua habilidade em realizar ou ensinar procedimentos básicos de higiene, necessários para a manutenção da saúde bucal. Tal necessidade se justifica ao observarem e detectarem frequentemente problemas envolvendo cada vez mais crianças com pouca idade, consideradas ainda bebês (MEDEIROS, 2003).

No período gestacional devem ser introduzidas ações educativas que facilitem a fala e a comunicação, ajudando a gestante a enfrentar as vivências do parto, reduzindo riscos e

complicações que possam ajudar no processo da amamentação e no auto-cuidado (BRASIL, 2006)

A gestante precisa ter conhecimento da importância da prevenção primária no controle e na redução das doenças bucais. Por isso se faz necessário que as mesmas sejam

informadas sobre as causas e consequências das doenças bucais, para que possam delas se prevenir (COSTA et al. 1998).

Para tal, se faz necessário que a futura mamãe se atente para uma dieta saudável preferindo os alimentos menos cariogênicos, lembrando que o aconselhamento dietético deve estar baseado nos hábitos e gostos de cada um, respeitando sempre as individualidades e considerando a realidade econômica como fator decisivo na escolha dos alimentos sugeridos (COSTA et al. 1998).

O sucesso da prevenção de doenças e alterações bucais que representam risco para a mãe e para o bebê está na interação da educação, consciência, disciplina e aplicação de hábitos adequados de higiene bucal e alimentação (ROCHA, 2004).

Os pais devem conscientizar seus filhos para que entendam suas necessidades odontológicas, controlem e apliquem cuidados preventivos diários. A Odontologia deve ser coparticipativa e solidária (MOURA, 2000).

De acordo com essa realidade, muitos autores recomendam o primeiro ano de vida como sendo o momento ideal para se iniciar o atendimento odontológico da criança (CORRÊA, 1999).

Os autores abaixo inferem que:

O estabelecimento de uma escuta ativa, aliada a uma prática de comunicação e informação adequada junto às gestantes, parece contribuir sobremaneira para que essas mulheres ganhem autonomia, passando a participar da promoção sua saúde e do conceito (MOURA & RODRIGUES, 2003).

Buscando melhores condições de saúde bucal torna-se evidente uma necessidade de atendimento odontológico precoce, com abordagem interdisciplinar e multifatorial. É preciso que haja mais interação entre profissionais da área da saúde no intuito de se conhecer mais sobre as doenças bucais que afetam o binômio mãe-bebê, para que através de intervenções preventivas durante o cuidado pré-natal possa haver uma diminuição no foco de infecção bucal que afetaria a gravidez, acelerando o parto, ou propiciando o nascimento de bebês de baixo peso. Consequentemente, os pais precisam ser orientados quanto à importância da saúde bucal e de sua manutenção através da higiene do bebê. E ainda devem possuir conhecimentos sobre a amamentação natural e artificial, bem como o controle da ingestão de açúcar e da importância da aplicação do flúor (COSTA et al. 2002).

Dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a consulta odontológica no pré-natal precisa e deve se tornar uma rotina, para que através da Educação em Saúde possamos desenvolver a consciência de responsabilidade da gestante no auto-cuidado em saúde oral promovendo assim a sua saúde e a de seu filho. A educação em saúde é uma prática atribuída a todos os profissionais e espera-se que esses sejam capacitados para assistência integral e contínua da família (BRASIL, 2006).

Esta revisão literária busca refletir sobre as atuais práticas de saúde bucal do binômio mãe-bebê através da abordagem do conhecimento sobre transmissibilidade das doenças bucais, identificar riscos à saúde do Binômio Mãe-Bebê; conhecer a condição de saúde bucal e a percepção da gestante em relação à atenção odontológica, desmistificar crenças que ainda persistem envolvendo o tratamento odontológico e promover uma orientação adequada aos profissionais de saúde que possa evitar agravos a saúde bucal.

2. Objetivo

2.1 Objetivo Geral:

Analisar o conhecimento disponível sobre a saúde bucal do binômio “mamãe-bebê” e suas contribuições para a atuação da equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF).

2.2 Objetivos Específicos:

Realizar o levantamento da produção científica sobre a temática em saúde bucal do binômio “mamãe-bebê” na Atenção Primária/ESF.

Caracterizar essa produção científica;

Apontar como os resultados da análise dessa produção científica podem contribuir para a atuação da Equipe de Saúde Bucal na ESF.

3. Materiais e Métodos

Foi realizado uma revisão de literatura utilizando os dados presentes na Biblioteca Virtual em Saúde, BIREME, com base na pesquisa bibliográfica realizando um estudo exploratório e descritivo a partir de levantamentos da produção científica, presente em diferentes apresentações como livros, artigos científicos, dissertações, teses, dentre outros, por uma revisão integrativa avaliando um conjunto de dados simultâneos, a partir de estudos primários selecionados previamente que investigam uma mesma questão. O primeiro passo para o início da revisão bibliográfica foi o estudo do tema, onde foram selecionados os textos em inglês e português, utilizando como palavras-chave: Doenças Periodontais, Saúde da Mulher, Gestante, Odontologia Comunitária, Saúde Bucal, Programa Saúde da Família, Aleitamento Materno onde foram revisados todos os trabalhos publicados até 2010. O Segundo passo definiu a seleção dos estudos, sendo o mais indicado as bases de dados eletrônicas. O terceiro passo a avaliação crítica dos estudos, onde foram validados e selecionados através de uma avaliação crítica dos pesquisadores. O quarto passo a coleta dos dados em que se caracterizam os estudos levantados e determinam suas possibilidades de comparação. O quinto passo a análise e apresentação dos dados, com agrupamento de estudos semelhantes. O sexto passo a determinação da força dos resultados e das evidências encontradas, delineando claramente os benefícios e riscos do achado. (HULLEY *et al*, 2003; SILVEIRA, 2005; ROTHER, 2007; TOBASE, 2007; CANOLETTI, 2008).

4. Revisão da Literatura

4.1. Odontologia e Gestação

A gestação é um processo biológico normal que acontece através de uma sequência cronológica de eventos que ocorre após a fecundação do óvulo, o qual desenvolve-se até o feto chegar a termo. A gravidez não é um obstáculo para o tratamento odontológico, é o momento ideal para estabelecer medidas de promoção da saúde (COSTA et al. 2002; COSTA, 1998; MEDEIROS, 2003).

Durante a gestação acontecem as alterações fisiológicas, funcionais, anatômicas, sistemática e locais. É nesse período que a mamãe deve receber uma preparação física e psicológica para o parto e a maternidade, onde a mulher precisa ser assistida integralmente, contemplando-a no contexto familiar e social, garantindo a ela uma assistência mais humanizada (BRANDEN, 2000; MARTINS, 2008).

Os serviços de saúde devem estabelecer como rotina, a busca ativa das gestantes, incluindo-as nos grupos operativos e no pré-natal. É necessária uma propaganda sem limite dentro do seio familiar, pois a profilaxia começa desde a vida da criança no ventre da mãe, com a formação dos órgãos dentários sadios e calcificados. A gestante precisa entender que é necessário cuidar da saúde oral principalmente durante o pré-natal, e ter consciência da importância de seu papel na família, especialmente quando a questão é saúde (MEDEIROS, 2003; BRASIL, 2010).

Em pesquisa realizada com com 204 gestantes, foram identificados crenças e mitos relacionados à gravidez. O principal motivo da evasão do consultório odontológico foi o medo do tratamento causar danos a gestante e a criança. Tal medo pode ser sanados com medidas simples como informação e prevenção sobre a importância do tratamento nessa fase (SCAVUZZI, et al. 1999; CODATO, et al. 2008).

Segundo SANTOS-PINTO (2.001) o mito em torno da gravidez é grande, onde 40,7% das gestantes acreditam que a gravidez provoca cárie na futura mamãe. Já 72,2% das gestantes acreditavam que não existe contra-indicação para a realização de um tratamento odontológico na gravidez; 18,8% acreditam não poder tomar anestesia ou se expor aos raios-X e 75,6% acreditava que as restaurações não permaneciam nos dentes durante o período gestacional. Neste grupo apenas 25% das futuras mães procurou tratamento odontológico

durante a gestação, o que nos faz acreditar que a gestante não possui conhecimento para o auto-cuidado da sua saúde-oral.

A maior dificuldade na implantação de um serviço odontológico no pré-natal tem sido as crenças que decorrem neste período gestacional, tais como: a perda de um dente é uma ocorrência natural; na gravidez existe um aumento da incidência de cárie; os dentes perdem cálcio para formar as estruturas mineralizadas do bebê; o tratamento odontológico pode prejudicar a mãe e o feto (SILVA, et al. 2001).

No município de Arapongas/PR, 150 gestantes do 5º ao 8º mês e 290 mães de crianças de 14 a 36 meses de idade participantes da rede de saúde pública fizeram parte de um estudo onde se verificou que as mesmas apresentaram baixo conhecimento sobre a transmissão da cárie dentária e a relação desta com a dieta e higiene bucal, flúor e fluorose (FRANZIN, 2003).

Outro estudo realizado por COSTA et al. (1998) com um grupo de grávidas cadastradas no Programa de Atenção à Gestante, em Araraquara-S.P., mostra que:

- 95% acreditam que os problemas bucais afetam a saúde como um todo;
- 95% oferecerão mamadeira às crianças;
- 62% consideram haver uma relação direta entre os cuidados bucais que a mãe possa ter consigo mesma e a saúde bucal do bebê;
- 53% responderam que a cárie é uma doença que pode ser transmitida através de talheres, copos e escovas dentais contaminadas;
- 75% não procurou assistência odontológica durante a gravidez;
- 100% das gestantes pretendem amamentar seus filhos;
- 37% declararam que a escovação deve ser realizada diariamente após acordar.

Os dados acima demonstram a desinformação parcial das gestantes, haja visto que a escovação diária mais importante é aquela realizada antes de dormir, pois no período noturno há uma redução do fluxo salivar, o que favorece a fermentação dos restos alimentares e o aparecimento da cárie e doenças gengivais.

Desde 1988 o Ministério da saúde estabeleceu através da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil, e do programa de assistência Integral à Saúde da Mulher que no período gestacional é o melhor momento para introduzir ações educativas em saúde bucal e ser implantado na rede pública programas baseados em: hábitos dietéticos; contatos salivares; hábitos de higiene bucal e saúde geral de mãe e filho, promovendo uma possível diminuição de contaminação por microrganismos intra-familiar, assim como o risco de cárie das crianças.

O odontólogo pode aproveitar dentro da Estratégia de Saúde da Família as visitas periódicas das gestantes às unidades para a realização de exames pré-natal, e após o nascimento do bebê para procedimentos de vacinação e introdução de cuidados visando melhorar a saúde bucal do binômio mãe-bebê e conseqüentemente a diminuição do risco de infecção por Streptococcus do grupo mutans (GUIMARÃES et al. 2003).

O Cirurgião dentista visando a saúde oral da gestante e do bebê deve adotar um tratamento preventivo para a mesma, bem como conhecer os medicamentos que podem ser administrados durante o período gestacional e o melhor momento para fazer uma intervenção odontológica (SANTOS-PINTO, 2001).

De acordo com SANTOS PINTO, (2001) outras informações devem ser repassadas a gestante tais como:

- Os antibióticos na maioria das vezes contêm sacarose para mascarar o sabor amargo, o que realmente os torna cariogênico, se ingeridos com frequência, e sem cuidados de higiene bucal regular;
- A cárie é uma doença transmissível e pode ser transmitida verticalmente de mãe para filho;
- Orientar as mães que após a administração de qualquer fármaco à criança, é necessário uma limpeza da cavidade bucal, na tentativa de eliminar a sacarose, que é o agente cariogênico;
- Com a erupção dos dentes deve ter início a escovação, principalmente à noite após a última mamadeira;
- Após a erupção dos primeiros dentes, o aleitamento e amamentação noturna devem começar a ser controlados para prevenir cárie de mamadeira.

É importante que a mãe leve seu filho ao odontopediatra no primeiro ano de vida para que ela receba as informações necessárias sobre os cuidados preventivos e diagnóstico precoce de alterações que possam aparecer na cavidade bucal de seu filho (SANTOS-PINTO, 2001).

4.2. Cuidados no atendimento à gestante

O caderno da atenção básica nº 17, surgiu da necessidade de se construir uma referência para os serviços de saúde no processo de organização do cuidado e reorientação do modelo assistencial, tendo como foco evidenciar a reorganização e reestruturação das ações e

serviços de saúde bucal no âmbito da Atenção Básica, como parte fundamental da construção do SUS, buscando romper com as antigas formas de trabalhar, apresentando noções acerca do planejamento local, conhecendo o território onde se trabalha, compreendendo o espaço social peculiar, construindo e consolidando as estratégias na linha do cuidado e assim organizando as ações de Saúde Bucal (BRASIL, 2006).

O caderno da atenção básica indica ações específicas para as diferentes fases do período gestacional:

1º Trimestre

- No primeiro trimestre ocorrem as principais alterações embriológicas, portanto não é um período adequado para realizar o tratamento odontológico, pois o feto estará mais susceptível a abortos espontâneos e às influências teratogênicas.
- O Cirurgião Dentista deve ter conhecimento prévio do estado de saúde geral da gestante, bem como seu período gestacional;
- O planejamento do tratamento odontológico deverá ser de acordo com o levantamento de necessidades, observando sempre o período mais apropriado;
- As urgências e emergências devem ser atendidas para aliviar a dor, sempre procurando um tratamento mais conservador.
- As tomadas radiográficas devem ser evitadas. Se for necessário usar os equipamentos de proteção individual;
- Anestésicos e medicamentos devem ser usados em casos extremamente imprescindíveis. O médico deverá ser consultado previamente.
- Na 1ª consulta odontológica deve-se enfatizar o auto cuidado em saúde bucal

2º Trimestre

- Poderá ser realizado as intervenções clínicas e procedimentos odontológicos necessários;
- No caso de um procedimento cirúrgico este é o melhor momento para realizá-lo;
- Radiografias devem ser feitas observando sempre os cuidados necessários;
- Continuar enfatizando o autocuidado em saúde bucal.

3º Trimestre

- Nesse período gestacional a gestante está mais vulnerável pois apresenta um maior risco de síncope, hipertensão e anemia;
- O desconforto na cadeira odontológica é frequente devido a pressão exercida pelo feto sobre as veias abdominais, o que implica na diminuição do retorno venoso dos membros inferiores, levando a gestante à hipotensão;
- Devido aos fatores descritos acima os procedimentos odontológicos devem ser evitados, e só os casos emergenciais devem ser atendidos, sendo observadas as devidas precauções.

4.3. Uso de anestésicos em gestantes

Os anestésicos locais mais utilizados em Odontologia são a lidocaína, a prilocaína, a mepivacaína e a bupivacaína. Incluem-se ainda a articaína, a ropivacaína e a levobupivacaína, sendo estas duas últimas, alternativas mais seguras que a bupivacaína, por apresentarem menor toxicidade sistêmica (VEERING, 2003).

Os vasoconstritores são importantes componentes das soluções anestésicas, pois o emprego destes tem como principal vantagem a absorção lenta do sal anestésico, que reduz a toxicidade deste aumentando a duração da anestesia, permitindo usar quantidades menores de solução, além de aumentar o efeito anestésico (MARIANO; SANTANA; COURA, 2000).

Uma enfermidade, que pode acometer o paciente quando do uso dos anestésicos locais e que os cirurgiões-dentistas não estão habituados a lidar a observar como rotina, é a metahemoglobinemia. Trata-se de uma cianose que ocorre na ausência de anormalidades cardíacas e/ou respiratórias, podendo ser congênita ou adquirida.

Alguns aspectos devem ser observados quando da utilização de anestésicos locais em gestantes, dentre eles a técnica anestésica, quantidade da droga administrada, ausência/presença de vasoconstritor e os efeitos citotóxicos (SCAVUZZI; ROCHA, 1999).

A administração e o tipo de anestésicos devem respeitar o período de gestação para não resultar em problemas para o feto. O princípio básico a ser seguido é o de evitar o uso desta medicação durante a gravidez, sempre que possível, principalmente no primeiro trimestre, devido à possibilidade de efeitos danosos. A seleção do anestésico obedece a duas regras: a possibilidade de teratogenia sobre o feto e capacidade de se ligar às proteínas. Na necessidade do uso de um anestésico na paciente gestante, é recomendada a menor dose possível, para se conseguir uma anestesia efetiva, não devendo ultrapassar o limite de três tubetes por sessão (RANALI, 2002).

Segundo a literatura pesquisada a Lidocaína é o anestésico mais apropriado para as gestantes. É considerado o anestésico padrão em odontologia. Sua ação começa por volta de 2 a 3 minutos e sua dose máxima recomendada é de 7,0mg/Kg não excedendo 500mg ou 13 tubetes anestésicos . É encontrada comercialmente nas concentrações de 1% e 2%, com ou sem vasoconstrictor. Para aplicação tópica sua concentração pode ser de 5% (MALAMED, 2004).

Prilocaína e articaína não devem ser usadas pois podem levar a mãe e o feto a terem metahemoglobinemia (MALAMED, 2004). A Prilocaína tem uma potência e toxicidade duas vezes maior que a lidocaína e um início de ação mais retardado, por volta de 2 a 4 minutos. A dose máxima recomendada é de 6,0 mg/kg, não excedendo 400mg ou 7 tubetes anestésicos na concentração de 4%, no paciente adulto . (MALAMED, 2004).

A dose máxima recomendada da Articaína é de 6,6mg/kg, não ultrapassando 500mg ou 6 tubetes (MIKESELL, et al. 2005).

Os anestésicos que mais causam a metahemoglobinemia são a prilocaína, a articaína e a benzocaína (uso tópico), os quais devem ser evitados em grandes cirurgias, portadores de insuficiência cardíaca, respiratória ou doenças metabólicas e em gestantes, por causa do risco do feto vir a contrair a doença. O paciente se apresenta letárgico, com os leitos ungueais e as mucosas cianóticas, dificuldades respiratórias e a pele em tom cinza pálido. O seu tratamento se dá através da administração intravenosa de azul-de-metileno a 1% (1,5mg/Kg), podendo a dose ser repetida a cada 4 horas até a cianose ser debelada (DE CASTRO et al. 2002; MALAMED, 2004).

A Mepivacaína é um anestésico de duração intermediária. Sua potência e toxicidade são duas vezes maior que a lidocaína, tendo o seu início da ação por volta de 1 a 2 minutos. A dose máxima é de 6,6 mg/kg, não devendo ultrapassar 400mg ou 11 tubetes anestésicos. A concentração odontológica eficaz é de 2% (com vasoconstrictor) e de 3% (sem vasoconstrictor). Em relação à mepivacaína, mais pesquisas devem ser realizadas já que seus riscos para o feto não são bem detalhados, portanto, seu uso é desaconselhado (PONZONI; SANCHES; OKAMOTO, 2003; MALAMED, 2004).

O Cloridrato de Bupivacaína é um anestésico de longa duração que apresenta potência quatro vezes maior que a lidocaína e uma toxicidade quatro vezes menor. Inicia sua ação por volta de 6 a 10 minutos. Sua dose máxima recomendada é de 1,3mg/ kg, não devendo ultrapassar 90mg ou 10 tubetes. Quanto ao tempo de duração, a anestesia mandibular pode persistir de 5 a 9 horas. É o anestésico mais utilizado em recintos hospitalares. A bupivacaína

apresenta a maior cardiotoxicidade, maior penetrabilidade nas membranas do coração e maior resistência após eventual parada cardíaca (MALAMED, 2004).

Não existe contra-indicação quanto ao uso de vasoconstrictores em gestantes, pois os anestésicos sem vasoconstrictores podem não ser eficazes, seu efeito passar mais rapidamente e a dor resultante pode levar a paciente ao estresse, fazendo com que haja liberação de catecolaminas endógenas em quantidades muito superiores àquelas contidas em tubetes anestésicos e, conseqüentemente, mais prejudiciais. Mas a felipressina deve ser evitada em pacientes grávidas por ser derivada da vasopressina e, potencialmente, ter capacidade de levar à contração uterina. Noradrenalina na concentração 1:25.000 e 1:30.000 não devem ser usadas, tendo em vista o grande número de complicações cardiovasculares e neurológicas causados por essa substância, sendo a concentração 1:50.000 a mais indicada (De CASTRO et al. 2002).

4.4. Radiografias Odontológicas

Durante o tratamento odontológico, as radiografias odontológicas devem ser evitadas, sobretudo no primeiro trimestre da gravidez, mas se necessárias podem ser realizadas tomando as devidas precauções (FREITAS; ROSA, 2000).

Entre a 1^a e 2^a semana do desenvolvimento do embrião se o mesmo ficar exposto a radiação poderá ter conseqüências como: óbitos pré-natais, mutações somáticas e genéticas nas células germinativas do feto; alterações no desenvolvimento somático e genético, lesões no sistema nervoso central – retardo mental, e possíveis manifestações como neoplasias pós-natais – leucemia (FREITAS; ROSA, 2000).

De acordo com SILVA et al. (2001), o cirurgião-dentista deve garantir a proteção da paciente de acordo com as normas à seguir:

- Proteger o abdome com avental de chumbo e protetor de Tireóide;
- Evitar repetições por erro de técnica;
- Evitar ângulos direcionados para o abdome;
- Proteção do colimador;
- Usar filmes rápidos e pequenos tempos de exposição;
- Evitar radiografias desnecessárias.

Deve-se fazer o mínimo de radiografias possível numa gestante e sempre com a indispensável proteção do avental e protetor de tireóide, ambos de chumbo, pois a radiação do

embrião durante a pré-implantação – 1ª e 2ª semanas devem ser evitadas (FREITAS; ROSA, 2000).

4.5. Uso de Antibióticos e Antinflamatórios

Os antibióticos mais indicados durante a gestação na prevenção e no tratamento de infecções maternas e intra-uterinas, são aqueles que agem na parede celular, estrutura que somente as bactérias possuem, sendo, portanto, atóxicos aos organismos materno e fetal. O grupo das penicilinas é, sem dúvida, o grupo de antibióticos mais prescrito para gestantes. As penicilinas são classificadas como naturais (penicilina G, penicilina V), penicilinase resistente (cloxacilina, dicloxacilina, nafcilina, oxacilina), aminopenicilinas (amoxicilina, ampicilina) e penicilinas de espectro ampliado (carbenicilina, piperacilina, ticarcillin). Todas as penicilinas são classificadas na categoria B do FDA (FERREIRA, 2001).

As cefalosporinas são depois das penicilinas, a classe de antibióticos mais prescrita para gestantes, sendo as mesmas juntamente com o Estereato de Eritromicina indicados quando a gestante apresenta alguma reação alérgica às penicilinas (TIRELLI, 2001).

As tetraciclinas são contra-indicadas na gravidez, pois atravessam com facilidade a placenta e são depositadas nos ossos e dentes durante os períodos de calcificação ativa, podendo provocar efeitos indesejáveis sobre a formação óssea e dentária do feto, causando malformações no esmalte dentário, alterando a coloração dos mesmos e podendo causar retardo do crescimento ósseo. Também o uso de metronidazol está contra-indicado no primeiro trimestre da gestação (KULAY JUNIOR et al. 2009).

Os antiinflamatórios não-esteróides (AINEs) e o ácido acetilsalicílico devem ser usados com extrema precaução durante a gestação principalmente a partir do terceiro trimestre e na amamentação por tempo restrito, pois os mesmos têm sido associados com frequência, à vasoconstrição do ducto arterioso fetal, hipertensão arterial pulmonar e inibição da agregação plaquetária. Alterações na hemostasia são alguns dos efeitos colaterais produzidos pelo uso incontrolado dos AINEs, os quais induzem a um desequilíbrio na liberação de prostaglandinas e tromboxanos, que se refere na adesividade e agregação plaquetária. As alterações hemostáticas observadas em neonatos, decorrentes do uso de salicilatos pela mãe, ocorrem devido à inibição da agregação plaquetária e a diminuição da atividade do fator XII relacionado à coagulação sanguínea. Quando são administrados no fim da gravidez, os fármacos anti-inflamatórios não esteróides reduzem a quantidade de líquido

amniótico (o líquido que rodeia o feto em desenvolvimento e que se encontra dentro do saco amniótico), o que constitui um efeito adverso potencialmente perigoso. Se forem tomadas grandes doses de aspirina, podem produzir-se hemorragias na mãe ou no recém-nascido. A aspirina, como outros salicilatos, pode aumentar os níveis de bilirrubina no sangue do feto, provocando icterícia e, por vezes, lesões cerebrais (OSTENSEN, 1998).

Os corticóides Betametasona ou Dexametasona 4mg dose única podem ser empregados em procedimentos endodônticos ou cirúrgicos mais invasivos que não puderem ser adiados (ANDRADE, 1998).

O uso prolongado de Betametasona pela gestante pode determinar baixo peso ao nascer e redução da circunferência craniana (KULAY JUNIOR et al. 2009).

4.6. Hábitos de alimentação e higienização para promoção da saúde bucal da mamãe

Uma alimentação balanceada é muito importante para manter a saúde bucal da gestante. A mãe que ingere poucas calorias nesta fase pode ter bebês de baixo peso refletindo assim nos reflexos de sucção e deglutição dos mesmos (MCDONALD, 2001).

A gestante e a nutriz devem ter uma alimentação adequada possibilitando uma gestação tranquila e saudável, como também uma amamentação com sucesso, contribuindo para uma redução do baixo peso ao nascer e as mortalidades maternas e neonatal. Ela deve ser orientada a ingerir bastante frutas, sucos, saladas, queijo, verduras e outros alimentos fibrosos, evitando-se açúcares não-lácteos entre as refeições, conservando hábitos saudáveis de higiene oral no qual preservará a higidez dentária ((MOREIRA et al. 2004; BRASIL, 2008).

O Comitê sobre os Aspectos Médicos de Políticas Alimentares (COMA) recomenda que o consumo de produtos não lácteos e extrínsecos da célula (sacarose e xaropes de glicose) deve ser reduzido e substituído por frutas e vegetais, e que a frequência de açúcar não deve passar de quatro vezes ao dia devendo ser consumido entre as principais refeições. Alimentos industrializados ricos em gorduras e carboidratos refinados (açúcares e farinhas) devem ser evitados, sendo introduzido na dieta alimentos ricos em fibras e nutrientes como frutas, legumes e verduras (ROSENBLATT, 1998; MATEOS, 1999).

Os males que afetam a saúde oral da gestante pode ser evitado se a mesma adquirir hábitos saudáveis tais como: Ter uma dieta saudável; fazer uma boa higienização; Parar de fumar; evitar bebidas alcoólicas; eliminar fatores traumáticos na boca como próteses mal

adaptadas, dentes tortos, cáries e restos dentários; proteger os lábios dos raios solares; visitar o dentista periodicamente para exames (Revista Viver Nutrilite – Dez/2005).

No período gestacional e durante a amamentação há um aumento das necessidades energéticas e nutricionais, devido ao aumento de volume sanguíneo por causa do desenvolvimento do bebê e da produção da lactação. Nesse período devem ser introduzidos alimentos ricos em minerais como ferro e vitaminas como ácido fólico, encontrados em vegetais verdes escuros, feijão, gema de ovo, fígado, farinhas de trigo e milho. As técnicas de adequação do meio bucal e o controle de placa devem ser realizadas garantindo conforto à gestante, e a continuidade do tratamento após a gravidez. Nessa fase a futura mamãe precisa ter uma microbiota bucal compatível com saúde, minimizando assim, a transmissão vertical de microorganismos patogênicos da mãe para filho. Ela deve seguir a orientação de um especialista para manter a sua saúde e a do bebê em perfeitas condições. A gestante deve realizar a higiene oral e ter os mesmos cuidados que qualquer pessoa, usando escova com cerdas macias e passando fio ou fita dental em todos os dentes, assegurando assim gengivas saudáveis durante a gravidez (BRASIL, 2006).

5. Alterações bucais durante a gestação

As alterações bucais atribuíveis à gravidez são aquelas relacionadas ao aumento da vascularização e da permeabilidade vascular dos tecidos gengivais e à resposta exacerbada dos tecidos moles do periodonto aos fatores irritantes locais (CORDEIRO, COSTA, 1999; SARTORIO; MACHADO, 2001).

As principais doenças que afetam a cavidade oral da gestante são as cáries e as doenças periodontais. O que leva ao aparecimento da cárie é a mudança do hábito alimentar da mulher durante este período, realizando uma dieta com maior frequência de açúcar .

No período gestacional, devido as alterações nos níveis hormonais, ocorre aumento da mobilidade dentária, do fluido gengival e da profundidade do sulco gengival, elementos que se reduzem após o parto (CORDEIRO, COSTA, 1999).

Sabe-se que a mãe com altos índices salivares de Estreptococos do Grupo Mutans (EGM) é uma fonte de infecção muito próxima da criança, pois a utilização dos mesmos objetos, por exemplo, uma colher, pela criança e pela mãe, pode introduzir centenas de Unidades Formadoras de Colônias (UFC) de EGM na boca da criança (FERREIRA, 2001).

5.1. Atividade da cárie dental e transmissibilidade de mãe para filho

Atualmente, uma das questões mais discutidas na Odontopediatria, quando se leva em consideração a relação materno-infantil, é o papel materno na transmissão de bactérias cariogênicas associada à influência que a mãe possui na determinação precoce dos hábitos alimentares e de higiene e o conseqüente impacto desses fatores na atividade de cárie do bebê.

Pesquisas demonstram que a maioria das gestantes desconhece que a cárie é uma doença transmissível. Isto muitas vezes, contribui para uma infecção precoce da criança, quando da ausência dos cuidados necessários para evitar a transmissão de microrganismos cariogênicos, tais como manter a sua cavidade bucal sempre higienizada e saudável, evitar beijar a boca e as mãos da criança, não soprar alimentos e não fazer uso comunitário de talheres, bicos de mamadeira e chupetas (CORRÊA, 1.999).

A incidência de cárie dental durante a gravidez pode estar associado a outros fatores, como mudanças alimentares. Devido ao processo multifatorial da etiologia da doença cárie, um único fator isolado tem papel pouco significativo no desenvolvimento das lesões (LAINE, 2002).

No período gestacional ocorre a diminuição da capacidade fisiológica do estômago, o que faz com que a gestante passe a ingerir alimentos em menores quantidades, mas com maior frequência, o que pode levar a um aumento da ocorrência da cárie dentária (BRASIL, 2006).

Na cavidade oral, as superfícies mucosas como o palato, rolete gengival, dorso de língua e mucosa jugal, estão susceptíveis à colonização durante os primeiros meses de vida. Quando acontece o irrompimento dos dentes, há um aumento significativo na natureza e número de sítios disponíveis para a aderência e efetivo estabelecimento do *Streptococcus* do grupo mutans (GUIMARÃES et al. 2003).

5.2. Gengivite

A gengivite se caracteriza por uma inflamação da gengiva marginal desencadeada pelo acúmulo de placa bacteriana supra gengival e rompimento do equilíbrio agressão e defesa. O diagnóstico da gengivite é realizado através da avaliação do controle de placa; presença de sangramento; saúde da mulher e alterações sistêmicas que estejam alterando ou influenciando o estado periodontal (BRASIL, 2006).

Durante a gravidez, a gengivite (inflamação da gengiva) pode ser agravada, causando sangramento. Isso acontece normalmente devido ao fato de a placa bacteriana não ter sido

retirada completamente. Na fase da gestação, a gengivite pode ficar mais evidente, uma vez que os hormônios dessa fase aumentam a inflamação.

A gengivite gravídica é causada pelo biofilme localizado próximo ou dentro do sulco gengival, e está associado a fatores sistêmicos como alterações hormonais (SILVA et al. 2006).

Ela atinge 30 a 100% de todas as mulheres grávidas devido principalmente à maior permeabilidade vascular e grande número de capilares, sendo evidenciada por edemas gengivais, principalmente na gengiva interdental e marginal, eritema, hiperplasia onde a gengiva aumentada é brilhante, flácida e friável, com uma superfície lisa e aumento do sangramento devido principalmente a maior permeabilidade vascular e grande número de capilares (FIGUEREDO, 2002).

Estas características inflamatórias podem ser controladas com um adequado controle de biofilme. Entre o terceiro e quarto mês de gestação, período em que normalmente a gengivite da gravidez inicia, ocorre um crescimento seletivo de periodontopatógenos como *Prevotella intermedia*, uma vez que os hormônios atuam como fatores de crescimento microbiano. Já foi demonstrado em pesquisas que os altos níveis de progesterona e estrógeno exacerbam a resposta inflamatória ao biofilme (PALMER, 2005).

A severidade dessas alterações inflamatórias gengivais mediadas pelo estrógeno e progesterona podem ser evitadas ou amenizadas realizando a manutenção da higiene bucal eficiente (SILVA et al. 2005).

A gengivite, só ocorre na presença de placa bacteriana, podendo estar ou não a mulher grávida. Se a gestante não realizar uma adequada higienização, irá tornar-se mais susceptível à ocorrência desta doença, que está relacionada à presença de biofilme em um hospedeiro fisiologicamente alterado em função da gravidez (SILVA et al. 2005).

Por isso, a manutenção de boa higiene bucal pode ajudar na prevenção ou redução da severidade dessas alterações inflamatórias mediadas pelas mudanças hormonais, e não ser acometida pela gengivite gravídica (LAINE, 2002).

O tratamento da gengivite pode ser realizado em várias sessões, de preferências semanais, onde poderá ser realizado a remoção de fatores retentivos de placa; raspagem e polimento supra gengival; orientações educativas no controle da placa (BRASIL, 2006).

5.3. Doença Periodontal/Gestação/Parto pré-termo

A doença periodontal é caracterizada pelos tecidos de sustentação e proteção dos dentes, acompanhada de perda de inserção de tecido conjuntivo. A periodontite crônica é de evolução lenta, associada aos padrões de higiene bucal e fatores de riscos. Já a periodontite agressiva é rara, tem rápida progressão, alta morbidade e mortalidade dental. Ela é uma enfermidade inflamatória de natureza multifatorial associada primariamente à colonização bacteriana das superfícies dentárias (biofilme dentário), onde os principais patógenos associados são *Porphyromonas gingivalis*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Bacterioides forsythus* (OFFENBACKER, et al. 1998; BRASIL, 2006).

Devido à presença de bactérias anaeróbicas Gram Negativas na superfície dental, a doença periodontal apresenta potencial para o nascimento prematuro e de crianças com baixo peso. A relação entre o parto pré-maturo e a infecção periodontal parte do pressuposto que bactérias anaeróbicas Gram negativas servem como reservatório crônico para transferência de bactérias ou seus produtos, para unidade fetoplacentária. A susceptibilidade e severidade da doença estão diretamente relacionadas à liberação de citocinas e outros moduladores do processo inflamatório tais como PGE2 e FNT- α , produzidas pelo periodonto infectado, que potencialmente podem alcançar a placenta através da circulação sanguínea (OFFENBACKER, et al. 1998).

A gravidez sozinha não é fator predisponente de doença periodontal. É preciso que aconteça alterações na composição da placa subgingival e na concentração de hormônios sexuais para que haja uma modificação do periodonto, acentuando assim a resposta gengival, modificando o quadro clínico em gestantes com baixo controle de placa (BRASIL, 2006).

Segundo DeBOWES (1998), as citoxinas e outros mediadores inflamatórios, produzidos na gengivite e/ou periodontite, levam a uma destruição local dos tecidos, podendo alcançar a corrente sanguínea e causar danos significativos ao sistema cardiovascular e aos tecidos da placenta.

As doenças periodontais estão entre as doenças crônicas mais comuns em humanos, afetando 5 a 30% da população adulta de 25 a 75 anos de idade. Existem evidências emergentes de as periodontites aumentam o risco para certas doenças sistêmicas, tais como doenças cardíacas, partos prematuros, Diabetes Mellitus, Hepatite C, Hipertensão, Osteoporose, Stress e entre outras (GENCO, 1999).

As infecções periodontais são um reservatório de microrganismos anaeróbios Gram negativo, endotoxinas (LPS) e mediadores inflamatórios que podem constituir uma ameaça à unidade fetal-placentária e influenciar o curso da gravidez. (OFFENBACKER, et al. 1998).

ENGEBRETSON (1999) também relata que a doença periodontal pode causar várias desordens sistêmicas, tais como: doenças cardiovasculares e nascimentos de prematuros.

A lesão periodontal funciona com porta de entrada para disseminação de bactérias periodontopáticas na corrente sanguínea, resultando em infecção a distância (WINKELHOFF, 2001).

A periodontite pode ser um indicativo de susceptibilidade para parto prematuro bem como um fator de risco potencial. Apesar da doença periodontal não ser o mecanismo causal primário para prematuridade ela pode contribuir para a morbidez da condição. Ela é tanto passível de prevenção quanto tratável. Por essa razão pode, em último caso, oferecer uma oportunidade para a diminuição da incidência de nascimento de bebês prematuros com baixo peso (GENCO, 1999).

A doença periodontal está associada a parto pré-termo e baixo peso, independente de outros fatores e riscos a mulher grávida que possui uma doença periodontal, pode estar exposta a um risco aumentado de apresentar um parto pré-termo. Isso foi evidenciado em um estudo realizado por LÓPEZ (2002), em 639 mulheres grávidas que apresentou o seguinte quadro: 406 apresentavam gengivite e receberam tratamento antes de 28 semanas de gestação e 233 tinham doença periodontal, sendo, tratadas após o parto. A incidência de partos pré-termos foi de 2,5% nas mães com saúde periodontal e 8,6% nas que apresentavam doença.

Mulheres portadoras de periodontopatias têm maior probabilidade de darem à luz antes do término da gestação normal, pois as endotoxinas provenientes de bactérias gram-negativas que estimulam a produção de citocinas e estas, incluindo a interleucina 1, o fator de necrose tumoral α e a interleucina 6, estimulam o aumento na produção de prostaglandinas no âmniotônio, provocando assim o parto prematuro (ANDRADE, 2000).

Segundo JEFFCOAT et al. (2001), em um estudo realizado com 1313 mulheres com idade gestacional de 21 a 24 semanas, foi avaliada a relação entre doença periodontal e parto prematuro, onde os autores concluíram que pacientes com doença periodontal generalizada tiveram um risco entre 4,45 e 7,07 vezes maior de nascimento de prematuros do que nos pacientes periodontalmente saudáveis.

Em outra pesquisa com 162 mulheres investigando a influência da doença periodontal no parto pré-termo demonstrou que a chance de ocorrer parto pré-termo aumenta duas vezes para mães com periodontite generalizada leve e doze vezes para mães com inflamação gengival severa (GLESSE e SABA-CHUJFI, 2003).

Outro estudo realizado por CAMPOS et al. (2003), onde 75 pacientes submeteram-se a exame periodontal logo após o parto. As pacientes com condições periodontais mais precárias demonstrou uma maior prevalência de partos prematuros com baixo peso demonstrando uma relação positiva doença periodontal/bebês baixo peso.

A agressão bacteriana na doença periodontal deve-se principalmente a ação de suas toxinas sobre os tecidos periodontais e a resposta do hospedeiro frente a essa agressão. A patogenicidade da flora microbiana, a capacidade imune-inflamatória do hospedeiro, risco genético e fatores de risco ambiental estão intrinsecamente relacionados com o desenvolvimento e a evolução da doença periodontal (LINDHE 1999; WILLIAMS, 2000).

A doença periodontal aumenta a incidência da prematuridade e do baixo peso ao nascer, sendo assim as gestantes devem ser alertadas da importância da preservação de sua saúde (LOURO; FIORI, H.; FIORI, R. et al. 2001).

Existe uma associação entre presença de doença periodontal e baixo peso ao nascer em gestantes com baixos níveis educacionais. Por isso é importante que o odontólogo e a gestante pactuem o processo terapêutico com vistas a garantir o melhor resultado possível e reduzir o risco de desfechos negativos para mãe e o bebê (CRUZ, 2005).

O tratamento e a manutenção da saúde do periodonto dependem da capacidade de controle de placa, E consiste no controle de fatores de riscos associados ao tratamento da gengiva realizado através da raspagem e alisamento subgengival que poderá ser realizado em várias sessões. A alta clínica deverá acontecer quando houver ausência de sinais da doença (BRASIL, 2006).

6. Odontologia voltada para o bebê

No primeiro ano de vida os cuidados devem ser realizados no contexto do trabalho multidisciplinar, sendo o trabalho de prevenção direcionado aos pais e às pessoas que cuidam da criança (BRASIL, 2003).

De 02 a 09 anos é o período ideal para desenvolver hábitos saudáveis e o exame da cavidade oral deve ser uma atividade de rotina, realizada não só pelo dentista mas também por outros profissionais durante consulta ou a realização de exames. A extração precária dos dentes decíduos pode alterar o tempo de erupção do dente permanente, provocando má oclusão dentária (BRASIL, 2003).

A criança precisa de um atendimento integral em todos os aspectos relacionados com a boca nas diferentes idades e fases do desenvolvimento, oferecendo prevenção, diagnóstico e tratamento (CRUZ et al. 2004).

Ela deve ser acompanhada desde o nascimento, evitando assim o aparecimento de cáries e problemas gengivais em idades futuras (BONECKER, 2000).

O acometimento precoce das lesões de cárie ocorre na primeira infância e o aumento de sua prevalência e severidade estabelece-se de acordo com a idade, sendo necessária uma atenção odontológica precoce (BONECKER, 2000).

Para cada fase da vida da criança cuidados especiais devem ser dados à ela. É durante a gestação que a mãe precisa se informar quanto à alimentação e higienização da cavidade bucal do bebê (MARTINS, 1998).

A prevenção de cáries na infância se faz com a aplicação de flúor e selante nos dentes e consultando o ortodontista para verificar o desenvolvimento das arcadas e posicionamento dos dentes (VILLENA, 1998).

A maioria dos pais levam seus filhos ao dentista em idade atrasada para uma atenção precoce e a presença de lesões de cárie se constitui no principal motivo da consulta (KUHN; WAMBIER, 2007).

Os dentes decíduos são de grande importância para a função mastigatória, articulação, oclusão, fonação, estética e, sobretudo são considerados excelentes “mantenedores de espaço naturais”, pois podem evitar os problemas associados à diminuição do perímetro do arco, migrações dentárias, perda de espaço e outros problemas que podem causar desequilíbrio na oclusão (CARDOSO et al. 2005).

A dentição decídua favorece a correta evolução para a dentição mista e permanente, tendo os mesmos maior probabilidade de irromperem em um bom relacionamento oclusal (FERREIRA, 2001).

Após a pré-erupção dos dentes é importante manter uma dieta livre de açúcar, sendo este o componente mais cariogênico atuando como substrato na produção de ácidos pelas bactérias o que leva a uma desmineralização do esmalte dentário (MACIEL et al. 2007).

Uma dieta equilibrada, o uso racional do flúor e os cuidados em relação à higiene bucal são informações que devem chegar aos pais o mais precocemente possível, evitando assim o uso da mamadeira noturna com líquidos açucarados, concomitante a uma higiene deficiente (SORAGGI et al. 2007).

A saúde bucal de bebês depende da qualidade e do acesso das mães às medidas educativas e preventivas e do reforço constante na construção deste conhecimento (RAMOS et al., 2006; KUHN; WAMBIER, 2007).

A escovação no início da vida da criança deve ser responsabilidade dos pais ou responsáveis, mas à medida que ela cresce deve ser estimulada a fazer a escovação sozinha (BRASIL, 2006).

Quanto mais cedo a criança receber assistência, menos possibilidades terá de desenvolver cáries, e se tornará uma geração com menos problemas dentários, consciente da importância da prevenção.

6.1. Posição dental, sucção e amamentação

A mandíbula da criança apresenta-se localizada distalmente em relação à maxila. Os movimentos naturais de sucção do bebê são bons exercícios para a língua, músculos da boca, desenvolvimento dos maxilares e futuro posicionamento dos dentes, e ainda propiciando a criação do vínculo entre mãe e filho, que estabelece o afeto e todo o desenvolvimento psicológico do bebê (LEITE, 1999).

O crescimento ósseo será proporcionado com os exercícios de rebaixamento, ântero-posteriorização e elevação concomitantes da mandíbula durante a ordenha, modificando a relação maxilo-mandibular para uma posição méso-cêntrica, favorecendo o posicionamento adequado dos roletes gengivais para a erupção dental (TOLLARA et al. 1999).

A sucção é um mecanismo fisiológico necessário para a alimentação do bebê e para estimular o crescimento e o desenvolvimento mandibular no sentido sagital e das estruturas adjacentes até dois a três anos de idade. A ordenha no seio materno além de estimular o crescimento da mandíbula no sentido sagital, da musculatura bucal e dos ossos, reforça o circuito neurofisiológico da respiração e da mastigação (LEITE, 1999). Abaixo fotos que retratam a importância da sucção para o desenvolvimento orofacial.



Fonte: www.google.com.br

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza a amamentação exclusiva nos primeiros 04-06 meses, desde que o processo de crescimento e desenvolvimento esteja evoluindo dentro de parâmetros normais (GUIGLIANI, 2000).

No entanto, apesar de ter ocorrido um aumento da prática da amamentação, esta ainda foi muito aquém da recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) (GUIGLIANI, 2000).

O aleitamento materno deve ser incentivado como fonte de alimento natural e nutritivo capaz de proteger a saúde oral, o crescimento e o desenvolvimento de uma oclusão harmônica dos dentes do bebê (CAMARGO, 1.998).

A amamentação propicia um vínculo entre a mãe e o Bebê. É um ato de amor, e o mais eficiente instrumento na direção da promoção da saúde física e mental desde a primeira fase da vida humana. Nos primeiros seis meses de vida, a amamentação natural deve ser a forma exclusiva de nutrição. O leite materno é a melhor forma de nutrição, contribuindo para a imunidade contra doenças infecciosas e alérgicas e desempenhando importante papel na saúde e desenvolvimento do bebê, pois contém todos os nutrientes e anticorpos necessários para o estabelecimento de uma boa saúde (CORRÊA, 1999).

Vale ressaltar ainda que, como o padrão alimentar de um indivíduo é definido nos primeiros anos de vida, quando inicia seus contatos com os diferentes tipos de alimentos junto ao seio familiar, a dieta da criança sofre influência dos diversos fatores sócio-econômico-culturais. Assim, a preocupação com a dieta deve existir desde o nascimento da criança como forma de promoção de saúde (ROCHA et al. 2004).

A maioria das mulheres acreditam que o leite é fraco, isso muitas vezes é verbalizado para explicar o abandono da amamentação e não sentir culpa pelo desmame precoce do filho (RAMOS et al. 2003).

O leite materno bem como a alimentação exclusiva são importantíssimos para o desenvolvimento e crescimento infantil nos primeiros seis meses de vida. (SPYRIDES et al. 2005).

Esse período é muito preocupante, pois hábitos alimentares inadequados, adquiridos durante os primeiros anos de vida, influenciam negativamente a escolha de alimentos em anos posteriores.

O ministério da Saúde menciona vantagens do leite materno e do aleitamento:

- É o alimento ideal para o lactente nos seis primeiros meses de vida;
- É rico em gorduras, minerais, vitaminas, enzimas e imunoglobulinas;
- Bom para a dentição, fala, crescimento e desenvolvimento do bebê;
- Influencia no desempenho escolar da criança;
- Propicia o vínculo afetivo mãe-bebê;
- Produz um aumento salivar, mantendo o PH bucal adequado diminuindo assim a incidência de cárie dentária;
- Contribui para diminuir a prevalência de hábitos orais incorretos, que provocam sérias maloclusões, que afetam a estética a função buco-maxilo-facial;
- Propicia um equilíbrio dentário devido a uma adequada posição lingual (a natural).
- Possibilita o melhor desenvolvimento dos maxilares e facilita a erupção e alinhamento dos dentes;
- Bom para a dentição e a fala;
- Possui muitas substâncias nutritivas e de defesa, que não estão presentes no leite de vaca e em nenhum outro.

As únicas contra-indicações do aleitamento materno são no caso de a mãe ser portadora do vírus HIV ou se estiver fazendo uso de medicação anticancerígena, antitireoidiana ou substâncias radiotivas (BRASIL, 2003).

6.2. Desmame e Aleitamento Artificial

Alguns autores tem associado a menor duração da amamentação exclusiva ou desmame precoce ao uso de chupeta. Os fatores envolvidos nessa associação ainda não estão

totalmente esclarecidos. É provável que o uso de chupeta implique na diminuição do número de mamadas por dia e, como consequentemente a uma menor estimulação do complexo mamilo-areolar, o que acarretaria a uma produção de leite, levando à necessidade de introdução de outro tipo de alimentação (SANTO et al. 2007).

Outros acreditam que muitas vezes o desmame pode ser um indicativo da vontade materna de desmamar ou um indicador de dificuldade com a prática da amamentação (SILVEIRA et al. 2006).

A fissura mamilar também tem sido considerada uma possível interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo, sendo esta muito comum nos primeiros meses de lactação, época em que a amamentação está se estabelecendo, sendo assim necessária a identificação das causas dessa afecção para possível intervenção e prevenção do desmame precoce (RAMOS et al. 2005).

O aleitamento artificial através da mamadeira só deve ser introduzido quando na impossibilidade do aleitamento natural (CORRÊA, 1999).

A mamadeira deve ser dada, segurando o bebê no colo na mesma posição usada na amamentação materna, porque deitado, o bebê facilmente acumula leite na boca, o que pode provocar engasgos perigosos e possíveis otites de repetição (refluxo de líquido para o ouvido). (PEREIRA, 2003).

Algumas orientações para o uso da mamadeira:

- Recomenda-se o uso de mamadeiras com bico anatômico (ortodôntico);
- O furo no bico deve ficar voltado para cima, de encontro ao palato, para que o processo de sucção seja o mais semelhante possível àquele no seio materno;
- O bico deve ter um furo bem pequeno para que o bebê faça esforço durante o processo de sucção;
- O uso de mamadeiras deve ser eliminado entre 6-10 meses de idade ou no máximo 1 ano e meio.

6.3 Cárie de mamadeira

Uma das possíveis consequências do aleitamento artificial é a Cárie de mamadeira. É uma doença extremamente agressiva, provoca muita sensibilidade, de evolução rápida, ocasionando grande destruição dos dentinhos num curto espaço de tempo. Clinicamente ela se inicia com manchas esbranquiçadas nos incisivos superiores e inferiores, que mais tarde se

não removido o hábito, podem vir a formar grandes cavidades(cárie), muitas vezes comprometendo a polpa desses dentinhos e destruindo sua coroa clínica.

A cárie de mamadeira pode afetar a criança no primeiro ano de vida. É provocada por amamentação no peito ou com mamadeira adoçadas com açúcar ou achocolatados durante a noite ou madrugada com grande frequência e sem qualquer tipo de higiene. A criança não precisa mamar, pois neste caso ela estará induzindo a criança a um hábito vicioso e nocivo para os dentes deste bebê. Outros fatores determinam o aparecimento da cárie de mamadeira, tais como:

- O aleitamento irrestrito durante o dia/noite;
- Adoçar a chupeta com mel ou açúcar para que a criança acalme e adormeça;
- Consumo excessivo de suco de laranja adoçado na mamadeira durante o dia todo.

A cárie de mamadeira pode ser evitada se após a erupção dos primeiros dentes (06 meses), principalmente à noite após a última mamada, for realizada a limpeza dos mesmos que deverá ser feita com gaze ou fralda embebida em água filtrada ou outra solução a ser prescrita pelo Odontopediatra (Revista Cantinho do Bebê, 2000).

6.4. Higiene Oral do bebê

A higiene bucal dos bebês deve ser iniciada antes da erupção dos primeiros dentes, para que estes, ao irromperem, encontrem o meio limpo. Após a erupção a atenção à limpeza bucal deve ser reforçada. Tem por finalidade a retirada de restos alimentares e a manutenção da saúde da cavidade bucal e dentes hígidos (CRUZ et al. 2004).

Quando os dentinhos do Bebê nascerem, devem ser limpos com gaze ou ponta da fralda limpa embebida com água filtrada ou fervida. É importante observar que nesta fase não se usa pasta de dentes, pois o bebê engole, uma vez que não sabe cuspir. Essa higiene deve ser realizada após cada mamada. Durante a madrugada, essa limpeza também deve ser realizada. Não se deve deixar que a criança durma com resíduo alimentar na boca (FRAIZ, 2001).

Só depois que os dentinhos de traz (molares) nascerem é que introduzimos o uso da escova de dente que é a principal ferramenta de limpeza dos dentes, gengiva e língua.

Existem algumas características importantes em uma boa escova, como, cerdas macias com pontas arredondadas, cabeça pequena e pelo menos três fileira de cerdas. O dentifrício

(pasta de dentes) sem flúor será colocado na escova de dente numa quantidade, no máximo, do tamanho de uma ervilha. (MOURA, 2000).

Nesta fase o bebê ainda engole a pasta. O flúor contido nos dentifrícios comuns pode ser tóxico para esta criança que pode ter, no futuro, uma patologia chamada fluorose ou levar até mesmo à morte por intoxicação. Muita atenção na escolha da pasta de dente. Os dentifrícios reconhecidos no mercado como sendo de uso infantil, que tiverem flúor na sua composição, não são indicados para uso em bebês (VILLENA, 1998).

Segundo MOURA (2000), para que a escovação seja satisfatória algumas orientações devem ser seguidas:

- A criança fica em pé, na frente da mãe, com a cabeça apoiada contra ela.
- A mãe segura e estabiliza a mandíbula (queixo) do bebê com a mão esquerda, afastando com os dedos os lábios e a bochecha;
- Com a mão direita, empunha a escova e executa os movimentos de escovação;
- Todos os dentes devem ser escovados em movimentos circulares;
- As partes usadas na mastigação devem ser escovadas com movimentos de vaivém e os últimos, com movimentos de baixo para cima;
- Por último deve-se escovar também a língua.

6.5. O uso do Flúor

Ele fortalece o esmalte dos dentes enquanto estes estão se formando. Muitas empresas de distribuição de água adicionam a quantidade de flúor adequada ao desenvolvimento dos dentes. Se a água que você recebe não tem flúor ou não contém a quantidade adequada, fale com seu pediatra ou dentista sobre as gotas de flúor que podem ser administradas ao seu bebê diariamente. Se você usa água engarrafada para beber e para cozinhar, avise seu dentista ou médico. É possível que eles receitem suplementos de flúor para seu bebê. (VILLENA, 1998).

A ingestão de flúor durante a formação do esmalte dentário pode resultar em uma alteração chamada fluorose dentária, variando desde linhas brancas finas, até esmalte gravemente opaco e calcário, e perda de estrutura em casos mais graves. O esmalte fluorótico apresenta-se muito poroso ao longo de toda a superfície do dente (FIGUEIREDO et al. 2006).

Durante muito tempo acreditou-se que o fluor incorporado ao dente durante a sua formação fosse eficiente no controle da cárie dentária, mas atualmente é preconizado que para se ter uma efetiva atuação do flúor no combate e o controle da carie dental é preciso aplicar

concentrações baixas (menor 1,0 ppm), porém constantes na cavidade bucal (PEREIRA, 2003).

7. Gestantes, mães, bebês e Equipe de Saúde Bucal

A inserção da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família veio propiciar uma maior organização dos serviços prestados à nível de Atenção Básica, e ainda buscar uma visão mais ampla da Odontologia. Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006) os princípios ordenadores da Atenção Básica são:

- a) Primeiro Contato: Acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema para qual se procura atenção à saúde;
- b) Longitudinalidade: Vínculo, relação mútua e humanizada entre usuários e profissionais de saúde;
- c) Integralidade: Adequação das ações às necessidades da população, buscando a resolutividade clínica individual e as ações coletivas de caráter preventivo e promocional;
- d) Coordenação: Capacidade do serviço de garantir a continuidade da atenção, com o acompanhamento do usuário e a garantia do acesso a outros níveis de atenção.

Dentro das Estratégias de Saúde da Família os profissionais inseridos na Equipe de Saúde Bucal (Cirurgião Dentista; ASB ou THD) devem atuar em conjunto com a equipe multidisciplinar de modo a propiciar as gestantes, mães e bebês os cuidados abaixo descritos:

- Promover a saúde bucal construindo políticas públicas saudáveis, através da criação de ambientes que apoiem essas escolhas, proporcionando o conhecimento e habilidades para se adotar um estilo de vida, que possam transformar suas atitudes formando novos hábitos em benefício da sua própria saúde;
- Atuar no controle da placa bacteriana através de ação mecânica: Escovação, fio dental e substâncias químicas efetivamente é o método mais eficaz na redução ou eliminação da placa bacteriana;
- Realizar o aconselhamento nutricional, onde uma alimentação equilibrada vai assegurar a saúde da mamãe e do bebê, onde a dieta tem um importante papel durante a odontogênese e a deficiência de vitaminas principalmente Cálcio, fosfato podem influenciar no processo de maturação, na morfologia e na composição química, no tamanho e no tempo de erupção. Os nutrientes são necessários tanto para o bebê pois

asseguram uma perfeita divisão celular e desenvolvimento, e para a mãe assegura a capacidade de produzir leite e amamentar seu bebê ;

- Realizar o tratamento integral no âmbito da atenção básica para a gestante, mãe e bebê;
- Encaminhar e orientar as gestantes que apresentem problemas complexos a outros níveis de assistência, garantindo seu acompanhamento;
- Realizar atendimento de primeiros cuidados nas urgências;
- Coordenar ações coletivas para a promoção e prevenção em saúde bucal;
- Aconselhar e estimular o aleitamento no peito por um período mínimo de 6 meses (MASTRANTONIO et al. 2002; KONISHI, 2002).

Conclusão

O atendimento integral do binômio mãe-bebê deve ser realizado com informações entre o médico e o Cirurgião Dentista, visando a saúde geral e bucal da gestante e do futuro bebê.

A ação conjunta de ambos os profissionais, transmitindo segurança psicológica à gestante quanto ao tratamento odontológico certamente ajudará a superar crenças e mitos injustificados transmitidos pela cultura popular .

É importante que os profissionais de saúde estejam preparados para evidenciar as alterações bucais relacionadas à gravidez, ajudando a gestante a vencer o preconceito e ansiedade que o tratamento odontológico causa nessas pacientes, desenvolvendo além da confiança o vínculo, contribuindo assim para saúde bucal da mãe e do filho.

Através do conhecimento estabelecer um bom prognóstico e orientações adequadas às gestantes no período que antecede essas mudanças hormonais, onde esses métodos educativos possam ser capazes de vencer o medo da gestante em relação ao tratamento odontológico, muitas vezes compartilhado pelos profissionais que fazem o acompanhamento no pré-natal.

É necessário priorizar o atendimento odontológico à gestante, onde o mesmo deve ser institucionalizado, atrelando-se as consultas odontológicas às do pré-natal, estabelecendo prioridades como adequação do meio bucal para a redução da ocorrência de cáries dentárias e de doença periodontal, quebrando a cadeia de transmissibilidade vertical de microorganismos patogênicos bucais de mãe para filho, gerando hábitos bucais saudáveis.

O Cirurgião Dentista deve ser membro fundamental da equipe de pré-natal capaz de proporcionar uma assistência melhor, mais consciente e mais segura, conscientizando as gestantes das alterações hormonais que acontecem na gravidez e como elas podem afetá-la, assim como enfatizar a importância da assistência odontológica nesse período garantindo a saúde bucal dela e do futuro bebê, com ações educativas, preventivas e curativas quando necessárias.

A desmistificação do atendimento odontológico como causador de risco para a gestante e o bebê é o primeiro passo para melhorar a adesão, a segurança e a motivação ao pré-natal odontológico. É de extrema importância a transferência de conhecimentos básicos em saúde bucal para toda a equipe de pré-natal, uniformizando conceitos sobre o atendimento odontológico na gravidez, avaliando riscos, prevenindo hábitos orais inadequados e doenças bucais, reforçando a importância do aleitamento materno e uma alimentação saudável para o desenvolvimento oro-facial.

As ações educativas e preventivas são fundamentais para que as futuras mães cuidem de sua saúde bucal e possa introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança.

A futura mãe poderá atuar como agente multiplicador de informações preventivas e de promoção da saúde bucal, desde que esteja bem informada e conscientizada da importância de seu papel na manutenção de hábitos positivos dentro do seio familiar.

Por isso, novos paradigmas devem ser construídos dentro da Estratégia de Saúde da Família com relação às práticas odontológicas voltadas para o binômio mãe-bebê, requerendo dos cirurgiões-dentistas e profissionais de saúde coletiva, um novo pensar, um novo fazer, transferindo conhecimentos e sensibilização para uma mudança de atitude .

Referências

ANDRADE, E. D. **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia**. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

BONECKER, M. J. S. et al. **Redução na prevalência e severidade de cárie dentária em bebês**. *JBP – Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê*. 3, 14: 334-340,2000.

BRANDEN, P. S. **Enfermagem Materno-infantil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Promovendo o aleitamento materno**. 2ª ed. Brasília: 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção Básica. Brasília. Coordenação Nacional de saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília : Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 17**. Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2006.

CAMARGO, MCF; MODESTO, A & COSER, RM – **Uso racional de chupeta**. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do bebê*. 3:43 -7, 1998.

CAMPOS, M.R. et al. **Condição periodontal e nascimento de bebês de baixo peso em amostra populacional brasileira**. *Pesqui Odontol Bras*, 2003; 17: 258.

CANOLETTI, B. **Trabalho em equipe de saúde e de enfermagem: análise sistemática da literatura.** Dissertação [Mestrado] Escola de enfermagem de São Paulo. Universidade de São Paulo, 2008.

CARDOSO, L. et al. **Avaliação da Prevalência de Perdas Precoces de Molares Decíduos.** Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v. 5, n. 1, p. 17-22, jan./abr. 2005;

CARVALHO, K.L.; VALENÇA, A.M.G. **Prevalência das características normais da oclusão decídua em crianças de 2 a 6 anos.** Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v. 4, n.2, p. 113-120, maio/ago. 2004;

CODATO, L.A.B.; NAKAMA, L.; MELCHIOR, R. **Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez.** Cienc. Saúde coletiva. 13 (3): 1075-1080, 2008.

CORDEIRO, C. C.; COSTA, L. C. **Prevenção odontológica associada às alterações hormonais.** RBO 1999; 56(5): 255-6.

CORRÊA, M.S.N.P *et al.*. **Aleitamento artificial.** In: _____. **Odontopediatria na primeira infância.** São Paulo: Santos, 1999. p. 65-85.

CORRÊA, M.S.N.P *et al.* **Aleitamento natural.** In: _____. **Odontopediatria na primeira infância.** São Paulo: Santos, 1999. p. 71-86.

COSTA, I. C.; SALIBA, O.; MOREIRA, A. S. **Atenção odontológica à gestante na concepção médico-dentista-paciente: representações sociais dessa interação.** RPG – São Paulo 2002, 9(3): 232-43.

COSTA, I.C.; MARCELINO, G; GUIMARÃES, M.B. et al. **A gestante como agente multiplicador de saúde.** RPG, v.5, n.2, p.87-92, Abr/Maio/Jun. 1998.

CRUZ, A.A.G.; GADELHA, C.G.F.; CAVALCANTI, A.L.; MEDEIROS, P.F.V. **Percepção Materna Sobre a Higiene Bucal de Bebês: Um Estudo no Hospital Alcides Carneiro, Campina Grande-PB.** Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v. 4, n. 3, p. 185-189, set./dez. 2004.

CRUZ, S.S.; COSTA, M.C.N.; GOMES FILHO, I.S.; et al. **Doença Periodontal materna como fator Associado ao baixo peso ao nascer.** Revista de Saúde Pública, 2005; 39(5):782-787.

DANTAS, C.J.S. **Mecanismos celulares e moleculares da inflamação.** Rio de Janeiro: Medsi, 2000.

DE BOWES, L. J. **The effects of dental disease on systemic disease.** Vet Clin North Am Small Anim Pract; Philadelphia, v. 28, n. 5, p. 1057-63, Sept., 1998.

DE CASTRO, F. C.; MENESES, M. T. V.; PORDEUS, I. A. et al. **Tratamento odontológico no período da gravidez: enfoque para o uso de anestésicos locais.** JBC, Curitiba, v. 6, n. 31, p. 62-67, jan./fev. 2002.

FERREIRA, A. R. C.; GAÍVA, M. A. M. **Atenção odontológica para bebês: percepção de um grupo de mães.** *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba, v. 4, n. 22, p. 485-489, nov./dez. 2001.

FERREIRA, R. I. et al. **Prevalência de características da oclusão normal da dentição decídua.** *Pesq Odontol Bras*, São Paulo, v. 15, n.1, p. 23-28, jan./mar. 2001.

FIGUEIREDO, L.C.L.; MARTINS, C.C.; PINHEIRO, N.R.; PAIVA, S.M. **Ingestão de Bebidas por crianças de 0 a 3 anos e a sua relação com os graus de fluorose dentária.** *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, v. 6, n.1, p. 49-55, jan/abr. 2006.

FIGUEIREDO C.R.L.V. et al. **Aspectos clínicos patológicos e etiopatogênicos da doença periodontal: considerações atuais.** *RBO* 2002; 59(4): 243-6.

FLÓRIO, F. M.; PEREIRA, A. C. Alicerce para a promoção de saúde bucal: o início precoce. In: PEREIRA, A. C. **Odontologia em saúde coletiva.** Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 413-425.

FRAIZ, F. C.; WALTER, L. R. F. **O comportamento infantil durante a higiene bucal domiciliar e alguns fatores associados à cárie.** *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba, v. 4, n. 21, p. 398-404, set./out. 2001.

FRANZIN, L. C. S. **Conhecimento de um grupo de gestantes e mães, participantes da rede de saúde pública, em relação à saúde bucal de seus filhos.** 159f. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo. 2003.

FREITAS, A.; ROSA, J. E. **Radiologia odontológica..** 5. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

GENCO, R. et al. **Periodontal microflora related to the risk for myocardial infarction: A case control study.** *Journal of Dental Research*, 78(Special Issue):457.1999.

GIUGLIANI, E.R.J. **O Aleitamento Materno na prática clínica.** *Jornal de pediatria* v. 76, supl. 3, p. 238-252, 2000. Disponível: <http://www.jpmed.com.br/conteudo/00-76-s238/port.asp?cod=161>. Acesso em: 16 Jan. 2011.

GLESSE, S.; SABA, C. E. **Influência da doença periodontal no trabalho de parto pré-termo.** *Pesqui Odontol Bras*, 2003; 17: 155-8. Jeffcoat, MK et al. Periodontal infection and preterm birth: results of a prospective study. *JADA*, 2001; 132: 875-880.

GUIMARÃES, A. O.; COSTA, I.C.C.; OLIVEIRA, A.L.S. **As origens objetivos e razões de ser da odontologia para Bebês.** *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2003; 6: 83-6

HULLEY, S.B. et al. **Delineando a pesquisa clinica: uma abordagem epidemiológica.** 2. ed. Porto Alegre Artmed, 2003.

JEFFCOAT, M.K.; GEURS, N.C.; REDDY, M.S. et al. Current Evidence Regarding Periodontal disease as a risk factor in Preterm birth. **Annals of Periodontology**, v.6,n.1, dez. 2001.

KONISHI, F.; ABREU-E-LIMA, F. **Odontologia intra-uterina: a construção da saúde bucal antes do nascimento.** Rev Bras Odontol. 2002; 59: 294-295.

KUHN, E.; WAMBIER, D.S. **Incidência de Lesões de Cárie em Bebês Após 15 Meses de um Programa Educativo-Preventivo.** Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v. 7, n. 1, p. 75-81, jan./abr. 2007.

KULAY, J.L.; KULAY, M.N.C.; LAPA, A.J. **Medicamentos na gravidez e lactação.** Guia Prático. 2ª ed: Manole, 2009.

LAINE, M.A. **Effects of pregnancy on periodontal and dental health.** Acta odontol scand. v.60. p. 257-64, 2002

LEITE, I.C.G. **Associação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não-nutritivos.** Revista da APCD, São Paulo, 53 (2): 151-155, 1999

LINDHE, J. **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 3ed., 1999. 720p.

LÓPEZ, N. J.; SMITH, P. C.; GUTIERREZ, J. **Higher risk of preterm birth and low birth and low birth weight in women with periodontal disease.** J Dent Res, Washington, v. 81, n.1, p. 58-63, Jan., 2002.

LOURO, P. M, FIORI, H. H.; FIORI, R. M. et al. **Doença periodontal na gravidez e baixo peso ao nascer.** J Pediatr, Rio de Janeiro, v.77, n.1, p. 23-28, 2001.

MACIEL, S.S.V.V.; OLIVEIRA, R.L.C.C.; FERNANDES, A.C.A. et al. **Prevalência da Cárie Precoce na Infância em Crianças de 6 a 36 Meses em Creches Públicas de Caruaru/PE.** Pesqu Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v. 7, n. 1, p. 59-65, jan./abr. 2007;

MALAMED, S. F. **Manual de anestesia local.** 5. ed. São Paulo: Elsevier. 2004.

MARIANO, R. C.; SANTANA, S. I.; COURA, G. S. **Análise comparativa do efeito anestésico da lidocaína 2% e da prilocaína 3%.** BCI, Curitiba, v. 7, n. 27, p. 15-19, jul./set. 2000. 11.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. **Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento.** Cien Saude Colet 2003; 8(2):403-415.

MARTINS, A. L. C.; FERNANDES, F. C. R.; CORRÊA, M. S. N. P.; GUERRERA, A. C. **A cárie dentária.** In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância.** São Paulo: Santos, 1998. p. 195-208.

MASTRANTONIO, S.D.; GARCIA, P.P.N.S. **Programas Educativos em Saúde Bucal.** Revista da literatura. J. Bras. Odontopediatria odontol. Bebê. 2002. Curitiba, v.s. mai/jun. p.215-222.

MATEOS, A. **Brasileiros comem cada vez mais e com pior qualidade**. Rev Assoc Paul Cir Dent, São Paulo, v. 53, n. 1, p.8-19, jan./fev. 1999.

MCDONALD, R.; AVERY, D.R. **Odontopediatria**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. Cap.10, p.151-175.

MEDEIROS, E.B.; RODRIGUES, M.J. Conhecimento das gestantes sobre a Saúde Bucal de seu bebê. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v.57, n.5, p.381-386, 2003.

MIKESELL, P.; NUSSTEIN, J.; READER, A.; BECK, M.; WEAVER, J. **A comparison of articaine and lidocaine of inferior alveolar nerve blocks**. J Endond, Baltimore, v. 31, n. 4, p.265, 2005.

MOREIRA, P.V.L.; CHAVES, A.M.B.; NOBREGA, M.S.G. **Uma atuação multidisciplinar relacionada à promoção de saúde oral materno-infantil**. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. Joao Pessoa. 2004, set./dez., 4(3): 259-64.

MOURA, L. F. A. **Avaliação da eficácia de métodos de higiene bucal em bebês**. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê, Curitiba, v. 3, n. 12, p. 141-146, 2000.

NADANOVSKY, P. **O declínio da cárie**. In: *Saúde Bucal Coletiva* (V.G. Pinto). São Paulo: Editora Santos, 2000. p.341-349.

OFFENBACKER, S.; JARED, H.L.; O'REILLY, P.G. et al. **Potencial Pathogenic Mechanisms of Periodontitis - Associated Pregnancy Complications**. Annals of Periodontol, v.3, n.1, p. 233-250, July 1998.

OSTENSEN, M. **Nonsteroidal anti-inflammatory drugs during pregnancy**. Scandinavian Journal of Rheumatology Supplement, v.107, p.128-132, 1998.

PALMER, R.; SOORY, M. **Fatores Modificadores: Diabetes, Puberdade, Gravidez e Menopausa e Tabagismo**. In: Lindhe J, Karring T, Lang NP. Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2005. p. 181-182.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

PONZONI, D.; SANCHES, M. G.; OKAMOTO, T. **Influência de solução anestésica local contendo mepivacaína no processo de reparo em feridas de extração dental: análise histológica em ratos**. . Rev ABO Nac, São Paulo, v. 11, n. 5, p. 287-292, out./ nov. 2003.

RAMOS, C.V.; ALMEIDA, J.A. **Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo**. J Pediatr (Rio J). 2003;79:385-90

RAMOS, T.M.; ALMEIDA JÚNIOR, A.A.; RAMOS, T.M. et al. PEREIRA, M.A.S. **Condições Bucais e Hábitos de Higiene Oral de Gestantes de Baixo Nível Sócio-Econômico**. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v. 6, n. 3, p. 229-235, set./dez. 2006;

RANALI, J. **Terapêutica medicamentosa**. In: DOTTO, Carlos Alberto (org). Opinion Markes. São Paulo: vm, 2002. v. 1.

Revista Cantinho do Bebê. **Cárie De Mamadeira**. Dra. Lucia Coutinho Porto. Junho, 2000.

Revista Viver Nutrilite. **A saúde começa pela boca**. Dra. Miriam Giroldo de Almeida Conti. (Ano 2, Número 6, Dezembro de 2005, páginas 18 e 19).

ROCHA, B.M.; FORTES, T.M.V.; NOVAIS, S.M.A. et al. **Estudo das Alterações Periodontais em Pacientes Grávidas através do P.S.R. e Avaliação dos Bêbes quanto ao Peso e Prematuridade**. R Periodontia, v.14, n.3, p.42-46, set. 2004.

ROSENBLATT, A. **Cárie Dentária**. In: ROSENBLATT, A. et al. Clínica odontopediátrica: Uma abordagem preventiva. Recife: Editora UPE, 1998, Cap. 3. p. 55-97.

ROTHER, E.T. Editorial - **Revisão sistemática x revisão narrativa**. Acta Paul Enferm. 2007; 20 (2).

SANTO, L.C.; OLIVEIRA, L.D.; GIUGLIANI, E.R. **Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months**. Birth. 2007;34:212-9

SANTOS-PINTO, L.; UEMA, A.P.A.; GALASSI, M.A.S. et al. O que as gestantes conhecem sobre saúde bucal? **JBP**, Curitiba, v.4, n.20, p.429-434, set./out. 2001.

SARTORIO, M. L., MACHADO, W. A. **A doença periodontal na gravidez**. RBO 2001; 58(5): 306-8.

SCAVUZZI, A.I.; ROCHA, M.C.; VIANNA, M.I. **Influência da gestação na prevalência da cárie dentária e da doença periodontal**. Rev Fac Odontol Univ Fed Bahia 18:15-21, 1999.

SILVA, A.A.M.; BETTIOL, H.; BARBIERI, M.A. et al. Risk factors for low birthweight in north-east Brazil: the role of caesarean section. **Paediatric & Perinatal Epidemiology**, v.15, n.3, p.257-264, 2001.

SILVA, J. L. P. **Obstetrícia Básica**. 3. ed. São Paulo 2005. p. 372-379.

SILVA. F.W.G.P.; SITUANI, A.S.; QUEIROZ, A.M. **Atendimento odontológico à gestantes – Parte 1: Alterações Sistêmicas**. Revista da Faculdade de Odontologia da UFRGS, 2006;47(2): 19-23.

SILVEIRA, F.J; LAMOUNIER, J.A. **Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil**. Cad Saude Publica. 2006;22:69-77.

SORAGGI, M.B.S.; ANTUNES, L.S.; ANTUNES, L.A.A.; CORVINO, M.P.F. **A Cárie Dentária e suas Condicionantes em Crianças de uma Escola Pública Municipal em Niterói, RJ**. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v. 7, n. 2, p.119-124, maio/ago. 2007;

SPYRIDES, M. H. C. et al. **Efeito das práticas alimentares sobre o crescimento infantil.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 5, n. 2, p. 145-153, 2005. Disponível em: . Acesso em: 26 JAN. 2011.

TIRELLI M.C. et al. **Comportamento dos cirurgiões-dentistas quanto ao uso de antibióticos em pacientes gestantes: riscos e benefícios.** Rev Inst Ciênc Saúde, v.19, n.1, p.27-34, 2001

TOBASE, L. **A dramatização no ensino de enfermagem: uma revisão sistemática e crítica da literatura.** Dissertação [Mestrado] Escola de Enfermagem de São Paulo. Universidade de São Paulo, 2007.

TOLLARA, M. N. et al. Aleitamento natural. In: CORREA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância.** São Paulo: Santos, 1999. cap. 8, p. 71-86.

THORILD, I.; LINDAU-JONSON. B.; TWETMAN, S. **Prevalence of salivary Streptococcus mutans in mothers and their preschool children.** Int J Paediatr Dent 2002; 12(1):2-7.

VILLENA, R.; CORRÊA, M. S. M., FLÚOR - **Aplicação tópica** IN: CORRÊA, M. S. - N, **Odontopediatria na primeira infância.** Santos, cap.25, p.315-342, São Paulo 1998.

VEERING, B. **Complications and local anaesthetic toxicity in regional anaesthesia.** Curr Opin Anaesthesiol, Philadelphia, v. 16, n. 5, p. 455-459, Oct. 2003. 20.

WILLIAMS, C.E.; DAVENPORT, E.S.; STERNE, J.A. et al. **Mechanisms of risk in preterm low-birthweight in infants.** Periodontology 2000, v.23, p.142-150, 2001.