

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

LAÍS DE VASCONCELOS SILVA

PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO: UMA VISÃO INTEGRAL

**PATOS-PB
2016**

LAÍS DE VASCONCELOS SILVA

PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO: UMA VISÃO INTEGRAL

Trabalho de conclusão do curso (TCC) apresentado à coordenação do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

ORIENTADORA: Prof^ª. Msc. Elizandra Silva da Penha

**PATOS-PB
2016**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

S586p Silva, Laís de Vasconcelos
Pré-natal odontológico: uma visão integral / Laís de Vasconcelos Silva. –
Patos, 2016.
60f.: il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal
de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2016.

“Orientação: Prof^ª. MSc. Elizandra Silva da Penha”

Referências.

1. Cuidado pré-natal. 2. Cárie dentária. 3. Doenças periodontais.
I. Título.

CDU 616.314:616-053.2

LAÍS DE VASCONCELOS SILVA

PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO: UMA VISÃO INTEGRAL

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à coordenação do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharelado em Odontologia.

Aprovado em 22,05,26

BANCA EXAMINADORA

Elizandra S. da Penha

Profª, Msc. Elizandra Silva da Penha -Orientadora
Universidade Federal de Campina Grande

Luanna Abílio D. M. de Medeiros

Luanna Abílio D. M. de Medeiros 1º Membro
Universidade Federal de Campina Grande

Elaine Silva da Penha

Elaine Silva da Penha -2º Membro
Secretaria do Estado da Saúde da Paraíba

Dedico este trabalho e também todas as minhas conquistas a Deus que iluminou meu caminho durante todos estes anos e a minha amada mãe. Ela que sempre cuidou, guiou, ensinou e me amou mais que todos nesse mundo. Ela que sempre confiou no meu potencial e abriu todas as portas que estivesse a seu alcance para me ver feliz e tornar meus sonhos possíveis.

Mãe, você foi essencial para a concretização de mais este sonho, seus ensinamentos e puxões de orelha foram imprescindíveis para minha formação como um todo. Se hoje comemoro mais uma vitória é graças a você. Essa vitória também é sua.

Você será para sempre minha rainha, minha heroína, minha amada MÃE!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela “Dádiva da Vida”, e por sempre me dar forças para seguir em frente diante de todas as dificuldades.

A você minha amada e heroína Mãe todo agradecimento torna-se pequeno diante desse imenso amor.

A meu Pai Adaildo (*in memória*) que sempre me amou de uma maneira muito especial; pai, seus ensinamentos levarei por toda minha vida.

A meu irmão Elton, que apesar dos “arranca rabo”, nos momentos mais inesperados demonstrou seu afeto e admiração.

Aos meus sobrinhos Maria Júlia e João Pedro, por alegrarem todos os meus dias; anjos chegam em nossas vidas para nos tornarmos pessoas melhores.

Ao meu avô João Pachaco e minha avó Luca (*in memória*), pelo imenso amor, e por me acolher de braços e corações abertos no momento mais triste da minha vida; tenho certeza que muitas de suas orações foram também em intenção de minha felicidade.

As minhas queridas tias (Lena, Vanda, Neta e Nanda) serei eternamente grata, pois entre os contratempos de nossos caminhos, me ensinaram que a vida é cheia de encantos e que os obstáculos são simplesmente estímulos para seguirmos confiantes em busca de nossos ideais.

A meus tios Beto (*in memória*) e Jaqueline, que me receberam cheios de amor e alegria em seu lar durante toda minha formação superior, minha eterna gratidão.

Aos meus amigos de faculdade, em especial a Alynne Macedo, Roberta Medeiros, Mario Ruy e Maria Eugênia, que mesmo no corre-corre das aulas e estágios sempre arrumaram tempo para divertir meus dias e encher meu coração de alegria; sem vocês com certeza meus dias seriam mais longos e tortuosos longe da família; levarei a amizade de vocês para sempre em meu coração.

A minha amiga Dr^a. Cristiane Santos, que além da sua amizade, contribuiu com seu saber em minha formação profissional. Obrigada minha amiga, por sempre abrir as portas do seu consultório para meus estágios e por me escutar e aconselhar quando preciso.

A meu namorado Halfy Costa, por toda paciência, compreensão e amor durante estes últimos anos. Obrigada por sempre me guiar a seguir os melhores caminhos, mesmo com minha teimosia.

Aos meus mestres, desde o jardim da infância até os da formação superior, pelos ensinamentos profissionais e pelos ensinamentos da vida... Um agradecimento especial a minha orientadora Prof^a. Elizandra Penha pelo apoio, confiança e empenho na elaboração deste meu trabalho.

A todos os funcionários do curso de Odontologia do CSTR que muito ajudou durante toda minha formação acadêmica.

Agradeço a todos, tios, primos e amigos que, também, fazem parte do alicerce da construção da minha história, me proporcionando forças para que eu nunca desistisse de ir em busca dos meus objetivos. Muitos obstáculos foram impostos durante todos esses anos, mas graças a Deus e a todos vocês eu não fraquejei. Muitíssimo obrigada a todos!

“Tudo tem o seu tempo determinado,
e há tempo para todo o propósito
debaixo do céu.

Há tempo de nascer, e tempo de morrer;
tempo de plantar,
e tempo de arrancar o que se foi
plantado.”

Ecl. 1:1,2

RESUMO

O atendimento prestado no pré-natal odontológico caracteriza-se com inúmeras vulnerabilidades, ainda que seja muito importante a sua manutenção dentro da Odontologia. Por esse período apresentar múltiplas alterações, o cirurgião dentista precisa estar atento para prestar um bom atendimento à gestante. Dentre as observações mais peculiares, o profissional deve compreender que as mudanças hormonais desorganizam os sistemas e condicionam modificações na qualidade de vida da gestante, fazendo com que haja aumento nos batimentos cardíacos em 50%, favorecendo o aparecimento de pressão arterial alta em 90% das pacientes, e oportunizando outras patologias, inclusive com repercussão bucal, podendo afetar a saúde do feto no que diz respeito a aborto ou nascimento prematuro. Por isso, o cirurgião dentista deve se unir aos demais profissionais em saúde e por meio do levantamento do quadro de saúde geral da gestante direcionar a sua conduta diante do plano de tratamento que precisa ser seguido neste momento gestacional. Nestas condições, esta produção buscou conhecer e entender as modificações que ocorrem na saúde geral e na cavidade bucal da gestante, assim como estudar este atendimento pré-natal no sistema público de saúde e as alterações que podem ocorrer na gestante e no feto quando infectados pelo *zika vírus*. Esses conhecimentos são de suma importância para que o profissional tenha segurança em intervir da maneira correta e proporcionar qualidade de vida para a paciente.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal. Cárie dentária. Doenças periodontais.

ABSTRACT

Dental care provided in prenatal is characterized with many vulnerabilities, even with the comprehension that is very important its maintenance in Odontology. This period have multiple changes and because of this, the dentist must be careful to provide good care to pregnant women. Among the most peculiar observations, the professionals should understand that hormonal changes disorganize the system and determine changes in the pregnant woman's quality of life, including a possible increase in heart rate at 50%, favoring the onset of high blood pressure in 90% of patients, and also providing opportunities for other diseases, it can also include oral repercussions, affecting the health of the fetus with respect to abortion or premature birth. Therefore, the dentist should join the other professionals of health and by surveying the general health status of pregnant women direct their conduct on the treatment plan that must be followed in this gestational time. Accordingly, this production aimed to know and understand the changes that occur in the general health and oral cavity of pregnant women , as well as study this prenatal care in the public health system and changes can occur in pregnant women and the fetus when infected zika virus. This knowledge is very important for the professional security has to intervene in the right way and provide quality of life for the patient.

Key words: Prenatal care. Dental cavity. Periodontal disease.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1.** Representação comparativa do diâmetro craniano de uma criança normal e infectada por *Zika vírus* portando microcefalia 30
- Figura 2.** Distribuição espacial dos municípios com caso de microcefalia notificados até a semana epidemiológica 01. Brasil, 2016 31

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Risco de drogas na gravidez: Classificação da FDA

22

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

μSv	Microsievert
®	Marca registrada
ACTH	Hormônio Adrenocorticotrófico
AINES	Antiinflamatórios não-esteroidais
AAS	Ácido acetilsalicílico
Ca	Cálcio
CD	Cirurgião-dentista
DP	Doença Periodontal
FDA	Food and Drug Administration
FSH	Hormônio Folículo Estimulante
K	Potássio
Kg	Quilogramas
LH	Hormônio Luteinizante
Na	Sódio
PA	Pressão Harterial
Pb	Chumbo
pH	Potencial Hidrogeniônico
PR	Estado do Paraná
SUS	Sistema Único de Saúde
USB	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 GESTAÇÃO E ALTERAÇÕES ASSOCIADAS	15
2.1.1 Sistêmicas	15
2.1.2 Cavidade bucal	17
2.2 PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO	19
2.2.1 Procedimentos intervencionistas	21
2.2.1.1 Terapêutica medicamentosa	21
2.2.1.2 Anestesia local	24
2.2.1.3 Exames radiológicos	26
2.2.2 Procedimentos educativos	27
2.2.2.1 Educação em saúde no pré-natal odontológico	27
2.3 Pré-natal odontológico no Serviço Público de Saúde	28
2.4 Zika vírus, microcefalia e a conduta odontológica no acompanhamento pré-natal	29
REFERÊNCIAS	34
3 ARTIGO	40
CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
ANEXO A - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO	59

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um período susceptível a mudanças psicológicas e fisiológicas importantes, trazendo como consequência modificações para o organismo da mulher (ALEIXO et al., 2010).

Algumas variações sistêmicas transitórias relevantes podem ocorrer durante este período, como; um aumento da atividade hormonal e no débito cardíaco, variação da pressão arterial, anemia, alterações gastrointestinais e respiratórias, e o diabetes gestacional (CARDOSO, 2010).

Consideradas pacientes especiais, as gestantes se apresentam como um grupo de risco para desenvolver doenças na cavidade bucal, devido a mudanças que ocorrem nesse meio, tais como; hipersecreção das glândulas salivares, tendências ao vômito, maior vascularização do periodonto e alterações na dieta principalmente no aumento na frequência e ingestão de açúcar (GRANVILLE-GARCIA et al., 2007, BASTIANI et al., 2010). Desta forma torna-se necessário um trabalho multidisciplinar entre os profissionais de saúde durante o pré-natal, equipe esta constituída por médico obstetra, pediatra, cirurgião dentista (CD), enfermeira, assistente social e nutricionista (NASCIMENTO et al., 2012; MOIMAZ et al., 2006). No entanto, esta organização assistencial não condiz com a realidade, devido a estrutura existente dos serviços de saúde e ausência de conscientização quanto a necessidade de integrar de forma interdisciplinar os profissionais de saúde (LESSA, 2013).

Infelizmente ainda é possível observar resistência por parte de algumas gestantes e profissionais de saúde em executar procedimentos curativos durante esse período. Na maioria das vezes isso acontece devido a crenças e mitos populares de que esses procedimentos odontológicos possam prejudicar a criança, além de um despreparo do profissional para atender esse grupo de pacientes (GARBIN et al., 2011).

O período de gestação é considerado um momento impar na vida da mulher, no qual ela se mostra muito receptiva e motivada a informações e mudanças que acarretem o bem estar do bebê, sendo uma época bastante favorável para instruir e educar sobre a importância da saúde bucal e a aquisição de hábitos saudáveis em sua rotina (NASCIMENTO et al., 2012; REIS et al., 2010). Com a finalidade de poder melhorar a qualidade de vida da gestante, é primordial uma educação capaz de

reestruturar seu modo de agir com o corpo, conseqüentemente proporcionando mais saúde para ela e o bebê, já que quanto maior for a conduta positiva da mãe com relação a sua própria saúde, melhor será a saúde de seus filhos (MOIMAZ et al., 2006).

Diante do exposto, percebe-se a necessidade de conhecer e entender as modificações que ocorrem na saúde geral e na cavidade bucal da gestante, para que seja possível intervir corretamente no pré-natal odontológico tanto com procedimentos educativos quanto curativos, e de um modo geral sobre os mitos que giram em torno do atendimento odontológico a gestante; assim como estudar o atendimento pré-natal no Sistema Público de Saúde (SUS) e a influência do *zika vírus* na saúde da gestante e no desenvolvimento do feto. Este estudo visa dessa forma, contribuir para profissionais e gestantes sobre os cuidados e importância da manutenção da saúde bucal neste período.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 GESTAÇÃO E ALTERAÇÕES ASSOCIADAS

2.1.1 Sistêmicas

Durante o período gestacional, as transformações de ordem sistêmica que ocorrem na mulher são capazes de modificar todo o contexto desta nova fase (KAUR et al., 2014 ; KURIEN et al., 2013). Neste período, os profissionais em saúde precisam promover um atendimento associado, atentando à melhor forma de assistir esta gestante durante o seu pré-natal, para que sejam evitados agravos que resultem numa problemática que modifique a sua qualidade de vida e do filho que irá nascer (ALEIXO, 2010; NEVES et al., 2007; LASKARIS et al. , 2007).

Analisando o corpo da gestante compreende-se que a relação entre a gestação e o aumento de peso ocorre pelo desenvolvimento do bebê; pela dilatação e hipervascularização do útero, o que acarreta um aumento médio de 12 a 15 quilogramas (kg) (CARDOSO et al., 2010).

As alterações cardiovasculares se iniciam a partir do terceiro mês, devido a vasodilatação provocada por mediadores como a prostaciclina e o óxido nítrico (CARDOSO, 2010; NEVES et al., 2007; LASKARIS et al., 2007). Nisso, ocorre em 90% das gestantes um aumento do débito cardíaco em 50%, variando significativamente a pressão arterial (PA) dessas pacientes entre o sétimo e o nono mês, levando a paciente a desenvolver um dos três tipos de alterações sintomáticas da PA: a hipertensão crônica, a hipertensão gestacional e a pré-eclâmpsia (SILVA et al., 2006; OLIVEIRA et al., 2006). Neste contexto, torna-se essencial um atendimento multiprofissional a fim de evitar morbidade e mortalidade (BASTIANI et al., 2010).

Referindo-se ao sistema respiratório, o aumento da frequência respiratória decorre de um maior consumo de oxigênio numa taxa de 20%, devido à demanda dupla necessária, promovendo o declínio do nível do volume respiratório residual que provoca na gestante uma condição ofegante pela própria projeção do útero que vem a elevar o diafragma (BASTOS et al., 2014). No último mês gestacional pode ser observado desordens respiratórias do sono provocadas pela hiperemia, pela hipersecreção e edema nas vias aéreas superiores (CARDOSO, 2010).

No metabolismo, devido ao aumento na demanda de energia para o crescimento do feto e da placenta, a não produção de alguns nutrientes como o ferro e ácido fólico abre espaço para um déficit orgânico (SILVA et al., 2006; OLIVEIRA et al., 2006). Como o íon ferro é importante para a eritropoese e o ácido fólico para a síntese de aminoácidos e ácidos nucleicos, os suplementos dessas substâncias devem ser administrados durante a gestação, evitando assim outras alterações que possam comprometer os rins e o fígado indicando princípios para uma diabetes gestacional (NEVES et al., 2007; LASKARIS et al., 2007). Pelas muitas variações metabólicas, é comum que o sistema digestório sofra uma diminuição em sua motilidade durante a gestação, provocando uma menor secreção que compromete a absorção gastrointestinal devido ao aumento nos níveis dos hormônios sexuais (CARDOSO, 2010).

As alterações endócrinas durante a gestação incluem um aumento na síntese de estrógeno, progesterona, prolactina, cortisol, hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), aldosterona, oxitocina e supressão do hormônio folículo estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH), isto ocorre com a função de preparar da gestante para o parto e amamentação (ALEIXO et al., 2010). Os estrógenos são hormônios produzidos pelos folículos do ovário e por células trofoblásticas sinciciais, atuando sobre a vascularização, hipertrofia e hiperplasia das fibras musculares do miométrio, causando o crescimento e a excitabilidade uterina (NEVES et al., 2007; SILVA et al., 2006). E a progesterona é segregada pelo corpo lúteo e pela placenta, promovendo uma ação de diminuição da excitabilidade da fibra muscular uterina, além de aumentar a vascularização do corpo e do colo uterino (BASTOS et al., 2014). A ação desses hormônios associados permite um maior estiramento, de modo que o colo uterino se torna capaz de distender facilmente durante a gravidez, e ainda pode ocasionar uma intensa exacerbação da resposta inflamatória (REIS et al., 2010).

Neste quadro de síntese hormonal, a multiplicidade observada indica que outras vias endócrinas também começam a secretar seus metabólitos, como ocorre na via hipofisária (tireotropina e prolactina), adrenocortical (glicocorticoides), tireoideana (tiroxina) e paratireoideana. Este fato condiciona um acelerado aumento dos níveis séricos de vitamina D, principalmente se a mãe apresentar deficiência de cálcio (Ca), podendo afetar a reabsorção de cálcio dos ossos longos, promovendo a concentração normal de íons cálcio no sangue para a ossificação fetal (BASTOS et al., 2014; CARDOSO et al., 2010; NEVES et al., 2007).

Considerando-se esses fatores sistêmicos associados que garantem à paciente uma adaptação a esta nova fase de vida, em consonância com os princípios dietéticos e a má higienização bucal, poderá desenvolver a proliferação de cárie e doenças periodontais (REIS et al., 2010; CARDOSO, 2010).

2.1.2 Cavidade bucal

A gestação é um período especial na vida da mulher, marcado por modificações no seu organismo que podem ocasionar desequilíbrio no meio bucal, favorecendo o aparecimento da doença periodontal (DP) e da cárie dentária (GRANVILLE-GARCIA et al., 2007). Contudo, deve ser levado em consideração que o período gestacional não induz por si só o surgimento dessas afecções, mas sim dependente diretamente de alguns condicionantes associados, como as alterações na constituição salivar, ingesta exacerbada de carboidratos e/ou negligência dos hábitos de higiene bucal (FALSARELLA, 2013; REIS, et al., 2010; CAMARGO, 2008).

A doença periodontal é um nome genérico que engloba uma série de variações patológicas que ocorrem no periodonto (REIS et al., 2010). Apesar de termos conhecimento de inúmeras doenças periodontais, elas podem se agrupar em dois grandes grupos: gengivite e periodontite (MOIMAZ et al., 2006). Na gengivite, apenas os tecidos moles são afetados, e na periodontite, além desses, os tecidos duros (osso e cemento) e o ligamento periodontal também são afetados. Quando não tratada a gengivite pode progredir para a periodontite (KAUR et al., 2014 ; KURIEN et al., 2013).

Há um significativo aumento no nível de estrógeno e progesterona no período gestacional, e estes hormônios podem exercer influência nos tecidos periodontais de diversas maneiras: variando a resposta tecidual o biofilme dental, mudando a composição da microbiota desse biofilme e estimulando a síntese de citocinas inflamatórias, principalmente as prostaglandinas (GRANVILLE-GARCIA et al., 2007). Isto significa que, as concentrações hormonais acentuam o quadro clínico da inflamação gengival, devido as alterações vasculares causadas por esses hormônios desde que exista a constante presença de biofilme bacteriano ao redor no dente (REIS et al., 2010).

Um grande número de gestantes com quadro de algum tipo de afecção periodontal é encontrado em estudos epidemiológicos, como afirma Moimaz et al., (2006) no qual analisaram 315 pacientes e constataram que 86,97% delas desenvolveram algum tipo de problema periodontal, e que 10,92% apresentaram um grau de severidade maior da doença, necessitando de tratamento mais complexo. Já Miana et al. (2010) observaram a severidade da doença em 83 gestantes, notaram que 18% delas desenvolveram um grau de maior complexidade da doença, a bolsa periodontal; a severidade da DP pode se mostrar como fator de risco em nascimento pré-maturo e baixo peso do bebê (GRANDI et al., 2010; ZANATTA et al., 2007). Santos (2006) afirmou esses efeitos em uma análise feita com 334 gestantes, onde 47% apresentavam periodontite de moderada a grave, e estas apontaram um aumento de 3,47 vezes mais chances de desenvolver um parto prematuro e baixo peso dos recém-nascidos. No entanto, Trentin et al. (2007) analisaram a mesma relação e não observaram diferenças estatisticamente significativas.

A divergência nesse campo de pesquisa ainda é grande, e aponta uma necessidade de mais estudos longitudinais e intervencionais que busquem responder a essa associação (CAMILLA, 2013; VASCONCELOS et al., 2013). Entretanto, a infecção de um modo geral é um fator de risco para complicações obstétricas, e a possível associação causal entre DP e baixo peso ao nascer não pode ser minimizada, pois aumenta o risco de morte, sequelas neurológicas e neurodesenvolvimento insatisfatório (MIANA et al., 2010). Isto nos remete a necessidade e importância da manutenção da saúde bucal durante a gestação, para que esse período seja tranquilo e sem complicações gestacionais (ZANATTA et al., 2007; MOIMAZ et al., 2009).

O período gestacional poderá ainda ser marcado pela formação de lesões tumorais conhecida como “tumor gravídico” ou “granuloma piogênico”. Estas lesões são formadas a partir de uma resposta inflamatória mais intensa (CARDOSO, 2010; ALEIXO et al., 2010). Normalmente se apresentam como uma massa plana ou lobular, usualmente pediculada; sua superfície varia entre as cores rosa, vermelho ou roxo, podendo ser ulcerada (WILDER et al., 2008; NEVILLE et al., 2009). Caracteristicamente, a massa é indolor, de fácil sangramento, devido a sua extrema vascularização (DOWNE et al., 2009). Com relação ao tratamento, recomenda-se que seja postergado, já que o índice de recidiva é maior para os granulomas

retirados durante a gestação, e deve-se levar em consideração que algumas dessas lesões podem sumir espontaneamente após o parto (NEVILLE et al., 2009).

Outro aspecto importante e que deve ser observado nesse estágio na vida da mulher, é o aumento da atividade cariogênica (CARDOSO, 2010; ALEIXO et al., 2010). De acordo com Reis et al. (2010), a cárie dentária é uma doença de natureza infectocontagiosa, que ocorre devido à interação de diversos fatores primários (dieta, microrganismos, hospedeiro, tempo), secundários (saliva, flúor, higiene bucal) e terciários (sexo, idade, raça e nível socioeconômico).

São observadas algumas modificações bioquímicas na saliva, como a diminuição do nível de sódio (Na), elevação dos níveis de potássio (K), proteínas e estrógeno, que provocam o aumento da secreção salivar e a conseqüente queda no potencial hidrogeniônico (pH), fazendo com que a saliva perca a sua capacidade tampão acelerando a proliferação microbiótica e dessa forma provocando um meio ideal para o aumento da cárie neste período (ALEIXO, 2010).

Assim como a DP, a incidência da cárie dentária não está diretamente ligada ao período gestacional, mas sim a alguns motivos associados, como a hipersecreção das glândulas salivares, a tendência a náuseas e vômitos, e a negligência com a higiene bucal (GRANVILLE-GARCIA et al., 2007). Eventos frequentes de enjoos e vômitos durante o primeiro trimestre da gestação resulta na exposição intermitente do esmalte dentário ao suco gástrico, o que leva a uma erosão ou descalcificação deste tecido (VIEIRA; ZOCRATTO, 2007). Durante o terceiro trimestre ocorre a diminuição da capacidade estomacal, devido a compressão das vísceras e crescimento do feto, fazendo com que a gestante alimente-se em pequenas quantidades e maior frequência (BASTIANI et al., 2010, REIS et al., 2006). Esta conduta resulta em um acréscimo na ingestão de alimentos açucarados (síndrome da perversão do apetite), que associados ao descuido com a higiene bucal, favorece o risco de cárie (MATTOS, 2006).

Em estudo epidemiológico, Miana et al. (2010) consideraram acerca da presença da cárie dental, e encontraram uma prevalência em 59% das gestantes analisadas. Estes dados mostram a necessidade de um programa educativo e curativo para estas pacientes como parte do pré-natal.

2.2 PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO

O pré-natal odontológico consiste na promoção da assistência realizada pelo CD, que ao acompanhar a paciente gestante busca trazer qualidade à sua saúde bucal e do seu bebê (KAUR et. al., 2014; AZEVEDO, 2014).

É fato que durante a gestação várias alterações são observadas no organismo da mulher, e isso torna necessário maior atenção a esse período. Primeiramente é indispensável orientar a paciente sobre a maior prevalência dos problemas bucais, desta forma há possibilidade de um melhor tratamento das afecções já instaladas, assim como também prevenir possíveis doenças, evitando maiores danos a saúde da mãe e do bebê (TÁVORA, 2001).

O tratamento odontológico em gestantes preconiza sanar a dor, pois está associada a ansiedade, aumenta a contração da musculatura lisa e favorece o aborto (POLETTTO et al., 2008). Além disso, a presença de processo infeccioso sem tratamento na cavidade bucal pode resultar em disseminação sistêmica da infecção e surtir efeitos prejudiciais tanto para a mãe como para o feto (MIANA et al., 2010; MOIMAZ et al., 2006).

A paciente gestante deve ser estimulada a procurar atendimento odontológico, pois alguns medos ainda cercam essas pacientes no que se refere a alguns procedimentos durante o período gestacional. Portanto é primordial um esclarecimento a esse grupo sobre o assunto a esse grupo, para que essa barreira seja desfeita (BASTIANI et al., 2010; SILVA et al., 2006).

A intervenção odontológica pode ser realizado durante a gestação, porém o momento mais seguro para esse atendimento é o segundo trimestre, pois nesse período a organogênese está completa, no entanto procedimentos emergenciais podem ser tratados em qualquer período (MARTINS et al., 2013; NASCIMENTO et al., 2012).

Reis et al., (2010), observaram que as das barreiras ao tratamento odontológico na gestação está diretamente associada à crenças, da maneira de como estão organizados os serviços de saúde, e isso tem significativa influência na relação dentista/gestante.

Para que este atendimento ocorra de forma harmoniosa, o CD precisa passar confiança para sua paciente, visto que alguns mitos ainda perduram sobre o atendimento a estas pacientes (MARTINS et al.,2013).

Alguns cuidados devem ser atribuídos durante o atendimento pré-natal odontológico: programar seções curtas, adaptar a posição da cadeira para evitar

risco de hipotensão postural por compressão da veia cava superior, evitar consultas matinais devido a ânsia de vômitos e hipoglicemia, utilizar filmes ultra-rápidos e aventais protetores de chumbo durante a exposição a raio-x (BASTIANI et al., 2010; SILVA et al., 2006).

Apesar de já existir a inclusão do CD no pré-natal, grande é o número de gestantes sem conhecimento ou informações sobre a saúde bucal durante este período (REIS et al., 2010). Como mostra Bastiani et al. (2010), realizaram estudo em consultórios médicos particulares e em Unidades Básicas de Saúde na cidade de Maringá-PR, chegaram a conclusão que 67% das gestantes entrevistadas não receberam informações sobre saúde bucal, o que revela a necessidade de uma maior participação dos CDs nos pré-natais.

Para que o atendimento pré-natal odontológico aconteça de forma adequada e segura; um planejamento de uma equipe multiprofissional se faz essencial, para que o CD possa obter uma visão geral da paciente gestante e assim assisti-la da forma mais adequada, evitando complicações que possam atrapalhar procedimentos futuros (KAUR et al., 2014 ; KURIEN et al., 2013 ; CURTIS et al., 2013; CARVALHO, 2007).

Levando em consideração que a gestação apresenta-se como um estágio psicologicamente propício para sensibilização, modificação e aquisição de hábitos que visem o bem-estar e o bom desenvolvimento do bebê, vários autores consideram este período um momento ideal para o profissional de saúde intervir na educação (REIS et al., 2010; FELDENS et al., 2005; CARDOSO, 2010). Neste sentido, ações educativas e preventivas são fundamentais para que a mãe cuide de sua saúde e possa introduzir hábitos saudáveis desde o início da vida da criança (MARTINS, 2013).

2.2.1 Procedimentos intervencionistas

2.2.1.1 Terapêutica medicamentosa

Na clínica odontológica o que soluciona a dor de procedência bucal é a intervenção clínica direta junto a prescrição do medicamento (VASCONCELOS et al., 2012).

Durante a gestação pode ser difícil manter os níveis plasmáticos terapêuticos dos medicamentos devido ao aumento do volume sanguíneo e da excreção renal, e diminuição da concentração das proteínas plasmáticas, metabolização hepática e absorção gastrointestinal; dessa forma, a redução do número de proteínas pode diminuir a ligação da droga, aumentando a quantidade de medicamento livre, favorecendo assim, que a droga penetre facilmente a placenta, e chegue a atingir a circulação fetal (SILVA et al., 2006).

A prescrição de medicamentos deve ser evitada durante o período gestacional, devido o feto ser suscetível aos seus efeitos, podendo causar aborto espontâneo, teratogenia e induzirem o parto prematuro (KAUR et al., 2014; KURIEN et al., 2013).

O ideal seria que nenhum medicamento fosse administrado no primeiro trimestre de gestação, exceto nos casos de urgência, pois os riscos de teratogenia são mais frequentes durante o período da organogênese que ocorre nessa fase (VASCONCELOS et al., 2012). Após este período os riscos são reduzidos e as drogas não causarão malformação, mas poderão afetar o crescimento e desenvolvimento do feto (SILVA et al., 2006).

No intuito de determinar os riscos associados ao uso de drogas durante a gestação, bem como orientar os profissionais de saúde a melhor terapêutica a ser aplicada na gestante, a Food and Drug Administration (FDA) classificou os medicamentos em cinco categorias de risco, levando em conta seus efeitos na gestação (VASCONCELOS et al., 2012).

Quadro1: Risco de drogas na gravidez: Classificação da FDA.

CATEGORIA	DESCRIÇÃO
A	<i>Estudos controlados em humanos, indicam que não há risco aparente para o feto. A possibilidade de risco ao feto é remota.</i>
B	<i>Estudos controlados em animais, indicam que não há risco para o feto. Estudos bem controlados em humanos, não conseguiram demonstrar riscos.</i>
C	<i>Estudos controlados em animais, demonstraram efeitos adversos ao feto, mas não há estudos bem controlados em humanos. Só usar, se o benefício justificar o risco potencial. O uso pode ser aceitável.</i>
D	<i>Há evidências de risco em fetos humanos. Só usar se o benefício justificar o risco potencial. O uso pode ser aceitável a despeito do risco.</i>
X	<i>Estudos revelam riscos para o feto. Os benefícios não justificam os riscos. Não usar em hipótese alguma.</i>

Fonte: CORTEZZI E CORTEZZI 2012

Com relação ao uso de analgésicos, a literatura recomenda o paracetamol como primeira escolha, por não apresentar efeitos teratogênicos em doses terapêuticas, podendo ser administrado com segurança em qualquer estágio da gestação no tratamento de dor leve a moderada, e mediador de febre resultante de procedimentos dentários (POLETTO et al., 2008). A dipirona sódica, por exemplo a Novalgina®, apresenta-se como analgésico de segunda escolha, por predispor a redução da quantidade de granulócitos no sangue periférico (neutropenia), agranulocitose podendo levar o indivíduo a desenvolver infecções (AMADEI et al., 2011).

Uma atenção especial ao uso de antiinflamatórios (corticóides e antiinflamatórios não-esteroidais - AINES) durante a gestação é indispensável, pois seu consumo em determinadas épocas da gestação, particularmente no terceiro trimestre, pode ocasionar danos irreparáveis (VASCONCELOS et al., 2012, MARTINS et al., 2013). Estes medicamentos são representados por um grande número de fármacos, dentre estes, o ácido acetilsalicílico (ASS), diclofenaco, ibuprofeno, naproxeno, indometacina, rofecoxib (AMADEI et al., 2011).

Em geral os AINES não são recomendados para as gestantes por bloquearem a síntese de prostaglandinas, podendo constringir o ducto arterioso intra-uterino (AMADEI et al., 2011). Podem ainda provocar hipertensão pulmonar sustentada no bebê, prolongar a gestação e o trabalho de parto, e ocasionar alterações hemostáticas como a inibição da agregação plaquetária decorrente do uso de salicilatos (VASCONCELOS et al., 2012). O uso do ibuprofeno está relacionado a casos de defeitos glomerulares, ocasionando insuficiência renal (BASTOS et al., 2014). Continuamente, em caso de real necessidade do uso de antiinflamatórios, como procedimentos endodônticos e cirurgias mais invasivas que não puderem ser adiadas, deve ser prescrito os corticosteróides (betametasona e dexametasona) em dose única de 4mg (POLETTO et al., 2008). Contudo, esses medicamentos devem ser utilizados com muita cautela em pacientes gestantes, pelo fato de proporcionar anormalidade na curva glicêmica, insuficiência das supra-renais e síndrome de Cush, quando administrado em doses elevadas (AMADEI et al., 2011).

O uso de antibióticos durante a gestação se faz necessário no tratamento ou prevenção de infecções orais (VASCONCELOS et al., 2012). A literatura indica as penicilinas como antibióticos de primeira escolha, por agirem apenas na parede celular, sendo atóxica ao organismo humano (BASTOS et. al., 2014). Segue-se

como segunda opção os macrolídeos (eritromicina, clindamicina e azitromicina), preferencialmente para pacientes alérgicos a penicilina (LESSA, 2013). No entanto, os antibióticos do grupo das tetraciclina são contraindicados, pois atravessam a placenta, juntam-se ao cálcio (Ca) presente nos ossos e dentes, proporcionando retardamento no crescimento ósseo, coloração amarelada no elemento dentário, interferência na formação do esmalte dentário, favorecendo a cárie (VASCONCELOS et al., 2012; AMADEI et al., 2011). A antibioticoterapia está condicionada a fatores como a gravidade da infecção, a agressividade do agente etiológico implicado, padrão de sensibilidade e ao período de gestação. Cabe salientar que se deve evitar o uso de qualquer medicamento no período da organogênese (POLETTO et al., 2008).

A prescrição de ansiolíticos estão contraindicadas no período da gestação, por possuírem poder teratogênico razoável, oferecendo riscos de malformações fetais, toxicidade neonatal e sequelas comportamentais (BASTOS et al., 2014).

Para que possam ser evitados alguns problemas sérios como efeitos teratogênicos, aborto espontâneo e parto prematuro, é necessário que o CD conheça os mecanismos de ação de cada medicamento para que o quadro clínico da gestante possa se manter dentro de um controle, atingindo a perspectiva de ação do medicamento utilizado (CURTIS et al., 2013).

2.2.1.2 Anestesia local

A anestesia local pode ser definida como bloqueio reversível da condução nervosa, sem perda das sensações e sem alterar o nível de consciência, a mesma deve ser empregada nos procedimentos odontológicos mais invasivos, que necessitem do controle da dor, podendo ser utilizada de forma segura nas pacientes gestantes (VASCONCELOS et al., 2012). Porém, o CD deve conhecer as propriedades e limitações de cada uma das soluções anestésicas, bem como a melhor época de intervir nestas pacientes, para que assim, os procedimentos necessários sejam realizados sem que haja intercorrências, garantindo uma boa saúde bucal e uma melhor qualidade de vida. Para exodontia, por exemplo, sempre que possível deve-se optar por uma terapêutica de espera para os três primeiros meses, isto está relacionado mais a intervenção cirúrgica do que com a anestesia em si (KAUR et al., 2014; KURIEN et al., 2013; CURTIS et al., 2013).

Mesmo considerados seguros, alguns aspectos precisam ser observados com relação ao uso de anestésicos locais em gestantes, como: a técnica empregada, a quantidade da droga administrada, a ausência ou presença de vasoconstritor, efeitos citotóxicos e a possibilidade desta conduta trazer problemas ao feto (POLETTTO et al., 2008).

O anestésico local pode atingir o feto diretamente, quando são encontradas altas concentrações na circulação fetal, ou indiretamente, quando o tônus muscular uterino é alterado ou quando os sistemas cardiovascular e respiratório da mãe são deprimidos (BASTOS et al., 2014). Nessa perspectiva, há algumas controvérsias na classe odontológica com relação a escolha do sal anestésico e o uso de vasoconstritores, uma vez que todos os anestésicos locais atravessam a barreira placentária e poderiam apresentar algum risco potencial para o feto (NAVARRO et al., 2008).

É de consenso geral na literatura que a lidocaína a 2% pertencente a categoria B na classificação FDA, é a primeira escolha entre os CD, por apresentar um tempo de latência rápido (2 a 3 minutos) e por sua eficácia (CARDOSO, 2010; POLETTTO et al., 2008). A mepivacaína pertence ao grupo C, e também é muito utilizada na Odontologia, no entanto, seu uso em gestantes não é aconselhado por apresentar metabolização hepática mais lenta, podendo desencadear bradicardia fetal (NAVARRO et al., 2008). A bupivacaína está dentro do grupo C, apresenta uma cardiotoxicidade elevada e uma maior penetrabilidade nas membranas do coração (BASTOS et al., 2014). Já a prilocaína, embora pertença a mesma categoria da lidocaína (categoria B), se apresenta na formulação de 3%, portanto é 50% mais concentrada que a lidocaína, devendo ser evitada por proporcionar risco de metemoglobinemia (distúrbio hematológico em que a hemoglobina transforma em metemoglobina por um processo de oxidação, e a molécula, conseqüentemente se torna incapaz de transportar oxigênio), além disso, este sal anestésico também pode causar contrações uterinas, por sua apresentação no Brasil estar associada ao vasoconstritor felipressina (MARTINS et al., 2013; MALAMEDE, 2013; NAVARRO et al., 2008).

Quanto a presença de vasos constritores (noradrenalina e adrenalina) em anestésicos locais, a Associação de Cardiologia e o Conselho de Terapêutica Odontológica Norte-americano, recomendam o uso, pois apresentam poucas desvantagens, não sendo contraindicados para gestantes, uma vez que eles

prolongam a duração da anestesia, diminuem a toxicidade dos anestésicos locais pela diminuição da absorção sistêmica, promovem hemostasia e aumentam a concentração local dos anestésicos (KAUR et al., 2014; POLETTO et al., 2008). Entretanto, estudos mais recentes apontam que a noradrenalina nas concentrações 1:25.000 e 1:30.000 não devem ser utilizadas por apresentarem grande evidência de complicações cardiovasculares e neurológicas, sendo a concentração de 1:50.000 a mais indicada (BASTOS et al., 2014). Com relação a felipressina, a mesma é contraindicada em razão de diminuir a circulação placentária, dificultar a fixação do embrião no útero e induzir contrações uterinas. No entanto, esses efeitos adversos são identificados quando altas doses do anestésico são administrados (CARDOSO, 2010; SILVA et al., 2006).

Com relação ao uso dos anestésicos locais no atendimento odontológico, algumas crenças ainda prevalecem, principalmente a respeito da presença de vasoconstritores, mas é de geral consenso que a gravidez não constitui um estado de contraindicação para a administração de anestesia local, desde que o profissional tenha conhecimento de quais anestésicos utilizar (BASTOS et al., 2014; CURTIS et al., 2013).

2.2.1.3 Exames radiológicos

As tomadas radiográficas odontológicas podem ser utilizadas quando necessárias para estabelecer um diagnóstico mais confiável e um plano de tratamento adequado (MESQUITA FILHO et al., 2012). Estes exames quando executados diante dos parâmetros de proteção não ocasionam perigo eminente ao feto pela radiação, já que os níveis que resultam em anomalias genéticas são bem maiores que os comumente utilizados neste procedimento (GARBIN et al., 2011; BRASIL, 2011 ; KANOTRA et al., 2010).

Dentre os exames mais utilizados na Odontologia são listados o exame panorâmico e o periapical, que emitem níveis de radiação inferiores aos que causam malformação congênita, que é de 10 μ Sv (microsievert) (VASCONCELOS et al., 2012). Ainda deve ser considerado que o feto apenas recebe 1/50000 da exposição direta na cabeça da mãe (SILVA, 2006).

O cirurgião dentista deve sempre proceder dentro do mais alto grau de proteção, buscando evitar radiografias desnecessárias, promovendo a proteção do

abdome com avental de chumbo (Pb), evitando repetições por erro de técnica, assim como ângulos direcionados para o abdome, utilizando proteção do colimador, usando filmes rápidos e com precisão em tempo mínimo (KAUR et. al., 2014; GARBIN et al., 2011; BRASIL, 2011; KANOTRA et al., 2010; LANGLOIS et al., 2007).

A utilização das tomadas radiográficas deve ser evitada no primeiro trimestre da gestação pelo fato do desenvolvimento da organogênese ser considerado muito crítico. Porém nos casos de urgência, estes exames podem ser efetuados neste período, desde que sejam tomadas todas as medidas de proteção para a gestante e feto (VASCONCELOS et al., 2012; MESQUITA FILHO et al., 2012).

Segundo Martins et al. (2013), um índice de 54,7% dos CDs confirmaram realizar tomadas radiográficas para diagnóstico em gestantes, e os que não realizam esse procedimento (45,3%) justificam essa posição mais por recusa da paciente em realizar tal exame do que por insegurança do profissional, pois alguns procedimentos com utilização de raios-X são conhecidos como possíveis causadores teratogênicos para o feto. Dessa forma, a realização de exames radiológicos no período gestacional, conforme a literatura é considerada uma posição aceitável, desde que essas tomadas radiográficas sejam feitas de acordo com as normas padrões (POLETTTO et al., 2008).

2.2.2 Procedimentos educativos

2.2.2.1 Educação em saúde no pré-natal odontológico

A educação em saúde é definida como quaisquer mecanismos que sejam capazes de combinar experiências de aprendizagens que disponibilizem a facilitação de ações dentro da condução das práticas em saúde (CURTIS et. al., 2013; REIS et. al., 2010).

Com o bom planejamento promovido na educação em saúde, múltiplas mudanças podem ocorrer ao que diz respeito ao comportamento dos pacientes que procuram os serviços (MARTINS et al., 2013). Mas, para que ocorra o sucesso esperado, esse processo precisa ser abrangente, e ter por meta a promoção de informações para motivar os hábitos saudáveis que poderão prevenir as doenças e aproximar os pacientes dos serviços de saúde, mostrando que os profissionais são

os parceiros ideais para compartilhar as vivências do contexto saúde–doença (CURTIS et al., 2013; CARDOSO, 2010).

A educação das gestantes pode ser feita através da visita domiciliar, ações coletivas e orientação individual. A visita domiciliar vem se mostrando uma eficiente ferramenta para que o profissional conheça a realidade da paciente, seus hábitos e costumes, a fim de melhor planejar as intervenções necessárias e iniciar o processo educativo (ALMEIDA et al., 2008). Assim como reforçar o vínculo, proporcionando confiança e aproximando o profissional a paciente (MARTINS et al., 2013). Já as ações coletivas devem ser feitas preferencialmente pela equipe multiprofissional (médico, cirurgião dentista, enfermeira, nutricionista) por meio de palestras, oficinas, teatros e formação de grupos, abordando assuntos como higiene bucal, hábitos alimentares, uso de chupetas e mamadeiras, importância dos dentes decíduos e da amamentação, instrução sobre as mudanças que ocorrem na boca durante a gestação e desmistificação de crenças e mitos relacionados ao atendimento odontológico nesse período, proporcionando uma boa saúde geral que implica também em uma boa saúde bucal (LEAL, 2006; LESSA, 2013). Por fim, o CD pode ainda orientar individualmente a paciente dentro do próprio consultório odontológico sempre que julgar necessário ou caso a paciente apresente dúvidas (SILVA 2013).

A educação em saúde possibilita à gestante, enquanto acompanhada em seu pré-natal pelo CD, ter hábitos de saúde modificados. Com isso, se mantém a busca da elevação do nível de saúde da população reforçando a manutenção dos hábitos positivos de saúde bucal, já que a mulher tem um papel-chave dentro da família, zelando pela sua saúde e de seus entes, tornando-se multiplicadora de informações e ações que possam levar ao bem-estar do núcleo familiar (REIS et al., 2010)

2.3 Pré-natal odontológico no Serviço Público de Saúde

O cotidiano dentro do Serviço Público de Saúde demonstra um caos, onde disparidades e descasos se tornaram comuns (REIS et al., 2010). No que diz respeito à assistência voltada ao pré-natal odontológico o fato ainda se torna mais agravante, pois entre as gestantes existe o mito de não poder ser realizado nenhum tratamento devido ao estado de gravidez, o que ocorre pelo simples fato destas futuras mães não possuírem conhecimento adequado para que se libertem do medo (NETO, 2012; BASTIANI et al., 2010).

É importante compreender que dentro do serviço público o trabalho multiprofissional durante o pré-natal se torna uma peça fundamental, pois, enquanto presta assistência à gestante, se estabelece um vínculo mais consolidado entre a Unidade de Saúde da Família (USF) e a paciente (DOWNE et al., 2009; WILDER et al., 2008). Com a construção desta atmosfera, onde as questões em saúde se tornam mais próximas das pacientes, o CD terá a oportunidade de realizar práticas de promoção em saúde, mostrando a importância da prevenção e proteção da cavidade bucal (CODATO et al., 2011).

No Brasil o que tem ocorrido como um desafio no Sistema Único de Saúde (SUS) é a conduta multidisciplinar no acompanhamento pré-natal, para que o mesmo possa garantir legitimidade ao princípio da integralidade (ALEIXO et al., 2010). Pois, muito se tem falado sobre este princípio, mas quando se direciona ao cumprimento deste pilar muito fica a desejar (MARTINS et al., 2013).

Outro ponto preocupante na assistência odontológica durante a gestação é que ainda apresenta um modelo predominantemente curativo, por acometimento de dor decorrente de afecções já instaladas, o que interfere na qualidade de vida (CODATO et al., 2011; REIS et al., 2010). Isto ocorre pelo fato de se ter uma articulação falha entre os níveis de atenção à saúde (BASTIANI et al., 2010).

Diante de tudo o que foi exposto, observa-se na prática que nas políticas de saúde bucal vigentes atualmente, ainda não existe um atendimento odontológico pré-natal integral como propõe a promoção de saúde (REIS et al., 2010). É preciso uma educação permanente dos profissionais, a fim de preencher lacunas de conhecimentos e atitudes que possam entender e atender as necessidades de saúde da população (LESSA, 2013).

2.4 Zika vírus, microcefalia e a conduta odontológica no acompanhamento pré-natal

O *Zika vírus* é um arbovirus característico da flora de artrópodes, transmitido aos cordados superiores através do processo de hematofagia, o qual é realizado pelas fêmeas do mosquito *Aedes aegypti*, que também disseminam o vírus da dengue e do chikungunya (MARTINES et al., 2016). Diante dos dados epidemiológicos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, as primeiras notificações

no Brasil se iniciaram no mês de abril de 2015 (HUNTINGTON MEDICINA REPRODUTIVA, 2016).

O grande problema encontrado pelos profissionais em saúde no instante do diagnóstico, é a falta de um fator específico que determine o tipo de doença, pois a dengue e a chikungunya possuem semelhança nos sinais e sintomas (MARTINES et al., 2016).

Dentre os sintomas clínicos mais frequentes estão febre baixa (entre 37,8 e 38,5°C), dor nas articulações (artralgia), dor muscular (mialgia), dor de cabeça e atrás dos olhos, erupções cutâneas (exantemas) acompanhadas de coceira, um quadro de vermelhidão e inchaço nos olhos (sem secreção); e dor abdominal, diarreia, constipação, fotofobia, pequenas úlceras na mucosa oral, em menor frequência (BEHAR, 2016; OLIVEIRA, 2015). Uma das particularidades expressas na infecção pelo *Zika* é que, o vírus também pode ser transmitido pelo sangue, pela relação sexual, podendo afetar os neonatos através da amamentação caso essa mãe tenha sido infectada pelo vírus de forma pré ou pós-natal (HUNTINGTON MEDICINA REPRODUTIVA, 2016; LABORATÓRIO MULTILAB, 2015). A microcefalia que se caracteriza como uma manifestação anômala do diâmetro da cabeça (Figura 1) o que impede o bom desenvolvimento do cérebro, comprometendo a base neurológica da criança pela transmissão congênita, pode ser um relacionada com a infecção pelo *zika vírus* durante a gravidez (MARTINES et al., 2016; OLIVEIRA, 2015).

Figura 1. Representação comparativa do diâmetro craniano de uma criança normal e infectada por *Zika vírus* portando microcefalia.



Fonte: <http://laboratoriomultilab.com.br/microcefalia-especialista-tira-duvidas-sobre-relacao-da-doenca-com-o-zika-virus/>.

Pelo fato de ter uma incidência recente e inusitada, os centros de pesquisa dentro e fora do Brasil precisam realizar o mais rápido possível ensaios que tragam solução ao entendimento da forma de transmissão desse vírus, assim como, quais são as vias mais características para a sua disseminação, ao passo que venha comprometer a funcionalidade do complexo orgânico dos humanos adultos e trazer agravos anatofuncionais para os fetos de pacientes gestantes que foram infectadas (HUNTINGTON MEDICINA REPRODUTIVA, 2016; BEHAR, 2016).

Por essa caracterização patológica ser tão recente, é necessário que sejam criados protocolos de assistência e acompanhamento às gestantes e crianças que nasçam infectadas por via congênita e apresentem quaisquer das anomalias decorrentes do contato com o *Zika vírus* (SALEH, 2015; OLIVEIRA, 2015). Contudo, deve também ser entendido que, diante da forma, agravo e caracterização desse atendimento, esses protocolos dependendo da região, podem sofrer modificações, ficando sobre a responsabilidade dos que compõem as equipes de assistência realizar essa comunicação, para que em sequência possa decorrer as modificações da metodologia e aplicação das futuras assistências, o que predispõe a construção de uma literatura clínica mais sólida, evitando-se assim os erros desnecessários (BEHAR, 2016; SALEH, 2015).

Dentro do território brasileiro, a região mais afetada é a Nordeste (Figura 2), onde a disseminação da infecção por *Zika* tem ocasionado um grande número de crianças com microcefalia (OLIVEIRA, 2015).

Figura 2. Distribuição espacial dos municípios com caso de microcefalia notificados até a semana epidemiológica 01. Brasil, 2016



Fonte: BRASIL, 2016

Por se tratar de uma epidemia recente, os pesquisadores ainda não sabem informar precisamente em que fase dentro do período gestacional o *Zika vírus* se torna mais nocivo ao desenvolvimento do feto. Contudo, diante de levantamentos advindos das últimas disseminações pelo território brasileiro, tendo como base o cruzamento de avaliações e dados tanto de grupos nacionais quanto internacionais, indica-se que os três primeiros meses são mais cruciais devido à maturação da organogênese (BEHAR, 2016; SALEH, 2015; OLIVEIRA, 2015).

Os exames realizados em gestantes que tiveram seus bebês diagnosticados com microcefalia proveniente da infecção por *Zika vírus*, não constataram o vírus presente no sangue, contudo, foi registrado que devido a ultrapassagem da barreira placentária o patógeno se encontrava no líquido amniótico devido a anastomose vascular materno fetal (HUNTINGTON MEDICINA REPRODUTIVA, 2016; OLIVEIRA, 2015; LABORATÓRIO MULTILAB, 2015).

Diante desses quadros que trazem preocupação para a saúde pública, todos os profissionais em saúde precisam ser conhecedores de todos os eventos, para que assim, tanto na fase pré ou pós-natal possam condicionar as informações adequadas para a mãe e o bebê, assim como acompanhar o desenvolvimento da criança, caso ocorra o desenvolvimento da microcefalia. Continuamente as equipes de saúde precisam proporcionar um atendimento multiprofissional agregando cuidados dentro da anatomia e da fisiologia na preocupação de fornecer uma melhor qualidade de vida à criança (SALEH, 2015).

No que diz respeito ao posicionamento da Odontologia no atendimento clínico aos que estejam infectados por *Zika*, este deve ser evitado no estágio agudo da doença, por desenvolverem quadros agudos de dor e ainda por ser infectocontagioso, principalmente em procedimentos traumáticos (BEHAR, 2016; MARTINES et al., 2016).

No condicionamento desta problemática a ser vivenciada por bebês nascidos com microcefalia, o CD junto a uma equipe multidisciplinar, precisam preparar a família, e juntos auxiliarem no acompanhamento do desenvolvimento da criança (SALEH, 2015). O CD deve atentar para algumas alterações de desenvolvimento que possam vir a prejudicar a funcionalidade e estética do complexo estomatognático, como: elevação do arco palatino, micrognatia severa, má sobreposição língua, oclusopatias (MARTINES et al., 2016; GOMES et al., 2006).

Com o caráter gradual deste quadro, as crianças com microcefalia, por não possuírem uma maturação apropriada do tamanho do cérebro, poderão apresentar retardo mental o que pode causar uma conduta inadequada/ausente da manutenção de higienização bucal (BRASIL, 2016, GONÇALVES, 2012). Neste aporte, com um acompanhamento da mãe em seu período gestacional como parte da equipe multiprofissional em saúde, torna-se mais fácil construir na postura da família uma significativa colaboração na prática da saúde bucal desta criança, iniciada em casa, com suporte no consultório com visitas periódicas (GOMES et. al., 2006). A equipe multidisciplinar também deve auxiliar no processo da amamentação, que propicia o fortalecimento da musculatura da cabeça e do pescoço, promovendo correção e adequação para o mais próximo possível da normalidade da cavidade bucal e do sistema estomatognático (BRASIL, 2016, GOMES, 2006).

REFERÊNCIAS

- ALEIXO, R.Q.; MOURA, C.O.; ALMEIDA, F.A.; SILVA, H.M.L.; MOREIRA, K.F.A. Alterações bucais em gestantes – revisão da literatura, **Saber Científico Odontológico**, Porto Velho, V.1, n.1, p. 68 – 80, jul/dez, 2010.
- AMADEI, S.U.; CARMO, S.U.; PEREIRA, A.C.; SILVEIRA, V.A.S.; ROCHA, R.F. Prescrição medicamentosa no tratamento odontológico de grávidas e lactantes. RGO – **Rev. Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v.59, s.0, p.31-37, jan/jun, 2011.
- ANDRADE, E.D. **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia: Procedimentos clínicos e uso de medicamentos nas principais situações da prática odontológica**. 2^aed. São Paulo: Artes Médicas; 2006.p.129–130.
- AZEVEDO, C. A importância do pré-natal odontológico. **Odonto Magazine**. 2014. Disponível em: <http://www.odontomagazine.com.br/2014-03-a-importancia-do-pre-natal-odontologico--12822>. Acessado em: 20/02/16.
- BARAK, S.; Oettinger-Barak, O.; Oettinger, M.; Machtei, E.E.; Peled, M.; Ohel, G. Common oral manifestations during pregnancy: a review. **Obstet Gynecol Surv**. v.116, n.4, p.518-529, 2009.
- BASTIANI, C.; COTA, A.L.S; PROVENZANO, M.G.A; FRACASSO, M.L.C.; HONÓRIO, H.M.; RIOS, D. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. **Odontol. Clin. Cient**, Recife, v.9, n.20, p.155-160, abr/jun., 2010.
- BASTOS, R. D. S.; SILVA, B.S.; CARDOSO, J.A.; FARIAS, J.G; FALCÃO, G.G.V.C.S. Desmistificando o atendimento odontológico à gestante: revisão de literatura. **Revista Bahiana de Odontologia**, Bahia, v.5, n.2, p.104-106, ago./2014.
- BEHAR, B. *Zika* na gravidez. Disponível em: <http://brasil.babycenter.com/a25013237/zika-na-gravidez>. Acessado em:13/02/16.
- BRASIL. Comissão Nacional de Energia Nuclear. **DIRETRIZES BÁSICAS DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA**. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika / Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. - Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/20799-microcefalia> .Acesso em:18/04/16.

CAMARGO, M. C. F. O Pré-Natal Odontológico. **Portal Educação**. 2008. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/2775/o-pre-natal-odontologico>. Acessado em: 20/02/16.

CARDOSO, L. M. **Atendimento Odontológico da gestante na estratégia do programa de Saúde da Família**. TCC apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família-UFMG. Corinto/ MG, 23/06/ 2010.

CARVALHO, E. M. C. Abordagem odontológica durante a gestação. **Odont. Mod.**, v.15, n.7, p.23-8, 2007.

CODATO, L.A.; NAKAMA, L.; CORDONI JÚNIOR, L.; HIGASI, M.S. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Cien Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.2367-2301, apr./2011.

CODATO, L. A.B.; NAKAMA, L.; MELCHIOR, R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro v.13, n.3, p.1075-1080, 2008.

CONDE-AGUDELO, A.; VILLAR.; LINDHEIMER, M. Maternal infection and risk of pre-eclampsia: systematic review and meta-analysis. **Am J Obstet Gynecol**, v.198,n.1, p.7-22, 2008.

CORTEZZ, E. B. A; CORTEZZI, W. Protocolo Clínico para o Tratamento odontológico dez Pacientes grávidas (2ª parte). **CRO-RJ**, agosto/ 2012.

COSTA, I.C.C.; MARCELINO, G.; GUIMARÃES, M.B.;SALIBA,N.A. A gestante como agente multiplicador de saúde. **Rev. Pós Grad**, v.5, n.2, p. 87-92, 2008.

CURTIS, M.; SILK, H.J.; SAVAGEAU, J.A. Prenatal Oral Health Education in U.S. Dental Schools and Obstetrics and Gynecology Residencies. **Journal of Dental Education**, v.77, n.11, p.1461-1468, 2013.

DOWNE, S.; FINLAYSON, K.; WALSH, D.; LAVENDER, T. Weighing up and balancing out': a meta-synthesis of barriers to antenatal care for marginalised women in high-income countries. **BMJ**, v.116, n.4. p.5518-529, 2010.

FALSARELLA, K. Gestante – Benefícios do Pré Natal Odontológico. **Roteiro Kids**. Disponível em: <http://www.roteirokids.com.br/karina-falsarella-odontopediatra/gestante-pre-natal-odontologico/>. Acessado em: 20/02/16

GARBIN, C.A.S.; SUMIDA, D.H.; SANTOS, R.R.; CHEHOUD, K.A.; MOIMAZ, S.A.S. Saúde Coletiva: promoção de saúde bucal na gravidez. **Rev Odontol UNESP**, Araraquara, p.40, n.4, p.161-165, jul./ago 2011.

GONÇALVES, J.B. **Atendimento odontológico à pacientes com necessidades especiais: uma revisão de literatura**. 2012.23p. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON)-UFMG. Conselheiro Lafaiete/MG, 30/06/2012.

GOMES, G. E.; BARBOSA, R.R.; SILVA, F.W.G.P.; TORRES, C.P.; QUEIROZ, A.M. Tratamento odontológico em paciente com trissomia do cromossomo 9: relato de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia- UPF**, v.11, n.2, p.69-72, 2006.

GRANDI, C.; TRUNGAD, M.; MERITANO, J. Doença periodontal materna e parto pré-termo: um estudo de caso-controle. **Rev Pan-Amaz Saúde**. V.1, n.2, p.41-48, 2010.

GRANVILLE-GARCIA, A. F.; LEITE, A.F.; SMITH, L.E.A.; CAMPOS, R.V.S.; MENEZES, V.A. Conhecimento de gestantes sobre saúde bucal no município de Caruaru – PE. **RO UNESP**, v.36, n.3, p. 243-249, 2007.

HUNTINGTON MEDICINA REPRODUTIVA. *Zika vírus e a Gravidez*. Disponível em: <http://www.huntington.com.br/area-do-paciente/imprensa/zika-virus-e-gravidez/>. Acesso em 14/02/16.

JUNIOR, R.P.; NOMURA, M.L.; POLITANO, G.T. Doença periodontal e complicações obstétricas : há relação de risco? **Revista Bras. Ginecol. Obstet** , v. 29, n. 7, p.372-377 jul./ 2007.

KANOTRA, S.; SHOLAPURKAR, A.A.; PAI, K.M. Dental considerations in pregnancy: review . **Rev. Clin. Pesq. Odontol**, v.6, n.2, p.161-165, 2010.

KAUR., M.; GEISINGER, M.L.; GEURS, N.C.; GRIFFIN, R.; VASSILOPOULOS, P.J.; VERMEULEN, L.; HAIGH, S.; REDDY, M.S. Effect of Intensive Oral Hygiene Regimen During Pregnancy on Periodontal Health, Cytokine Levels, and Pregnancy Outcomes: A Pilot Study. **J Periodontol**, v.85, n.12, p.1684–1692, dec/2014.

KURIEN, S.; KATTIMANI, V.S.; SRIRAM, R.R.; SRIRIAM, S.K.; PRABHNAKARA, R.V.K.; BHUPATH, A.; BODDURU, R.R.; PATIL, N.N. Management of Pregnant Patient in Dentistry. **Journal of International Oral Health**, v.5, n.1, p.88-97, jan-feb/2013.

LABORATÓRIO MULTILAB. Microcefalia: especialista tira dúvidas sobre relação da doença com o *Zika vírus*. 2015. Disponível em: <http://laboratoriomultilab.com.br/microcefalia-especialista-tira-duvidas-sobre-relacao-da-doenca-com-o-zika-virus/>. Acessado em: 13/02/2016.

LANGLOIS, C.O; MAHL, C.R.W.; FONTANELLA, V. Diretrizes para a indicação de exames radiográficos em odontologia, **Associação Brasileira de Radiologia Odontológica**, v.8 n.2, p.32-8, 2007.

LASKARIS, G. **Doenças da boca: texto e atlas**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. p.122-123; 232-233.

LESSA, I. B. **Promoção à Saúde Bucal Da Gestante**. Dissertação da Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, UFMG. Belo horizonte/ Minas Gerais, 26/10/2013.

MALAMEDE, S. F. **Manual de Anestesia Local**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Elsevier, 2013. 432p.

MARTINES, R. B.; BHATNAGAR, J.; KEATING, M.K.; SILVA-FLANNERY, L.; MUELENBACHS, A.; GARY, J.; GOLDSMITH, C.; HALE, G.; RITTER, J.; ROLLIN, D.; SHIEH, W.; LUZ, K.G.; RAMOS, A.M.O.; DAVI, H.P.F.; OLIVERIA, W.K.; LANCIOTTI, R.; LAMBERT, A.; ZAKI, S. Evidence of Zika Virus Infection in Brain and Placental Tissues from Two Congenitally Infected Newborns and Two Fetal Losses — Brazil, 2015. **US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention**, v.65, n.6,p.159-160, february/2016.

MARTINS, L. O.; PINHEIRO, R.P.S.; ARANTES, D.C.; NASCIMENTO, L.S.; SANTOS JÚNIOR, P.B.S. Assistência odontológica à gestante: percepção do cirurgião-dentista. **Rev. Pan-Amaz. Saúde**, v.4, n.4,p.11-18, 2013.

MENEZES, E.V.; Yakoob, M.Y.; Soomro, T.; Haws, R.A.; Darmstadt, G.L., Bhutta, Z.A. Reducing stillbirths: prevention and management of medical disorders and infections during pregnancy. **BMC Pregnancy ChildBirth**, v.7, n.9, p.1- 4, 2009.

MESQUITA FILHO, M; CRUZ, D.T.; ATZINGEN, A.C.V. Conhecimento e procedimentos em radioproteção em consultórios odontológicos: uma visão bioética. **RBPS**, v.14, n.2, p.44-51, 2012.

MIANA, T.A.; OLIVEIRA, A.S.; RIBEIRO, R.A.; ALVES, R.T. A Condição Bucal de gestantes : implicações na idade gestacional e peso do recém-nascido. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 36, n. 3, p. 189-197, jul/set, 2010.

MOIMAZ, S.A.S.; SALIBA, N.A.; GARBIN, C.A.S.; ZINA, L.G.; MOSCARDINI, T.M. Avaliação da percepção de acadêmicos de odontologia sobre a participação no Programa de Atenção Odontológica à Gestante da FOAUNESP. **Rev. Ciênc. Ext.**, v.2, n.2, p.1-15, 2006.

MOIMAZ, S.A.S.; GARBIN, C.A.S ; ROCHA, N.B ; SANTOS, S.M.G. ; SALIBA, N.A.. Resultados de dez anos do Programa de Atenção Odontológica à Gestante. **Rev. Ciênc. Ext**, v.7, n.1, p.42-56, 2011.

NASCIMENTO, E.P.; ANDRADE, F.S.; COSTA, A.M.D.D.; TERRA, F.S. Gestantes frente ao tratamento odontológico. **RBO**, Rio de Janeiro, v.69, n.1, p.125-30, jan/jun, 2012.

NAVARRO, P.S.L.; DEZAN, C.C.; MELO, F.J.; ALVES-SOUZA, R.A.; STURION, L.; FERNANDES, K.B.P. Prescrição de medicamentos e anestesia local para gestantes: conduta de cirurgiões-dentistas de Londrina, PR, Brasil. **RFO**, Porto Alegre, v.49, n.2, p.22-27, maio/ago, 2008.

NETO, T. S. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v17, n11, p.3057-3068,2012.

NEVES, C.; MEDINA, J.L.; DELGADO, J.L. Alterações Endócrinas e Imuno-modulação na Gravidez. **Arquivos de Medicina**, v.21, n.5-6, p.175-182, 2007.

NEVILLE, B.W.; ALLEN, C.M.; DAMM, D.D. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3ª ed. Rio de Janeiro: ed. Elsevier, 2009. 992p.

OLIVEIRA, A.M.S.D; OLIVEIRA, P.A.D; COSTA,F.O; MANZI, F.R; COSSO,M.G. Associação Entre Doença Periodontal Materna e Parto Pré-termo e Baixo peso ao nascimento. **Revista da Faculdade de Odontologia da UFRGS**, v.47, n.2, p.14-18, 2006.

OLIVEIRA, K. M. Pediatria Descomplicada: Alerta: microcefalia, gravidez e zika vírus, entenda qual a relação entre ele. Disponível em: <http://pediatriadescomplicada.com/2015/11/25/alerta-microcefalia-gravidez-e-zika-virus-entenda-qual-a-relacao-entre-eles/.html>. Acessado em: 16/02/2016.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado a saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/UERJ-Abrasco, 2009. 180p.

POLETO, V.C.; STONA, P.; WEBER,J.B.B.; FRITSCHER, A.M.G. Atendimento odontológico em gestantes: uma revisão da literatura. **Stomatos**, Universidade Luterana do Brasil, Brasil. v.14 , n.26, p.64-75, jan/jun, 2008.

REIS, D. M.; PITTA, D.R; FERREIRA, H,M.B.; JESUS, M.C.P.; MORAES, M.E.L.; SOARES, M.G. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.269-276, 2010.

RIBEIRO, C.M. Relação entre doença periodontal em gestantes com parto prematuro e o nascimento de bebês de baixo peso. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, v.4, n.2, p.142-159, jul/dez 2013.

SALEH, N. Gravidez, vírus zika e microcefalia: tire suas dúvidas. Rev. CRESCER. Blog, 2015. Disponível em: <http://revistacrescer.globo.com/Voce-precisa-saber/noticia/2015/11/microcefalia-e-virus-zika-tire-suas-duvidas.html>. Acessado em: 16/02/2016.

SANTOS, R. C. Doença bucal pode trazer riscos durante a gravidez. **Jornal da Unicamp**. ed.313, p.10, mar/ 2006.

SILVA, F.W.G.P.; STUANI, A.S.; QUEIROZ, A.M. Atendimento Odontológico à gestantes – Parte 1: Alterações Sistêmicas. **Revista da Faculdade de Odontologia da UFRGS**, v.47, n.2, p.19-23, 2006.

TRENTIN, M.S.; SCORTEGAGNA, S.A.; DAL'BELLO, M.S.; BITTENCOUR, M.E.; LINDEN, M.S.S.; VIERO, R.; SHÖTTER, P.; FERNANDES, L.F.T. Doença periodontal em gestantes e fatores de risco para o parto prematuro. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 12, n. 1, p. 47-51, janeiro/abril, 2007.

VASCONCELOS, C.B.; BRITO, L.M.O.; MASCARENHAS, T.S.; OLIVEIRA, A.E.F.; LOPES, F.F.; MOREIRA, L.V.G.;CHEIN, M.B.C. Associação entre doença periodontal materna e baixo peso ao nascer. **Rev. Pesq. Saúde**, v.14, n. 2, p. 113-117, maio/agosto 2013.

VASCONCELOS, R.G.; VASCONCELOS, M.G.; MAFRA, R.P.; ALVES JÚNIOR, L.C.; QUEIROZ, L.M.G.; BARBOZA, C.A.G. Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 120-4, jan/jun. 2012.

VETTORE, M.V.; DIAS, M.; DOMINGUES, R.M.S.M.; VETTORE, M.V.; LEAL, M.C. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.5, p.1021-1034, 2011.

VICTORA, C.G.; AQUILINI, E.M.L.; LEAL, M.C.; MONTEIRO, C.A.; BARROS, F.C.; SZWARCOWALD, C. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**. v.377, n.9780, p.1863-1876, 2011.

VIEIRA, G.F.; ZOCRATTO, K.B.F. Percepção das gestantes quanto a sua saúde bucal. **RFO**, v.12, n. 2, p. 27-31, maio/ago., 2007.

WILDER, R. S.; TOMAS, K.M.; JARED, H.. Periodontal-Systemic Disease Education in United States Dental Hygiene Programs. **J Dent Educ.**, v.72, n.6, p.669-679, 2008.

ZANATTA, F. B.; MACHADO, E; ZANATTA, G.B; TIAGO, F. Doença periodontal materna e nascimento prematuro e de baixo peso: uma revisão crítica das evidências atuais. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 36, n. 1, p.96-102. 2007.

3 ARTIGO

PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO: UMA VISÃO INTEGRAL

Laís de Vasconcelos Silva¹; Elizandra Silva da Penha²; Luanna Abílio D. M. de Medeiros³; Elaine Silva da Penha⁴.

1. Discente-Odontologia. Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas. Centro de Saúde e Tecnologia Rural. Universidade Federal de Campina Grande (UACB-CSTR-UFCG).
2. Professora Mestre do Curso de Odontologia. UACB-CSTR-UFCG.
3. Professora Doutora do Curso de Odontologia. UACB-CSTR-UFCG.
4. Discente do Programa de Pós-Graduação em Sistemas Agroindustriais. UFCG.

*Correspondência

Endereço: Av. Dr. Antônio Batista Santiago, 138. Itabaiana-PB.

Endereço eletrônico: lais_vasconcelos_jp@hotmail.com

RESUMO

O atendimento prestado no pré-natal odontológico caracteriza-se com inúmeras vulnerabilidades, ainda que seja muito importante a sua manutenção dentro da Odontologia. Por esse período apresentar múltiplas alterações, o cirurgião dentista precisa estar atento para prestar um bom atendimento à gestante. Dentre as observações mais peculiares, o profissional deve compreender que as mudanças hormonais desorganizam os sistemas e condicionam modificações na qualidade de vida da gestante, fazendo com que haja aumento nos batimentos cardíacos em 50%, favorecendo o aparecimento de pressão arterial alta em 90% das pacientes, e oportunizando outras patologias, inclusive com repercussão bucal, podendo afetar a saúde do feto no que diz respeito a aborto ou nascimento prematuro. Por isso, o cirurgião dentista deve se unir aos demais profissionais em saúde e por meio do levantamento do quadro de saúde geral da gestante direcionar a sua conduta diante do plano de tratamento que precisa ser seguido neste momento gestacional. Nestas condições, esta produção buscou conhecer e entender as modificações que ocorrem na saúde geral e na cavidade bucal da gestante, assim como estudar este atendimento pré-natal no sistema público de saúde e as alterações pode ocorrer na gestante e no feto quando infectados pelo *zika vírus*. Esses conhecimentos são de

suma importância para que o profissional tenha segurança em intervir da maneira correta e proporcionar qualidade de vida para a paciente.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal. Cárie dentária. Doenças periodontais.

PRENATAL DENTAL : AN INTEGRAL VISION

ABSTRACT

Dental care provided in prenatal is characterized with many vulnerabilities, even with the comprehension that is very important its maintenance in Odontology. This period have multiple changes and because of this, the dentist must be careful to provide good care to pregnant women. Among the most peculiar observations, the professionals should understand that hormonal changes disorganize the system and determine changes in the pregnant woman's quality of life, including a possible increase in heart rate at 50%, favoring the onset of high blood pressure in 90% of patients, and also providing opportunities for other diseases, it can also include oral repercussions, affecting the health of the fetus with respect to abortion or premature birth. Therefore, the dentist should join the other professionals of health and by surveying the general health status of pregnant women direct their conduct on the treatment plan that must be followed in this gestational time. Accordingly, this production aimed to know and understand the changes that occur in the general health and oral cavity of pregnant women , as well as study this prenatal care in the public health system and changes can occur in pregnant women and the fetus when infected zika virus. This knowledge is very important for the professional security has to intervene in the right way and provide quality of life for the patient.

Key words: Prenatal care. Dental cavity. Periodontal disease.

INTRODUÇÃO

A gestação provoca mudanças psicológicas e fisiológicas que provocam alterações importantes no organismo da mulher ⁽¹⁾. Nessas modificações, as associações hormonais, cardíacas, gastrointestinais, respiratórias que provocam anemia, variação na pressão e o diabetes gestacional interferem na qualidade de vida destas pacientes ⁽²⁾.

As alterações na cavidade bucal se caracterizam pela ação hipersecretora das glândulas salivares, tendências ao vômito, maior vascularização do periodonto e alterações na dieta (aumento na frequência e ingestão de açúcar) ⁽³⁻⁴⁾. Neste contexto, o tratamento multiprofissional deve ser compreendido como parte dos cuidados pré-natais necessários, já que esta paciente se enquadra num grupo de risco ⁽⁵⁻⁶⁻⁷⁾. No entanto, esta organização assistencial que integra médicos, dentistas e outros profissionais da saúde não condiz com a realidade dos serviços de saúde ⁽⁸⁻⁹⁾.

O período gestacional conduz a mulher a despertar para uma postura diferenciada, a qual quando fortalecida através das informações recebidas no contato com seu pré-natal, onde a busca pela melhor qualidade de vida para si e seu bebê direcionam a melhor conduta para manutenção da saúde bucal e a aquisição de hábitos saudáveis por meio das medidas educativas e do vínculo formado com seu cirurgião-dentista ^(8, 5, 6, 7,).

Essas exposições potencializam o conhecimento sobre as modificações gestacionais direcionadas à cavidade bucal da mulher, para que assim, os mitos sobre esse período possam ser desfeitos e a assistência odontológica nesse pré-natal possa ser realizada com eficiência ⁽¹⁻²⁾.

Diante do exposto, percebe-se a necessidade de conhecer e entender as modificações que ocorrem na saúde geral e na cavidade bucal da gestante, para que seja possível intervir corretamente no pré-natal odontológico tanto com procedimentos educativos quanto curativos, e de um modo geral sobre os mitos que giram em torno do atendimento odontológico a gestante; assim como estudar o atendimento pré-natal no Sistema Público de Saúde (SUS) e a influência do *zika vírus* na saúde da gestante e no desenvolvimento do feto. Este estudo visa dessa forma, contribuir para profissionais e gestantes sobre os cuidados e importância da manutenção da saúde bucal neste período.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

GESTAÇÃO E ALTERAÇÕES ASSOCIADAS

Sistêmicas

Durante o período gestacional, as transformações de ordem sistêmica que ocorrem na mulher são capazes de modificar todo o contexto desta nova fase ⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Neste período, os profissionais em saúde precisam promover um atendimento associado atentando à melhor forma de assistir esta gestante durante o seu pré-natal,

para que sejam evitados agravos que resultem numa problemática que venha modificar a sua qualidade de vida e do filho que irá nascer⁽¹⁻¹⁴⁻¹⁵⁾.

Analisando o corpo da gestante compreende-se que a relação entre a gestação e a elevação no peso ocorre pelo desenvolvimento do bebê, e pela dilatação e hipervascularização do útero, o que acarreta um aumento médio de 12 a 15 quilogramas (kg)⁽²⁾.

As alterações cardiovasculares se iniciam a partir do terceiro mês, devido a vasodilatação provocada por mediadores como a prostaciclina e o óxido nítrico⁽²⁻¹⁴⁻¹⁵⁾. Nisso, ocorre em 90% das gestantes um aumento do débito cardíaco em 50%, variando significativamente a pressão arterial (PA) dessas pacientes entre o sétimo e o nono mês, levando a paciente a desenvolver um dos três tipos de alterações sintomáticas da PA: a hipertensão crônica, a hipertensão gestacional e a pré-eclâmpsia⁽¹²⁻¹³⁾. Neste contexto, torna-se essencial um atendimento multiprofissional a fim de evitar morbidade e mortalidade (BASTIANI et al., 2010).

Referindo-se ao sistema respiratório, o aumento da frequência respiratória indica um maior consumo de oxigênio numa taxa de 20%, devido à demanda dupla necessária, promovendo o declínio do nível do volume respiratório residual que provoca na gestante uma condição ofegante pela própria projeção do útero que vem a elevar o diafragma⁽¹⁶⁾. No último mês gestacional pode ser observado desordens respiratórias do sono provocadas pela hiperemia, pela hipersecreção e edema nas vias aéreas superiores⁽²⁾.

No metabolismo, devido ao aumento na demanda de energia para o crescimento do feto e da placenta, a não produção de alguns nutrientes como o ferro e ácido fólico abre espaço para um déficit orgânico⁽¹²⁻¹³⁾. Como o íon ferro é importante para a eritropoese e o ácido fólico para a síntese de aminoácidos e ácidos nucléicos; os suplementos dessas substâncias devem ser administrados durante a gestação, evitando assim outras alterações que possam comprometer os rins e o fígado indicando princípios para uma diabetes gestacional⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Pelas muitas variações metabólicas, é comum que o sistema digestório sofra uma diminuição em sua motilidade durante a gestação, provocando uma menor secreção que compromete a absorção gastrointestinal devido ao aumento nos níveis dos hormônios sexuais que dilatam o útero⁽²⁾.

As alterações endócrinas durante a gestação incluem um aumento na síntese de estrógeno, progesterona, prolactina, cortisol, hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), aldosterona, oxitocina e supressão do hormônio folículo estimulante (FSH) e hormônio

luteinizante (LH), isto ocorre com a função de preparar da gestante para o parto e amamentação ⁽¹⁾. Os estrógenos são hormônios produzidos pelos folículos do ovário e por células trofoblásticas sinciciais, atuando sobre a vascularização, hipertrofia e hiperplasia das fibras musculares do miométrio, causando o crescimento e a excitabilidade uterina ^(14,12). E a progesterona é segregada pelo corpo lúteo e pela placenta, promovendo uma ação de diminuição da excitabilidade da fibra muscular uterina, além de aumentar a vascularização do corpo e do colo uterino ⁽¹⁶⁾. A ação desses hormônios associados permite um maior estiramento, de modo que o colo uterino se torna capaz de distender facilmente durante a gravidez, e ainda pode ocasionar uma intensa exacerbação da resposta inflamatória ⁽⁶⁾.

Neste quadro de síntese hormonal, a multiplicidade observada indica que outras vias endócrinas também começam a secretar seus metabólitos, como ocorre na via hipofisária (tireotropina e prolactina), adrenocortical (glicocorticoides), tireoideana (tiroxina) e paratireoideana. Este fato condiciona um acelerado aumento dos níveis séricos de vitamina D, principalmente se a mãe apresentar deficiência de cálcio (Ca), podendo afetar a reabsorção de cálcio dos ossos longos, promovendo a concentração normal de íons cálcio no sangue para a ossificação fetal ⁽¹⁶⁻²⁻¹⁴⁾.

Considerando-se esses fatores sistêmicos associados que garantem à paciente uma adaptação a esta nova fase de vida, em consonância com os princípios dietéticos e a má higienização bucal, poderá desenvolver a proliferação de cárie e doenças periodontais ^(6,2).

Cavidade bucal

A gestação é responsável por inúmeras modificações que podem desencadear desequilíbrio no meio bucal, favorecendo o aparecimento da doença periodontal (DP) e da cárie dentária ⁽³⁾. Contudo, esse quadro patológico acontece não apenas devido ao período gestacional, mas sim das associações entre as alterações bioquímicas na saliva, da ingestão exacerbada de carboidratos e/ou da negligência dos hábitos de higiene bucal ^(10, 11, 20, 21, 6, 22).

A DP é um nome genérico que engloba uma série de variações patológicas que ocorrem no periodonto, e podem se agrupar em dois grandes grupos: gengivite e periodontite ⁽⁶⁻⁷⁾. Na gengivite, apenas tecidos moles são afetados, e na periodontite, além destes, os tecidos duros (osso e cimento) e o ligamento periodontal também são afetados ⁽¹⁰⁻¹¹⁻²⁰⁾.

A prevalência da doença periodontal durante a gestação decorre pelo aumento na concentração do estrogênio e da progesterona, que podem exercer influência nos tecidos periodontais; variando a resposta tecidual ao biofilme dental, mudando a composição da microbiota do biofilme e estimulando a síntese de citocinas inflamatórias, principalmente as prostaglandinas ⁽³⁾.

Um grande número de gestantes com quadro de algum tipo de afecção periodontal são encontradas em estudos epidemiológicos, no qual apontam um percentual entre 80% e 100% das pacientes analisadas apresentam algum tipo de alteração periodontal, seja ela de forma simples ou severa ⁽⁷⁻¹⁸⁾.

A doença periodontal poderá ainda se apresentar como fator de risco em nascimento pré-maturo e baixo peso do bebê ⁽²³⁻²⁴⁾. Santos⁽²⁵⁾ afirmou esses efeitos em uma análise feita com 334 gestantes, onde 47% apresentavam periodontite de moderada a grave, e estas apontaram um aumento de 3,47 vezes mais chances de desenvolver um parto prematuro e baixo peso dos recém-nascidos. No entanto, Trentin⁽²⁶⁾ analisaram a mesma relação e não observaram diferenças estatisticamente significativas. A divergência nesse campo de pesquisa ainda é grande, e aponta uma necessidade de mais estudos longitudinais e intervencionais que busque responder a essa associação ^(27, 24, 7).

O período gestacional poderá ainda ser marcado pela formação de lesões tumorais conhecidas como “tumor gravídico” ou “granuloma piogênico”, como resposta de um quadro inflamatório mais intenso ^(2, 1). Estas lesões, normalmente se apresentam como uma massa plana ou lobular, usualmente pediculada; sua superfície varia entre as cores rosa, vermelho ou roxo, podendo ser ulcerada ⁽²⁸⁻²⁹⁾. Caracteristicamente, a massa é indolor, de fácil sangramento, devido a sua extrema vascularização ⁽³⁰⁾. Com relação ao tratamento, recomenda-se que seja postergado, já que o índice de recidiva é maior para os granulomas retirados durante a gestação, e deve-se levar em consideração que algumas dessas lesões podem sumir espontaneamente após o parto ⁽²⁹⁾.

Outro aspecto importante e que deve ser observado nesse estágio de vida da mulher, é o aumento da atividade cariogênica ⁽¹⁻²⁾. De acordo com Reis⁽⁶⁾, a cárie dentária é uma doença de natureza infectocontagiosa, que ocorre devido à interação de diversos fatores primários (dieta, microorganismos, hospedeiro, tempo), secundários (saliva, flúor, higiene bucal) e terciários (sexo, idade, raça e nível socioeconômico).

São observadas algumas modificações bioquímica na saliva, como diminuição do nível de sódio (Na), aumento dos níveis de potássio (K), proteínas e estrógeno, que provocam a redução da secreção salivar e conseqüente queda no potencial hidrogeniônico (pH). Como resultado a saliva perde a sua capacidade tampão, acelerando a proliferação microbiótica, e dessa forma proporcionando um meio ideal para o aumento da cárie dental neste período ⁽¹⁾.

Assim como a DP, a incidência da cárie não está diretamente ligada ao período gestacional, mas sim a alguns fatores associados, como a hipersecreção das glândulas salivares, tendência a náuseas e vômitos, e a negligência com a higiene bucal ⁽³⁾. Eventos frequentes de enjoos e vômitos durante o primeiro trimestre da gestação resulta na exposição intermitente do esmalte dentário ao suco gástrico, o que leva a uma erosão ou descalcificação deste tecido ⁽³¹⁾. Durante o terceiro trimestre ocorre a diminuição da capacidade estomacal, devido a compressão das vísceras e crescimento do feto, fazendo com que a gestante alimente-se em pequenas quantidades e maior frequência. Esta conduta resulta em um acréscimo na ingestão de alimentos açucarados (síndrome da perversão do apetite), que associados ao descuido com a higiene bucal, favorece o risco de cárie ⁽⁴⁻⁶⁾.

Em um estudo epidemiológico, Miana⁽¹⁸⁾ consideraram acerca da presença da cárie dental, e encontraram uma prevalência em 59% das gestantes analisadas, mostrando a necessidade de um programa educativo e curativo durante o pré-natal.

PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO

O pré-natal odontológico consiste na promoção da assistência realizada pelo cirurgião dentista, que ao acompanhar a paciente gestante busca trazer qualidade à sua saúde bucal e do seu bebê ⁽¹⁰⁻¹¹⁻²⁰⁻²¹⁾.

É fato que durante a gestação várias alterações são observadas no organismo da mulher, e isso torna necessário maior atenção a esse período. Primeiramente é indispensável orientar a paciente sobre a maior prevalência dos problemas bucais, desta forma há possibilidade de um melhor tratamento das afecções já instaladas, assim como também prevenir possíveis doenças, evitando maiores danos a saúde da mamãe e do bebê^(17,6).

O tratamento odontológico em gestantes preconiza sanar a dor, pois esta, associada a ansiedade, aumenta a contração da musculatura lisa e favorece o aborto ⁽¹⁴⁾. Além disso, a presença de processo infeccioso sem tratamento na cavidade bucal

pode resultar em disseminação sistêmica da infecção e surtir efeitos prejudiciais tanto para a mãe como para o feto ^(18,7).

A paciente gestante deve ser estimulada a procurar atendimento odontológico, pois alguns medos ainda cercam essas pacientes no que se refere a alguns procedimentos durante o período gestacional. Portanto é primordial um esclarecimento a esse grupo sobre o assunto, para que essa barreira seja desfeita ⁽⁴⁻¹²⁾.

A intervenção odontológica pode ser realizado durante a gestação, porém o período mais seguro para esse atendimento é o segundo trimestre, pois nesse período a organogênese está completa, no entanto procedimentos emergenciais podem ser tratados em qualquer período ^(17,5).

Reis⁽⁶⁾ observaram que as barreiras ao tratamento odontológico na gestação está diretamente associada à crenças, e à maneira de como estão organizados os serviços de saúde, e isso tem significativa influência na relação dentista/gestante.

Para que este atendimento ocorra de forma harmoniosa, o cirurgião dentista precisa passar confiança para sua paciente, visto que alguns mitos ainda perduram sobre o atendimento a estas pacientes ⁽¹⁷⁾.

Alguns cuidados devem ser atribuídos durante o atendimento pré-natal odontológico: programar seções curtas, adaptar a posição da cadeira para evitar risco de hipotensão postural por compressão da veia cava superior, evitar consultas matinais devido a ânsia de vômitos e hipoglicemia, utilizar filmes ultra-rápidos e aventais protetores de chumbo durante a exposição a raio-x ⁽⁴⁻¹²⁾.

Apesar de já existir a inclusão do cirurgião dentista no pré-natal, grande é o número de gestantes sem conhecimento ou informações sobre a saúde bucal durante este período ⁽⁶⁾. Como mostra Bastiani ⁽⁴⁾, realizaram estudo em consultórios médicos particulares e em Unidades Básicas de Saúde na cidade de Maringá-PR, chegaram a conclusão que 67% das gestantes entrevistadas não receberam informações sobre saúde bucal, o que nos revela a necessidade de uma maior participação dos cirurgiões dentistas nos pré-natais.

Para que o atendimento pré-natal odontológico aconteça de forma adequada e segura; um planejamento de uma equipe multiprofissional se faz essencial, para que o CD possa obter uma visão geral da paciente gestante e assim assisti-la da forma mais adequada, evitando complicações que possam atrapalhar procedimentos futuros ⁽¹⁰⁻¹¹⁻²⁰⁾.

Levando em consideração que a gestação apresenta-se como um estágio psicologicamente propício para sensibilização, modificação e aquisição de hábitos que

visem o bem-estar e o bom desenvolvimento do bebê, vários autores consideram este período um momento ideal para o profissional de saúde intervir na educação ^(6,2). Neste sentido, ações educativas e preventivas são fundamentais para que a mãe cuide de sua saúde e possa introduzir hábitos saudáveis desde o início da vida da criança ⁽¹⁷⁾.

Procedimentos intervencionistas

Terapêutica medicamentosa

Durante a gestação pode ser difícil manter os níveis plasmáticos terapêuticos dos medicamentos, devido ao aumento do volume sanguíneo e da excreção renal, e diminuição da concentração das proteínas plasmáticas, metabolização hepática e absorção gastrointestinal. Dessa forma, a redução do número de proteínas pode diminuir a ligação da droga, aumentando a quantidade de medicamento livre, favorecendo uma fácil penetração da droga na placenta, podendo atingir a circulação fetal ⁽¹²⁾.

A prescrição medicamentosa no período gestacional deve ser evitada devido a multiplicidade dos efeitos no feto, podendo levar a teratogenia, ao aborto espontâneo e ao parto prematuro. O ideal seria não prescrever nenhum medicamento até o terceiro mês, devido a organogênese que ocorre neste período ^(10, 11, 9).

Para auxiliar a conduta dos profissionais de saúde, bem como a forma com a qual os riscos associados ao uso de drogas ocorrem na gestação, a Food and Drug Administration (FDA) classificou os medicamentos em cinco categorias de risco⁽⁹⁾.

Quadro1: Risco de drogas na gravidez: Classificação da FDA.

CATEGORIA	DESCRIÇÃO
A	<i>Estudos controlados em humanos, indicam que não há risco aparente para o feto. A possibilidade de risco ao feto é remota.</i>
B	<i>Estudos controlados em animais, indicam que não há risco para o feto. Estudos bem controlados em humanos, não conseguiram demonstrar riscos.</i>
C	<i>Estudos controlados em animais, demonstraram efeitos adversos ao feto, mas não há estudos bem controlados em humanos. Só usar, se o benefício justificar o risco potencial. O uso pode ser aceitável.</i>
D	<i>Há evidências de risco em fetos humanos. Só usar se o benefício justificar o risco potencial. O uso pode ser aceitável a despeito do</i>

	<i>risco.</i>
X	<i>Estudos revelam riscos para o feto. Os benefícios não justificam os riscos. Não usar em hipótese alguma.</i>

Fonte⁽³²⁾

De acordo com a FDA, os fármacos das categorias A e B podem ser seguros, já os da categoria C e D devem ser prescritos em urgência, enquanto que, os da categoria X são proibidos⁽¹²⁾.

A literatura indica o paracetamol como primeira escolha entre os analgésicos, por serem viáveis em qualquer período gestacional, no tratamento de dor leve a moderada, e mediador de febre resultante de procedimentos odontológicos⁽¹⁹⁾. A dipirona sódica apresenta-se como analgésico de segunda escolha, por predispor a redução da quantidade de granulócitos no sangue periférico (neutropenia) e agranulocitose, podendo levar o indivíduo a desenvolver infecções⁽³³⁾.

Uma maior atenção deve ser dada aos antiinflamatórios (corticóides e antiinflamatórios não-esteroidais - AINES), por ocasionar danos irreparáveis no terceiro mês gestacional⁽⁹⁻¹⁷⁾. Diante da necessidade do uso de antiinflamatórios, como em procedimentos endodônticos e cirurgias mais invasivas que não puderem ser adiadas, deve-se prescrever os corticosteróides (betametasona e dexametasona) em dose única de 4mg⁽¹⁹⁾. Contudo, esses medicamentos devem ser utilizados com muita cautela, pelo fato de proporcionar anormalidade na curva glicêmica, insuficiência das supra-renais e síndrome de Cush, quando administrado em doses elevadas⁽³³⁾.

Com relação ao uso de antibióticos, as penicilinas são a primeira escolha, seguido da clindamicina para as pacientes alérgicas a penicilina. As tetraciclina são contraindicadas, pois atravessam a placenta, juntam-se ao cálcio presente nos ossos e dentes, proporcionando um retardamento no crescimento ósseo, uma coloração amarelada no elemento dentário, interferindo na formação do esmalte dentário e favorecendo a cárie dentária⁽⁸⁻⁹⁾.

Os ansiolíticos estão contraindicados por oferecerem riscos de malformações fetais, toxicidade neonatal e sequelas comportamentais⁽¹⁶⁾.

Para que possam ser evitados alguns problemas sérios como efeitos teratogênicos, aborto espontâneo e parto pré-maturo, torna-se necessário que o cirurgião dentista conheça os mecanismos de ação de cada medicamento para que o quadro clínico da gestante possa se manter dentro de um controle, atingindo a perspectiva de ação do medicamento utilizado⁽²⁰⁾.

Anestesia local

A anestesia local pode ser definida como um bloqueador reversível da condução nervosa, sem perda das sensações e sem alteração do nível de consciência, a mesma deve ser empregada nos procedimentos odontológicos mais invasivos, para controle da dor ⁽⁹⁾. Porém, o cirurgião dentista deve conhecer as propriedades das soluções anestésicas, assim como, o momento ideal para intervir nas pacientes gestantes ⁽¹⁰⁻¹¹⁻²⁰⁾.

Para uma boa conduta anestésica nestas pacientes, o cirurgião dentista deve considerar a técnica empregada, a quantidade da droga administrada, a ausência ou presença de vasoconstritor, efeitos citotóxicos e a possibilidade desta conduta trazer problemas no feto ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾. Apesar de todos os anestésicos atravessarem a barreira placentária, este fato não contraindica seu uso, pois não ocasiona malformação fetal ⁽³⁴⁾.

É de consenso geral na literatura que a lidocaína a 2% é a primeira escolha entre os cirurgiões dentista, por apresentar um tempo de latência rápido (2 a 3 minutos) e por sua eficácia ⁽²⁻¹⁹⁾. A mepivacaína, é também muito utilizada na Odontologia, no entanto seu uso em gestantes não é aconselhado por apresentar metabolização hepática mais lenta que a lidocaína, podendo desencadear bradicardia fetal ⁽³⁴⁾. A bupivacaína apresenta uma cardiotoxicidade elevada e uma maior penetrabilidade nas membranas do coração⁽¹⁶⁾. Já a prilocaína, embora pertença a mesma categoria da lidocaína (categoria B), se apresenta na formulação de 3%, portanto é 50% mais concentrada que a lidocaína; devendo ser evitada por proporcionar risco de metemoglobinemia (distúrbio hematológico em que a hemoglobina transforma em metemoglobina por um processo de oxidação, e a molécula, conseqüentemente se torna incapaz de transportar oxigênio). Além disso, este sal anestésico também pode causar contrações uterinas, por sua apresentação no Brasil estar associada ao vasoconstritor felipressina ^(17, 35, 2, 34).

Quanto a presença de vasos constritores (noradrenalina e adrenalina) em anestésicos locais, a Associação de Cardiologia e o Conselho de Terapêutica Odontológica Norte-americano, recomendam o uso por apresentarem poucas desvantagens às gestantes. Sua presença prolonga a ação anestésica e diminui a toxicidade dos anestésicos locais pela redução da absorção sistêmica, e ainda promovem hemostasia e aumentam a concentração sua concentração local ⁽¹⁰⁻¹⁹⁾. Entretanto, em estudos mais recentes apontam que a noradrenalina nas concentrações 1:25.000 e 1:30.000 não devem ser utilizadas por apresentar grande

evidência de complicações cardiovasculares e neurológicas, sendo a concentração de 1:50.000 a mais indicada ⁽¹⁶⁾. Com relação a felipressina, é contra-indicada por diminuir a circulação placentária, dificultando a fixação do embrião no útero e induzindo contrações uterinas. No entanto, esses efeitos adversos são identificados quando altas doses do anestésico são administrados ⁽²⁾.

Exames radiológicos

As tomadas radiográficas podem ser utilizadas quando necessárias para estabelecer um diagnóstico mais confiável e um plano de tratamento adequado ⁽³⁶⁾. Neste princípio, estes exames quando executados diante dos parâmetros de proteção não atuam como perigo ao feto pela radiação, já que os níveis que resultam em anomalias genéticas são bem maiores que os comumente utilizados neste procedimento ⁽³⁷⁻³⁸⁻³⁹⁾.

Dentre os exames mais utilizados na Odontologia são listados os exames panorâmico e o periapical, que emitem níveis de radiação inferiores aos que causam malformação congênita, que é de 10 μ Sv (microsievert) ⁽⁹⁾. Ainda deve ser considerado que o feto recebe apenas 1/50.000 da exposição direta na cabeça da mãe ⁽¹²⁾.

Nesta conduta o cirurgião dentista deve sempre proceder dentro do mais alto grau de proteção; buscando evitar radiografias desnecessárias, promover a proteção do abdome com avental de chumbo (Pb), evitar repetições por erro de técnica, assim como ângulos direcionados para o abdome, utilizar proteção do colimador, utilizar filmes rápidos e com precisão em tempo mínimo ⁽¹⁰⁻³⁶⁻³⁷⁻³⁸⁻³⁰⁻⁴⁰⁾.

A utilização das tomadas radiográficas devem ser evitadas no primeiro trimestre da gestação pelo fato do desenvolvimento da organogênese ser considerado muito crítico. Porém, nos casos de urgência estes exames podem ser efetuados neste período desde que, sejam tomadas todas as medidas de proteção para a gestante e feto ⁽⁹⁻³⁶⁾.

Procedimentos educativos

Educação em saúde no pré-natal odontológico

A educação em saúde é um trabalho que associa experiências e aprendizagens às ações das práticas em saúde ⁽¹⁷⁻²⁰⁾. Onde pode utilizar de artifícios que ao seguir um planejamento sistematizado resulte positivamente em ações colaborativas em saúde ⁽⁶⁾.

Dentro desta expectativa, o planejamento em educação voltado à saúde precisa trazer informações que motivem os hábitos saudáveis, promovendo medidas profiláticas, aproximando os pacientes dos profissionais de saúde, onde estes desenvolvam um papel de parceiros ideais para compartilhar as vivências do contexto saúde-doença ^(20,2).

A prática da educação em saúde se solidifica através de visitas domiciliares, orientação individual ou coletiva. Com destaque a visita domiciliar, devido aos vínculos firmados com a paciente e sua família, oferecendo ao profissional a percepção dos agravos biopsicossociais ⁽¹⁷⁾. As ações coletivas devem ser feitas pela equipe multidisciplinar através de palestras, oficinas, teatros e formação de grupos, abordando assuntos como higiene bucal, hábitos alimentares, uso de chupetas e mamadeiras, importância dos dentes decíduos e da amamentação, considerando as mudanças bucais durante a gestação desmistificando o que erroneamente fala-se sobre o atendimento odontológico nesse período. Por fim, o cirurgião dentista pode ainda orientar individualmente a paciente dentro do próprio consultório odontológico sempre que julgar necessário ou caso a paciente apresente dúvidas ^(12, 8).

Pré-natal odontológico no Serviço Público de Saúde

Os problemas ocorridos no Serviço Público de Saúde advêm das múltiplas disparidades e descasos que se tornaram comuns ⁽⁶⁾. Este fato compromete a assistência do pré-natal odontológica, por ser parte do sistema e por sofrer com os mitos criados sobre a não possibilidade de tratar a paciente gestante ⁽⁴⁾.

Mesmo com esses agravos, é importante compreender que a assistência multiprofissional durante o pré-natal consolida o serviço público pelos vínculos entre a Unidade Básica de Saúde (UBS) e paciente ⁽¹⁾.

O atendimento voltado a gestante no Sistema Público de Saúde necessita de profissionais capacitados a desenvolver trabalhos voltados à assistência pré-natal, fazendo cumprir o princípio da integralidade, numa conduta humanizada e de qualidade ^(6,4).

No Brasil, o descaso do acompanhamento pré-natal no Serviço Público indica uma fragilidade na conduta multidisciplinar ⁽¹⁾. Pois, o não cumprimento do princípio da integralidade quanto a assistência pré-natal, afeta negativamente o acompanhamento da gestante ^(17, 4). As políticas de saúde bucal vigente no Brasil aponta para uma falha na execução das diretrizes, acontecendo de forma integral em apenas alguns municípios isolados; este fato indica uma real necessidade de consolidação ⁽⁶⁾.

Diante de tudo, observa-se na prática que no que diz respeito as políticas de saúde bucal vigente atualmente, ainda não existe um atendimento odontológico pré-natal integral como propõe a promoção de saúde ⁽⁶⁾. É preciso uma educação permanente dos profissionais, a fim de preencher lacunas de conhecimentos e atitudes que possam entender e atender as necessidades de saúde da população ⁽⁸⁾.

Zika vírus, microcefalia e a conduta odontológica no acompanhamento pré-natal

O *Zika vírus* é um arbovirus característico da flora de artrópodes, transmitido através da hematofagia realizada pelas fêmeas do mosquito *Aedes aegypti*, que também disseminam o vírus da dengue e do chikungunya ⁽⁴¹⁾. Pelos dados epidemiológicos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, as primeiras notificações no Brasil iniciaram em abril de 2015, e a Região Nordeste apresenta-se com a maior incidência dos casos ⁽⁴²⁾.

Por ser um problema recente, os profissionais de saúde não possuem um fator diagnóstico específico que qualifique se o acometimento é *zika*, dengue ou chikungunya, devido a semelhança nos sinais e sintomas ⁽⁴¹⁾.

Dentre os sintomas clínicos da *zika* estão: febre baixa (entre 37,8 e 38,5°C), dor nas articulações (artralgia), dor muscular (mialgia), dor de cabeça e atrás dos olhos, erupções cutâneas (exantemas) acompanhadas de coceira, um quadro de vermelhidão e inchaço nos olhos, dor abdominal, diarreia, constipação, fotofobia, pequenas úlceras na mucosa oral⁽⁴³⁻⁴⁴⁾. Como particularidade da infecção pelo *zika* sua transmissão poderá ocorrer pelo sangue, relação sexual e amamentação, infectando o neonato ⁽⁴²⁻⁴⁵⁻⁴⁶⁾. Um quadro de *zika vírus* em pacientes gestantes pode ocasionar microcefalia no bebê. Que caracteriza-se pela diminuição do diâmetro da cabeça, comprometendo o desenvolvimento do cérebro e as funções neurológica da criança ⁽⁴¹⁻⁴⁴⁾.

Pela incidência recente, os centros de pesquisa dentro e fora do Brasil ainda não possuem estudos consolidados que exemplifique as vias de transmissão deste agente, nem tão pouco as formas reais de comprometimento do complexo orgânico ⁽⁴²⁻⁴³⁾. Diante desta ocorrência, se faz necessário a criação de protocolos de assistência e acompanhamento à gestantes e as crianças infetadas por via congênita que apresentem quaisquer das anomalias decorrentes do contato com o *Zika vírus* ⁽⁴³⁻⁴⁵⁻⁴⁶⁾.

Nada de concreto está estabelecido quanto ao período gestacional no qual o *Zika vírus* se torna mais nocivo ao desenvolvimento do feto, contudo, os cruzamentos

de informações entre grupos de pesquisa dentro e fora do Brasil indicam que os três primeiros meses são mais cruciais devido à maturação da organogênese ⁽⁴²⁻⁴³⁻⁴⁶⁾.

Pelos exames realizados nas gestantes cujos bebês foram diagnosticados com microcefalia por infecção do *Zika vírus*, não foi constatado sua presença no sangue, contudo, encontrou-se o patógeno no líquido amniótico devido a anastomose vascular materno fetal após a ultrapassagem da barreira placentária ⁽⁴²⁻⁴³⁻⁴⁴⁾.

Diante da evidência desses quadros, surge uma preocupação para a saúde pública; todos os profissionais em saúde precisam ser conhecedores de todos os eventos, para que assim, tanto na fase pré ou pós-natal possam condicionar as informações adequadas para a mãe e o bebê, assim como acompanhar a criança, caso ocorra o desenvolvimento da microcefalia. Continuamente as equipes de saúde precisam proporcionar um atendimento multiprofissional agregando cuidados dentro da anatomia e da fisiologia na preocupação de fornecer uma melhor qualidade de vida à criança ⁽⁴⁵⁾.

Quanto a postura do cirurgião dentista no atendimento clínico dos infectados por *Zika*, deve ser evitado no estágio agudo da doença devido aos quadros de dor e por se apresentar como uma doença infectocontagiosa. ^(43, 41).

No condicionamento da problemática a ser vivenciada por bebês nascidos com microcefalia, o cirurgião dentista junto a uma equipe multidisciplinar, precisa preparar a família, e juntos auxiliarem no acompanhamento do desenvolvimento da criança ⁽⁴⁵⁾. O profissional deve atentar para algumas alterações de desenvolvimento que possam vir a prejudicar a funcionalidade e estética do complexo estomatognático, como: elevação do arco palatino, micrognatia severa, má sobreposição língua, oclusopatias ⁽⁴¹⁻⁴⁷⁾.

Com caráter gradual deste quadro, as crianças com microcefalia, por não possuírem uma maturação apropriada do tamanho do cérebro, apresentarão retardo mental o que implicará em uma inadequada/ausente manutenção da higiene bucal ⁽⁴⁸⁻⁴⁹⁾. Neste aporte, com um acompanhamento da mãe em seu período gestacional como parte da equipe multiprofissional saúde, torna-se mais fácil construir na postura da família colaborando na prática da saúde bucal desta criança, iniciada em casa, com suporte no consultório através de visitas periódicas ⁽⁴⁷⁾. A equipe multidisciplinar também deve auxiliar no processo da amamentação, que propicia o fortalecendo a musculatura da cabeça e do pescoço, promovendo correção e adequação para o mais próximo da normalidade possível da cavidade bucal e do sistema estomatognático ⁽⁴⁸⁾.

CONCLUSÃO

Um bom conhecimento por parte dos profissionais das principais mudanças fisiológicas transitórias que ocorrem na mulher durante esse período é indispensável, bem como saber sobre a conduta apropriada para cada etapa da gestação, pois permite intervenções odontológicas seguras, resolutivas e que exerçam menores riscos a saúde do bebê e da futura mamãe.

É preciso esclarecimentos sobre a importância da manutenção da saúde bucal para uma boa saúde geral da gestante e do feto.

Os cirurgiões dentistas precisam firmar ações direcionadas ao pré-natal, onde, possa proporcionar uma melhor qualidade de vida, fortalecendo eixos que tornem a atenção odontológica durante o pré-natal uma rotina necessária, com isso a Equipe de Saúde Bucal expande seu espaço e reforça o princípio da integralidade.

Com relação ao acometimento da microcefalia e do *zika vírus* é preciso mais estudos longitudinais para estabelecer a real situação dos infectados.

REFERÊNCIAS

1. Aleixo RQ, Moura CO, Almeida FA, Silva HML, Moreira KFA. Alterações bucais em gestantes – revisão da literatura, Saber Científico Odontológico, Porto Velho, V.1, n.1, p. 68 – 80, jul/dez, 2010.
2. Cardoso LM. Atendimento Odontológico da gestante na estratégia do programa de Saúde da Família. TCC apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família-UFMG. Corinto/ MG, 23/06/ 2010.
3. Granville-Garcia AF, Leite AF, Smith LEA, Campos RVS, Menezes VA. Conhecimento de gestantes sobre saúde bucal no município de Caruaru – PE. RO UNESP, v.36, n.3, p. 243-249, 2007.
4. Bastiani C, Cota ALS, Provenzano MGA, Fracasso MLC, Honório HM, Rios D. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. Odontol. Clin. Cient, Recife, v.9, n.20, p.155-160, abr/jun., 2010.
5. Nascimento EP, Andrade FS, Costa AMDD, Terra FS. Gestantes frente ao tratamento odontológico. RBO, Rio de Janeiro, v.69, n.1, p.125-30, jan/jun, 2012.
6. Reis DM, Pitta DR, Ferreira HMB, Jesus MCP, Moraes MEL, Soares MG. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. Ciência & Saúde Coletiva, v.15, n.1, p.269-276, 2010.
7. Moimaz, SAS, Garbin CAS, Rocha NB, Santos SMG, Saliba NA. Resultados de dez anos do Programa de Atenção Odontológica à Gestante. Rev. Ciênc. Ext, v.7, n.1, p.42-56, 2011.
8. Lessa IB. Promoção à Saúde Bucal Da Gestante. Dissertação da Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, UFMG. Belo horizonte/ Minas Gerais, 26/10/2013.
9. Vasconcelos RG, Vasconcelos MG, Mafra RP, Alves Júnior LC, Queiroz LMG, Barboza CAG. Atendimento odontológico a pacientes estantes como proceder com segurança. Rev. Bras. Odontol., Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 120-4, jan/jun. 2012.
10. Kaur M, Geisinger ML, Geurs NC, Griffin R, Vassilopoulos PJ, Vermeulen L, Haigh S, Reddy MS. Effect of Intensive Oral Hygiene Regimen During Pregnancy on

- Periodontal Health, Cytokine Levels, and Pregnancy Outcomes: A Pilot Study. *J Periodontol*, v.85, n.12, p.1684–1692,dec/2014.
11. Kurien S, Kattimani VS, Sriram RR, Sririam SK, Prabhnakara RVK, Bhupath A, Bodduru RR Patil NN. Management of Pregnant Patient in Dentistry. *Journal of International Oral Health*, v.5, n.1, p.88-97, jan-feb/2013.
 12. Silva FWGP, Stuaní AS, Queiroz AM. Atendimento Odontológico à gestantes – Parte 1: Alterações Sistêmicas. *Revista da Faculdade de Odontologia da UFRGS*, v.47, n.2, p.19-23, 2006.
 13. Oliveira AMSD, Oliveira PAD, Costa FO Manzi FR, Cosso MG. Associação Entre Doença Periodontal Materna e Parto Pré-termo e Baixo peso ao nascimento. *Revista da Faculdade de Odontologia da UFRGS*, v.47, n.2, p.14-18, 2006.
 14. Neves C, Medina JL, Delgado JL. Alterações Endócrinas e Imuno-modulação na Gravidez. *Arquivos de Medicina*, v.21, n.5-6, p.175-182, 2007.
 15. LASKARIS G. Doenças da boca: texto e atlas. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. p.122-123; 232-233.
 16. Bastos RDS, Silva BS, Cardoso JA, Farias JG, Falcão GGVCS. Desmistificando o atendimento odontológico à gestante: revisão de literatura. *Revista Bahiana de Odontologia, Bahia*, v.5, n.2, p.104-106, ago./2014.
 17. Martins LO, Pinheiro RPS, Arantes DC, Nascimento LS, Santos Júnior PBS. Assistência odontológica à gestante: percepção do cirurgião-dentista. *Rev. Pan-Amaz. Saúde*, v.4, n.4,p.11-18, 2013.
 18. Miana TA, Oliveira AS, Ribeiro RA, Alves RT. A Condição Bucal de gestantes : implicações na idade gestacional e peso do recém-nascido. *HU Revista, Juiz de Fora*, v. 36, n. 3, p. 189-197, jul/set, 2010.
 19. Poletto VC, Stona P, Weber JBB, Fritscher AMG. Atendimento odontológico em gestantes: uma revisão da literatura. *Stomatol, Universidade Luterana do Brasil, Brasil*. v. 14 , n. 26, p.64-75, jan/jun, 2008.
 20. Curtis, M, Silk HJ, Savageau JA. Prenatal Oral Health Education in U.S. Dental Schools and Obstetrics and Gynecology Residencies. *Journal of Dental Education*, v.77, n.11, p.1461-1468, 2013.
 21. Falsarella K. Gestante – Benefícios do Pré Natal Odontológico. Roteiro Kids. Disponível em: <http://www.roteirokids.com.br/karina-falsarella-odontopediatra/gestante-pre-natal-odontologico/>. Acessado em: 20/02/16.
 22. Camargo MCF. O Pré-Natal Odontológico. Portal Educação. 2008. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/2775/o-pre-natal-odontologico>. Acesso em: 20.02.16.
 23. Grandi C, Trungad M, Meritano J. Doença periodontal materna e parto pré-termo: um estudo de caso-controle. *Rev Pan-Amaz Saúde*. V.1, n.2, p.41-48, 2010.
 24. Zanatta FB, Machado E, Zanatta GB, Tiago F. Doença periodontal materna e nascimento prematuro e de baixo peso: uma revisão crítica das evidências atuais. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 36, n. 1, p.96-102. 2007.
 25. Santos RC. Doença bucal pode trazer riscos durante a gravidez. *Jornal da Unicamp*. ed.313, p.10, mar/ 2006.
 26. Trentin MS, Scortegagna SA, Dal’Bello MS, Bittencour ME, Linden MSS, Viero R, Shötter P, Fernandes LFT. Doença periodontal em gestantes e fatores de risco para o parto prematuro. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*, v. 12, n. 1, p. 47-51, janeiro/abril, 2007.
 27. Junior RP, Nomura ML, Politano GT. Doença periodontal e complicações obstétricas : há relação de risco? *Revista Bras. Ginecol. Obstet* , v. 29, n. 7, p.372-377 jul./ 2007.
 28. Wilder RS, Tomas KM, Jared H. Periodontal-Systemic Disease Education in United States Dental Hygiene Programs. *J Dent Educ.*, v,72, n.6, p.669-679, 2008.

29. Neville BW, Allen CM, Damm DD. Patologia Oral e Maxilofacial. 3ª ed. Rio de Janeiro: ed. Elsevier, 2009. 992p.
30. Downe S, Finlayson K, Walsh D, Lavender T. Weighing up and balancing out: a meta-synthesis of barriers to antenatal care for marginalised women in high-income countries. *BMJ*, v.116, n.4. p.5518-529, 2010.
31. Vieira GF, Zocratto KBF. Percepção das gestantes quanto a sua saúde bucal. *RFO*, v.12, n. 2, p. 27-31, maio/ago., 2007.
32. Cortez EBA, Cortezzi W. Protocolo Clínico para o Tratamento odontológico de Pacientes grávidas (2ª parte). CRO-RJ, agosto/ 2012.
33. Amadei SU, Carmo SU, Pereira AC, Silveira VAS, Rocha RF. Prescrição medicamentosa no tratamento odontológico de grávidas e lactantes. *RGO – Rev. Gaúcha Odontol.*, Porto Alegre, v.59, s.0, p.31-37, jan/jun, 2011.
34. Navarro PSL, Dezan CC, Melo FJ, Alves-Souza RA, Sturion L, Fernandes KBP. Prescrição de medicamentos e anestesia local para gestantes: conduta de cirurgiões-dentistas de Londrina, PR, Brasil. *RFO*, Porto Alegre, v.49, n.2, p.22-27, maio/ago, 2008.
35. Malamed SF. Manual de Anestesia Local. 6ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Elsevier, 2013. 432p.
36. Mesquita Filho M, Cruz DT, Atzingen ACV. Conhecimento e procedimentos em radioproteção em consultórios odontológicos: uma visão bioética. *RBPS*, v.14, n.2, p.44-51, 2012.
37. Garbin CAS, Sumida DH, Santos RR, Chehoud KA, Moimaz SAS. Saúde Coletiva: promoção de saúde bucal na gravidez. *Rev Odontol UNESP*, Araraquara, p.40, n.4, p.161-165, jul./ago 2011.
38. Brasil. Comissão Nacional de Energia Nuclear. DIRETRIZES BÁSICAS DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA. Brasília, 2011.
39. Kanotra S, Sholapurkar AA, Pai KM. Dental considerations in pregnancy: review. *Rev Clin. Pesq. Odontol*, v.6, n.2, p.161-165, 2010.
40. Langlois CO, Mahl CRW, Fontanella V. Diretrizes para a indicação de exames radiográficos em odontologia, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA, v.8 n.2, p.32-8, 2007.
41. Martines RB, Bhatnagar J, Keating MK, Silva-Flannery L, Muelenbachs A, Gary J, Goldsmith C, Hale, G.; Ritter, J.; Rollin D, Shieh W, Luz KG, Ramos AMO, Davi HPF, Oliveria WK, Lanciotti R, Lambert AZAKIS. Evidence of Zika Virus Infection in Brain and Placental Tissues from Two Congenitally Infected Newborns and Two Fetal Losses — Brazil, 2015. *US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention*, v.65, n.6, p.159-160, february/2016.
42. Huntington medicina Reprodutiva. *Zika vírus e a Gravidez*. Disponível em: <http://www.huntington.com.br/area-do-paciente/imprensa/zika-virus-e-gravidez/>. Acesso em 14/02/16.
43. Behar B. *Zika na gravidez*. Disponível em: <http://brasil.babycenter.com/a25013237/zika-na-gravidez>. Acessado em:13/02/16.
44. Oliveira KM. Pediatria Descomplicada: Alerta: microcefalia, gravidez e zika vírus, entenda qual a relação entre ele. Disponível em: <http://pediatriadescomplicada.com/2015/11/25/alerta-microcefalia-gravidez-e-zika-virus-entenda-qual-a-relacao-entre-eles/.html>. Acessado em: 16/02/2016.
45. Saleh N. Gravidez, vírus zika e microcefalia: tire suas dúvidas. *Rev. Crescer. Blog*, 2015. Disponível em: <http://revistacrescer.globo.com/Voce-precisa-saber/noticia/2015/11/microcefalia-e-virus-zika-tire-suas-duvidas.html>. Acessado em: 16/02/2016.

46. Laboratório Multilab. Microcefalia: especialista tira dúvidas sobre relação da doença com o *Zika vírus*. 2015. Disponível em: <http://laboratoriomultilab.com.br/microcefalia-especialista-tira-duvidas-sobre-relacao-da-doenca-com-o-zika-virus/>. Acessado em: 13/02/2016.
47. Gomes GE, Barbosa RR, Silva FWGP, Torres CP, Queiroz AM. Tratamento odontológico em paciente com trissomia do cromossomo 9: relato de caso. Revista da Faculdade de Odontologia- UPF, v.11, n.2, p.69-72, 2006.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. - Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/20799-microcefalia> .Acesso em:18/04/16
49. Gonçalves JB. Atendimento odontológico à pacientes com necessidades especiais: uma revisão de literatura. 2012.23p. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON)-UFMG. Conselheiro Lafaiete/MG, 30/06/2012.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um bom conhecimento, por parte dos profissionais, das principais mudanças fisiológicas transitórias que ocorrem na mulher durante esse período é de suma importância, pois permite intervenções odontológicas seguras, resolutivas e que exerçam menores riscos a saúde do bebê e da futura mamãe. Portanto, de acordo com a realidade é necessário capacitar esses profissionais já que é visto insegurança por parte deles em atendê-las.

A falta de conhecimento por parte das gestantes sobre a visita ao CD neste período sugere que é preciso esclarecimentos sobre a importância da manutenção da saúde bucal para uma boa saúde geral que contribui para um bom desenvolvimento do feto. O constante diálogo da equipe multidisciplinar envolvida no pré-natal com a gestante influencia a mesma a depositar confiança na equipe e adquirir hábitos saudáveis, conseqüentemente incluirá esses hábitos a vida de seu filho, promovendo mais saúde nas gerações seguintes.

Os CDs precisam firmar ações direcionadas ao pré-natal, onde, por meio da educação em saúde possa ser proporcionado uma melhor qualidade de vida, fortalecendo eixos que tornem a atenção odontológica durante o pré-natal uma rotina necessária, e com isso, a Equipe de Saúde Bucal expande seu espaço e reforça o princípio da integralidade.

Com relação a infecção pelo *zika vírus* e a microcefalia é preciso mais estudos longitudinais para se ter conhecimento da real situação dos infectados e estabelecer um parâmetro de tratamento consolidado e de eficácia.

ANEXO A – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO



DIRETRIZES PARA AUTORES

APRESENTAÇÃO GERAL:

Os textos devem ser apresentados como arquivo elaborado no programa *Word for Windows*, escritos em língua portuguesa, em fonte Arial, tamanho 11, espaçamento de 1,5 entre linhas, recuo de 1,0 cm em primeira linha de parágrafo, margens de 3,0 cm em cada lado. Os textos devem ter no máximo 20 laudas, incluindo os anexos. Os trabalhos devem conter as seguintes partes:

Título

Deve vir em negrito, centralizado, fonte 12 e em caixa alta. Os trabalhos devem conter a versão em inglês do título (*title*), logo abaixo do resumo.

Autores e Vínculo Institucional

A Revista receberá artigos apenas de autoria de pesquisadores doutores. Excepcionalmente, aceitar-se-á textos de autoria de professores da UFCG, com mestrado. Profissionais com outras titulações, pós-graduandos e graduandos, poderão figurar como coautores, em um máximo de 8 nomes por artigo.

O nome completo do (s) autor (es) deve vir logo abaixo do título, centralizados, em itálico e com indicação de titulação e instituição a que pertence (em). Também junto com essas informações, deve constar o endereço completo (inclusive eletrônico) do autor responsável pela correspondência.

Resumo e Descritores

O resumo, posicionado logo abaixo do nome do (s) autor (es), deve conter, em no máximo 250 palavras, as informações mais relevantes sobre objetivos, métodos, resultados e conclusões do trabalho. Logo após o resumo podem ser listados até 4 descritores.

Abstract e Keywords

Correspondem à versão para a língua inglesa do resumo e dos descritores, respectivamente, posicionados logo abaixo desses.

Os descritores e as *keywords* devem, obrigatoriamente, ser extraídos entre os disponíveis em <http://decs.bvs.br>.

Além disso, os artigos originais de natureza clínica ou experimental devem conter também: Introdução, material e métodos, resultados e discussão, conclusões, agradecimentos (opcional) e referências bibliográficas. Na metodologia de trabalhos experimentais com animais e de trabalhos envolvendo seres humanos, deve ser citado o número do processo de aprovação do projeto de pesquisa na comissão de ética no uso de animais (CEUA) ou no comitê de ética em pesquisa (CEP) da respectiva instituição, sendo que um documento comprobatório pode ser solicitado pelo Comitê Editorial como requisito para a publicação. As ilustrações (desenhos, gráficos, fotografias, plantas, mapas, entre outras) são consideradas figuras e devem ser limitadas a um máximo de quatro por artigo. As figuras serão apresentadas no corpo do texto, com legendas numeradas em sequência mediante algarismos arábicos precedidos do nome "Figura", logo abaixo da figura a que se refere.

NORMAS BIBLIOGRÁFICAS:

Citações no Texto:

A revista adota a citação numérica. NÃO É PERMITIDA A CITAÇÃO DO NOME DO AUTOR NO TEXTO. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses. Números sequenciais devem ser separados por hífen (1-4); números aleatórios devem ser separados por vírgula (1,3,4,8).

Referências Bibliográficas:

Devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o estilo *Vancouver*, conforme orientações fornecidas pelo *International Committee of Medical Journal Editors* no *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*. A lista de referências deve ser escrita em espaço simples, em sequência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de "et al.". Os sobrenomes dos autores devem ser seguidos pelos seus prenomes abreviados sem ponto ou vírgula. Usar a vírgula somente entre os nomes dos diferentes autores. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o *Index Medicus / MEDLINE* e para os títulos nacionais, com LILACS e BBO. Referências a comunicação pessoal e artigos submetidos à publicação não devem constar da listagem de Referências.

ALGUNS EXEMPLOS:

Artigo de Periódico:

Ahrar K, Madoff DC, Gupta S, Wallace MJ, Price RE, Wright KC. Development of a large animal model for lung tumors. *J Vasc Interv Radiol*. 2002; 13(9 Pt 1):923-8.

Banit DM, Kaufner H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin. Orthop*. 2002 ;(401):230-8.

Artigo em periódicos em meio eletrônico:

Kaeriyama E, Imai S, Usui Y, Hanada N, Takagi Y. Effect of bovine lactoferrin on enamel demineralization and acid fermentation by *Streptococcus mutans*. *Ped Dent J* [serial on the Internet]. 2007 Dec [cited 2008 Jan 15 12]; 17:2:118-26; Available from: http://www.jstae.jst.go.jp/browse/pdf/17/2/_contents.

Livro:

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4ª ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Capítulo de Livro:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editores. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Dissertações e Teses:

Rubira CMF. Estudo longitudinal sobre similaridade, transmissão e estabilidade de colonização de *Streptococcus mutans* em famílias brasileiras. [Tese]. Bauru: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2007.

Os Editores

CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
 2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.
 3. URLs para as referências foram informadas quando possível.
 4. O texto está em espaço simples; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.
 5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na página Sobre a Revista.
 6. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em [Assegurando a avaliação pelos pares cega](#) foram seguidas.
-

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.
