



ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA A PACIENTES GESTANTES: REVISÃO DE LITERATURA

Autor: Carla Freitas Araújo

Orientador: Prof. Esp. André Cortez Nunes

Prof. Me Cristiano Magalhães Moura Vilaça

Curso: Odontologia Período: 9º Área de Pesquisa: Ciências da Saúde

Resumo: A assistência odontológica na gestação implica em um tratamento seguro e a manutenção da saúde oral, através de medidas de prevenção, orientação e tratamento, que cabem ao Cirurgião-dentista. No entanto grande parte da população ainda não tem acesso às informações relacionadas às alterações bucais características deste período. Diante disso, o presente trabalho teve como objetivo descrever as recomendações acerca do tratamento odontológico à gestante, através de um protocolo de atendimento, visando facilitar a abordagem do profissional e esclarecer as dúvidas da gestante. Sendo o segundo trimestre de gestação o mais indicado para o atendimento, as radiografias odontológicas podem ser realizadas com segurança, assim como a aplicação do anestésico local e a prescrição medicamentosa de acordo com algumas restrições de forma segura. Concluindo assim. Que, diante das mudanças que ocorrem na gestação, é fundamental ter conhecimento das características de cada trimestre gestacional e dos cuidados e recomendações a serem tomados e passados à gestante durante o atendimento odontológico, e que a inserção do Cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar faz toda diferença no quadro clínico da gestante, através dos programas de educação em saúde, como o pré-natal odontológico, participando da motivação e sensibilização das gestantes a melhor cuidarem da sua saúde e também da saúde de seus filhos.

Palavras-chave: Odontologia. Gestante. Saúde Bucal. Gravidez.

1. INTRODUÇÃO

A gravidez é um momento único e marcante na vida da mulher, e consiste na formação de um novo ser. É um período que ocorrem diversas alterações fisiológicas, físicas, biológicas e hormonais, responsáveis por modificações complexas e individuais à gestante (PICCINI *et al.*, 2008; COUTINHO *et al.*, 2014). Dentre elas, mudanças na fisiologia bucal também são observadas, e ações educativas e cuidados básicos com a saúde bucal visam a importância da prevenção, das orientações, e das mudanças de hábitos, para o controle da placa bacteriana e de uma dieta adequada, uma vez, que as doenças da cavidade bucal podem ter influências negativas sobre a gestação, principalmente quando a alimentação fica comprometida e aumentam as chances do desenvolvimento de processos infecciosos e disseminação de patógenos no sangue (BASTIANI *et al.*, 2010; CODATO *et al.*, 2011; MOREIRA *et al.*, 2015).

Uma medida importante em relação a prevenção e as orientações é o pré-natal odontológico, embora pouco abordado e mencionado, seja indispensável, visto que alterações hormonais e bucais, juntamente aos maus hábitos de higiene, podem desencadear um parto prematuro e baixo peso do bebê ao nascer (SILVA, 2013; MOREIRA *et al.*, 2015).

Por isso, é de extrema importância as consultas com o Cirurgião-dentista durante esse período, para diagnosticar e tratar eventuais doenças, evitando assim o comprometimento da gestação. A paciente deve comunicar a gravidez ao dentista, para que o profissional evite exposições desnecessárias aos raios-x, faça a prescrição medicamentosa adequada e substitua o anestésico comumente utilizado por outro que não ofereça riscos e tenha todos os demais cuidados necessários a essa condição, a fim de que, como membro da equipe-multidisciplinar, possa orientar corretamente a gestante (VASCONCELOS *et al.*, 2012; SILVA, 2013).

Ao se realizar o tratamento odontológico de gestantes, o Cirurgião Dentista deve compreender cada estágio da gestação e as transformações que ocorrem, incluindo as alterações sistêmicas, e os principais cuidados no atendimento, para então, estabelecer um plano de tratamento adequado e seguro (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

Embora o atendimento odontológico na gestação ainda seja muito dificultado, por diversos fatores, como o não reconhecimento sobre a necessidade do atendimento, a ansiedade e o medo por parte da paciente, em acreditar que só poderá ser submetida ao tratamento após a gravidez, e que qualquer procedimento odontológico possa implicar em riscos à saúde do bebê. (CODATO *et al.*, 2011). Muitos Cirurgiões-Dentistas preferem postergar o atendimento odontológico às gestantes devido ao receio de serem responsabilizados por possíveis fatalidades que eventualmente possam ocorrer com o feto (CODATO *et al.*, 2011).

Apesar desse receio, as consequências da dor e da infecção são muito mais prejudiciais à mãe e ao bebê do que aquelas decorrentes do tratamento odontológico (MAMELUQUE *et al.*, 2005). Adiar o atendimento até o nascimento do bebê pode ocasionar um dano muito maior em função da disseminação da doença, do que se reparar o problema odontológico ao ser diagnosticado (BASTIANI *et al.*, 2010).

Diante disso, o atendimento odontológico à gestante pode ser realizado em qualquer período da gestação, se tratando de casos de urgência, como exodontias, quadro de pulpites, tratamento endodôntico, raspagens e drenagem de abscessos, onde serão removidas as causas de dor e de focos de infecção (POLETTTO *et al.*, 2008).

O objetivo do presente estudo bibliográfico é descrever as principais recomendações a assistência odontológica na gestação, viabilizando ao cirurgião-dentista oferecer um tratamento seguro, e estabelecer um protocolo de atendimento a essas pacientes.

2.DESENVOLVIMENTO

2.1. Referencial Teórico

A gravidez em si não é responsável pelo surgimento de alterações bucais ou lesões de cáries, mas sim, de alguns outros fatores, como a diminuição da capacidade estomacal e hipersecreção das glândulas salivares. Tais fatores contribuem para que a gestante diminua a quantidade de ingestão de alimentos durante as refeições e aumente a frequência. Estas atitudes resultam em um incremento de carboidratos na dieta, que associada ao descuido ou dificuldade com a higiene oral predispõem e favorecem ao surgimento de determinados microrganismos responsáveis pelo desenvolvimento de cárie e doenças periodontais (BASTIANI *et al.*, 2010), que tem a capacidade de liberar citocinas pró-inflamatórias que estimulam a contração uterina, o que pode levar ao parto prematuro e o nascimento de crianças com baixo peso (CRUZ *et al.*, 2005; MOIMAZ, 2007; JUNIOR, NOMURA, POLITANO, 2007; BASTIANI *et al.*, 2010; VIEIRA *et al.*, 2010; ANDRADE, 2014; MOREIRA *et al.*, 2015).

O aumento dos hormônios estrógeno e progesterona também são comuns na circulação durante a gestação, e causam uma maior vascularização do periodonto, devido sua ação vasodilatadora, deixando a gengiva com maior tendência ao sangramento (BASTIANI *et al.*, 2010; AMADEI *et al.*, 2011). Podendo assim, quando associado à presença de placa bacteriana, imunossupressão e deficiência nutricional, fazer com que a gestante desenvolva um quadro de gengivite gravídica, que é caracterizada clinicamente como a gengivite induzida por placa, com gengiva de coloração avermelhada, edemaciada, com sangramento ao simples toque ou durante a escovação (BASTIANI *et al.*, 2010) podendo ser tratada através de procedimentos básicos de periodontia e eliminação dos fatores irritantes (ANDRADE, 2010; SILVA, 2013; MOREIRA *et al.*, 2015).

Entretanto, independente da gestação, vale ressaltar que a gengivite e a periodontite só ocorrem na presença de placa bacteriana e da não adoção de medidas de higiene bucal. Desta forma, essas inflamações podem ser controladas e/ou evitadas pela eliminação da mesma e de fatores locais. A escovação mecânica após as refeições e o uso correto do fio dental são medidas simples e eficientes nesses casos (FREIRE, SHEIHAM, BINO, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Enjoos e vômitos também são comuns nessa fase, podendo assim modificar o equilíbrio do pH da cavidade bucal e levar à indução de processos cariosos e afecções gengivais. Outra alteração comum também causada por vômitos, é a erosão dentária,

que consiste na desmineralização do esmalte dos dentes, e a erosão ácida, principalmente nas faces palatina/lingual dos dentes devido a exposição e o contato direto do sulco gástrico (POLETTTO *et al.*, 2008; REIS *et al.*, 2010; MOREIRA *et al.*, 2015). Outra situação, porém menos comum, é o granuloma gravídico, que consiste em uma lesão lobulada ou plana, pediculada, que pode surgir a partir do terceiro mês, com aparência similar a uma amora devido seu aspecto granuloso de cor vermelho escuro (ANDRADE, 2014), podendo ser tratada através de excisão cirúrgica envolvendo o tecido conjuntivo associado e eliminando o fator etiológico (ANDRADE, 2014).

Das orientações indispensáveis à mãe, é de extrema importância mencionar o quanto a alimentação equilibrada na fase gestacional pode assegurar um bom estado de saúde e o desenvolvimento saudável do bebê, pois, se existir deficiência na dieta da mãe o feto pode não se desenvolver adequadamente (GOMES *et al.*, 2019). A dieta ainda tem um papel importante durante a odontogênese, pois os processos de formação e desenvolvimento dentário têm início por volta da sexta semana de gestação e a deficiência nutricional e de vitaminas ou a falta de cálcio e fosfato podem influenciar no processo de maturação, na morfologia, na composição química e física, no tamanho e no tempo de erupção dos dentes (BASTIANI *et al.*, 2010; SILVA, 2013; BATISTA; MOREIRA; CORSO, 2007).

Muitas mães ainda acreditam que seus dentes se encontram mais fracos e susceptíveis a cárie no período gestacional, devido à perda de minerais, como o cálcio, doado ao bebê durante seu desenvolvimento, e cabe ao Cirurgião-dentista esclarecer que o cálcio está presente nos dentes em forma de cristais e não na corrente sanguínea, de modo que o mesmo necessário ao bebê está presente na dieta da mãe, e não nos dentes, e reforçar que a alimentação deve ser ainda mais saudável nos dois primeiros trimestres de gestação, pois corresponde ao período em que os dentes decíduos do bebê estão em formação e calcificação (BASTIANI *et al.*, 2010).

E nesse sentido vale abordar o quanto a equipe de saúde assume um papel importante, ressaltando a necessidade do Cirurgião-dentista estar inserido nos programas de educação em saúde, desempenhando seu papel de educador (BASTIANI *et al.*, 2010), e que no primeiro contato com a gestante deve instruí-la e motivá-la a se prevenir e tratar as doenças periodontais, e explicar de que modo essas doenças podem colocar em risco a sua saúde geral e a do bebê (ANDRADE, 2014). Sendo assim, o pré-natal odontológico tem esse objetivo durante as consultas, dar todas as orientações necessárias para impedir que essas mudanças decorrentes da gravidez, juntamente aos hábitos simples não realizados de forma correta e adequada podem contribuir no desenvolvimento dessas alterações que influenciam negativamente à gestação (MOREIRA *et al.*, 2015).

Existe um grande receio por parte dos Cirurgiões-dentistas em relação ao atendimento as gestantes por se tratar de um período que requer extrema atenção e cuidado, embora as consequências da dor e das infecções sejam muito mais prejudiciais à mãe e ao feto do que aquelas decorrentes do tratamento odontológico (MAMELUQUE *et al.*, 2005; BASTIANI *et al.*, 2010 ANDRADE, 2014). Neste contexto, a atenção odontológica é muitas vezes tida como prejudicial e contraindicada, pois de

um lado há crenças de que a mulher grávida não pode tratar dos dentes e de outro, a recusa por parte de alguns Cirurgiões-dentistas em prestar atendimento quando solicitados, baseados em argumentos sem fundamentação científica (CARVALHO, 1995; MOREIRA *et al.*, 2015).

O Cirurgião Dentista precisa ter conhecimento de cada fase da gestação para realizar o melhor tratamento proposto assegurando e garantindo a saúde e a qualidade de vida da mãe e do bebê (SILVA, 2013).

A maioria dos procedimentos odontológicos podem ser realizados durante a gravidez de forma segura, de modo que sejam evitadas consultas longas, pois além de causar desconforto há possibilidade de ocorrer hipotensão supina ou síndrome da veia cava. É necessário que seja posicionada adequadamente a cadeira, em posição decúbito lateral no momento do atendimento para evitar complicações como hipotensão, taquicardia e redução da circulação uteroplacentária, evitar consultas matinais, já que neste período as gestantes têm mais probabilidade a ânsia de vômito e risco de hipoglicemia, e ter durante todo o atendimento seus sinais vitais monitorados (BASTIANI *et al.*, 2010; ANDRADE, 2014).

Antes de dar início a qualquer procedimento invasivo ou não, é indispensável a realização de uma boa anamnese (com história médica e odontológica atual e pregressa), sendo ela um questionário com informações pessoais, que permite conhecer a fase gestacional, o estado de saúde geral da paciente e os principais determinantes para a intervenção odontológica. A anamnese bem direcionada será capaz de apontar características fundamentais da paciente como: sua realidade, seu modo de vida, suas crenças, seus anseios, como se tratam suas doenças, seus conceitos de qualidade de vida, dentre outras, para que se estabeleça um plano de tratamento eficaz. E se necessário também cabe ao Cirurgião-dentista pedir um parecer do médico que acompanha à gestante nas consultas pré-natal para se obter informações complementares e possíveis diagnósticos de doenças sistêmicas (ANDRADE, 2014; POLLETO *et al.*, 2008).

É fundamental realizar exames clínicos regulares para avaliar a cavidade bucal e detectar precocemente lesões de cárie e doenças periodontais, assim como examinar as estruturas intra e extra bucal, registrando todas as informações no prontuário, e dar orientações sobre a importância do desenvolvimento de bons hábitos de higiene bucal, dieta alimentar, esclarecer e explicar os mitos e verdades do atendimento odontológico, a importância da amamentação pós parto, as vantagens e desvantagens dos hábitos de sucção, assim como cuidados básicos com o bebê, e em seguida, realizar escovação supervisionada (SILVA, 2013).

O Tratamento Restaurador Atraumático – ART é uma boa alternativa de tratamento em casos como o atendimento à gestante, uma vez que consiste em tratar de lesões de cárie dentária, baseado na remoção do tecido dentário descalcificado com o uso de instrumentos cortantes manuais e restauração das cavidades com cimento de ionômero de vidro, realizando assim adequação do meio bucal por meio de uma técnica rápida e eficaz, que gere menos desconforto possível a mãe (MONNERAT *et al.*, 2013).

O segundo trimestre de gestação é o mais indicado para realizar os procedimentos odontológicos de forma segura (BASTIANI *et al.*, 2010; ANDRADE, 2014) pois essa é a fase de maior estabilidade mãe-filho. Já que no primeiro trimestre (da quarta a oitava semana) de gestação se refere ao período da organogênese (VASCONCELOS *et al.*, 2012; ASSUNÇÃO, MIGUEL, 2015) onde estão sendo formados os principais órgãos e sistemas, aumentando as chances de risco para agentes teratogênicos, que seriam alguns tipos de má formações, como a hidrocefalia, pois interferem diretamente na atividade e migração das células da crista neural cranial durante o seu desenvolvimento, levando, portanto a malformações em estruturas craniofaciais, tímica, cardíacas e do sistema nervoso central (SNC) (MOREIRA *et al.*, 2015).

E o terceiro trimestre de gestação é desfavorável em decorrência do desconforto na posição de decúbito dorsal, hipotensão postural, frequência urinária aumentada e edema das pernas, que podem levar a um quadro chamado síndrome da hipotensão supina causando sensação de falta de ar, decorrente do crescimento uterino (MOREIRA *et al.*, 2015).

Mas independente do estágio em que se encontra a gestação, os procedimentos devem ser realizados quando os riscos de infecções se sobrepõem aos riscos do tratamento, garantindo assim segurança ao estado de saúde de ambos (ANDRADE, 2014). Em casos de tratamentos eletivos como reabilitação oral extensa e cirurgias mais invasivas que não comprometam a saúde da gestante, estes devem ser programadas para o período de pós-parto (ANDRADE, 2014; MOREIRA *et al.*, 2015).

As radiografias odontológicas necessárias, podem ser realizadas durante a gravidez com segurança, desde que sejam evitadas radiografias desnecessárias (BASTIANI *et al.*, 2010). Pois se tratando de procedimentos mais invasivos como tratamento endodôntico, cirurgias e os demais, as tomadas radiográficas são fundamentais no diagnóstico. Todos os cuidados devem ser tomados, é imprescindível que seja feita a proteção do abdômen com avental de chumbo e o uso do protetor de tireóide, evitando repetições por erro de técnica, evitando angulações direcionadas para o abdômen, proteger o colimador, usar filmes rápidos, com tempo de exposição reduzido. Sendo assim, se estas orientações de proteção são seguidas, radiografias dentárias podem ser realizadas com segurança, até mesmo no 1º trimestre de gestação (BASTIANI *et al.*, 2010; ANDRADE, 2014).

Em relação ao uso dos anestésicos locais, eles também podem ser utilizados com segurança durante esse período, contando que sejam tomados todos os cuidados e restrições (POLETTTO *et al.*, 2008; AMADEI *et al.*, 2011; VASCONCELOS *et al.*, 2012) não havendo contraindicações significativas, desde que sejam administrados baixas doses (POLLETO *et al.*, 2008).

A solução anestésica local de primeira escolha e mais indicada para ser usada em gestantes é a lidocaína 2% com vasoconstritor adrenalina 1:100.000 (POLETTTO *et al.*, 2008; BASTIANI *et al.*, 2010; SILVA, 2013; CARVALHO *et al.*, 2013), com limite máximo de dois tubetes de anestésicos (3,6ml) por sessão, sempre injetando a

solução lentamente com a técnica indicada e de acordo com o procedimento a ser realizado (ANDRADE, 2014; VASCONCELOS *et al.*, 2013).

O uso de vasoconstritores é indispensável, uma vez que eles aumentam a duração da anestesia, reduzem a toxicidade dos anestésicos locais pela diminuição da absorção sistêmica, proporcionam hemostasia e elevam a concentração local dos anestésicos (CARVALHO *et al.*, 2013; VASCONCELOS *et al.*, 2013). Já o vasoconstritor fenilefrina não deve ser utilizado em gestantes, pois pode dificultar a fixação do óvulo no útero e diminuir a circulação placentária. (AMADEI *et al.*, 2011).

A benzocaína (presente nos anestésicos tópicos) e a prilocaína não devem ser utilizadas, pois reduzem a circulação placentária e podem causar metemoglobinemia e hipóxia fetal (VASCONCELOS *et al.*, 2012; ANDRADE, 2014). Soluções anestésicas que contenham felipressina na composição também são contra-indicadas, pois há risco de aumentar a contratilidade uterina (VASCONCELOS *et al.*, 2013; ANDRADE, 2014). A bupivacaína e mepivacaína não estão diretamente ligadas a efeitos teratogênicos, porém são capazes de atravessar a barreira placentária e tem longo tempo de ação na circulação (metabolização lenta) (AMADEI *et al.*, 2011; ANDRADE, 2014).

Devido ao fato das gestantes estarem inclusas no grupo de pacientes especiais, elas requerem cuidados específicos também com relação aos medicamentos (AMADEI *et al.*, 2011).

A prescrição de medicamentos se tornou motivo de estudos entre os anos de 1950 e 1960, devido à alta incidência de nascimento de bebês com má formações, pelo uso de talidomida, droga utilizada para o alívio de enjoos matinais (AMADEI *et al.*, 2011; VASCONCELOS *et al.*, 2012). A partir de então, pôde-se observar que é necessária uma atenção minuciosa ao tratamento da gestante, visto que a gravidez leva a uma série de mudanças que podem comprometer na cinética e dinâmica dos fármacos, assim como a capacidade do mesmo de atravessar a barreira placentária e causar efeitos prejudiciais ao feto (ANDRADE, 2014; MOREIRA *et al.*, 2015).

Ao se tratar de terapia medicamentosa, quando mencionamos os analgésicos, o mais seguro e de primeira escolha para prescrição à gestantes em caso de dor é o paracetamol (POLETTO *et al.*, 2008; AMADEI *et al.*, 2011; VASCONCELOS *et al.*, 2013; ANDRADE, 2014; MOREIRA *et al.*, 2015), não ultrapassando a dose máxima de 4g/dia, devido ao risco de desenvolver toxicidade hepática, as doses recomendadas são de 500-750 mg, a cada 6 h (ANDRADE, 2014). A dipirona sódica é o analgésico de segunda escolha, porém não muito recomendado pelo o risco de provocar agranulocitose, redução do número de granulócitos no sangue periférico (neutropenia), podendo predispor o indivíduo às infecções (AMADEI *et al.*, 2011; VASCONCELOS *et al.*, 2013; MOREIRA *et al.*, 2015).

Os anti-inflamatórios não esteróideais (AINES) em gestantes não são indicados, pois podem causar hemorragia, inércia uterina, fechamento prematuro dos canais arteriais do feto e prolongamento do trabalho de parto, além de interferirem na agregação plaquetária, podendo predispor a hemorragia (VASCONCELOS *et al.*, 2013; ANDRADE, 2014). O ácido acetilsalicílico (AAS) é contraindicado, pois além do risco de prolongar o trabalho de parto, ao inibir síntese das prostaglandinas envolvidas

na iniciação das contrações uterinas, há também algumas evidências de que, em doses muito elevadas, pode causar efeitos teratogênicos (VASCONCELOS *et al.*, 2013). Caso seja imprescindível a prescrição AINES a gestantes, eles devem ser administrados na menor dose eficaz e retirados no mínimo oito semanas antes do dia previsto para o parto.

Já os corticosteroides devem ser administrados com cuidado, pois em altas doses podem causar alterações na curva glicêmica da gestante, insuficiência das suprarrenais e síndrome de Cushing. São mais indicados que os AINES para tratar afecções bucais, quando empregados de forma tópica, sendo de primeira escolha a Prednisona e a Prednisolona, pela dificuldade em atravessar a barreira placentária (VASCONCELOS *et al.*, 2013). Nos casos em que seja necessário a realização de procedimentos odontológicos mais invasivos, recomenda-se o uso de dexametasona na dose única de 4 mg (VASCONCELOS *et al.*, 2013; ANDRADE, 2014).

Os ansiolíticos apresentam um poder teratogênico moderado, já os benzodiazepínicos podem estar relacionados ao aparecimento de fendas labiais e palatinas (VASCONCELOS *et al.*, 2013; ANDRADE, 2014).

Quando necessário o uso de antibióticos, os mais indicados durante a gestação são amoxicilina e a ampicilina. No caso de pacientes alérgicas às penicilinas, as cefalosporinas e macrolídeos são usualmente empregados (VASCONCELOS *et al.*, 2013; ANDRADE, 2014).

A eritromicina na forma de estolato não deve ser administrada devido ao seu caráter hepatotóxico e uso das tetraciclina é desaconselhado na gestação, pois estes antibióticos atravessam com facilidade a membrana placentária, interagem com o cálcio dos tecidos dentários do feto em formação, o que acarreta na malformação do esmalte e descoloração dentária (AMADEI *et al.*, 2011; VASCONCELOS *et al.*, 2013), tais drogas também podem ser absorvidas pelo tecido ósseo do feto, o que pode desacelerar seu crescimento (POLETTTO *et al.*, 2008).

O metronidazol, outro antibiótico amplamente prescrito, e que não deve ser administrado durante a gestação, pois é considerado potencialmente teratogênico (MOREIRA *et al.*, 2015). Nos casos de infecções graves pode-se associar penicilina ao clavulato de potássio, empregando-se clindamicina (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

A prescrição de fluoretos para gestantes, embora ainda discutida, não traz benefícios ao bebê que justifiquem sua indicação no período pré-natal, pois eles atuam na interface biofilme/esmalte dental, através da remineralização de lesões de cárie iniciais e na redução da solubilidade do esmalte dentário (BASTIANI *et al.*, 2010; MOREIRA *et al.*, 2015). O mesmo não é contraindicado na gravidez, pois atua de maneira promissora na prevenção da cárie, mais terá ação somente sobre os dentes da mãe (POLLETO *et al.*, 2008).

Sendo assim, estão mencionadas acima as principais recomendações acerca do atendimento odontológico de gestantes, viabilizando ao Cirurgião Dentista oferecer um tratamento seguro, e por fim estabelecer um protocolo de atendimento à essas pacientes.

2.2. Metodologia

A pesquisa utilizou-se de trabalhos acadêmicos (publicações em periódicos) publicados entre os anos de 2005 a 2019, utilizando-se de palavras chaves “Atendimento Odontológico na gestação”, “Doença periodontal associada a baixo peso ao nascer”, e “Prescrições medicamentosas no tratamento de gestantes”. Foram analisados artigos científicos em língua portuguesa nas bases de pesquisa Google Acadêmico e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Como critério de inclusão foram usados artigos apenas na língua portuguesa e com texto completo disponível. Como critério de exclusão artigos em outra língua que não a portuguesa artigos não disponíveis por completo e artigos publicados fora do período de 2005 a 2019.

2.3. Discussão de Resultados

Das alterações bucais comuns na gestação, ambas se encontram relacionadas ao descuido com a higiene oral, a presença de vômitos e enjoos, deficiência alimentar, depressão do sistema imunológico e o aumento dos hormônios na circulação sanguínea, desencadeando assim a predisposição ao surgimento de doenças periodontais que implicam em consequências negativas à saúde da mãe e do bebê. No caso da gengivite gravídica por exemplo, sua prevalência varia entre 35% a 100%, tendo sua severidade gradualmente aumentada até a 36ª semana de gestação (JUNIOR, NOMURA, POLITANO, 2007).

Segundo Bastiani et al. (2010), em um estudo realizado com 80 gestantes frequentadoras de consultórios médicos particulares e de Unidades Básicas de Saúde da cidade de Maringá-PR, na faixa etária de 14 a 40 anos, sendo a maioria primigestas, observou que a maioria tinha consciência da necessidade de cuidados médicos através das consultas pré-natal, mas que apenas 20% dos Cirurgiões dentistas fazem parte dos programas de pré-natal e que por consequência disso é necessário conscientizar as gestantes sobre a presença de possíveis alterações bucais, sendo necessária uma efetiva participação dos dentistas nos programas de educação em saúde.

Das alterações periodontais, sobre tudo a gengivite, metade das gestantes entrevistadas afirmam ter conhecimento da doença, 55% ainda não sabem como evitá-la e dentre as que diziam saber, somente 20% responderam corretamente como preveni-la. A respeito do tumor gravídico, 96,25% não tinham conhecimento sobre esta alteração, e todas pensavam se tratar de um tumor maligno. Estes resultados refletem que, apesar do objetivo da Odontologia atual ser a promoção da saúde, as gestantes continuam desinformadas sobre como evitar tais alterações corroborando a importância dos cuidados preventivos odontológicos, à acessibilidade às gestantes ainda fica limitada (BASTIANI et al., 2010)

Segundo BASTIANI et al. (2010)

Um estudo realizado por Montandon *et al.* (2001) demonstra através de uma pesquisa que de 108 gestantes encontradas no Hospital Universitário de João Pessoa-PB, 62% diminuíram a frequência de escovação, principalmente no período da manhã, devido aos enjoos matutinos, e 20,4% das que mantiveram a mesma frequência, informaram que escovavam mais rápido e com menos eficiência.

Estando assim, evidente o quanto as orientações referentes a essas possíveis alterações auxiliam de forma positiva a gestante, é importante ressaltar que uma alimentação equilibrada, saudável e completa também contribui significativamente em toda a gestação, uma vez que ela contribuiu para a formação adequada e no desenvolvimento do bebê, assim como na saúde geral da mãe.

Segundo Batista, Moreira e Corso (2007)

Os estudos realizados até o momento sugerem que a desnutrição durante o período de desenvolvimento dos dentes, pode induzir o aumento da susceptibilidade à cárie dentária por três prováveis mecanismos: defeitos na formação dentária (odontogênese), retardo na erupção dos dentes e alterações nas glândulas salivares.

Os benefícios de boas práticas de saúde certamente se estenderão ao futuro bebê, por meio da adoção de hábitos alimentares adequados e de medidas preventivas. A literatura tem demonstrado que mães bem informadas e motivadas cuidam melhor da saúde bucal de seus filhos (CODATO *et al.*, 2011).

Segundo Batista *et al.* (2007), a alimentação saudável também deve ser descrita como uma das orientações principais, uma vez que ela implica em toda gestação através da nutrição, contribuindo para a formação adequada do feto e no desenvolvimento do bebê, assim como a saúde da mãe.

Tratando-se do atendimento à gestante, ainda hoje existe muita insegurança por parte da paciente e receio por parte dos profissionais, em relação aos cuidados com a saúde do bebê no momento do atendimento prestado à mãe. Mas o atendimento pode ser realizado com segurança durante todo o período gestacional, uma vez que os riscos de dor e da disseminação de infecções possam causar maiores danos, do que os relacionados ao tratamento, sendo que no segundo trimestre seja o período mais indicado (MAMELUQUE *et al.*, 2005)

Lembrando que todos os cuidados básicos devem ser tomados desde o primeiro contato da gestante com o profissional, radiografias podem ser feitas de forma segura, a prescrição de medicamentos também conforme as restrições próprias dessa fase e a condição de saúde da gestante, e a aplicabilidade dos anestésicos locais (BASTIANI *et al.*, 2010).

Entretanto, mesmo que com grande variabilidade de ações por parte dos profissionais, os resultados permitem chegar a um protocolo seguro para a atuação dos cirurgiões dentistas frente ao tratamento de paciente em estado gestacional, este representado pelo Quadro 1.

Quadro 1: Protocolo de Atendimento Clínico a Gestante

Melhor horário para realizar as consultas	Preferencialmente na segunda metade da manhã	Na primeira consulta realiza-se a anamnese com um conjunto de orientações e a escovação supervisionada (se necessário parecer do médico que acompanha as consultas pré-natal)	
Posição da Cadeira	Posição decúbito Lateral		
Período gestacional mais indicado para o atendimento	Segundo trimestre	Mas casos de urgência como drenagem de abscessos, pulpites, tratamento endodôntico, deve-se realizar em qualquer trimestre, devido aos riscos de processos infecciosos	
Radiografias Odontológicas	Podem ser realizadas com segurança desde que medidas protetoras sejam tomadas	Devem ser evitadas preferencialmente no primeiro trimestre devido a fase de organogênese	
Solução Anestésica e vasoconstritora mais indicada	Indicação	Dose Máxima	
	Lidocaína 2% com adrenalina 1:100.000	Dois Tubetes (3,6 ml)	
Sais Anestésicos e Vasoconstritores Contraindicados	Prilocaína		
	Bupivacaína		
	Benzocaína		
	Mepivacaína		
	Felipressina		
	Fenilefrina		
Analgésicos – Prescrição Medicamentosa Indicada	1ª Escolha	2ª Escolha	Contraindicado
	Paracetamol com dose máxima diária de 4g	Dipirona	Ácido Acetilsalicílico
Antibióticos	Indicados	Contraindicados	
	Amoxicilina e Ampicilina	Metronidazol, Tetraciclina e Eritromicina	
Alérgicos à Penicilinas	Indicação		
	Cefalosporina		
	Macrolídeos		
	Clindamicina		
Anti-inflamatórios (AINES)	Não é aconselhado o uso em gestantes	Caso seja necessário administrar menor dose possível e retirar 8 semanas antes do parto	

Corticosteroides	São mais seguros que os AINES sendo mais indicado o uso tópico de Predinisona e Prednisolona	Caso necessário o uso por procedimentos invasivos, administrar Dexametasona em dose única de 4mg
-------------------------	--	--

Fonte: BASTIANI *et al.*, 2010; AMADEI *et al.*, 2011; ANDRADE, 2014.

3. CONCLUSÃO

Conclui-se que diante das mudanças que ocorrem na gestação é fundamental ter conhecimento das características de cada trimestre gestacional e dos cuidados e recomendações a serem tomados e passados à gestante durante o atendimento odontológico, incluindo o indicação e uso do exame radiográfico, administração de fármacos pré, trans e pós-operatórios e o uso de anestésicos para que o Cirurgião Dentista possa realizar os procedimentos odontológicos e julgando a necessidade de intervenção em qualquer fase da gestação, sendo preferencialmente o segundo trimestre o mais indicado. Conclui-se também que a inserção do Cirurgião Dentista na equipe multidisciplinar faz diferença no quadro clínico da gestante, através dos programas de educação em saúde como o pré-natal odontológico participando da motivação e sensibilização das gestantes a melhor cuidarem da sua saúde e também da saúde de seus filhos.

4. REFERÊNCIAS

AMADEI, S. U. *et al.* Prescrição medicamentosa no tratamento odontológico de grávidas e lactantes. **RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (online)**, v. 59, n. supl. 1, p. 31-37, jan./jun., 2011. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372011000500005. Acesso em: 13 mar. 2021.

ASSUNÇÃO, A. C.; MIGUEL, D. A. **Assistência odontológica a gestante e lactante com ênfase no tratamento endodôntico**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Endodontia), Instituto de Estudos da Saúde e Gestão Sérgio Feitosa, Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <https://www.iesposgraduacao.com.br/assets/downloads/2dceb3de5166919254d1d9154cb8f8d6.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2021.

ANDRADE, E. D. **Terapêutica medicamentosa em odontologia**. 3.ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014. Disponível em: https://coimplante.odo.br/Biblioteca/Publica%C3%A7%C3%B5es%202018/Teraputica_Medicamentosa_em_Odontologia___Andrade___3_Ed_2014.pdf. Acesso em: 08 abr. 2021.

BASTIANI, C. *et al.* Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. **Odontologia Clínica-Científica (online)**, v. 9, n. 2, p. 155-160, abr./jun., 2010. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-38882010000200013&script=sci_arttext. Acesso em 16 mar. 2021.

BATISTA, L. R. V.; MOREIRA, E.A.M.; CORSO, A. C. T. Alimentação, estado nutricional e condição bucal da criança. **Revista de Nutrição**, v. 20, n. 2, p. 191-196, abr., 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/pWzRZFmQx4SShPGZQtJZpSK/?lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde bucal**: caderno de atenção básica, nº 17. 1.ed. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf. Acesso em: 05 mai. 2021.

CARVALHO, B. *et al.* O emprego dos anestésicos locais em Odontologia: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 70, n. 2, p. 178-181, jul./dez., 2013. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722013000200016. Acesso em: 05 abr. 2021.

CODATO, L. A. B. *et al.* Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2297-2301, abr., 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Q8mF4PJdb6mnjKbzcPf6C4z/?lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2021.

COUTINHO, E. C. *et al.* Gravidez e parto: o que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. esp2, p. 17-24, dez., 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/sHRmhNMCs4j77gZvbYxRydC/?lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2021.

CRUZ, S. S. *et al.* Doença periodontal materna como fator associado ao baixo peso ao nascer. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 782-7, out., 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/fhwJNV7zcfHJQd3ccZGFbDr/?lang=pt>. Acesso em: 05 mai. 2021.

FREIRE, M. C. M.; SHEIHAM, A.; BINO, Y. A. Hábitos de higiene bucal e fatores sociodemográficos em adolescentes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 4, p. 606-14, 2007. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rbepid/2007.v10n4/606-614/pt>. Acesso em 10 mar. 2021.

GOMES, C. B. *et al.* Hábitos alimentares das gestantes brasileiras: revisão integrativa da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2293-2306, jun., 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2019.v24n6/2293-2306/pt/>. Acesso em: 05 mai. 2021.

MAMELUQUE, S. *et al.* Abordagem integral no atendimento odontológico à gestante. **Unimontes Científica**, v. 7, n. 1, p. 67-75, jan./jun., 2005. Disponível em: <http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/viewFile/81/75>. Acesso em 15 mai. 2021.

MOIMAZ, S. A. S. M. *et al.* O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. **Revista e Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 19, n. 1, p. 39-

45, jan./abr., 2007. Disponível em:

http://arquivos.cruzeirosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/3_janeiro_abril_2007/o_acesso_gestantes.pdf. Acesso em: 20 mar. 2021.

MONNERAT, A. F.; SOUZA, M. I. C.; MONNERAT, A. B. L. Tratamento Restaurador Atraumático. Uma técnica que podemos confiar? **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 70, n. 1, p. 33-6, jan./jun., 2013. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722013000100008. Acesso em: 10 abr. 2021.

MOREIRA, M. R. *et al.* Pré-natal odontológico: noções de interesse. **JMPHC Journal of Management and Primary Health Care**, v. 6, n. 1, p. 77-85, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/309188443_Pre-natal_odontologico_nocoas_de_interesse. Acesso em: 07 mai. 2021.

PASSINI JÚNIOR, R.; NOMURA, M. L.; POLITANO, G. T. Doença periodontal e complicações obstétricas: há relação de risco? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 7, p. 372-7, jul., 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/dhkt85hBtBMLxfWkxPbh6xx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 mai. 2021.

PICCININI, C.A. *et al.* Gestão e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 1, p. 63-72, mar., 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/dmBvk536qGWLgSf4HPTPg6f/?lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2021.

POLETTTO, V. C. *et al.* Atendimento odontológico em gestantes: uma revisão da literatura. **Stomatós**, v. 14, n. 26, p. 64-75, jan./jun., 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/850/85012264009.pdf>. Acesso em 01 mai. 2021.

REIS, D. M. *et al.* Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 269-275, jan., 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Vz4jXkQhRxttghWDxHvTRDc/?format=html>. Acesso em 10 abr. 2021.

SILVA, S. Z. O. **Pré natal odontológico**: a importância da educação em saúde para a promoção da saúde bucal no período gestacional. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Atenção Básica a Saúde da Família), Universidade Federal de Minas Gerais, Teófilo Otoni, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4144.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2021.

VASCONCELOS, R. G. *et al.* Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. **Revista Brasileira de Odontologia (online)**, v. 69, n. 1, p. 120-224, jan./jun., 2012. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722012000100027. Acesso em: 01 abr. 2021.

VIEIRA, D. R. P. *et al.* Associação entre doença periodontal na gravidez e parto pré-termo baixo peso ao nascer. **Odontologia Clínica-Científica (online)**, v. 9, n. 4, p.

311-314, dez., 2010. Disponível em:
http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882010000400007. Acesso em: 12 abr. 2021.