

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

DENISE MARIA FERRAREZ FARIA

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO ÀS
GESTANTES

Contagem – MG
2010

DENISE MARIA FERRAREZ FARIA

**ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO ÀS
GESTANTES**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Marcos
Azeredo Furquim Werneck

Contagem – MG
2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Monografia intitulada “Atendimento odontológico às gestantes”, de autoria de Denise Maria Ferrarez Faria e aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

RESUMO

A presente revisão de literatura tem como proposta orientar o cirurgião dentista no atendimento odontológico de gestantes, a partir do conhecimento das alterações que ocorrem durante o período gestacional, para se estabelecer um plano de tratamento seguro e vencerem os tabus que, de alguma forma, vem dificultando o atendimento a estas pacientes. As alterações bucais como a gengivite e periodontite, podem ser explicadas pelas mudanças hormonais, bem como a incidência de cárie pode aumentar em função da mudança da dieta e das repetidas regurgitações. A escolha do 2º trimestre como o melhor período para se realizar tratamentos dentários se deve ao fato de ser período de maior estabilidade da gestação, porém casos de urgência devem ser resolvidos em qualquer época. Fármacos em geral devem ser usados somente quando necessário, sendo a amoxicilina e paracetamol o antibiótico e o analgésico de escolha mais seguros respectivamente. O uso dos anestésicos locais não é contra indicado, sendo a lidocaína 2% com vasoconstritor o mais seguro. A radiografia dentária não apresenta nenhum risco ao feto, desde que se usem medidas básicas de prevenção. O flúor tópico comprovadamente reduz os índices de cárie materna, mas sem efeitos na formação dos dentes do bebê.

Para esta revisão literária foram consultados livros, revistas e também artigos científicos e monografias, obtidos através de bases virtuais de dados cujo período de publicação foi entre 2000 e 2010.

Palavras-chave: Gestante, atendimento odontológico, alterações sistêmicas, plano de tratamento, equipe de saúde da família.

ABSTRACT

This review has the purpose to guide the dentist in the dental care of pregnant women, from the knowledge of the changes that occur during pregnancy, to establish a plan for safe treatment and overcome the taboos that somehow comes making it difficult to care for these patients. Oral diseases such as gingivitis and periodontitis, can be explained by hormonal changes, as well as the incidence of caries may increase due to the change of diet and repeated regurgitations. The choice of the second quarter as the best time to perform dental treatment is due to is more stable period of gestation, but urgent cases should be resolved at any time. Drugs in general should be used only when necessary, knowing that antibiotic amoxicillin and analgesic paracetamol are the safest choice. The use of local anesthetics is not contraindicated and 2% lidocaine with epinephrine as safe. The dental radiography presents no risk to the fetus, since it is using basic preventive measures. Topic fluoride proven to reduce rates of maternal caries, but no effect on the formation of baby teeth.

For this literature review, were consulted books, magazines and also papers and monographs, obtained through virtual data bases of publications whose period was between 2000 and 2010.

Keywords: Pregnancy, dental care, systemic symptoms, treatment planning, family health team.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 OBJETIVOS.....	8
2.1 Objetivo Geral.....	8
2.2 Objetivos Específicos.....	8
3 ALTERAÇÕES SISTÊMICAS QUE OCORREM DURANTE A GRAVIDEZ.....	9
3.1. Alterações Fisiológicas.....	9
3.1.1. Alterações cardiovasculares.....	9
3.1.2. Alterações hematológicas.....	10
3.1.3. Alterações respiratórias.....	10
3.1.4. Alterações gastrointestinais.....	11
3.1.5. Alterações renais.....	11
3.1.6. Alterações hormonais.....	11
3.2. Alterações psicológicas.....	12
3.3. Alterações Bucais.....	13
4 PERÍODOS GESTACIONAIS E INTERVENÇÕES ODONTOLÓGICAS.....	14
4.1. Primeiro Trimestre.....	14
4.2. Segundo Trimestre.....	14
4.3. Terceiro Trimestre.....	15
5 FÁRMACOS E GRAVIDEZ.....	16
5.1. Prescrevendo para gestantes.....	16
5.1.1. Antibióticos mais Indicados para gestantes.....	16
5.1.2. Analgésicos e antiinflamatórios.....	18
5.1.3. Corticosteróides.....	19
5.1.4. Ansiolíticos.....	19
6 ANESTÉSICOS LOCAIS E VASOCONSTRITORES.....	20
6.1 Farmacocinética.....	20
6.2 Classificação dos anestésicos locais.....	21
6.3 Ação dos vasoconstritores.....	22
7 FLÚOR COMO SUPLEMENTO.....	23
8 TOMADAS RADIOGRÁFICAS.....	24
9 DISCUSSÃO.....	25
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

O atendimento odontológico às gestantes na atenção básica deverá ser de forma multi e interdisciplinar, de modo que elas tenham um atendimento integral e humanizado. A integração da equipe proporcionará às gestantes mais informações, diminuindo desta maneira os entraves sócio-culturais que geram dúvidas com relação ao atendimento odontológico durante a gravidez.

Trabalhar em equipe é um desafio para a saúde bucal que, nas últimas décadas, vem exercendo a sua prática nos moldes do modelo de atenção cientificista/biomédico. Faccin (2006) destaca a integração da odontologia à equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) como fator significativo na ruptura desse modelo, situando-a como atuante não somente da saúde bucal, mas também na saúde de forma ampliada. Rocha (2006) enfatiza um dos conceitos para integralidade, abordado por Werneck e Rocha (2004), como o trabalho em equipe, onde todos os membros são responsáveis pelos problemas de cada usuário, resguardadas as especificidades de cada profissional, com responsabilização, ampliando assim, a abordagem dos problemas. Ressalta ainda a importância da organização do processo de trabalho, que possibilita reduzir a fragmentação no atendimento, garantindo maior eficiência.

As dificuldades e o despreparo que muitos profissionais demonstram ao abordar os problemas apresentados pela gestante iniciam-se com falhas em sua formação acadêmica. Moimaz (2006) relata as poucas faculdades de odontologia no país que oferecem a possibilidade de atendimento às pacientes gestantes durante o curso de graduação e os raros trabalhos na literatura sobre avaliação de programas educativos direcionados às gestantes.

Para Werneck (2009) outro fator que contribui para esse quadro na prática das ações cotidianas de saúde bucal é a não exigência dessa abordagem pelo serviço ou mesmo a simples “não abordagem” de certas questões relativas à gravidez. Diante dessa

“omissão” de abordagem, procedimentos necessários para um bom diagnóstico ficam comprometidos, tornando-se um risco para a gestante e também para seu futuro bebê.

Konishi e Abreu-Lima (2002) observaram que as crenças da associação entre gestação e odontologia são responsáveis pela maior dificuldade na implantação de um serviço odontológico no pré-natal, sendo o medo de danos ao bebê a maior preocupação da mãe. Martins (2004) afirma que os riscos para o bebê durante um tratamento dentário são, na maioria dos casos, menores do que os riscos que os problemas bucais podem causar à mãe e ao bebê. As conseqüências da dor ou de uma infecção que pode se disseminar no organismo materno é mais prejudicial à mãe e ao feto do que aquelas decorrentes do tratamento odontológico.

Portanto o empenho de todos os profissionais envolvidos é importante para a construção de um novo modo de operar as ações de saúde, em que a aproximação entre os diferentes profissionais da equipe, e dessa com a comunidade, torna-se possível um movimento contínuo de reflexão, onde todos possam, ao mesmo tempo, ensinar e aprender. Surge então um novo modo de abordar os problemas e torna a consulta uma ação de maior amplitude, que passa a ser conhecida como **cuidado**, que vai além da ação de vigilância, passando para uma postura pró-ativa de proteção. (BRASIL, 2008).

2 OBJETIVOS

2.1. Geral

Trabalhando na Atenção Primária de Saúde constatei, durante atendimento feito às gestantes, que a grande maioria encontrava-se totalmente desinformada sobre sua saúde bucal e com receio do tratamento, já que muitos dentistas orientavam para que elas retornassem após sua gestação.

Portanto, este trabalho tem como objetivo, instrumentalizar a prática do cirurgião dentista no atendimento odontológico às gestantes para o estabelecimento de informações claras e um plano de tratamento seguro quanto ao uso de medicamentos, o emprego de anestésicos locais e de tomadas radiográficas, contribuindo para melhoria do atendimento.

2.2. Específicos

Proporcionar aos Cirurgiões-Dentistas da rede de atenção primária, informações básicas sobre:

- Alterações sistêmicas ocorridas durante a gravidez;
- Períodos gestacionais e intervenções odontológicas;
- Prescrição de fármacos;
- Utilização dos anestésicos locais e vasoconstritores;
- Uso do flúor na gestação;
- Realização de tomadas radiográficas.

3 ALTERAÇÕES SISTÊMICAS QUE OCORREM DURANTE A GRAVIDEZ

3.1 Alterações Fisiológicas

Durante a gestação o organismo materno passa por profundas alterações fisiológicas que irão proporcionar as condições necessárias para que o feto se desenvolva. Essas alterações podem ser agravadas se determinantes sociais estiverem atuando negativamente em sua saúde. Por isso, saber das alterações fisiológicas é importante, mas é fundamental conhecer a realidade local de sua área de abrangência, o que tornará a qualidade da prestação do serviço mais eficiente e eficaz.

3.1.1 Alterações cardiovasculares

Várias alterações ocorrem no sistema cardiovascular durante a gestação. No primeiro trimestre o débito cardíaco aumenta 30-50%. A frequência cardíaca de repouso pode sofrer uma elevação de 15-20%, passando de 70 para 85 batimentos/ min (PASCHOALINE, 2009). Essas alterações ocorrem para garantir nutrientes e oxigênio ao feto adequadamente e também proteger a mãe contra os efeitos da diminuição do retorno venoso decorrente da compressão uterina durante a gestação e da perda sanguínea no parto (FINKELSTEIN et al.,2004).

Pressão arterial diminui cerca de 10% até a 28ª semana de gestação, devido à redução da resistência vascular periférica, sendo que ao final da gestação ela retorna gradualmente ao valor pregestacional (PASCHOALINE et al., 2009).

Durante o segundo e terceiro trimestre pode ocorrer redução do débito cardíaco e da pressão arterial quando a gestante assume a posição supina. Isto ocorre como consequência da diminuição do retorno venoso ao coração, causado pela compressão da veia cava inferior pelo útero gravídico, podendo causar hipotensão, síncope, bradicardia e diminuição da perfusão placentária, caracterizando a síndrome de hipotensão supina (TURNER & AZIZ, 2002).

3.1.2 Alterações hematológicas

Durante a gravidez ocorre um aumento substancial do volume sanguíneo. Turner & Aziz (2002) relatam que o volume sanguíneo aumenta de 20% a 52% e as células vermelhas aumentam de 20% em relação à mulher não grávida. Apesar de ocorrer um incremento na quantidade de glóbulos vermelhos este não acompanha o do plasma ocorrendo na mulher o que se denomina anemia relativa da gestação, que atinge seu pico por volta de 30 a 32 semanas.

A anemia materna tem sido reduzida pelo uso de suplemento de ferro (SONIS et al., 1996), mas mal administrado por via sistêmica pode causar pigmentação dentária (ELIAS, 1995).

Ocorre um aumento nos fatores de coagulação para prevenir a perda excessiva de sangue no momento do parto (PASCHOALINE et al., 2009). Há também um aumento na contagem de leucócitos. O incremento da circulação de catecolaminas e cortisol leva a uma migração dos leucócitos teciduais para a circulação, o que causa um aumento de 5000 para 10000 leucócitos na circulação (TURNER & AZIZ, 2002).

3.1.3 Alterações respiratórias

Em relação às alterações do sistema respiratório, Turner e Aziz (2002) explicam que o diafragma é deslocado para cima cerca de 4 cm, devido ao crescimento do útero, o que leva a uma redução de 15 a 20% no volume respiratório residual funcional. O índice metabólico basal aumenta elevando a demanda de oxigênio e a frequência respiratória (SONIS et al., 1996)

A mucosa das vias aéreas pode apresentar hiperemia, hipersecreção e edema, principalmente no 3º trimestre, os quais podem predispor a eventos obstrutivos das vias aéreas superiores e ao ronco, podendo ocasionar um aumento na incidência da síndrome da apnéia obstrutiva nesse período (SANTIAGO et al., 2001).

3.1.4 Alterações gastrointestinais

Durante a gestação ocorre um deslocamento significativo do estômago pelo útero, provocando uma alta pressão intragástrica. Ao mesmo tempo, ocorre uma diminuição do tônus do esfíncter inferior do esôfago devido à inibição da produção do hormônio peptídeo motilina e pelo aumento da quantidade de progesterona.

Estas alterações levam ao aumento da incidência de pirose e refluxo gástrico (azia), em cerca de 70% de todas as mulheres grávidas, bem como aumento do tempo de esvaziamento gástrico que é quase o dobro em comparação com a das mulheres não grávidas.

A diminuição do tônus do esfíncter esofágico, a elevação da pressão gástrica, e o retardamento do esvaziamento gástrico aumentam a incidência de refluxo gástrico e regurgitação o que contribui ainda mais com os casos de pirose (TURNER & AZIZ, 2002).

3.1.5 Alterações Renais

Observa-se um aumento do fluxo plasmático renal e um aumento da velocidade de filtração glomerular, fazendo com que os valores dos clearances sejam mais altos. Quando drogas com clearance renal são usadas na gravidez, suas doses deverão ser ajustadas devido ao aumento da eliminação dos medicamentos (TURNER & AZIZ, 2002).

3.1.6 Alterações Hormonais

As alterações hormonais durante a gestação estão relacionadas à placenta, cuja função é promover as trocas de nutrientes, gases e metabólitos entre o organismo materno e fetal (NEME, 1994)

O principal hormônio produzido pela placenta, a gonadotropina coriônica humana, impede que os ovários liberem óvulos, estimulando-os a produzir continuamente os altos níveis de estrogênio e progesterona durante o primeiro trimestre (GUYTON, 1998). O estrógeno está relacionado com a preparação dos seios para lactação, crescimento uterino e o relaxamento dos ligamentos pélvicos preparando para o parto. A

progesterona é responsável pela implantação do embrião, estimulando o desenvolvimento do endométrio, assegurando uma nutrição adequada ao feto. Também prepara os seios para lactação. No final da gestação, está relacionada à indução do parto (SONIS et al., 1996; GUYTON, 1998; ELIAS, 1995)

A somatomotropina estimula o desenvolvimento do feto, efeito semelhante ao hormônio do crescimento produzido pela hipófise, porém com fraco efeito. Também é responsável por assegurar nutrição adequada do feto, diminuindo a utilização da glicose pela mãe e tornando-a disponível em maior quantidade para o feto. (GUYTON, 1998).

As glândulas paratireóides também aumentam de tamanho durante a gravidez, sobretudo se a mãe estiver recebendo dieta deficiente em cálcio. O aumento dessas glândulas provoca absorção de cálcio dos ossos maternos mantendo normal a concentração de íons cálcio no sangue para a ossificação fetal (GUYTON, 1998). Os dentes não participam do metabolismo sistêmico do cálcio da mãe e, por isso, o conteúdo mineral dos dentes da grávida não apresenta diminuição do teor de cálcio (ELIAS, 1995).

3.2. Alterações psicológicas

A gravidez pode ser um fator gerador de ansiedade tornando a mulher mais vulnerável ao desenvolvimento das perturbações emocionais (WANNMACHER & FERREIRA, 1999). O tratamento odontológico sendo realizado por uma equipe multiprofissional poderá ser excelente oportunidade para prevenir, detectar e esclarecer dúvidas, diminuindo o estresse gerado no atendimento. Nesse sentido, Elias (1995) relata a importância do profissional de saúde transmitir segurança, observando as mudanças emocionais apresentadas pelas gestantes, principalmente durante os primeiros meses, para que elas se sintam confiantes, evitando que alterações psíquicas interfiram no tratamento.

3.3. Alterações Bucais

O período gestacional, como já relatado, é determinado por elevação de taxas hormonais que irão repercutir na fisiologia bucal, modificando o equilíbrio normal da boca. Porém, a má higiene bucal, dieta rica em açúcares e aumento da frequência das refeições, são fatores que potencializarão as manifestações bucais (TORTAMANO & ARMONIA, 2001).

As regurgitações e vômitos expõem o esmalte do dente ao ácido gástrico, contribuindo para desmineralização dental e conseqüentemente o aumento de cáries (MARTINS, 2004). Neste caso deve sempre orientar as pacientes lavar a cavidade bucal com água ou enxaguatórios bucais com flúor (MILLS & MOSES, 2004).

Dias-Guzman e Castellanos-Suarez (2004) relatam que alguns autores consideram normal o sangramento durante a gravidez, por ser uma alteração comum. A progesterona causa o aumento do exsudato, favorece o crescimento das células endoteliais e estimula a síntese de citocinas inflamatórias, particularmente as prostaglandinas, influenciando a microbiota da placa bacteriana. A gengiva se torna edematosa, eritematosa e com tendência ao sangramento (ELIAS, 1995).

O granuloma piogênico ou tumor gravídico acomete, em torno de 5% das mulheres grávidas e acontece devido ao aumento do estrogênio, que provoca aumento da vascularização, associado à irritação local como trauma, biofilme e cálculo dental (DIAZ-GUZMAN & CASTELLANOS-SUAREZ, 2004). Apresenta-se como uma lesão proliferativa não neoplásica, séssil ou pediculada, indolor, avermelhada, mole à palpação e com tendência à hemorragia espontânea, localizada preferencialmente na gengiva, região anterior (TURNER & AZIZ, 2002). Sonis et al (1996) propõe que o tratamento deve ser adiado, já que algumas lesões possam regredir espontaneamente após o parto. Entretanto se a lesão se tornar sintomática, acarretando desconforto, ela deverá ser removida.

Assim como a gengivite, a periodontite pode ser exacerbada pelos níveis hormonais alterados. Estudos têm mostrado que essa infecção contribui para o nascimento de bebês com baixo peso e prematuros (MARTINS, 2004).

4 PERÍODOS GESTACIONAIS E INTERVENÇÕES ODONTOLÓGICAS

A fim de diminuir o estresse das consultas o Cirurgião-Dentista (CD), tomando conhecimento dos mitos e crenças vivenciadas pela gestante, deverá estabelecer um vínculo mais seguro e confiante com a paciente grávida. Identificar o período de gestação também é importante, já que a ação dos diferentes aspectos emocionais e físicos exige, do profissional, cuidados e restrições a serem respeitados em cada trimestre (RITZEL et al., 2005).

4.1 Primeiro Trimestre

É o período em que ocorrem as principais transformações embrionárias, estando o feto, portanto mais vulnerável ao risco de teratogenia e ao aborto espontâneo. Nessa fase também a mulher pode apresentar episódios de náuseas e vômitos, o que pode tornar o tratamento dentário inadequado neste período (MILLS & MOSES, 2004).

Instruções quanto à higiene bucal, limpeza dentária e aplicação tópica de flúor podem ser realizadas em qualquer época do período gestacional, sem oferecer perigos ao feto. Entretanto, as urgências odontológicas sempre devem ser solucionadas, optando por procedimentos mais conservadores. Caso seja necessário um tratamento mais invasivo, contatar o médico da gestante para obter informações sobre o estado geral da mesma e possíveis intercorrências obstétricas e clínicas (SCAVUZZI & ROCHA, 1999).

4.2 Segundo Trimestre

O segundo trimestre é considerado o período ideal para o atendimento odontológico, podendo ser realizado pequenos procedimentos cirúrgicos, que não possam ser adiados, adequação do meio bucal e controle de placa (PERES et al., 2001). Deve-se procurar realizar o tratamento de forma que a paciente se sinta confortável e em sessões rápidas (ARMONIA & TORTAMANO, 1998).

4.3 Terceiro Trimestre

Nessa fase a gestante apresenta desconforto na cadeira odontológica durante o atendimento. Portanto a cadeira deverá ser reclinada de modo que a paciente fica em posição semi-supina, evitando desta maneira a ocorrência da Síndrome de Hipotensão Supina, já relatado anteriormente. Silva et al (2006) acrescenta que o cirurgião dentista poderá colocar uma almofada para elevar a parte direita do quadril ou a gestante ficar voltada para o lado esquerdo, impedindo a compressão da veia cava inferior pelo útero.

Nos casos de tratamento invasivo não-emergencial deve-se adiar para após o nascimento da criança. Realizar procedimentos de urgências de curta duração, evitando deste modo ansiedade e stress (DE CASTRO et al., 2002).

5 FÁRMACOS E GRAVIDEZ

Quando se prescreve medicamento a uma gestante, deve-se sempre ter em mente que o feto é potencial receptor do mesmo. Sabe-se hoje que o conceito de barreira placentária está descartado, pois qualquer fármaco administrado em dose adequada à gestante é capaz de atravessar a placenta. Os medicamentos são responsáveis por 2 a 3% das malformações, além de provocar a morte do feto nos primeiros dias de gestação (ARMONIA & TARTAMANO, 1998).

Os fármacos devem ser prescritos na gravidez somente quando as evidências sugerem que os benefícios esperados para a mãe superam o risco para o feto, sendo, pois necessário interagir com o médico da gestante sobre riscos e benefícios do procedimento. Todos os fármacos deveriam ser evitados, quando possível, durante o primeiro trimestre (ANDRADE, 2001).

5.1 Prescrevendo para gestantes

O CD antes de prescrever para gestantes deve procurar informações a respeito do medicamento observando seus efeitos adversos, interações medicamentosas e a possível necessidade de alterar o esquema terapêutico, já que o volume sanguíneo, a metabolização hepática e a excreção renal se encontram aumentados. Também a redução da concentração de proteínas plasmáticas pode diminuir a ligação da droga, aumentando a quantidade de medicamento livre, o que seria tóxico para o feto (TURNER & AZIZ, 2002).

5.1.1. Antibióticos mais indicados para gestantes

Penicilinas: penicilina V, amoxicilina

São os antimicrobianos de primeira escolha quando se verifica manifestações sistêmicas da infecção. Tem ação bactericida e baixa toxicidade, não causando danos ao organismo materno e ao feto. (BRASIL, 2008).

Cefalosporinas: Cefalexina

São agentes bactericidas, com o mesmo mecanismo de ação das penicilinas. Apresentam baixa toxicidade, podendo ser usadas na gravidez. Reações alérgicas são similares às das penicilinas, porém ocorrem com menor frequência (5% dos casos). Por isso, são substitutivos destas em pacientes com reações de hipersensibilidade tardias. Ao contrário, devem ser evitadas nas gestantes que têm história de reações imediatas graves, como angioedema e anafilaxia. (BRASIL, 2008)

Eritromicina:

É comercializada como ésteres (estolato, estearato e etilsuccinato). O Estolato de eritromicina não é recomendado a gestantes, devido ao risco de desenvolvimento de hepatite colestática de fundo alérgico. Estearato de eritromicina tem uso restrito para tratamento de infecções por microorganismos gram positivos em gestantes alérgicas às penicilinas. O uso é limitado primariamente pelos efeitos adversos gastrintestinais (dor epigástrica, diarreia, náusea e vômito), o que faz com que cerca de um terço dos pacientes não complete a terapia. (BRASIL, 2008)

Metronidazol:

O metronidazol tem sido empregado na periodontia em associação à amoxicilina, porém seu uso em gestantes é controverso. A forma reduzida da droga é teratogénicas, mas seres humanos não são capazes de reduzir o metronidazol e por isso não devem estar em risco. Embora não tenha sido associada com efeitos adversos fetais, atualmente é recomendável apenas para utilização no segundo e terceiro trimestre, considerando risco-benefício. No primeiro trimestre apresenta potencial carcinogênico (TURNER & AZIZ, 2002; BRASIL, 2008).

5.1.2 Analgésicos e antiinflamatórios

Paracetamol:

Efeito analgésico e antipirético, com pequena atividade antiinflamatória. É considerado como a droga de escolha na gravidez, sendo seguro em doses terapêuticas. Porém altas doses podem causar anemia e problemas renais no feto (ELIAS, 1995).

Dipirona:

A dipirona tem como efeitos adversos a retenção de água e sódio e está associada à agranulose fetal (ELIAS, 1995), doença rara no Brasil. É a droga de segunda escolha na gravidez (ARMONIA, 1998).

Antiinflamatórios não-esteróides:

A literatura mostra que os antiinflamatórios em geral devem ser evitados na gestação, pois são inibidores da síntese das prostaglandinas, o que pode provocar efeitos adversos para mãe e para o feto (WANNMACHER & FERREIRA, 1999).

Acido acetilsalicílico:

Antiinflamatório não-esteróide de ação analgésica. Deve-se evitar no terceiro trimestre devido a risco de hemorragia, prolongar a gestação e inibir o trabalho de parto. Doses elevadas podem levar ao fechamento prematuro do ducto arterioso fetal no útero e consequentemente hipertensão pulmonar persistente no recém nascido (BRASIL, 2008; ELIAS, 1994).

Diclofenaco:

Antiinflamatório não-esteróide. No terceiro trimestre pode ocasionar o fechamento do ducto arterioso fetal no útero e possivelmente hipertensão pulmonar persistente no recém-nascido, além de provocar retardado e aumento da duração do trabalho de parto (BRASIL, 2008).

5.1.3 Corticosteróides:

Não deve ser usado em grande quantidade ou por tempo prolongado devido ao risco de anomalias fetais (BRASIL, 2008). Os corticosteróides preferenciais na gestação são prednisona e prednisolona, por atravessarem com mais dificuldade a placenta (WANNMACHER & FERREIRA, 1999).

A utilização de formas tópicas no tratamento de lesões inflamatórias bucais é segura para as gestantes (SILVA et al, 2006).

5.1.4. Ansiolíticos

Diazepam:

O uso na gravidez causa malformações. No primeiro e segundo trimestres pode aumentar o risco de aparecimento de fenda labial palatina. Administrado próximo ao parto induz hipotonia e sintomas de abstinência no recém-nascido (BRASIL, 2008).

6 ANESTÉSICOS LOCAIS E VASOCONSTRITORES

O uso de anestésicos locais na gravidez é aceitável, desde que o CD utilize a técnica correta, evitando injeção intravascular acidental, faça controle da quantidade de droga administrada, avalie a utilização ou não do vasoconstritor, e considere os efeitos citotóxicos e a possibilidade de ocasionar problemas ao feto (SCAVUZZI & ROCHA, 1999; ANDRADE, 2001; MALAMED, 2004).

Todos os sais anestésicos atravessam facilmente a placenta, sendo que o tamanho das moléculas e o grau de ligação plasmática do anestésico irão determinar a velocidade e a quantidade transferida do anestésico na circulação materna. Quanto maior o grau de ligação do anestésico às proteínas plasmáticas, maior é o grau de proteção ao feto, pois anestésico ligado não atravessa a placenta. (SILVA et al., 2000).

6.1. Farmacocinética

O metabolismo do anestésico local é importante, pois a toxicidade geral da droga depende do equilíbrio entre a velocidade de absorção para a corrente sanguínea no local da injeção e a velocidade em que ela é removida do sangue, através dos processos de absorção tecidual e metabolismo. Os anestésicos do tipo éster são metabolizados por pseudocolinesterases sanguíneas, o resultado deste processo é o ácido paraminobenzóico (PABA) composto altamente alergênico. Os anestésicos do tipo amida são metabolizados no fígado com exceção da prilocaína que é metabolizada no fígado e no pulmão (MALAMED, 2004).

Os rins são os principais órgãos excretores dos anestésicos locais e seus metabólitos. Doenças renais significativas representam uma contra-indicação relativa à administração de anestésicos locais, pois poderia causar um ligeiro aumento dos níveis sanguíneos desse composto e conseqüentemente um aumento no potencial de toxicidade (MALAMED, 2004; TORTAMANO; ARMONIA, 2001).

6.2. Classificação dos anestésicos locais

Lidocaína

É encontrada nas concentrações de 2% e 3%, sem vasoconstritor ou associada a vasoconstritores como adrenalina (1:50.000 e 1:100.000), noradrenalina (1:50.000) e fenilefrina (1:2.500) (FARIA, 2001).

Nas pacientes gestantes recomendam-se a lidocaína a 2% com adrenalina 1:100.000 ou com noradrenalina 1:50.000 A quantidade máxima de anestésico não deve ultrapassar dois tubetes por consulta evitando assim o risco de reações adversas e toxicidade para a mãe e o feto (ANDRADE, 2001; DE CASTRO et al., 2002).

Não usar lidocaína sem vasoconstritor, já que sua absorção seria muito rápida, levando a usar altas doses para conseguir um efeito anestésico e conseqüentemente aumentaria a sua concentração no sangue, tanto da mãe quanto do feto (ARMONIA & TORTAMANO, 1998).

Prilocaina

Seu uso em grávidas está contra-indicado, pelo fato de estar associado à felipressina, a qual pode provocar uma diminuição da circulação placentária e contrações uterinas, levando ao aborto, embora a dose necessária para que isso ocorra seja bem maior que a utilizada em odontologia (ANDRADE, 2001).

Outro fato relacionado à prilocaína está no risco de desenvolvimento da metahemoglobinemia, quando doses elevadas são utilizadas (BRASIL, 2008). Trata-se de um distúrbio hematológico, no qual a hemoglobina é oxidada em metemoglobina, tornando a molécula incapaz de transportar oxigênio, desenvolvendo um quadro semelhante à cianose. Devem ser, portanto evitados em gestantes, por causa do risco do feto vir a contrair a doença (ANDRADE, 2001).

Bupivacaína

Apesar de apresentar maior ligação às proteínas plasmáticas devem ser evitadas, devido sua longa duração anestésica. Durante o terceiro trimestre da gravidez pode ocasionar

depressão respiratória, hipotonia e bradicardia neonatal (BRASIL, 2008). Apresenta efeito tóxico para o fígado, o que também impede seu uso em gestantes (ANDRADE, 2001).

Mepivacaina

Deve ser evitada por ser fracamente metabolizada pelo fígado fetal. Outras pesquisas devem ser realizadas já que seus riscos para o feto não são bem detalhados, portanto, seu uso é desaconselhado (DE CASTRO et al., 2002).

6.3. Ação dos vasoconstritores

Os vasoconstritores são importantes componentes das soluções anestésicas. Malamed (2004) relata que, sem o uso de vasoconstritor nas soluções anestésicas, seria difícil atingir o controle adequado da dor com duração suficiente. Sua absorção lenta reduz a toxicidade deste, prolonga a duração da anestesia, possibilita o uso de quantidades menores de solução, além de aumentar o efeito anestésico.

As substâncias vasoconstritoras podem pertencer a dois grupos farmacológicos: aminas simpatomiméticas (adrenalina (epinefrina), noradrenalina (noraepinefrina), fenilefrina, e análogo sintético da vasopressina a felipressina (octapressin)).

A noradrenalina tem efeitos nocivos somente em altas dosagens no sangue materno, o que não ocorre em anestesia bem aplicada (ARMONIA & TORTAMANO, 1998).

A fenilefrina, vasoconstritor presente no novocol, tem efeito citotóxico, pois diminui a circulação placentária e dificulta a fixação do óvulo ao útero (ARMONIA & TORTAMANO 1998).

A felipressina, devido sua semelhança estrutural com a ocitocina, hormônio que provoca contração uterina, tem seu uso contra indicado (ANDRADE, 2001).

7 FLÚOR COMO SUPLEMENTO

Atualmente não se recomenda a suplementação de flúor na gestação, pois estudos comprovam não haver qualquer benefício aos dentes do feto, já que a ação preventiva do flúor é tópica e as áreas susceptíveis à cárie se calcificam somente após o nascimento. Além disso, na gestante que ingere água fluoretada, o flúor passa para o bebê através da placenta, sendo o seu uso não recomendável nas cidades e comunidades em que a água é fluoretada (LOSSO & RAMALHO, 2001; THYLSTRUP & FEJERSKOV, 2001).

Losso & Ramalho (2001) ressaltam ainda que, a Academia Americana de Odontopediatria não recomenda a suplementação de flúor na gestação e que no Brasil não existem normas em relação ao assunto.

Thylstrup & Fejerskov (2001) relatam que o efeito pós-eruptivo do flúor é mais importante para redução do índice de cárie do que o pré-eruptivo que tem um significado apenas marginal.

8 TOMADAS RADIOGRÁFICAS

Há uma preocupação dos CD quanto à realização de exames radiográficos em gestantes e esta fica apreensiva quanto a possíveis riscos à saúde do feto. Sabe-se que as radiações ionizantes são responsáveis por mutações genéticas e a ocorrência desses efeitos depende da dose de radiação absorvida e da idade gestacional. Altas doses de radiação podem interromper o desenvolvimento e a maturação celular, provocando a morte fetal ou malformações. (MEDEIROS & D'IPPOLITO, 2005).

O embrião é mais sensível aos efeitos da radiação ionizante nas duas primeiras semanas de gestação. Considera-se risco de morte fetal neste período quando a exposição for superior a 10 rad (10 cGy) (MEDEIROS & D'IPPOLITO, 2005). Little et al. (2002) relata a seguinte comparação: "Uma radiografia de tórax expõe o feto a 0.008 cGy; uma radiografia do crânio resulta em cGy 0.004; radiação diária natural do ambiente é aproximadamente 0,0008 cGy; uma radiografia completa da boca com o uso de avental de chumbo resulta em 0.00001 cGy". Portanto, a quantidade de radiação que o feto recebe quando a mãe se submete ao exame radiográfico é insignificante, apresentando um risco mínimo de que ocorra qualquer efeito teratogênico.

Embora a quantidade de radiação utilizada para exame radiográfico dentário esteja muito aquém dos níveis nocivos, é necessário realizar cuidados básicos para eliminar qualquer possibilidade de risco ao feto (SONIS, 1996): Deve-se realizar o exame radiográfico somente quando estritamente necessário, considerando o benefício à gestante; levar em conta a idade gestacional, a condição física da paciente e distúrbios gestacionais associados; adotar medidas de proteção, como o uso de avental de chumbo, protetor de tireóide e manter o aparelho de raios-x calibrado, com a filtração e a colimação corretas, além de utilizar filmes radiográficos rápidos. (MEDEIROS & D'IPPOLITO, 2005; TORTAMANO & ARMONIA, 2001; LITTLE et al., 2002).

9 DISCUSSÃO

De acordo com a literatura apresentada, o receio dos dentistas em atender as gestantes, e destas em procurá-los pode ser superado, desde que medidas de precaução sejam tomadas. A falta de informação nos currículos de graduação e a não comunicação entre os profissionais de saúde contribuem para este quadro de mitos, comprometendo o atendimento a estas pacientes.

A não exigência de abordagem pelo serviço ou mesmo a simples “não abordagem” de certas questões relativas à gravidez pode ser um fator importante na ocorrência de um atendimento pouco cuidadoso à gestante.

A odontologia tem muito a contribuir com a Equipe de Saúde da Família, no que se refere educação, prevenção e cuidados específicos, capacitando toda a equipe, e desse modo, responsabilizando-a a encaminharem as gestantes para uma avaliação odontológica, promovendo assim a conclusão de todo o tratamento necessário durante a gravidez.

Portanto torna-se imprescindível a capacitação constante e a necessidade do trabalho interdisciplinar de modo que a troca de conhecimentos entre as diferentes áreas de saúde proporcione às gestantes informações importantes para sua saúde e de toda sua família.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem integral, multidisciplinar e humanizada na atenção básica às gestantes é uma forma de alterar o quadro de dúvidas e medos que a mulher enfrenta nessa fase, proporcionando uma melhor qualidade de vida e de saúde durante o período gestacional. A equipe deve construir um vínculo com a paciente, de modo que ela se sinta segura e participe mais ativamente da manutenção de sua saúde.

O cirurgião dentista deve estar atento às mudanças físicas e emocionais que acompanham uma gestação normal, dentro de suas particularidades, buscando conhecer a realidade de cada gestante atendida, suas situações de risco e vulnerabilidade, acolhendo a mulher grávida com uma atenção singular e tranquila.

As alterações bucais como a gengivite e periodontite, podem ser explicadas pelas mudanças hormonais que levam à exacerbação das inflamações gengivais, bem como a incidência de cárie pode aumentar em função da mudança da dieta e das repetidas regurgitações.

A escolha do 2º trimestre como o melhor para se realizar tratamentos dentários se deve ao fato de ser período de maior estabilidade da gestação, porém casos de urgência devem ser resolvidos em qualquer época.

Fármacos em geral devem ser usados somente quando necessário, sendo a amoxicilina e paracetamol o antibiótico e o analgésico de escolha mais seguros respectivamente. Os antiinflamatórios em geral, devem ser evitados, assim como os ansiolíticos, e quando extremamente necessário, usam-se corticóides. O uso dos anestésicos locais não é contra indicado, sendo a lidocaína 2% com vasoconstritor o mais seguro.

A radiografia dentária não apresenta nenhum risco ao feto, mas é consenso que se use medidas básicas de prevenção. O flúor tópico comprovadamente reduz os índices de cárie materna, mas sem efeitos na formação dos dentes do bebê, sendo contra indicado a prescrição de suplementos fluoretados.

Portanto faz-se necessário um atendimento especial às pacientes gestantes para que essas sejam promotoras de sua saúde e da saúde de suas famílias, que é o desejo maior de toda equipe.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, E. D. *Terapêutica medicamentosa em odontologia*. São Paulo: Artes Médicas, 2001, p. 54-62.
- ARMONIA. P. L.; TORTAMANO, N.; *Como prescrever em odontologia*. 5ª Ed. São Paulo: Santos, 1998.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAUDE. **Saúde bucal. Cadernos de Atenção Básica-nº17**, Brasília, 2008. Disponível em www.saude.gov.br/bvs. Acesso em 02/04/2010.
- BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE. *Formulário terapêutico nacional*, Brasília, 2008. Disponível em www.bvsmms.saude.gov.br. Acesso em novembro 2009.
- De CASTRO, F.C; MENESES, M.T.V; PORDEUS IA; PAIVA SM. **Tratamento odontológico no período da gravidez: enfoque para o uso de anestésicos locais**. *J. Bras. Clin. Odontol Int*. Curitiba, v.6, n.31, p. 62-67, 2002.
- DIAZ- GUZMAN, L.M.; CASTELLANOS-SUAREZ, J.L.; **Lesiones de La mucosa bucal y comportamiento de La enfermedad periodontal en embarazadas**. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal*, v.9, p.430-437, 2004; Disponível em www.bddoc.csic.es. Acesso em novembro de 2009.
- ELIAS, R. *Odontologia de alto risco: pacientes especiais*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995, p.117-132.
- FACCIN, D.; SEBOLD R. *Processo de trabalho em Saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade*. Trabalho de conclusão de curso-Especialização em Saúde da Família, UFSC, Florianópolis, 2006. Disponível em www.pmf.sc.gov.br. Acesso em 25/01/2010.
- FARIA, F. A. C.; MARZOLA, C. *Farmacologia dos anestésicos locais – considerações gerais*. BCI, Curitiba, v. 8.n. 29, p. 19-30, jan./mar. 2001.
- FINKELSTEIN, I, ALBERTON CL, FIGUEIREDO PAP, GARCIA DR. **Comportamento da frequência cardíaca, pressão arterial e peso hidrostático de gestantes em diferentes profundidades de imersão**. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, 2004.
- GUYTON, A.C. *Fisiologia Humana*. Editora Guanabara Koogan S. A., Sexta edição, 1998.
- KONISHI F, ABREU E LIMA F. *Odontologia Intra-Uterina: a construção da saúde bucal antes do nascimento*. RBO, 2002; v.59, n.5, p.294-295.

LITTLE, J.W.; FALACE,D.R; MILLER,C.S.; RHODUS,N.L. *Dental Management of the Medically Compromised Patient*, 7ª ed., cap. 17, 2002. p. 306-307.

LOSSO E.M; RAMALHO, G. M. **Avaliação de Prescrição de Suplementos de Flúor Pré-Natal em Curitiba e Região Metropolitana.** *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* vol.23 nº. 6, Rio de Janeiro, July 2001.

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

MARTINS, V.F. **A importância da Odontologia para as gestantes.** *Rev. da APCD.* Set, 2004, p. 7-9.

MEDEIROS R.G.; D'IPPOLITO G. **Exames radiológicos na gestação.** *Radiologia Brasileira*, v.38. no. 6. São Paulo Nov./Dec. 2005, www.scielo.br/pdf/rb/v38. Acesso novembro de 2009.

MILLS, L.W.; MOSES, D.T.; *Oral Health during Pregnancy*. M.C.N., New York. v.27 nº 5, p. 275-281, 2004.

MOIMAZ, S.A.S., et al. **Avaliação da Percepção de Acadêmicos de Odontologia Sobre a Participação no Programa de Atenção Odontológica à Gestante da FOA-UNESP.** *Rev. Ciência em Extensão*, v.2, n.2, 2006. Disponível em: www.ojs.unesp.br. Acesso em novembro de 2009.

NEME, B. *Obstetrícia Básica*, São Paulo, 1994,p.11, 37-45.

PASCHOALINE M. A. *Resposta materno-fetal durante a gestação.* WWW.cristina.prof.ufsc.br/marta, 2009. Acesso em novembro 2009.

PERES, SHCS; CARDOSO, MTV; GARCEZ RMVB; PERES AS; BASTOS JRM. *Tratamento alternativo de controle da cárie dentária no período materno infantil.* *Rev. APCD*, v. 55, n.5, p. 346-350, set-out/2001, p. 346-350.

RITZEL, I.F., GUARIENTI, D., GUIMARÃES, A., et al ; *Primeiro Atendimento Odontológico na Gestação*, 2005.Disponível em : www.revista.ulbratorres.com.br/artigos. Acesso em outubro de 2009.

ROCHA, R.C. *Integralidade no Cuidado ao Idoso: A saúde bucal como possibilidade para a saúde suplementar.* Monografia de especialização em auditoria em serviço de saúde. Universidade Gama Filho, BH, 2006, www.fundacaounimed.org.br Acesso em 25/01/2010.

SANTIAGO, J. R., NOLLEDO MS, KINZLER W, SANTIAGO TV; *Sleep and Sleep Disorders in Pregnancy*. *Ann. Intern. Med.*, Philadelphia, v.134, p.396- 408, 2001. www.annals.org/content/134. Acesso em outubro 2009.

SCAVUZZI, A.; ROCHA, M. **Atenção Odontológica Na gravidez: uma revisão.** *Rev. da Faculdade de Odontologia da UFBA*, v. 18, p. 46-52. jan-jun/1999.

- SILVA, F.M; XAVIER, CB; COPPOLA, MC; LEMES, RD; SILVA, DS. *Uso de anestésico locais em gestantes*, ROBRAC, v.9, n28, p.48-50, 2000.
- SILVA, F.W.G.; STUANI, A.S.; QUEIROZ M.A. **Atendimento Odontológico à gestante – Parte 2: Cuidados durante a consulta**. *R. Fac. Odontol. Porto Alegre*, v. 47, n.3, p.5-9, 2006. Disponível em www.seer.ufrgs.br. Acesso em outubro de 2009.
- SONIS, S.T.; FAZIO R. C.; FANG L. *Princípios e prática de medicina oral*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 144-147, 1996.
- THYLSTRUP A.; FEJERSKOV O. *Cariologia Clínica*, 3ª ed. São Paulo: Santos. Cap. 12, p. 259-279.2001.
- TORTAMANO, N.; ARMONIA, P.L. *Guia Terapêutico Odontológico*. 14ª ed. São Paulo: Santos, Cap. 4, p. 30-41, 2001.
- TURNER, M.; AZIZ, S. R.; *Management of the Pregnant Oral and Maxillofacial Surgery Patient*. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 60: 1479-1488, 2002.
- WANNMACHER, L.; FERREIRA, M.B.C. *Farmacologia clinica para dentistas*, Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. Cap.38, p.270-273, 1999.
- WERNECK, M. A. F.; ROCHA, R. C. Princípios e diretrizes para a política municipal de saúde bucal na SMSA/SUS-BH. Mimeo, Belo Horizonte: SMSA/BH, 2004. In: Rocha, R.C. *Integralidade no Cuidado ao Idoso: A saúde bucal como possibilidade para a saúde suplementar*. Monografia de especialização em auditoria em serviço de saúde. Universidade Gama Filho, BH, 2006, www.fundacaounimed.org.br. Acesso em 25/01/2010.
- WERNECK, M. A. F. **Comunicação pessoal**. Belo Horizonte. 2009.