

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Faculdade de Odontologia



TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ATENÇÃO ODONTOLÓGICA À GESTANTE

JOSUÉ BORTOLÁS GOULART

Pelotas, 2008.

JOSUÉ BORTOLÁS GOULART

ATENÇÃO ODONTOLÓGICA À GESTANTE

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgião-dentista.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Regina Romano

Pelotas, 2008.

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Ana Regina Romano

Prof. Dr. Josué Martos

Prof. Dr. Oscar Luis Vasques Ramos

AGRADECIMENTOS

Certamente muitas pessoas tiveram influência decisiva para que eu conseguisse chegar onde estou hoje, e a algumas delas farei agradecimentos especiais:

Agradeço a todos os meus amigos de Faxinal (Vagner, Flávia, Roque, Édson, Janice, Flávio, Lusiane, Tiago, Jones, Vanessa, Gregório e Marcos), pela eterna parceria;

Agradeço a duas pessoas que colaboraram decisivamente para minha formação, CD Flavia Proknow e CD. Luciana Ceratti, pelos estágios e por toda ajuda que me deram durante a faculdade;

Agradeço aos meus colegas, pela convivência e pela parceria ao longo de toda essa jornada;

Agradeço aos meus mestres, pois de alguma forma, todos me trouxeram ensinamentos e colaboraram com a minha formação;

Agradeço a todos os meus pacientes pela confiança e, muitas vezes, pela paciência durante o meu aprendizado;

Agradeço a minha orientadora, Dra. Ana Regina Romano, por todos os ensinamentos e pela paciência que teve comigo, frente a minha inexperiência quanto à realização de trabalhos científicos;

Agradeço a minha namorada, Harla Taborda Dalferth, pelo imenso carinho, amor e compreensão, estando sempre comigo, seja nos momentos bons ou ruins;

Agradeço a minha família, José da Rosa Goulart (meu pai), Marlei A. B. Goulart (minha mãe) e Natália Bortolás Goulart (minha irmã), pessoas que sempre estiveram comigo ao longo desta caminhada, e tenho certeza, estarão sempre ao meu lado;

Por fim, agradeço especialmente a Deus, por ter todas essas pessoas em minha vida e por eu estar onde estou hoje.

RESUMO

GOULART, JOSUÉ BORTOLÁS. **Atenção odontológica à gestante**. 2008. 70 f. Trabalho acadêmico- Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A gravidez representa um período único no ciclo vital feminino, em que a futura mãe está passando por uma série de alterações fisiológicas que fazem parte do preparo do organismo materno para a gestação. Estas alterações fisiológicas, também levam a mudanças no aspecto físico e principalmente psicológico da mesma. Há bastante tempo a importância da atenção odontológica a gestantes foi reconhecida, no entanto, estas ainda encontram muita dificuldade em conseguir atendimento odontológico durante este período. Basicamente dois fatores levam a isso: a paciente grávida sente medo em consultar o Cirurgião-dentista por temer que o tratamento venha a prejudicar a saúde de seu filho, e também pela recusa de muitos profissionais ao atendimento a gestantes, por medo de prejudicar a gestação ou a saúde do bebê. Somado a isso, ainda existe uma série de mitos e tabus criados a esse respeito, colaborando ainda mais para que as gestantes se afastem do consultório odontológico durante a gravidez. As mudanças pela qual a mulher passa nesse período são fisiológicas, e devem ser conhecidas e compreendidas pelo Cirurgião-dentista, para que o tratamento possa ocorrer da melhor forma possível, sem prejudicar a saúde da mãe, do feto ou de ambos. Para um correto planejamento é importante conhecer os fatores influentes, como a condição física, psicológica e sistêmica da gestante, o trimestre de gestação e a necessidade individual. O plano de tratamento envolve a atenção integral a gestante. As situações de urgência, as de adequação do meio bucal e dos hábitos podem e devem ser realizadas em qualquer trimestre, sendo o segundo trimestre o mais indicado para procedimentos clínicos invasivos. Na situação de urgência, é imprescindível que se realize os procedimentos indicados, podendo ainda ser indicada medicação de suporte, porém, com o conhecimento do efeito que elas podem causar sobre o feto e utilizando protocolos corretos. Cuidar no uso de no máximo dois tubetes de anestésico (lidocaína), injetado lentamente, fazer consultas rápidas, cuidar no isolamento do campo operatório (devido a dificuldade respiratória) e tomar medidas para evitar a síndrome da hipotensão supina, são medidas que ajudam a otimizar o tratamento. O tratamento odontológico a gestantes deve ser adotado em programas de saúde familiar, pois atuando com uma filosofia de promoção de saúde nesta fase ímpar da mulher pode-se, mais do que evitar parto prematuro ao controlar a doença periodontal, estar realizando o pré-natal odontológico. Durante a gravidez, até mesmo pelo entusiasmo com o futuro filho, a mãe normalmente encontra-se bastante receptiva a receber informações e adotar condutas que venham a trazer benefícios não somente a sua saúde, mas principalmente a do seu filho(a) e de todo núcleo familiar.

PALAVRAS CHAVE: Gravidez, atendimento odontológico, pré-natal odontológico

ABSTRACT

GOULART, JOSUÉ BORTOLÁS. *Dental Attention to pregnant women*. 2008. 70 f. *Work of Conclusion of the course (Graduation)- Dental School. Federal University of Pelotas, Pelotas.*

The pregnancy represents a unique period in the female life cycle, in which the future mother is going through a series of changes that make part of the pregnancy process. These physiological changes also lead to alterations in the physical and psychological aspects of the woman. It has been a long time since the importance of the dental attention to the pregnant is recognized; however, they still face many difficulties to get this attention during the period. Two basic factors lead to this: the pregnant is afraid of consulting the dental surgeon fearing that the treatment may harm the baby's health, and also because of the refusing of many professionals to the consultation. Added to this, there is a series of myths, which contribute to this distance from dental care. The changes for which the pregnant goes through are physiological and must be known and comprehended by the dentist, so that the treatment develops in the best way possible, without causing damages to the mother or baby's health. To a correct planning it is important to know the factors of influence, like the physical, psychological and systemic condition of the pregnant, the trimester of pregnancy and individual necessities. The plan of treatment involves integral attention to the pregnant. The urgent situations and the habits can and must be done in any trimester, being the second trimester the most indicated to invasive clinical procedures. In the urgent situation, indicated procedures can be performed, being aware of the effects of drugs upon the fetus and using correct protocols such as: take care in the use of no more than two tablets of painkillers (lidocaine), slowly injected, make quick consultations, be careful with the surgical field with the breath difficulty, have alternatives to avoid the supine hypotension syndrome and keep in touch with an obstetrician. The dental treatment in pregnant women must be adopted in family woman's life can, more than avoid premature birth by controlling the periodontal disease, realize a dental prenatal. During the pregnancy, even by the enthusiasm with the future child, the mother is usually receptive and can easily adopt attitudes that may bring benefits to both and mother.

KEY-WORDS: *pregnancy; dental attendance; dental prenatal.*

LISTA DE FIGURAS

	p.
Figura 1- Ilustração do bebê a cada mês. (fonte: O show da vida intra-uterina (fonte: FITTIPALDI, v.1, n.3, 1998).....	21
Figura 2 - Ilustração da prevenção da síndrome hipotensiva supina (fonte: XAVIER; XAVIER, 2004).....	25
Figura 3 - Ilustração de alterações periodontais em gestantes.....	29
Figura 4 - Exemplos de antibióticos utilizados na odontologia e indicados na gestação.....	44
Figura 5 - a. Imagens panorâmicas de procedimentos em gestantes b. Arcada superior antes e após adequação do meio bucal c. Cuidados no atendimento em gestantes.....	58
Figura 6- Planejamento odontológico de acordo com o trimestre de gestação.....	63

LISTA DE TABELAS

	p.
Tabela 1 - Resumo de matriz de plano de tratamento odontológico às gestantes.....	32
Tabela 2- Resumo de dados dos anestésicos locais	38
Tabela 3 Classe de drogas usadas na odontologia de acordo com o risco na gravidez.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS

- TPM = Tensão pré-mentrual
R = Röntgen
rad = *Radiation absorbed dose*
Gy= Gray
Rem= *Röntgen equivalent man*
S= *Sievert*
FDA= *Food and Drug Administration*
CPOD= Índice de dentes perdidos cariados e obturados.
RAP= Raspagem, alisamento e polimento.
Cm= Centímetros

SUMÁRIO

RESUMO	5
<i>ABSTRACT</i>	6
LISTA DE TABELAS	6
LISTA DE FIGURAS	7
LISTA DE ABREVIATURAS	
1.INTRODUÇÃO.....	9
2.OBJETIVOS.....	11
3.REVISTA DE LITERATURA COMENTADA	12
3.1. O DIAGNÓSTICO DA CONDIÇÃO DA GESTANTE.....	12
3.1.1.Anamnese.....	12
3.1.2.Exame físico.....	14
3.1.3.Exame radiográfico.....	15
3.2. FATORES INFLUENTES NO PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO ODONTOLÓGICA	17
3.2.1. Condição psicológica, física e sistêmica da gestante.....	18
3.2.2 Trimestre de gestação.....	23
3.2.3 Necessidade individual ou condição da cavidade bucal.....	25
3.3. SITUAÇÃO DE URGÊNCIA.....	33
3.3.1. Anestesia local.....	34
3.3.2. Uso de medicamentos.....	38
3.3.3. Urgência de origem endodôntica.....	45
3.3.4. Urgência de origem periodontal.....	52
3.4. FASE PREPARATÓRIA.....	55
3.4.1. Adequação do Meio Bucal.....	56
3.4.2. Adequação de hábitos (pré-natal odontológico).....	59
3.5. FASE REABILITADORA.....	60
3.6. FASE DE MANUTENÇÃO	61
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66

1. INTRODUÇÃO

Há bastante tempo a importância do cuidado pré-natal foi reconhecida. No entanto, a população de gestantes ainda hoje tem grande dificuldade de conseguir atenção odontológica. Basicamente dois fatores levam a isso: a paciente grávida sente medo em consultar o Cirurgião-dentista por temer que o tratamento venha a prejudicar a saúde de seu filho e, também, pela recusa de muitos profissionais ao atendimento a gestantes, por medo de prejudicar a gestação ou a saúde do bebê.

O receio que grande parte dos Cirurgiões-dentistas sente em atender mulheres grávidas se deve, na maioria das vezes, ao desconhecimento pelo assunto, tornando-os profissionais despreparados para atendê-las. Este despreparo acaba gerando uma desconfiança muito grande a respeito do tratamento odontológico durante a gestação, afastando muitas gestantes do consultório, e reforçando os mitos e tabus existentes a respeito da odontologia na gravidez.

Durante o período gestacional, a futura mãe passa por algumas alterações hormonais, e estas levam a uma maior suscetibilidade de desenvolvimento e agravamento da doença periodontal, frente à presença de agentes irritantes locais (MOIMAZ et al., 2006) e podem estar associadas a nascimentos prematuros dos bebês (OFFENBACHER, S.; KATZ, V.; FERTK, 1996; PITIPHAT et al., 2008). Por esse motivo, o clínico deve ficar muito atento não só para o diagnóstico e tratamento, mas também para prevenção e controle da mesma.

Além da doença periodontal, uma das doenças que se agravam na cavidade bucal da gestante, é a cárie dentária. Trata-se de uma doença infecto-contagiosa causada por bactérias frente à presença de substrato (sacarose), e uma inadequada higiene bucal. Durante o período gestacional há uma progressiva diminuição da capacidade volumétrica do estômago pela pressão dos órgãos internos, fazendo com que a futura mãe passe a ter hábitos alimentares diferentes, com refeições em que há menor ingestão de alimentos, porém com uma maior frequência. Isso, aliado a um deslumbramento pela chegada do futuro filho (que leva algumas vezes a certa negligência com a higiene bucal), tornam a gestante ainda mais suscetível ao agravamento do processo cárie dentária (XAVIER; XAVIER, 2004).

Dessa maneira, o clínico deve atuar de forma a evitar progressão das lesões instaladas, diminuindo a possibilidade de sintomatologias dolorosas, e também ficar

atento a todos os fatores que levam a presença dessa doença. O período gestacional é uma época muito oportuna para se educar a mulher quanto a seus hábitos de higiene, visto que ela apresenta-se altamente receptiva, tanto para adquirir novos hábitos, como para mudar aspectos comportamentais. Aproveitar este período para instituir ou melhorar os hábitos de higiene bucal da gestante é de extrema valia tanto para ela, quanto para o filho que está por vir, pois segundo Sasahara et al. (1998), a condição de saúde e os hábitos de higiene da mãe influenciarão nos futuros hábitos de higiene da criança e, conseqüentemente, em sua futura saúde bucal.

Entretanto, para que se possa considerar e acompanhar a saúde bucal de uma gestante é necessário que consciência, conhecimento e responsabilidade profissional de equipe em saúde integral sejam muito bem assimilados, para um correto atendimento odontológico. Existe a necessidade de instaurar um laço de confiança recíproco entre Cirurgião-dentista e a gestante (RITZEL et al., 2006). Assim poderá haver efetivamente promoção de saúde da gestante e do bebê, desmistificando os tabus e mitos existentes.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

O objetivo é, com base na literatura, nas doenças mais prevalentes e no projeto de atenção materno-infantil, estabelecer um plano de tratamento odontológico durante o período gestacional, visando minimizar e mesmo eliminar vários mitos e tabus criados a esse respeito.

2.2. Objetivos Específicos

- 2.2.1. Esclarecer sobre a tomada radiográfica na gestação;
- 2.2.2. Esclarecer sobre a prescrição dos principais grupos de medicamentos utilizados em odontologia;
- 2.2.3. Estabelecer protocolos para o atendimento das diferentes situações de urgência;
- 2.2.4. Estimular o pré-natal odontológico.

3. REVISTA DE LITERATURA COMENTADA

Para facilitar o entendimento sobre o atendimento odontológico da gestante será abordado, inicialmente, o diagnóstico da condição geral e bucal da gestante, seguido dos fatores influentes no planejamento e da matriz de plano: urgência, adequação do meio bucal e de hábitos, fase reabilitadora e de manutenção.

3.1. O DIAGNÓSTICO DA CONDIÇÃO DA GESTANTE: GERAL E BUCAL

Na elaboração de protocolos para atenção odontológica à gestante, é fundamental a obtenção de um correto diagnóstico da condição da gestante, tanto geral como bucal, devendo ser conduzida uma boa anamnese, exame clínico e exames complementares, especialmente o exame radiográfico.

3.1.1. Anamnese

Em seu sentido geral, trata-se de um interrogatório ao paciente, estabelecendo em seu conjunto, a sua história clínica. Em todos os casos, ela é de grande importância para instituir o diagnóstico, podendo influir decisivamente na terapêutica e plano de tratamento a serem adotados (ESTEVAM; ALVARES; FREITAS, 1981).

Neste contato inicial entre o Cirurgião-dentista e sua paciente, o mesmo deve aproveitar para colher todos os dados que possam ser relevantes para se fechar um diagnóstico e plano de tratamento mais adequado à gestante (considerando seu estado sistêmico e trimestre de gestação), visando, sempre, a promoção saúde.

3.1.1.1. Dados Pessoais

É de extrema importância que durante a anamnese sejam colhidos todos os dados pessoais da gestante, tais como nome, profissão, endereço, telefone residencial e profissional, dentro outros, facilitando o contato entre o profissional e a paciente sempre que necessário.

Estevam, Alvares e Freitas (1981) lembram que o preenchimento adequado da ficha clínica dará todas as informações necessárias, desde a identificação, até os exames iniciais e finais, sendo um registro metódico de tudo que se relaciona com o paciente, em seu estado de saúde ou doença. Além disso, ela vai assegurar atenção em todos os sentidos e evitará omissão.

Neste item um destaque para avaliação da condição socioeconômica e cultural da gestante, também nos permite colher dados que serão de muita valia no fechamento do diagnóstico e plano de tratamento. Ao contrário do que muitos pensam, altas rendas não significam excelentes índices de saúde bucal. Este conceito está relacionado a uma avaliação mais integral do ser humano, envolvendo outros aspectos, tais como: moradia, alimentação, educação e trabalho. Fazendo isso, teremos uma avaliação mais rica e profunda, tendo sempre em mente que não existe qualidade de vida se a saúde de todo organismo, ou de parte dele, estiver comprometida (DEL DUCA, 2003).

Para Silva et al. (1999), o conhecimento do grau de escolaridade das gestantes é relevante, tendo em vista que a experiência educacional da mãe influencia de maneira direta na saúde bucal de seus filhos, logo, quanto maior for o grau de discernimento delas, maior será a possibilidade de influenciar positivamente nos níveis de saúde de suas crianças. Ferreira et al. (2007) encontram correlação significativa entre a cárie dentária em crianças de zero a cinco anos e a escolaridade materna, sendo as piores condições registradas em crianças cujas mães tiveram menos anos de estudo.

Em vista disso, se durante a anamnese, houver a preocupação em avaliar alguns itens, como: grau de escolaridade, emprego, hábitos alimentares e condições de moradia da futura mãe, estará sendo feita uma avaliação muito mais completa a respeito da qualidade de vida da mesma. Através desses indicadores, fica muito mais fácil avaliar os riscos a saúde bucal da gestante e do filho que está por vir, permitindo ao clínico elaborar um eficiente plano de tratamento, que possibilite um pré-natal odontológico.

3.1.1.2. História médica

O Cirurgião-dentista precisa estar atento não apenas ao atual estado sistêmico da paciente, a gestação, mas também a história médica pregressa da mesma. Fazendo isso, o clínico estará avaliando se a futura mãe apresentou ou ainda apresenta alguma doença que necessite ser controlada durante o período gestacional, por exemplo, diabete mellitus e hipertensão arterial.

Sempre que a diabete mellitus estiver associada ao período gestacional, estará instalada a presença de um quadro bastante delicado e que requer cuidados especiais, tanto a nível sistêmico, quanto local (no periodonto). Segundo Jenkins e

Heasman (2005), qualquer que seja o tipo de diabetes (1 ou 2), ela trará um aumento de duas a três vezes no risco de desenvolver periodontite severa. Ainda de acordo com estes autores, evidências sugerem que associação entre a diabetes e a doença periodontal é um processo de duas vias, ou seja, a infecção periodontal aumenta a resistência à insulina, a qual induz a hiperglicemia, desestabilizando, portanto, o controle glicêmico. Isso sugere que a prevenção ou o tratamento da doença periodontal em diabéticos pode, a longo prazo, ajudar a estabilizar o controle glicêmico, prevenindo complicações posteriores.

Da mesma maneira que na diabetes, sempre que a futura mãe apresentar problemas de hipertensão arterial, associado ao período gestacional, à situação também se torna bastante delicada, requerendo cuidados especiais. Nos casos em que esta situação se fizer presente, a gestante terá aumentada a possibilidade de desenvolver a chamada MHEG (Moléstia Hipertensiva Exclusiva da Gravidez), também conhecida como Pré-eclâmpsia. Sua incidência é de aproximadamente 10% das gestações (principalmente durante a primeira), estando os riscos aumentados quando a paciente apresenta problemas de hipertensão antes da gravidez ou se houver histórico familiar. A ausência de tratamento de tratamento dessa condição pode levar a restrição severa da circulação sanguínea para a placenta e, um estado de pré-eclâmpsia pode haver evolução para eclâmpsia, causando grandes riscos a mãe e ao bebê (E-FAMILYNET, 2008).

Além dos possíveis problemas pré-existentes na mulher, a gestação representa um período crítico no ciclo vital feminino. Entretanto, as alterações observadas nesta fase, representam processos fisiológicos normais decorrentes da preparação do organismo feminino para a gestação (MOIMAZ et al., 2006). Portanto, é de extrema importância que esses processos fisiológicos sejam devidamente explicados a futura mãe e as pessoas próximas, e plenamente identificados e compreendidos pela equipe de profissionais da saúde, incluindo o Cirurgião-dentista.

3.1.2. Exame físico

Em sua essência, o objetivo do exame físico é colher dados que constituirão a base do diagnóstico. Examinar exige do Cirurgião-dentista inúmeros predicados, tais como: apuro dos sentidos, capacidade de observação, análise, síntese, bom senso e discernimento, além de um lastro considerável de conhecimentos básicos. (ESTEVAM; ALVARES; FREITAS, 1981).

Para a gestante, procede-se o exame clínico normal que se faz com qualquer paciente, a fim de avaliar não apenas dentes e periodonto, mas toda a cavidade bucal, observando a normalidade ou não de todas as mucosas.

Durante o exame físico da gestante, o clínico deve ficar bastante atento ao risco de uma possível bacteremia transitória. Segundo Sampaio et al. (2008), de maneira geral ela não teria maiores conseqüências a indivíduos saudáveis, entretanto, no caso de uma gestante, esta infecção poderia atravessar à barreira placentária e causar prejuízos a saúde do feto. Assim, é prudente que todos os procedimentos na gestação precedam da aplicação do gel ou solução de clorexidina a 1 ou 2%, começando no exame clínico inicial.

3.1.3. O exame radiográfico

Assim como para qualquer atendimento odontológico, os exames complementares locais e gerais podem ser necessários. Na questão geral, normalmente o obstetra está acompanhando o pré-natal e solicita uma série de exames, logo, quando necessário outro exame complementar, entrar em contato com o médico será a conduta salutar. Para complementar o diagnóstico da cavidade bucal, podem ser obtidos modelos de gesso ou realizados exames de imagem como as tomadas radiográficas, sendo estas as mais freqüentes e as que trazem grandes mitos e tabus a respeito do atendimento odontológico durante a gravidez.

Em entrevistas realizadas com 29 ex-gestantes que tiveram no mínimo três consultas odontológicas no período gestacional no projeto da Materno-infantil-UFPel, apesar de 97% delas terem achado que o atendimento na gestação foi importante para melhorar a sua saúde bucal e a do seu filho, 35% responderam ter medo do atendimento odontológico, sendo a maioria desde criança. Das mulheres entrevistadas 43% relataram temer que tratamento odontológico viesse a prejudicar o bebê, sendo que deste grupo, 57% devido ao raio-x no tratamento de canal e, 47% devido à anestesia (REDANTE et al., 2002). Este medo, segundo Tiveron, Benfatti e Bausells (2004) pode ser significativo ao ponto da maioria das gestantes nem procurarem o atendimento, por temer prejudicar o bebê.

Desta forma, observa-se que mesmo com esclarecimentos, pairam muitas dúvidas a respeito do uso da radiação na gestação e os profissionais que fazem uso da radiologia com finalidade diagnóstica devem, pelo menos, conhecer o suficiente a

respeito de seus efeitos, para que possam elucidar as possíveis dúvidas de suas pacientes.

A radiação tem efeitos celulares que vão desde alterações não permanentes até a morte celular. Das possíveis alterações destacamos: desintegração dos cromossomos (10 rad), retardo do início da mitose seguido de mitose normal (50 rad) e inibição completa da mitose (a célula consegue metabolizar, mas não dividir). Quanto aos tecidos, eles reagem de diferentes formas. Por exemplo, os órgãos hematopoiéticos são extremamente sensíveis, mostrando efeitos como linfopenia, enquanto os tecidos muscular e nervoso suportam doses maciças (Comissão Internacional de Proteção Radiológica-ICRP de 1990 apud BRUCKMANN; FRIES 2008).

As medidas em radiologia foram padronizadas em unidades que representam o seu efeito, como as citadas a seguir por Bruckmann e Fries (2008):

a. Unidade de exposição: é representada pelo R (*Röntgen*), porém atualmente vem sendo substituído pelo COULOMB/K. Normalmente, uma exposição de 1 Röntgen, representa a absorção de cerca de 1 rad no tecido biológico.

b. Unidade de absorção: é representada pelo rad (*radiation absorbed dose*), significando a energia realmente absorvida por um corpo específico. É preciso dizer que atualmente o rad vem sendo substituído ou readaptado pelo Gy (*Gray*), e este equivale a 100 rad.

c. Unidade de mensuração: existe também uma unidade utilizada para avaliar a capacidade de a radiação causar danos nos tecidos vivos, representada pelo rem (*röntgen equivalent man*), que foi substituído pelo SV (*Sievert*), sendo este equivalente a 100 rem.

Na radiologia odontológica em razão das peculiaridades dos tecidos irradiados e da qualidade da radiação empregada, pode-se aceitar que $1 R = 1 \text{ rad} = 1 \text{ rem}$.

Na gravidez não é contra-indicado o uso de radiação para diagnóstico, mas antes de o profissional utilizar radiografias, ele deve analisar os seguintes fatores: a real necessidade da radiografia, o tempo mínimo necessário para a tomada radiográfica, o período gestacional e a dose de radiação a que a gestante será submetida. Além disso, é preciso ter em mente que tomadas radiográficas nas regiões de cabeça, pescoço ou tronco exigem sempre proteção com avental de chumbo e colarinhos de tireóide, pois a rádio-sensibilidade das células e dos tecidos

é proporcional a capacidade de reprodução das mesmas e inversamente proporcional ao seu grau de diferenciação.

Segundo Xavier e Xavier (2004), há consenso na literatura de que exposições a doses de radiação inferiores que 5 a 10 rads, não prejudicam o feto. Os raios-x dentários expõem o feto a 0,01 milirads de radiação, que é menor que a radiação cósmica. Portanto, seria necessário que a mãe se submetesse a 500 mil radiografias para que o feto receba 5 rads.

Tomando isso por base, pode-se concluir que as quantidades de radiação usadas nos exames odontológicos estão muito aquém dos índices nocivos. Além do que, não são necessárias mais de quatro a cinco tomadas radiográficas em um planejamento integral para a gestante, utilizando um tempo de exposição de 0,3 a 0,4 segundos, dependendo da região.

Entretanto, mesmo que seu uso seja considerado seguro, é imprescindível que todos os cuidados indicados a qualquer indivíduo devam ser tomados, tais como: utilizar filmes ultra-rápidos para diminuir o tempo de exposição, utilizar diafragma e filtro de alumínio para diminuir a radiação secundária, utilizar avental de chumbo com colarinho para proteção contra a radiação secundária e proteção do bebê, utilizar localizadores e principalmente, processar e armazenar as radiografias de forma correta, para que sejam evitadas repetições.

Além destes cuidados é importante realizar apenas as tomadas necessárias nos procedimentos, sempre explicando e tranquilizando a gestante a respeito, uma vez que ela pode estar bastante sensível e fragilizada, preocupada com o fato de que a radiação possa afetar o filho que está por vir. Também cabe destacar que a radiologia digital computadorizada, com tomadas de imagens através de sensores magnéticos, diminui muito a exposição aos raios X e não tem uso de filme e revelação, proporcionando mais conforto para a gestante.

3.2. FATORES INFLUENTES NO PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO ODONTOLÓGICA À GESTANTE

Durante o período gestacional a futura mãe passa por algumas alterações fisiológicas e psicológicas e em função destas, pode, inclusive, estar mais suscetível a desenvolver algumas das principais doenças que acometem a cavidade bucal, por exemplo, carie e doença periodontal. Além destes fatores, é imprescindível que o

clínico esteja atento ao trimestre em que a gestação se encontra, pois, isso também terá influência fundamental no planejamento da atenção odontológica à gestante.

3.2.1. Condição psicológica, física e sistêmica da gestante

Todas as alterações fisiológicas pela qual o organismo da futura mãe está passando, levam também a mudanças no aspecto físico e principalmente psicológico da mesma. Porém, cabe novamente salientar que juntamente com a empolgação pela chegada da futura criança, vem também uma série de dúvidas e incertezas a respeito desse período, pois ele implicará em grandes mudanças. O enorme esforço que a mãe tem que fazer para se adaptar a esta nova realidade pode trazer algumas oscilações em seu humor, fazendo com que a mesma apresente momentos de depressão e de euforia.

Este misto de sentimentos (seja pela emoção da chegada do futuro filho ou pela ansiedade frente às mudanças a que a mulher estará sujeita) traz consigo um ciclo transformações no cotidiano da futura mãe, sendo preciso dar a ela o máximo de conforto e atenção durante este período. Neste contexto, a odontologia também exerce um papel fundamental, pois não existe saúde e conforto se as condições da cavidade bucal não estiverem plenamente adequadas. Tudo isso, torna-se ainda mais coerente, pelo fato da saúde bucal da mãe interferir diretamente na saúde da futura criança, seja pela diminuição do número de Estreptococos do grupo mutans, ou pela transmissibilidade de bons hábitos.

É preciso salientar, que, as mudanças físicas influenciarão em algumas posturas durante o atendimento clínico da gestante, sendo fundamental que o profissional as conheça para melhor esclarecer a paciente sobre todas as suas dúvidas, e também tranquilizá-la durante o tratamento.

A seguir, resumidamente, serão colocadas algumas das principais características de cada mês da gravidez (CLUBE DO BEBE, 2008; OLIVEIRA; LOPES, 2008) que, se devidamente identificadas, nos auxiliarão a como proceder no atendimento à gestante, qualquer que seja o período gestacional em que ela se encontrar (figura 1).

Primeiro mês: Normalmente, passa quase por despercebido pela futura mãe, sendo a gravidez apenas uma suspeita, já que o atraso na menstruação pode ser causado por outros fatores como: distúrbio hormonal, trabalho excessivo e excitação, por

exemplo. Em seu organismo, tão logo se forma a célula ovo (óvulo fecundado pelo espermatozóide), esta começa suas divisões, encaminhando-se para o útero através das tubas uterinas, chegando lá por volta do oitavo dia.

Neste período, a gestante pode apresentar todos ou somente alguns dos sintomas, sinais e sensações descritos a seguir: ausência da menstruação; cansaço e sonolência; vontade de urinar com frequência; náusea, vômitos e salivação excessiva; dificuldade de digestão e repulsa ou desejo por certos alimentos. Junto com estes, há também uma certa instabilidade emocional, similar à TPM (síndrome pré-menstrual), fazendo com que a futura mãe possa apresentar: maior irritabilidade, mudanças repentinas de humor, vontade de chorar; apreensão, medo, alegria, excitação.

Aparência do bebê: No final deste primeiro mês, o feto ainda é muito pequeno, não pesando mais do que cerca de um grama e medindo aproximadamente cinco milímetros.

Segundo mês: Durante este período o corpo da mulher começa a sofrer visíveis modificações como: seios aumentados, mamilos escurecidos e pescoço um pouco mais grosso (devido à intensa produção hormonal). Seu útero está do tamanho de um punho feminino fechado, passando a comprimir a bexiga, razão pelo qual aumenta a frequência de idas ao banheiro. Para algumas mulheres, é neste momento que começam os inconvenientes do enjôo e prisão de ventre. Neste mês há também um aumento da salivação. A instabilidade emocional continua.

Aparência do bebê: No final deste período o feto tem aproximadamente três centímetros (cm) de comprimento e pesa cerca de 10 gramas. Embora, ainda muito pequeno, começa a tomar forma de um ser humano, tendo delineados: rosto, nariz e lábios, iniciando-se também a formação dos dentes decíduos.

Terceiro mês: O organismo teve tempo de se adaptar a gravidez, sendo que as alterações decorrentes deste ciclo ficam bem mais visíveis. A retenção de líquidos faz com que a gestante apresente o rosto mais cheio e liso, e queixo e faces do nariz, mais marcados. A partir deste mês, para o alívio da futura mãe, os sintomas de enjôo começam a diminuir ou desaparecer, porém, ainda podem persistir: sensação de cansaço e sonolência, prisão de ventre e dificuldades digestivas,

repulsa ou desejo por certos alimentos e aumento de apetite. Sob o ponto de vista emocional, trata-se de um período de extrema calma e serenidade.

Aparência do bebê: Próximo ao final do terceiro mês, o feto aumentou de tamanho, chegando a medir cerca de 6,25 a 7,5 cm e pesa aproximadamente 14 a 18 gramas.

Quarto mês: O útero está constantemente aumentando, conseqüentemente, comprimindo os órgãos digestivos. Isso, aliado a grandes quantidades hormonais, traz como conseqüência: dificuldades digestivas, prisão de ventre, cansaço, possíveis dores de cabeça e inchaço dos pés, tornozelos e as vezes até das mãos. Durante este mês é observada a diminuição da freqüência da vontade de urinar, além da diminuição ou desaparecimento das náuseas, vômitos e salivação excessiva. Além disso, algumas gestantes, principalmente as mais magras, poderão sentir no final do 4º mês de gestação, leves movimentos do bebê.

Na questão emocional, poder voltar à instabilidade emocional, similar à TPM (síndrome pré-menstrual), trazendo consigo: maior irritabilidade, mudanças repentinas de humor, vontade de chorar e mistos de apreensão, medo, alegria e excitação. A futura mãe pode sentir a sensação de "estar fora de sintonia", podendo às vezes apresentar-se atrapalhada, esquecendo das coisas ou simplesmente sem a menor concentração no que está fazendo.

Aparência do bebê: No quarto mês o feto está bastante desenvolvido, medindo por volta de 10 a 11cm e pesando em torno de 55 gramas.

Quinto mês: Durante este mês a futura mãe começa a perceber discretos movimentos por parte do feto, que tem a capacidade de perceber ruídos. Os problemas digestivos podem continuar, havendo aumento do apetite, assim como o edema e possíveis dores de cabeça. Pode ocorrer congestão nasal e sensação de entupimento do ouvido, dores nas costas, modificação na pigmentação da pele no abdômen e no rosto, aumento da pulsação (freqüência cardíaca) e câimbras nas pernas.

Aparência do bebê: Ao final do 5º mês, em torno da 22ª semana de gestação, o feto mede em média 26 cm e pesa cerca de 500 gramas.

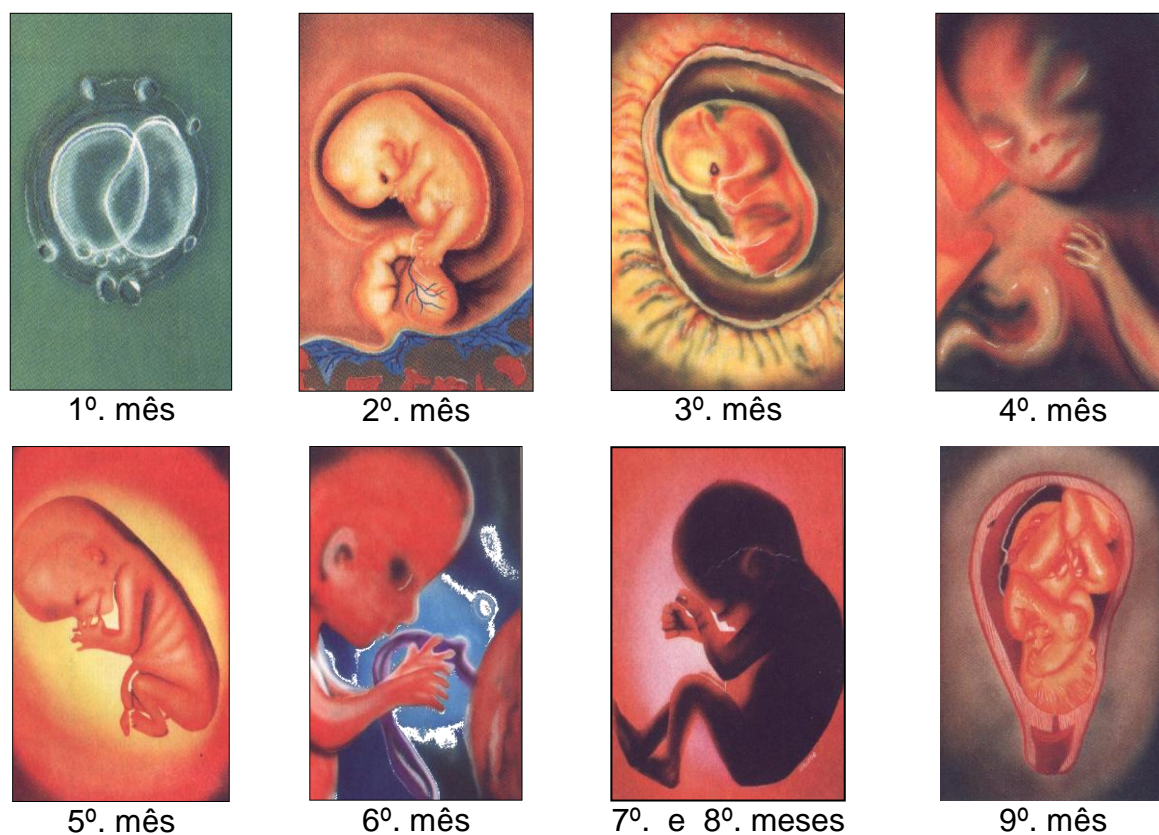


Figura 1- Ilustração do bebê a cada mês. (Fonte: O show da vida intra-uterina. FITTIPALDI, v.1, n.3, 1998).

Sexto mês: Neste período a gestante apresentará um aumento de peso com sensação de dormência na parte baixa do ventre, congestão nasal e sensação de entupimento do ouvido e todas as demais do mês anterior. Os movimentos fetais tornam-se cada vez mais intensos, e se consegue extrair do seio, um líquido amarelado chamado colostro.

Apesar da maior estabilidade emocional, começa haver certa ansiedade com relação ao futuro, acarretando em períodos de distração e falta de concentração no que se está fazendo.

Aparência do bebê: A musculatura do bebê está se desenvolvendo rapidamente, estando ele com 600 a 900g e medindo cerca de 30cm.

Sétimo mês: No sétimo mês, o organismo materno produzirá um volume aumentado de sangue, (porém maior quantidade de soro em relação a glóbulos vermelhos), logo, podem surgir alguns sintomas como cansaço, insônia, falta de apetite e vertigens. Os movimentos fetais estão cada vez mais intensos, havendo também, sensações de coceira no abdômen, falta de ar e dificuldades para respirar.

Embora cada gravidez seja única e com características próprias, normalmente as mulheres ficam mais sensíveis neste período. Começa a surgir uma certa ansiedade em relação ao bebê e ao parto, juntamente com sonhos e fantasias a respeito do filho que esta iminência de vir. Continuam os períodos de distração e falta de concentração no que se está fazendo.

Aparência do bebê: Neste período, o bebê ganha muito mais coordenação motora, pois vários centros nervosos completam sua formação, dando a capacidade de abrir e fechar os olhos e mãos. Agora o filho que está por vir tem cerca de 1,5 quilos e mede aproximadamente 40cm.

Oitavo mês: A futura mãe está mais pesada e os movimentos fetais fortes e regulares, persistindo alguns desconfortos como: Lombalgias (dores nas costas devido à sobrecarga na coluna vertebral em apenas um lado); Pirose (conseqüência da pressão do útero aumentado sobre o estomago); Insônia (fruto da impossibilidade de se encontrar uma posição confortável, por movimentos do bebê e algumas vezes também por tensão); Tornozelos inchados (geralmente em conseqüência ao acúmulo de água nos tecidos); Hemorróidas (aparecem com mais freqüência em mulheres que tem tendência a varizes); Nariz entupido (a gestante tem a impressão que esta com ouvidos e nariz fechados, devido ao congestionamento nessas áreas pela glândula pituitária, por isso que as hemorragias nasais são mais freqüentes e os resfriados costumam a passar); e outras como câibras, pruridos e aumento da vontade de urinar. As dificuldades respiratórias e a sensação de coceira no abdômen ainda permanecem. Durante este mês, o colostro pode gotejar dos seios.

Emocionalmente, continua a ansiedade com relação ao bebê e ao parto, havendo um desejo cada vez maior de que a gravidez termine logo. Os períodos de distração e falta de concentração no que se está fazendo estão maiores.

Aparência do bebê: Ao final deste mês o bebê estará quase pronto para enfrentar o mundo, o bebê terá aproximadamente 45 a 47 cm de altura e pesará, mais ou menos, 2250 a 2400 gramas.

Nono mês: Durante este período, alguns sintomas dos meses anteriores estarão aumentados, adicionados ao surgimento da sensação de incomodo ou adormecimento das nádegas e da pélvis, além de períodos alternados de maior energia ou cansaço, bem com, aumento ou perda de apetite. Haverá uma menor

movimentação do bebê dentro do útero (devido à falta de espaço) e a respiração se tornará mais fácil quando o bebê se posicionar mais para baixo. Ao final deste mês, a mulher estará pesando cerca de 10 ou 11 quilos a mais, fruto da gestação.

A instabilidade emocional retorna, juntamente com aumento da ansiedade, excitação e preocupação com relação ao bebê e ao parto e impaciência e inquietação, com sonhos e fantasias sobre como será o bebê. Também há uma sensação de alívio ao pensar de que a gravidez está chegando ao fim, sendo que, os períodos de distração e falta de concentração no que se está fazendo permanecem aumentados.

Aparência do bebê: O bebê tomou posição para nascer (está com a cabeça na bacia), sua altura pode variar de 48 a 52 cm (dependendo do sexo) e pesando aproximadamente 3 quilos, podendo ainda aumentar mais 400 gramas nos últimos dias .

O período gestacional dura em torno de 280 dias, 40 semanas, 10 meses lunares ou 9 meses solares e 7 dias, tendo como base o primeiro dia da última menstruação. É considerado como gestação a termo (bebê está pronto para nascer) quando tem entre 37 semanas completas e 42 semanas incompletas (OLIVEIRA; LOPES, 2008).

3.2.2. Trimestre de gestação

Nos três primeiros meses de gestação, a mulher ainda não apresenta alterações físicas salientes, limitando-se ao escurecimento das aréolas e a um discreto aumento da barriga, cintura, e volume dos seios. Apesar de fisicamente não haver modificações relevantes, fisiologicamente a mulher está passando por diversas alterações, como: Aumento na produção de estrogênio, progesterona e prostaglandinas; Aumento do volume sanguíneo, desta forma, obrigando o coração, rins e pulmões a trabalharem mais; Alterações nos neurotransmissores (ocasionando as “famosas” súbitas mudanças de humor), e o fígado encontra-se sobrecarregado (causando os conhecidos “enjôos do início da gravidez”). Com isso, as consultas devem ser rápidas e de preferência após às 10 horas, quando os enjôos são menos comuns (XAVIER; XAVIER, 2004).

O tratamento odontológico pode ser realizado em qualquer trimestre de gestação, no entanto, o primeiro trimestre é o período mais instável para atendimento e de maior risco ao bebê. Entretanto, não é raro o profissional atender

uma mulher que desconhece sua gravidez no primeiro e segundo meses de gestação, evidenciando que os cuidados no atendimento odontológico devem sempre existir.

No segundo trimestre de gravidez, as alterações físicas começam a ficar mais aparentes, como: cintura mais grossa, barriga mais saliente e inchaço no rosto, mãos e tornozelos (devido à retenção de líquidos). Nessa fase a mulher consegue perceber alguns movimentos do bebê e o mesmo pode ouvir. Devido ao fato da fase de organogênese estar completada, o feto desenvolvido, os enjôos terem passado e a mulher ainda não apresentar peso excessivo, tudo isso torna este período, o mais propício para o atendimento odontológico (XAVIER; XAVIER, 2004).

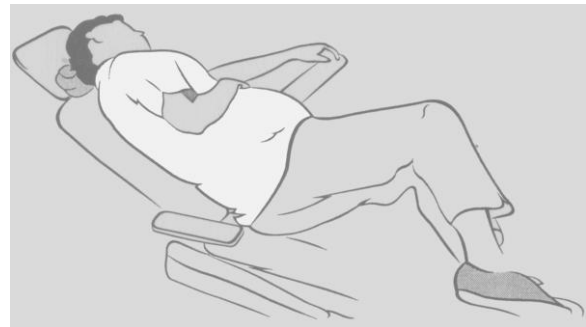
No último trimestre de gravidez, as alterações físicas apresentam-se bem salientes, tais como: barriga com volume bastante aumentado e desce (a cabeça do bebê se encaixa nos ossos da bacia), aumento de peso, surgimento de manchas e edema nas articulações. As alterações pela qual a futura mãe está passando trazem alguns desconfortos, como: falta de ar (pela pressão que o útero aumentado causa no diafragma), acentuado aumento na frequência de idas ao banheiro, hipotensão postural, dificuldade de dormir e de permanecer na posição supina (devido à compressão causada pelo feto), além da ansiedade pela proximidade do parto e da maternidade (OLIVEIRA; LOPES, 2008).

É importante destacar que a partir do sexto mês de gestação, devido ao aumento do útero, há uma obstrução parcial da veia cava inferior e artéria aorta, podendo haver redução no retorno e pressão sanguínea, causando a síndrome hipotensiva supina (XAVIER; XAVIER, 2004).

Assim, neste trimestre temos que ter alguns cuidados especiais com a gestante, tais como: cuidar com o uso do dique de borracha (devido dificuldade de respiração), realizar sessões curtas e posicionar a gestante virada para esquerda antes de sair da cadeira, ou mesmo usar almofadas para descomprimir os vasos, evitando mal-estar ou tontura devido à pressão do feto sobre os vasos, figura 2 (XAVIER; XAVIER, 2004).



Ilustração da pressão dos vasos pelo peso do feto



Virar para o lado esquerdo, antes de levantar



Esquema da diminuição da pressão



Almofada elevando o quadril (10-12 cm) do lado direito

Figura 2- Ilustração da prevenção da síndrome hipotensiva supina (fonte: XAVIER; XAVIER, 2004)

3.2.3. Necessidade individual ou condição da cavidade bucal

Em qualquer planejamento a necessidade individual em termos de condição bucal é importante, mas na gestação tem um valor ainda maior devido aos fatores precipitantes tanto da doença periodontal como da cárie dentária e, especialmente, pela busca do pré-natal odontológico do seu filho.

3.2.3.1. Precipitantes da doença periodontal

Dentre as diversas alterações fisiológicas a que gestante está sujeita, uma delas são as hormonais. Durante este período, os níveis de progesterona aumentados, levam a uma maior permeabilidade dos vasos sanguíneos, tornando a paciente muito mais suscetível a qualquer fator irritante local, sejam eles bacterianos físicos ou químicos. Isso, adicionado a maior produção de prostaglandinas (responsáveis pela exacerbação de qualquer processo inflamatório), aumenta muito os riscos de a mulher ser acometida pela doença periodontal durante a gravidez (MOIMAZ et al. 2006).

Designa-se doença periodontal (figura 3a) sempre que o periodonto de um paciente for acometido por um processo inflamatório de origem bacteriana, causado pelo acúmulo de biofilme bacteriano. Quando essa infecção atacar somente o periodonto de proteção (gengiva), há um quadro de gengivite, sendo um processo plenamente reversível e que não deixa nenhuma seqüela. Porém, quando este processo atingir não só o periodonto de proteção, mas também o periodonto de inserção (cimento, ligamento periodontal e osso alveolar), haverá um quadro de periodontite. Neste caso, o tratamento é um pouco mais complexo e apesar de plenamente passível de ser estagnado, normalmente deixa seqüelas, como a perda de inserção (CARRANZA, 1983).

A doença periodontal está entre as duas doenças que mais acometem a cavidade bucal do ser humano. Na literatura há diversos estudos que demonstram o aumento na incidência da mesma nas gestantes. Rosell et al., em 1999, concluíram que 100% das gestantes apresentaram alguma alteração gengival quando submetidas a um exame periodontal (PSR - Registro Periodontal Simplificado). De acordo com Moimaz, et al. (2006), os trabalhos estatísticos têm variado de 35% a 100%, concluindo ainda que a gengivite foi a principal manifestação da doença periodontal, e a carência de instruções em higiene bucal e práticas profiláticas correspondem a maior necessidade de tratamento dessas gestantes.

Segundo Neville et al. (1998), a progesterona parece aumentar a permeabilidade dos vasos sangüíneos gengivais e, por isso, causa maior sensibilidade aos agentes irritantes locais, sejam eles: bacterianos, físicos ou químicos. Devido a esse fato, as mulheres ficam muito mais suscetíveis à gengivite quando expostas a altos níveis de progesterona durante a gravidez. Somando-se a isso, temos ainda um aumento na produção de prostaglandinas, possibilitando a exacerbação de qualquer processo inflamatório, inclusive o gengival.

Xavier e Xavier (2004) descrevem que a possível maior vascularização periférica dos tecidos moles da cavidade oral, pode provocar um aumento na prevalência da gengivite nas gestantes, especialmente no quarto e sétimo meses de gestação e no primeiro mês pós-parto, sendo, geralmente, indolor. Além disso, também pode haver um aumento na profundidade da bolsa periodontal devido ao edema gengival, sendo a região dos molares superiores a mais atingida.

Em 1996, Offenbacher et al. descreveram que mães com doença periodontal apresentaram risco 7,5 vezes maior de nascimentos de bebês prematuros e de

baixo peso, em relação as que não tinham doença periodontal. Essa patologia pode, potencialmente, influenciar nos resultados da gestação através de mecanismos indiretos, envolvendo citocinas inflamatórias ou por vias diretas, através da translocação de bactérias e seus produtos para a unidade feto placentária (PITIPAHT et al. 2008).

O papel das citocinas, principal elo entre doença periodontal e complicações gestacionais, também não foi totalmente desvendada, sendo necessário ser estudada a produção ou mesmo a disseminação da mesma, desde o sítio periodontal, até a chegada ao sangue da gestante. Os conceitos atuais apontam para etiologia multifatorial, tanto da prematuridade quanto da pré-eclâmpsia, e a doença periodontal pode ser um aspecto importante para mulheres com determinado tipo de resposta imunológica. O estudo da interação genético-ambiental é um caminho interessante para elucidar a conexão possível entre inflamação, pré-eclâmpsia e prematuridade (JÚNIOR; NOMURA; POLITANO, 2007).

A associação entre parto prematuro e as doenças periodontais em gestantes tem sido considerado um fator de risco, variando de 2,7 e 8,9 vezes, sendo esta variação provavelmente devido ao critério de diagnóstico de doença periodontal. Diante dos achados é importante destacar que cabe ao Cirurgião-dentista explicar esta relação à gestante, mostrando que, apesar da relação existir, as gestantes com doença periodontal não estão fadadas a ter um parto prematuro, especialmente por ser uma alteração de fácil controle e que depende da sua participação efetiva no tratamento (NERY, 2008).

Juntamente com a gengivite, algumas gestantes têm o periodonto acometido pelo crescimento de uma lesão de natureza não neoplásica, o chamado granuloma piogênico. Quando acomete as gestantes, ele é denominado de tumor gravídico ou granuloma gravídico (figura 3b.), podendo se desenvolver a partir do primeiro trimestre, porém sua maior incidência ocorre a partir do sétimo mês de gravidez (NEVILLE et al.1998).

Além desses fatores também pode estar presente à mobilidade dentária horizontal, provavelmente resultante da combinação da doença gengival e alterações minerais da lâmina dura (XAVIER; XAVIER, 2004). Cohen et al. (1969 e 1971), realizando um acompanhamento longitudinal durante a gestação (24 meses), concluíram que existe um significativo aumento na mobilidade horizontal dos dentes durante a gravidez, especialmente a partir do segundo trimestre, mantendo-se no

terceiro, e com grande decréscimo no pós-parto, chegando a valores de mobilidade do grupo controle (não gestantes). Esta mobilidade parece ser consequência de um mecanismo fisiológico, em que o organismo oferece maior elasticidade a todas as fibras para possibilitar o parto, ou seja, a passagem do bebê pelo colo do útero.

É importante lembrar que muitas mulheres além de atravessar o período gestacional, sofrem ao mesmo tempo de alguma outra doença sistêmica, tornando esse período bastante crítico. Um exemplo é a Diabetes mellitus, pois, além de todos os agravos que ela traz em nível sistêmico, leva também a algumas complicações em nível local, no caso o periodonto. Segundo Machado (2003), há uma série de mecanismos que nos ajudam a entender os efeitos deletérios da diabete mellitus sobre o periodonto, como: diminuição da quimiotaxia dos fibroblastos periodontais; defeitos na quimiotaxia, aderência e fagocitose dos leucócitos polimorfonucleares; aumento da produção de citocinas pró-inflamatórias; aumento da espessura basal de pequenos vasos, conseqüentemente alterando a homeostasia do tecido periodontal; aumento da destruição de colágeno por collagenases; e, dificuldades no reparo;

Esta situação torna-se ainda mais complicada quando está associado um quadro de diabetes descompensado ao período gestacional. No estudo realizado por Guthmiller et al. (2001), grávidas diabéticas apresentaram um maior nível de inflamação gengival e destruição periodontal, manifestada pela grande profundidade de soldagem e perda de inserção, quando comparadas a não diabéticas. É preciso dizer que os níveis de placa eram também significativamente maiores nas mulheres diabéticas, porém mesmo após o controle das mesmas, estas mulheres ainda apresentavam maiores níveis de inflamação, profundidade de sondagem e perda de inserção.

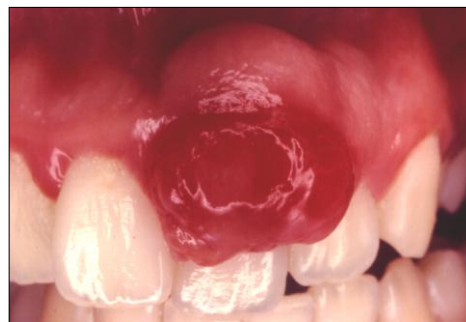
Somado a isto, muitas pacientes possuem alguns vícios (principalmente o tabaco), e algumas mesmo atravessando o período gestacional, não conseguem abandonar o hábito de fumar. Além dos efeitos deletérios que ele causa a saúde sistêmica da mãe e ao bebê, segundo Jenkins e Heasman (2005), evidências inequívocas mostram que a periodontite crônica é duas a cinco vezes mais severa entre fumantes, quando comparado a não fumantes. Além disso, a resolução da inflamação e a estabilidade a longo prazo são também muito menos previsíveis após o tratamento periodontal em fumantes.

Ainda de acordo com Jenkins e Heasman (2005), um numero considerável de pesquisas estabelece que a nicotina pode ter amplos efeitos que alteram o estado imune e inflamatório do hospedeiro, causando: vasoconstrição da microvascularização periodontal, redução na quimiotaxia dos neutrófilos e na fagocitose, diminuição da capacidade dos neutrófilos para aderir às paredes dos capilares e também uma redução da concentração de imunoglobulinas séricas, particularmente em pessoas com início de periodontite precoce.

Com base no que foi exposto, nos parece bastante claro que os problemas periodontais, tão comuns durante o período gestacional, podem estar relacionados a uma série de fatores, e estes devem ser plenamente identificados pelo clínico, daí a importância de uma eficiente anamnese. Além disso, não pode ser esquecido que a causa é o acúmulo de biofilme, portanto, é imprescindível que se trabalhe no seu controle para evitar agravos à saúde periodontal da paciente e mesmo, para prevenir parto prematuro.



a.Doença periodontal em uma Gestante:parto no 8º. Mês



b.Tumor gravídico (gentileza UDE II- UFPel)

Figura 3. Ilustração de alterações periodontais em gestantes

3.2.3.2. Precipitantes da doença cárie dentária

Com relação à doença cárie existe uma noção popular de que a gravidez causa perda dos dentes “um dente por gravidez”. Muitas pessoas acreditam que o cálcio do dente materno é retirado em grande quantidade para suprir as necessidades do feto, fato esse que não tem nenhum suporte histológico, químico, ou evidência radiográfica (STEINBERG, 1999).

Segundo Silva (1988), os fatores importantes com relação à cárie dentária na gestação, são: a maior frequência de ingestão devido a diminuição da capacidade volumétrica do estômago (devido a compressão das vísceras causadas pelo feto) e

a exposição do esmalte dentário ao suco gástrico decorrente de enjôos e vômitos frequentes.

Entretanto, esta situação se deve ao quadro caótico de saúde bucal dos brasileiros, sendo que o número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) dos 15 aos 19 anos e dos 35 aos 44 anos são, respectivamente, 6,17 e 20,13 e nestas faixas etárias o número de pessoas livres de cárie é de 11,06% e 0,52% respectivamente (SB BRASIL2003, 2004).

Na doença cárie dentária o fator preponderante é a presença de biofilme bacteriano cariogênico, especialmente devido ao momento de completa atenção da gestante ao bebê e ao descuido com o auto-cuidado. Com isso, acaba ocorrendo uma progressão da lesão de cárie, que aliada aos tabus e mitos relacionados ao atendimento odontológico, as quais levam a ausência de interferência neste processo, propiciam a progressão da lesão para estágios mais avançados, com envolvimento pulpar e muitas vezes odontalgias.

Além do efeito direto da saúde bucal da gestante, Xavier e Xavier (2004) lembram que o consumo excessivo de sacarose a partir do quarto mês de gestação, poderá levar a criança a gostar mais de açúcar, pois neste período começa o desenvolvimento do seu paladar.

Assim, observa-se que a cárie dentária deve ser tratada e prevenida em qualquer fase da gestação, pois interferindo diretamente em sua causa (acúmulo de biofilme bacteriano), automaticamente, estará sendo realizado o pré-natal odontológico.

3.2.3.3. Promoção de saúde bucal do bebê (Pré-natal odontológico)

Del Duca (2003), estudando a condição bucal das gestantes atendidas no projeto de atenção odontológica materno-infantil da UFPel, encontrou um CPOD médio de 13,31, sendo que o número de dentes perdidos e obturados aumentava com a idade. As Alterações periodontais estiveram presentes em 74% das gestantes. A mesma autora, concluiu que a maioria delas procuraram o projeto de Atenção odontológica Materno-Infantil para resolverem seus problemas de saúde bucal, uma vez que apresentavam necessidades múltiplas e que cabe ao profissional motivá-la a mudar os seus hábitos, para que exista reflexo positivo em seu filho, devendo esta ação ser constante.

O período gestacional é o mais indicado para a educação e a orientação da mãe, sendo que ela deve ser instruída a respeito de como realizar a sua limpeza bucal e a do bebê e de como prevenir a doença cárie, tendo em vista que este é o período em que os pais estão motivados a aceitar informações (KONISHI, 1997).

Este processo é importante a partir do momento em que se entende que a doença cárie tem como principal causador a presença do biofilme, sendo resultante de hábitos comportamentais nocivos (dentro do núcleo familiar), corroborando com os achados de Fritscher et al. (1998). Tais achados mostram a similaridade dos resultados no índice de cárie entre mãe e filho, existindo uma correlação positiva entre a saúde bucal dos pares mãe-filho. Assim, o único reservatório dos microrganismos que promovem a cárie, *Streptococcus* do grupo *mutans*, é a saliva, sendo que estes são transmitidos através do beijo na boca, pelo ato de compartilhar talheres e copos, entre outros. Logo estas bactérias são, geralmente, transmitidas entre familiares e, no caso do bebê, a infecção ocorre principalmente através da mãe, pelo maior contato entre eles (CAUFIELD; CUTTER; DASANAYAKE, 1993),

Com isso, a avaliação da situação da saúde bucal da gestante, bem como de seus hábitos alimentares e de higiene, auxiliará na determinação do risco de cárie a que o bebê está sujeito, após o nascimento. Assim, segundo Konishi (1997), uma das formas de se avaliar o risco de cárie do futuro bebê é analisar a atividade de cárie da gestante, que, por sua vez está relacionada com o número de microrganismos na saliva e com a dieta.

A respeito da transmissibilidade de microrganismos envolvidos no processo cárie dentária, Guimarães et al. (2004), observaram que há associação entre a atividade de cárie da criança e da mãe. Com isso, o nível de *S. mutans* na mãe apresenta relação direta com o nível de infecção infantil, portanto, quanto maior for o nível materno de microrganismos, mais rapidamente dar-se-á a contaminação.

Ainda, de acordo com Fritscher et al. (1998), o desconhecimento das mães com relação ao conceito de cárie, reforça a idéia de que a Odontologia deva voltar-se para os cuidados preventivos a partir da gestante. Esta deve ser esclarecida sobre o quanto a sua saúde bucal interferirá na de seu filho, devendo estar ciente de que se ela diminuir o número de microrganismos cariogênicos (através de uma higiene adequada e da eliminação de focos infecciosos), estará retardando o máximo possível a contaminação do bebê, principalmente até a Primeira Janela da

Infectividade (CAUFIELD; CUTTER; DASANAYAKE, 1993), logo, a criança terá mais chances de manter uma excelente situação de saúde bucal.

Os hábitos e comportamentos maternos, dos familiares ou outros envolvidos, podem facilitar tanto a contaminação precoce, quanto a presença de substrato e a manutenção do biofilme pela ausência e/ou deficiência da higiene. Neste contexto, é fundamental que ela saiba exercer o controle de sua placa bacteriana, para poder controlar a do seu filho (DARELA *et al.* 1999).

É preciso levar em conta que as mães possuem papel fundamental nos hábitos e costumes de uma família, e partir disso, também terão grande influência nos futuros hábitos e costumes da criança. É sabido que os hábitos adquiridos nos primeiros anos de vida são muito difíceis de serem mudados e que durante a gestação, pelo o entusiasmo da vinda do futuro filho, a mulher costuma estar mais receptiva a sugestões. Tudo isso torna de vital importância à realização de um pré-natal odontológico, instituindo na futura mãe, bons hábitos de higiene bucal, que posteriormente serão passados para seu filho.

Assim, com base na sua necessidade individual, na condição física, psicológica e sistêmica da gestante e no trimestre de gestação, desenvolve-se o plano de tratamento individual, cuja matriz consiste em: abordagem da urgência; fase preparatória com adequação da cavidade bucal, dos hábitos de higiene e alimentares; tratamento restaurador e manutenção de acordo com a resposta, conforme mostra a tabela 1.

Tabela 1. Resumo de matriz de plano de tratamento odontológico às gestantes

FASE	PROCEDIMENTOS
Urgência	❖ Queixa principal – dor
Fase Preparatória	❖ Adequação médico-sistêmica ❖ Adequação do meio bucal: remoção dos focos de infecção e sítios retentivos de biofilme bacteriano (exodontias, tratamento periodontal básico, endodontias, vedamento de cavidades) ❖ Adequação dos hábitos de higiene e alimentares ❖ Motivação da paciente e núcleo familiar
Fase Reabilitadora	❖ Dentística restauradora ❖ Prótese dental ❖ Outras situações voltadas para o restabelecimento da função dos dentes cavidade bucal
Fase de Manutenção	❖ Continuidade das ações educativas ou acompanhamento periódico, permitindo a manutenção da saúde bucal da paciente com reflexo em seu filho(a)

3.3. SITUAÇÃO DE URGÊNCIA

A situação de dor é um momento em que mesmo com alguns temores a gestante procura o atendimento odontológico, como mostra o estudo realizado por Oliveira e Oliveira (1999), em que fizeram parte 100 gestantes. Destas, 72% não procuraram atendimento odontológico, sendo que a maioria delas apresentava receio que o tratamento prejudicasse o bebê. Porém, das que se submeteram ao tratamento odontológico neste período (28%), 12% o fizeram por motivo de dor, 11% por cárie e 5% por prevenção.

No entanto, não é raro que ao procurar o profissional, a gestante se depare com a recusa ao atendimento ou mesmo sub-atendimento, pois muitas vezes alguns Cirurgiões-dentistas têm dúvidas sobre como proceder, por exemplo, durante a anestesia ou prescrição de medicamentos. Cabe destacar, que a dor deve ser eliminada independente do trimestre de gestação, pois, como descreve Andrade (1998), as conseqüências da dor (que geram uma situação de estresse, propiciando a liberação de catecolaminas pelas supra-renais) e da infecção (que pode se disseminar), geralmente são muito mais maléficas à mãe e ao feto do que aquelas decorrentes do tratamento odontológico e da utilização dos anestésicos locais.

Muitas vezes a situação de urgência não está relacionada à dor, mas sim a fratura de dente, de restauração ou desalojamento de uma prótese, por exemplo. Apesar de algumas vezes requerer tratamento imediato, esse tipo de situação é mais confortável de ser contornada, pois não há presença de sintomatologia dolorosa. Todavia, na maioria das vezes as situações de urgência surgem em conseqüência de envolvimento pulpar ou periodontal, sendo nesses casos acompanhadas de muita dor, tratando-se de uma situação de emergência, o que vem a exigir tratamento imediato e eficaz.

Frente a situações dessa natureza, em que uma paciente chega ao consultório com sintomatologia dolorosa, antes de eliminá-la, o clínico deve saber como controlar essa dor. Para isso, além de passar tranquilidade, o Cirurgião-dentista pode se valer do uso correto e racional de alguns medicamentos e principalmente da anestesia local. Assim, antes de abordar a situação de dor propriamente dita é importante o embasamento científico do uso de fármacos na gravidez.

3.3.1. Anestesia local

Os anestésicos locais são as drogas mais comuns usadas em odontologia e a forma mais eficiente de controle da dor para pacientes que venham a receber tratamento odontológico. Sua ação é baseada no bloqueio reversível da condução nervosa, determinando perda das sensações sem alteração do nível de consciência (FERREIRA,1999). Apesar de alguns anestésicos serem contra-indicados, outros são considerados seguros durante toda a gravidez, contanto que sejam administrados com uma técnica sensata e volume cuidadosamente controlado.

São basicamente divididos em dois grupos. Os do tipo Éster (Procaína) são metabolizados no sangue materno, ou seja, são hidrolisados por enzimas encontradas de forma ampla no plasma e nos diferentes tecidos, logo, não chegam em grandes quantidades ao feto, não sendo tóxicos ao mesmo. Em contrapartida, possuem efeito e duração menores (exceto a Tetracaína), não sendo seu uso recomendado em gestante. Os do tipo Amida (Bupivacaina, Mepivacaina, Lidocaina, Prilocaina), são metabolizados no fígado, ficando uma parte ligada a proteínas plasmáticas (não ultrapassam a barreira placentária) e outra na forma livre, sendo que estas chegam até o sangue fetal. Tal distinção é útil, porque há diferenças significativas na alergenicidade e metabolismo entre as duas categorias citadas (FERREIRA, 1999).

Os anestésicos locais podem afetar o feto de forma indireta e direta. Na primeira (forma indireta), atuam através da mãe, deprimindo o sistema cardiovascular e diminuindo o tônus uterino. No entanto isto só ocorre em níveis plasmáticos extremamente altos. De forma direta, os anestésicos locais agem quando em alta concentração na circulação fetal. Para isso, a droga deve ultrapassar a barreira placentária o que depende do tamanho da molécula e da concentração no sangue materno (OLIVEIRA,1990).

Faremos agora, algumas considerações a respeito dos principais tipos de anestésicos utilizados durante os procedimentos odontológicos (Tabela 2), destacando a sua porcentagem de ligação protéica e lipossolubilidade, propriedades estas que são importantíssimas, e devem ser muito bem avaliadas. Sobre a porcentagem de ligação protéica, quanto maior ela for, mais longa tende a ser a ação do anestésico local. A lipossolubilidade é considerada a característica isolada mais importante na determinação da potencia de um anestésico local, quanto mais lipossolúvel for uma droga, mais facilmente ela irá penetrar na célula e mais potente

ela será. Ainda a respeito desta propriedade, é preciso dizer que a toxicidade para o sistema nervoso central e o sistema cardiovascular é diretamente correlacionada com a sua potência, logo, anestésicos locais menos lipossolúveis, como mepivacaína, prilocaína e lidocaína são menos tóxicos do que os que apresentam alta lipossolubilidade (bupivacaína).

3.3.1.1. Bupivacaína (categoria C): possui a maior porcentagem de ligação protéica apresentando um efeito muito prolongado (6 horas sem vaso e 9 horas com vaso), sendo indesejado pois o ideal são consultas de curta duração. Segundo Andrade (1998), seu efeito tóxico sobre fígado contra-indica o uso em gestantes.

3.3.1.2. Mepivacaína: (categoria C): não é considerada a melhor escolha durante a gravidez, pois, além de ser rapidamente absorvida há relatos de que ela não é metabolizada pelo fígado fetal, portanto sendo tóxica e contra-indicada a ele.

3.3.1.3. Articaína: é um anestésico local que tem boa lipossolubilidade e baixa toxicidade sistêmica, permitindo aumentar sua concentração com diminuição do volume injetado e da dor da distensão tecidual, trazendo a vantagem de maior penetração tecidual. Apresenta-se associada à adrenalina na proporção de 1:100.000 ou 1:200.000. No entanto, existem controvérsias quanto a sua segurança em gestantes, não sendo classificada pela FDA, devendo haver cautela no seu uso (XAVIER; XAVIER, 2004).

3.3.1.4. Prilocaína: atravessa a barreira placentária mais rapidamente que os demais anestésicos locais, e quando em doses excessivas possui potencial para gerar quadros de meta-hemoglobinemia, podendo levar a um quadro de hipóxia anêmica. Esta meta-hemoglobinemia é um distúrbio hematológico no qual a hemoglobina é oxidada a metemoglobina, tornando a molécula funcionalmente incapaz de transportar oxigênio. Desenvolve-se então um quadro parecido à cianose, na ausência de anormalidades cardíacas ou respiratórias (ANDRADE,1998).

Ainda com relação ao uso de prilocaína em gestantes, no Brasil todas as soluções anestésicas nas quais a prilocaína é a base anestésica, contêm a felipressina (octapressim) como agente vasoconstritor. A felepressina, derivado da

vasopressina, possui uma semelhança estrutural à ocitocina, podendo levar à contração uterina, embora a dose necessária para que isso ocorra seja várias vezes maior que a utilizada em odontologia. Apesar de não existirem evidências de que a felipressina possa levar ao desenvolvimento de contrações uterinas nas doses habituais empregadas em odontologia, é preferível evitar as soluções anestésicas que contém esse tipo de vasoconstritor durante a gestação (ANDRADE, 1998).

3.3.1.5. Lidocaína (categoria B): é o anestésico mais indicado, preferencialmente associado a um vasoconstritor. Não usar lidocaína sem vasoconstritor, pois a sua absorção do local da anestesia é rápida (30 minutos), sendo necessárias altas doses de anestésicos e a sua concentração sanguínea será alta, tanto para a mãe como para o feto. A lidocaína é uma base anestésica antiga e muito usada na clínica médica e odontológica, com excelentes resultados (FERREIRA, 1999).

Quanto aos vasoconstritores na gestação é importante destacar que os anestésicos locais produzem diferentes graus de vasodilatação. A vasodilatação acentuada facilita a velocidade de absorção, agravando, portanto, os efeitos sistêmicos e diminuindo a duração e a efetividade da ação anestésica local. A duração da ação anestésica é proporcional ao tempo em que a droga permanece em contato com as fibras nervosas. Portanto, a adição de drogas vasoconstritoras, aos anestésicos locais, prolonga o tempo de ação anestésica, além de reduzir a toxicidade sistêmica do fármaco pelo fato de retardar a sua absorção (BARBOSA, 2003).

As substâncias vasoconstritoras podem pertencer a dois grupos farmacológicos: análogos da vasopressina (octapressin/felipressina) e aminas simpatomiméticas, sendo as mais comuns as catecolaminas (adrenalina/epinefrina e a noradrenalina/noraepinefrina) e não-catecolamina (fenilefrina). Como descrito anteriormente a análoga sintética da vasopressina (a felipressina ou octapressin), hormônio produzido pela neurohipófise, é um potente vasoconstritor coronariano, tendo seu uso contra-indicado em gestantes por, teoricamente, ter capacidade de levar a contração uterina (PAIVA; CAVALCANTI, 2005).

A noradrenalina é uma substância normalmente presente no organismo e tem efeitos nocivos somente em altas concentrações no sangue materno (FERREIRA, 1999). Segundo Paiva e Cavalcanti (2005) embora ela praticamente não interfira na

freqüência cardíaca, como induz uma mais acentuada vasoconstrição, pode provocar, conseqüente, maior dano tecidual. Na concentração de 1:25.000 e 1:30.000 não devem ser utilizadas pois podem provocar um série de complicações cardiovasculares e neurológicas. O indicado é usar a noradrenalina na concentração de 1:50.000.

A adrenalina, hormônio natural, geralmente é considerada segura por não ter efeitos teratogênicos quando administrada com anestésico local. É um estimulante cardiovascular e é improvável que cause efeito significativo no fluxo sanguíneo uterino. O recomendado é seu uso na concentração 1:100.000 com lidocaína a 2% (Alphacaína®) (XAVIER; XAVIER, 2004).

Outro vasoconstritor utilizado na gestação é a Fenilefrina que possui atividade quase exclusivamente local. É uma substância adrenérgica de atividade direta nos receptores adrenérgicos. A ação na vascularização da pele e membranas mucosas produz vasoconstrição, resultando em decréscimo do fluxo sangüíneo na área de injeção. A Fenilefrina tem ação predominantemente sobre a musculatura das arteríolas, com pouco efeito sobre o músculo cardíaco, entretanto, eleva a pressão arterial, podendo provocar bradicardia reflexa. Sua atividade pressora é menor que a da noradrenalina, todavia de maior duração quando usada em doses adequadas. No entanto, o uso de soluções com Fenilefrina no final da gravidez ou durante o trabalho de parto pode causar anoxia fetal e bradicardia devido ao aumento da contractilidade do útero e a diminuição do fluxo sangüíneo uterino (SS WHITE, 2008)

Assim na anestesia local injetável o Cirurgião-dentista deve observar que a quantidade máxima de anestésico não deve ultrapassar dois tubetes de uma solução de lidocaína a 2% por consulta, injetado lentamente, evitando assim o risco de reações adversas e toxicidade para a mãe e o feto (XAVIER; XAVIER, 2004).

Por fim, a respeito dos **anestésicos tópicos**, é importante saber que eles apresentam uma concentração maior que a do mesmo agente administrado por injeção, facilitando sua difusão através da mucosa e determinando uma toxicidade potencialmente maior, tanto nos tecidos, quanto sistemicamente. A benzocaína (Topex®) categoria C da FDA e a lidocaína (Xylocaína®) categoria B são lentamente absorvidas pelo sistema cardiovascular, tendo menor probabilidade de determinação reação de intoxicação (XAVIER: XAVIER, 2004).

Tabela 2- Resumo de dados dos anestésicos locais

ANESTÉSICO	% LIGAÇÃO PROTÉICA	COEFICIENTE DE LIPOSSOLUBILIDADE	CLASSE DE RISCO
Bupivacaína	95	28	C
Mepivacaína	77	1	C
Articaína	75	6	-
Prilocaina	55	1,5	B
Lidocaína	64	4	B

Fonte: XAVIER; XAVIER (2004); JUNIOR (2007)

Tabela 3. Classe de drogas usadas na odontologia de acordo com o risco na gravidez

CLASSE	RISCO	EXEMPLOS DE DROGAS
A	Sem risco (estudos em humanos e animais)	Fluoreto de sódio
B	Estudos em animais não demonstraram risco para o feto	Clorexidine, Paracetamol, Lidocaína, Amoxicilina, Penicilina V, Cefalosporina, Eritromicina e Clíndomicina
C	Estudos em animais mostraram um efeito adverso no feto. Avaliar risco/benefício e usar a droga	Benzocaína, Bupivacaína, Mepivacaína, Codeína, Morfina, Adrenalina, Hidrocortisona (tópica)
D	Existe evidência positivas de risco fetal humano. Avaliar risco/benefício e usar a droga	Aspirina, Hidrocortisona (sistêmica), Lorazepam, Pentobarbital
X	Anormalidades fetais e/ou evidência positiva de risco fetal humano. Risco maior que o benefício. Não usar a droga	Tetraciclina, Vancomicina, Triazolam

(Fonte: FDA adaptado por Elias, 1995 modificado)

3.3.2. Uso de medicamentos

Em uma revisão de literatura, Carmo (2003) descreveu que a utilização dos medicamentos por gestantes e seus efeitos sobre o feto passou a ser objeto de grande preocupação após a tragédia da talidomida ocorrida entre 1950 e 1960. Cerca de 10 mil crianças nascidas naquele período apresentaram focomelia, bem como outras alterações congênitas, associadas à utilização deste mesmo medicamento durante a gravidez.

Sempre que se fizer necessária à prescrição de qualquer tipo de medicamento, o clínico deve ter em mente que durante o período gestacional a futura mãe apresentará uma série de alterações fisiológicas, tais como: retardo do esvaziamento gástrico; diminuição da motilidade intestinal; aumento da volemia,

débito cardíaco e fluxo plasmático renal; diminuição relativa de proteínas plasmáticas; alteração do metabolismo hepático e aumento da diurese (WANNMACHER; FERREIRA, 1999).

Estas alterações sistêmicas modificam a farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos quando comparada a uma mulher fora do período gestacional, podendo causar reações inesperadas na gestante frente ao uso de determinados fármacos. No entanto, esses problemas podem ser contornados pela simples mudança na posologia ou indicação de outro medicamento.

Atualmente sabe-se que a maioria dos medicamentos utilizados por gestantes atravessa a placenta e atinge a corrente sangüínea do feto. Deve-se considerar então, que quando uma grávida ingere ou recebe qualquer medicamento dois organismos serão afetados, sendo que um deles (o feto) ainda não tem a mesma capacidade de metabolizar substâncias que a mãe (CARMO, 2003).

Barbosa (2003) concluiu que o manejo terapêutico da gestante representa uma situação especial para o Cirurgião-dentista. A literatura enfoca predominantemente os riscos de teratogenia, mas esses não são os únicos efeitos indesejáveis de fármacos na gravidez. Na gestante, a farmacocinética difere da que ocorre em mulheres não-grávidas, pois na gravidez há alterações fisiológicas que podem predispor ao aparecimento de patologias orodentárias, e que modificam a absorção, distribuição e eliminação dos fármacos. Assim, muitas vezes há necessidade de reajustes no esquema de administração, já que durante a gravidez todas as drogas podem atravessar a barreira placentária e atingir o feto.

O período de maior suscetibilidade a teratogenia é entre o 15º ao 90º dia de gestação, pois neste período ocorre o processo de organogênese. Isto conduz a recomendações para que seja evitado o uso de drogas, se possível, no primeiro trimestre. Durante a fertilização e implantação (até 17º dia) as drogas teriam um efeito “tudo ou nada” onde a gestação pode ser interrompida ou prosseguir sem problemas. No período de organogênese (18º ao 55º dia) ocorre alta sensibilidade a drogas, podendo ocorrer malformações morfológicas. Finalmente no período fetal (do 56º dia em diante), os fármacos causam alterações funcionais em determinados órgãos (XAVIER; XAVIER, 2004).

Para nos ajudar a avaliar os possíveis riscos que a prescrição de um determinado medicamento pode trazer ao feto e a gestante, a *Food and Drug Administration* (FDA) os classifica e os enquadra em cinco categorias, conforme o

risco associado ao seu uso durante a gravidez. Esta classificação foi adaptada para Odontologia por Elias (1995) e encontra-se na tabela 3.

Baseado no exposto, ao prescrever qualquer tipo de fármaco a uma gestante, é preciso que se tenha muito cuidado com os efeitos teratogênicos que o mesmo possa induzir. Para que isso não ocorra, é imprescindível que se preste atenção em alguns detalhes, tais como: observar o trimestre em que a gestação se encontra; usar a menor dose efetiva pelo menor tempo possível, avaliar risco/benefício e, se possível, haver uma boa interação entre o Cirurgião-dentista e o Obstetra da paciente.

A seguir as principais características dos medicamentos mais usadas em odontologia, determinando quais são os mais indicados ou contra-indicados, durante o período gestacional.

3.3.2.1. Analgésicos

Em Odontologia, a frequência em que nos deparamos com situações onde o problema dor esteja envolvido, é muito maior que em outras especialidades médicas, por exemplo. Estas dores podem ter diversas etiologias, tais como: pulpíte, necrose pulpar, abscessos (periodontal ou periapical), pericoronarite, etc. Desta maneira o Cirurgião-dentista requer conhecimento e precisão no diagnóstico clínico, bem como experiência nas diversas formas de tratamento.

Inegavelmente a supressão do estado álgico de um indivíduo passa principalmente pela intervenção clínica na causa dor, porém a aplicabilidade dos analgésicos é de grande valia, geralmente atuando como medicação de suporte, colaborando para o conforto e bem estar da gestante.

Os principais analgésicos utilizados em odontologia, suas indicações ou contra-indicações durante a gravidez, segundo Wannmacher e Ferreira (1999), são:

a. Analgésicos não Opióides

a.1. Derivados do para-aminofenol/paracetamo (Tylenol®): não há relatos de contra-indicações durante a gravidez, e também são classificados como risco B pela FDA. Normalmente é o analgésico de escolha.

a.2. Derivados do ácido salicílico (Aspirina®, AAS®): não são contra-indicados durante os primeiros trimestres de gestação, desde que seja respeitada a dose normal de 1,5g/dia (aproximadamente 3 comprimidos/dia). Porém durante o terceiro

trimestre de gravidez, há evidências de que ele cause retardo do parto devido à inibição da síntese de prostaglandinas que participam do início das contrações uterinas, além de poder aumentar o sangramento durante o parto, prematuridade e diminuição plaquetária do recém nascido. Além disso, o uso da aspirina ou de outros salicilatos podem aumentar a concentração de bilirrubina no sangue do feto, causando icterícia e, ocasionalmente, lesão cerebral (MANUAL MERCK, 2008).

a.3. Derivados pirazolônicos (Dipirona[®], Novalgina[®];) podem ser utilizados em qualquer período da gravidez, porém existem alguns relatos de que a dipirona tenha efeito mitostático.

b. Opióides

Estão contra-indicados durante a gestação por atravessarem facilmente a barreira placentária, tendo efeito tóxico sobre o feto, podendo provocar letargia, sonolência, hipotonia, depressão respiratória e dificuldade de sucção. Esses quadros não chegam a ser observados quando do uso da codeína com paracetamol (Tylex[®]), embora seja classificado com Risco C, tem sido associada ao aumento do risco de anomalias congênitas, tais como fissura labial e do palato, defeitos cardíacos e anomalia circulatória.

3.3.2.2. Antiinflamatórios

A resposta inflamatória é um processo de defesa do organismo que se inicia imediatamente após a lesão tecidual com uma resposta vascular com vasodilatação, aumento da pressão na microcirculação e escape de líquido, formando o edema. Ao mesmo tempo ocorre a migração e acúmulo de neutrófilos no local da lesão, havendo mediadores químicos endógenos entre eles as prostaglandinas. Os agentes antiinflamatórios agem no processo de redução da reação inflamatória por inibirem a liberação de prostaglandinas, atuando em etapas preestabelecidas na via do ácido araquidônico (XAVIER; XAVIER, 2004).

Abaixo alguns dos antiinflamatórios mais utilizados em odontologia, destacando suas indicações e contra-indicações durante o período gestacional.

a. Antiinflamatórios não-esteróides (AINEs)

A prescrição de doses elevadas de aspirina (tem ação antiinflamatória) ou de outros AINEs durante este período, pode causar sérias complicações, como retardar o início do trabalho de parto e o fechamento precoce do canal arterial (ductus

arteriosus). Este canal conecta a aorta a artéria pulmonar, normalmente fechando logo após o nascimento. Se esta conexão for ocluída precocemente, acabará forçando o sangue a fluir através dos pulmões, os quais ainda não expandiram, sobrecarregando o sistema circulatório fetal, provocando hipertensão arterial pulmonar e insuficiência cardíaca (OLIVERA,1998; MANUAL MERCK, 2008).

O uso de antiinflamatórios não esteróides em fases mais avançadas da gravidez pode reduzir o volume do líquido amniótico (líquido que envolve o feto em desenvolvimento na bolsa amniótica), sendo extremamente prejudicial ao mesmo. Desta maneira, o uso destes está contra-indicado no terceiro trimestre de gestação (MANUAL MERCK, 2008).

A maioria dos antiinflamatórios não esteroidais (AINEs) é classificada como (C), mas não devem ser utilizados no terceiro trimestre, pois neste período são classificados com o fator de risco (D), devido ao fato de causarem constrição do ducto arterioso fetal, podendo acarretar uma hipertensão arterial pulmonar (LEVY, 2005).

.a.1. Derivados do ácido fenilacético: São os diclofenacos (Voltaren[®], Cataflan[®], Biofenac[®]). Estão apenas contra-indicados no último trimestre de gravidez. Salvo neste período, caso seja indicada a terapia medicamentosa antiinflamatória, trata-se da melhor opção (WANNMACHER; FERREIRA, 1999).

a.2. Derivados do ácido indolacético: indocid[®] se usada no primeiro trimestre de gravidez, a Indometacina pode ocasionar focomielia e ausência de pênis. Em fases mais avançadas pode causar e hipertensão pulmonar (WANNMACHER; FERREIRA, 1999).

b. Antiinflamatórios esteróides:

Os Corticosteróides devem ser recomendados apenas em casos de absoluta necessidade (WANNMACHER; FERREIRA, 1999; XAVIER; XAVIER,2004). Em caso de procedimentos endodônticos ou cirúrgicos que não podem ser adiados podem ser utilizados em dose única de 4mg os corticóides (betametazona/Celestone[®] e dexametazona/Decadron[®]).

Pode-se observar que quando utilizados por gestantes os antiinflamatórios não esteróides (AINEs) e os esteróides (os narcóticos) podem chegar ao feto em quantidades significativas. Apesar de haver algumas opções, a terapia mais

recomendada é a não medicamentosa (fisioterápica), com aplicação local de frio imediatamente ao trauma, seguido da aplicação de calor após 24 horas (WANNMACHER; FERREIRA, 1999).

3.3.2.3. Antimicrobianos

Durante a gestação, como em qualquer outra fase da vida, o organismo humano está sujeito a contrair infecções. Não há dúvidas de que para eliminar qualquer infecção, deva-se interferir diretamente em seu fator causal, porém não se deve descartar o uso de um antibiótico como coadjuvante. O risco fetal pelo uso de fármacos sempre vai existir, sobretudo em relação aos antibióticos, pois, normalmente apresentam baixo peso molecular facilitando a difusão através da placenta. Essa difusão é favorecida por seu baixo peso molecular, solubilidade em lipídios, maior grau de ionização e menor ligação às proteínas séricas (XAVIER; XAVIER, 2004).

Com base em Wannmacher; Ferreira (1999) e Xavier; Xavier (2004) serão abordados os principais tipos de antimicrobianos utilizados em odontologia e indicados na gestação (figura 4).

a. Derivados Beta-lactâmicos: A Penicilina e derivados são agentes preferencialmente utilizados durante toda a gestação (classe B), não apresentando toxicidade embriofetal, nem efeitos teratogênicos, mesmo em doses elevadas. São indicadas pela grande maioria dos autores como primeira escolha.

A Cefalosporina (cefalexina) pode substituir as penicilinas em pacientes alérgicos, desde que não tenham desenvolvido reações imediatas (imunoglobulina E). Nestes casos, a cefalosporina deve ser evitada, devido ao risco, embora pequeno, de hipersensibilidade cruzada.

b. Eritromicina: é do grupo das macrolídeos, sendo antibióticos que tem dificuldade de passar pela barreira placentária, atingindo concentrações baixas no feto e no líquido amniótico. A estearato de Eritromicina é liberado para o uso durante o período gestacional, sendo recomendada para os alérgicos a penicilina. No entanto, o estolato de eritromicina pode causar hepatite colestásica, resultando em comprometimento da secreção biliar, com icterícia e prurido e pode provocar colestase no recém nascido.

c. Clindomicina: pertence ao grupo da lincosaminas, seu espectro de ação inclui a maioria das bactérias gram-positivas e anaeróbicas, sendo os antibióticos eleitos para tratar infecções de germes resistentes a outros antibióticos. Não são conhecidos efeitos nocivos no feto, em que pese a pouca experiência clínica desses antibióticos durante a gravidez (classe B da FDA), podendo substituir a penicilina em gestantes alérgicas, mas está contra-indicada em pacientes com alteração hepática.

d. Clorexidina: trata-se de um produto de uso externo, para bochecho ou aplicação tópica, sendo considerado seguro para a gestante (classe B da FDA). É considerado um composto de amplo espectro e por interagir com as glicoproteínas e fosfoproteínas da mucosa bucal, película adquirida e esmalte, é capaz de reduzir em 99% o nível de infecção por Estreptococos do grupo mutans, afetando ainda, o metabolismo dos microrganismos remanescentes. Sua molécula tem carga positiva, a qual reage com os grupos de carga negativa da superfície da bactéria, alterando sua membrana citoplasmática e causando o extravasamento do citoplasma e lise da mesma. A clorexidina, portanto, inibe a formação e crescimento da placa bacteriana, diminuindo também a produção de ácido na placa estabelecida (JENKINS; HEASMAN, 2005).

Primeira escolha	Segunda escolha
AMOXICILINA (AMOXIL [®])	ERITROMICINA -estearato (PANTOMICINA [®])
AMPICILINA (AMPLACILINA [®])	CLINDAMICINA (DALACIN [®])
PENICILINAS (PEN-V ORAL [®])	
CEFALOSPORINA (KEFLEX [®])	

Figura 4 Exemplos de antibióticos utilizados na odontologia e indicados na gestação

A seguir serão citados os antibióticos que são contra-indicados na gestação com base em Xavier e Xavier (2004):

e. Aminoglicosídeos: (Estreptomomicina e Neomicina): contra-indicados durante a gestação por serem ototóxicos e nefrotóxicos.

e. Clorafenicol: é classificado na categoria C do FDA e seu uso durante a gestação ainda é muito controverso, pois atravessa a placenta com grande facilidade atingindo altos níveis no feto. Alguns autores relatam que em virtude de seu mecanismo de ação interferir com a síntese protéica, ele poderia alterar a síntese protéica fetal levando a malformações. Existe ainda a possibilidade (embora baixa) de desencadear síndrome cinzenta no neonato, além de danos hematológicos. Em virtude destes riscos, é considerado perigoso tanto para a mãe quanto para o feto, logo, recomenda-se que seu uso seja restrito a infecções em que não haja qualquer outra terapêutica eficaz.

f. Tetraciclina: apesar de possuir um amplo espectro, são contra-indicados durante a gravidez, pois além de provocar alterações na microbiota oral, causam discromia e hipoplasias do esmalte, retardo do crescimento ósseo.

g. Sulfas: podem provocar teratogênias no primeiro trimestre, promover o desenvolvimento de anemia hemolítica e trombocitopenia, além de favorecer o aparecimento dos mais avançados graus de icterícia ao feto. Por esta razão, também estão contra-indicados.

3.3.2.4. Tranqüilizantes

Atualmente, os sedativos que apresentam maior tendência de uso na prática odontológica são os benzodiazepínicos, sendo considerados os mais seguros, porém, estão contra-indicados durante o período gestacional, principalmente no primeiro e segundo trimestres de gestação. Do contrário, o uso freqüente durante este período pode causar a Síndrome da Abstinência no Recém Nascido. Esta, costuma ocorrer 48 horas após o parto, acompanhada de um quadro de febre, tremor, irritabilidade, vômitos, hipertonicidade muscular, insuficiência respiratória, convulsão e choro agudíssimo, sendo que em doses maiores podem levar a depressão respiratória, hipotonia e hipotermia. Contra eles, ainda há relatos de estarem associados a fendas lábio-palatinas (WANNMACHER; FERREIRA, 1999).

3.3.3. Urgências de origem endodôntica

As urgências endodônticas são um desafio tanto ao diagnóstico, quanto ao tratamento, principalmente quando ela se fizer presente em uma gestante. O conhecimento e a habilidade em vários aspectos são necessários, pois o insucesso

na aplicação deles culminará na falha em aliviar a dor, podendo agravar ainda mais a situação (LEONARDO; LEAL; LEONARDO, 1998).

Relembramos que quadros de dores muito fortes, associada á ansiedade, podem levar a um aumento na contração dos músculos lisos, conseqüentemente tornando a gestante mais suscetível ao aborto ou parto prematuro. Portanto, frente a situações de emergência em endodontia, devemos realizar o tratamento odontológico, independente do período na qual a gestante se encontra.

Normalmente, estas emergências são um motivo de preocupação tanto para a paciente, quanto para o clínico e sua equipe, pois muitas vezes elas apresentam freqüências variáveis (mas não incomuns) de dor ou tumefação, conforme o quadro clínico que a paciente apresentar, e dependendo deste, o tratamento apresenta algumas variações, conforme os protocolos clínicos a seguir, utilizados no projeto de Atenção odontológica materno-infantil (AOMI), da UFPel e embasados por Leonardo, Leal e Leonardo (1998).

3.3.3.1. Tratamentos conservadores da polpa:

Antes de entrar na terapia endodôntica propriamente dita, serão feitas algumas considerações a respeito da pulpite reversível, condição que se não tratada, fatalmente evoluirá para uma situação de urgência endodôntica.

Segundo Mondelli (1998), para fins de diagnóstico da condição da polpa, é interessante a distinção entre dor dentinária e a de origem pulpar. A dor dentinária é geralmente aguda, lancinante e localizada, sendo provocada por estímulos específicos, como: frio, ácido, açúcar, toque e desidratação. É importante dizer que a dor desaparece, assim que o estímulo é removido.

Se esta condição não for tratada, haverá evolução para uma pulpite irreversível, em que os sinais, sintomas e o tratamento são completamente diferentes. A dor de origem pulpar advém lentamente, é pulsátil e aumenta quando o paciente encontra-se em decúbito. Com o passar do tempo, essa dor pode se tornar difusa, havendo até mesmo dificuldade para determinar o dente a que ela está associada.

Muitas gestantes chegam ao projeto de Atenção Odontológica Materno-Infantil da UFPel com quadros de pulpite reversível e, para que esta condição não evolua para um quadro de irreversibilidade pulpar (em que o tratamento é mais complexo, sobretudo para uma gestante), é adotada a terapêutica de tratamento conservador

da polpa, tratamento expectante, na maioria das vezes, e capeamento direto, mais raramente. É importante ressaltar que estes procedimentos fazem parte da adequação do meio bucal, conduzidos de acordo com a condição do dente, trimestre de gestação e rigores técnico-científicos existentes.

3.3.3.2. Pulpite Aguda Irreversível

Um quadro de pulpite aguda irreversível constitui-se em uma lesão inflamatória irreversível do órgão pulpar, levando a paciente a um quadro de dor intensa, que somente é aliviada após a remoção da polpa inflamada.

Assim, após o correto diagnóstico e esclarecimentos necessários a gestante e/ou acompanhantes segue-se os procedimentos, podendo ser em uma ou duas sessões clínicas. Se a gestação se encontrar em uma época favorável ao tratamento, e o dente não oferecer um alto grau de dificuldade (dentes unirradiculares com canais retos), a pulpectomia pode ser realizada em apenas uma sessão. No entanto, na grande maioria das vezes, é conduzido em duas sessões, principalmente devido ao menor tempo da anestesia sobre o tecido pulpar e de ser indicado usar no máximo dois tubetes de anestésico (lidocaína).

3.3.3.2.1. Tratamento em uma sessão clínica:

a. Como em qualquer procedimento clínico, o Cirurgião-dentista deve começar pelo controle químico, evitando assim, os riscos de provocar uma bacteremia transitória. Este controle químico pode ser feito com clorexidina 1 ou 2%.

b. Após o controle da dor através de uma correta anestesia local, com injeção lenta.

c. Com a paciente devidamente anestesiada, confecciona-se o isolamento absoluto do campo operatório, tomando muito cuidado com a questão da respiração, pois, para conforto da gestante, o atendimento não pode se estender por muito tempo ou causar dificuldades respiratórias.

d. Com um eficiente isolamento absoluto, é chegada a hora da abordagem da câmara pulpar e acesso aos canais radiculares, seguido da pulpectomia coronária (utilizando curetas bem afiadas) e a dos canais radiculares (utilizando limas endodônticas). Cabe aqui ressaltar, que concomitantemente a pulpectomia, é importantíssimo que seja feita uma abundante irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio 0,5 a 1%.

e. Feito isso, deve-se secar bem o sistema de canais radiculares com cones de papel absorvente esterilizados, e com os canais secos, devemos preenchê-los com pasta de hidróxido de cálcio (Pasta Calen). Por último, colocaremos uma pequena mecha de algodão seca e esterilizada na entrada dos canais, e confeccionaremos a restauração provisória.

3.3.3.2.2. Tratamento em duas sessões clínicas:

***Primeira sessão clínica:**

a. Imediatamente após o controle químico, anestesia local e isolamento absoluto do campo operatório, procede-se a remoção da polpa coronária e da entrada dos canais radiculares (associada a abundante irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio 0,5 a 1%)

b. Feito isso, coloca-se uma mecha de algodão esterilizada embebida em uma medicação a base de corticosteróide e antibiótico (Otosporin®, Riffocort®), encerrando com a restauração provisória (IRM). Segundo Soares e Goldberg (2001), estes medicamentos estão indicados como curativo de demora nas pulpectomias, buscando reduzir a intensidade da inflamação do coto apical e dos tecidos periapicais (decorrente do trauma cirúrgico), proporcionando, assim, maior comodidade pós-operatória e favorecendo o reparo.

c. Após esta primeira sessão, pode ser prescrita uma medicação analgésica para melhor conforto pós-operatório da paciente (Paracetamol 750 mg, de 6 em 6 horas, caso houver dor).

***Segunda sessão clínica:**

a. Iniciaremos a segunda sessão da mesma maneira que a primeira, com o controle químico, anestesia e isolamento absoluto.

b. Terminadas as etapas acima, finalizaremos a pulpectomia dos canais radiculares (sempre associada a abundante irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio 0,5 a 1%), secando-os e preenchendo-os com pasta de hidróxido de cálcio.

Independentemente de o tratamento ter sido realizado em uma ou duas sessões clínicas, a partir do momento em que é realizada a remoção a polpa inflamada e a neutralização dos subprodutos bacterianos, teremos removido os fatores causais da emergência endodôntica, normalmente culminando no alívio da dor. Com o adequado preenchimento dos canais radiculares com Pasta Calen, e

com a confecção de uma satisfatória restauração provisória, podere-se (dependendo do trimestre de gravidez e das condições físicas da gestante) finalizar a endodontia ou simplesmente fazer a proervação do caso, esperando o término do período gestacional para finalizar a terapia endodôntica.

3.3.3.3. Necrose Pulpar com Pericementite Apical Aguda

O ideal é que todo conteúdo séptico seja removido imediatamente do sistema de canais radiculares, porém realizar todo este procedimento normalmente requer sessões clínicas relativamente longas para uma gestante. Isso se torna ainda mais crítico em casos mais complicados, como em molares e dentes que apresentam canais curvos e atresiados. Desta maneira, sugerimos que o tratamento seja realizado em duas sessões.

***Primeira sessão clínica:**

a. Como anteriormente citado, iniciaremos sempre pelo controle químico, anestesia e isolamento absoluto do campo operatório.

b. Feito isso, procederemos à neutralização imediata do conteúdo séptico, começando pela abertura coronária e acesso a entrada dos canais radiculares. Realizaremos então, a remoção da polpa necrótica (coronária e do terço cervical e médio do sistema de canais radiculares), com abundante irrigação e aspiração, utilizando uma solução de hipoclorito de sódio 0,5 ou 1%.

c. Terminada essa etapa, coloca-se uma mecha de algodão esterilizada, embebida em Tricresol Formalina na entrada dos canais radiculares, e finalmente o dente é selado com material restaurador temporário (IRM). Este medicamento é indicado como medicação prévia destinada a neutralizar o conteúdo tóxico-bacteriano do canal radicular dos dentes com polpa necrosada. É importante salientar que este fármaco deve ser utilizado em quantidades mínimas e em curativos utilizados na câmara pulpar (SOARES; GOLDBERG, 2001).

d. Prescrição analgésico (Paracetamol 750mg, de 6 em 6 horas enquanto houver dor) e alívio oclusal quando necessário.

***Segunda sessão clínica (aproximadamente três dias após):**

a. Iniciaremos a segunda sessão como na primeira, procedendo o controle químico, anestesia e isolamento absoluto.

b. Posteriormente, segue-se a remoção do material restaurador temporário e da mecha de algodão, para que seja realizada a instrumentação de todo canal (pulpectomia total). Concluída esta fase, parte-se para a secagem dos canais com cones de papel absorvente e para o adequado preenchimento deles com pasta Calen.

c. Finalmente, coloca-se uma mecha de algodão seco e esterilizado na entrada dos canais, procede-se a restauração provisória.

Concluída toda remoção do conteúdo séptico dos canais radiculares, dependendo da viabilidade (período em que a gestação se encontra), podemos finalizar a terapêutica endodôntica ou preservar o caso até o final da gravidez.

3.3.3.4. Abscesso Dento-Alveolar:

Trata-se de um processo periapical agudo acompanhado de secreção purulenta. Clinicamente caracteriza-se por um quadro de dor intensa, pulsátil, localizada, além de causar mobilidade dentária e alterações sistêmicas, como: febre e inapetência.

Conforme o estágio em que ele se encontrar (inicial, em evolução ou evoluído), o tratamento apresentará algumas variações, porém, em todos os casos a intervenção deve ser feita sempre após terapia antibiótica. Além do antibiótico, também se recomenda que seja prescrito um analgésico, atuando assim, como medicação de suporte para alívio a dor.

Independentemente de seu estágio, o tratamento do abscesso dento-alveolar baseia-se na remoção de todo conteúdo séptico dos canais (polpa necrosada, bactérias e seus subprodutos) e na drenagem de todo exudato purulento. Cabe aqui ressaltar, que em alguns casos o comprometimento do dente é tamanho, que a única solução é exodontia.

O uso de analgésico pode ser necessário. A prescrição de antibióticos está indicada quando houver comprometimento sistêmico com presença de febre, sendo sempre a primeira opção a penicilina e seus derivados, conforme discutido anteriormente.

3.3.3.4.1. Abscesso dento-alveolar em fase inicial:

***Primeira sessão clínica:**

a. Iniciaremos pelo controle químico, anestesia local e isolamento absoluto do campo operatório.

b. Feito isso, partiremos para abertura coronária. Quando em sua fase inicial, a própria abertura coronária poderá culminar na drenagem do conteúdo purulento.

c. Se isso não ocorrer, procede-se a instrumentação (acompanhada de abundante irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio 0,5 a 1%) com eliminação do conteúdo séptico dos canais em todo seu comprimento, até que ocorra a drenagem.

d. Finalizada esta etapa, coloca-se uma mecha de algodão com Formocresol ou Tricresol Formalina e confecciona-se a restauração provisória.

***Segunda sessão clínica:**

a. Como nos casos anteriores, inicia-se a segunda sessão da mesma maneira como na primeira, com o controle químico, anestesia e isolamento absoluto.

b. Terminadas essas etapas, finaliza-se o PQM (Preparo Químico-Mecânico), seca-se os canais com cones de papel esterilizados, preenchendo-os com pasta calen.

c. Finalmente, coloca-se uma mecha de algodão esterilizado na entrada dos canais e depois confecciona-se a restauração provisória com IRM ou Ionômero de Vidro.

Após ser removido todo o conteúdo séptico do sistema de canais radiculares, avalia-se a viabilidade de finalizar a terapia endodôntica ou preservar o caso até que termine o período gestacional.

3.3.3.4.2. Abscesso dento-alveolar em evolução:

Quando o abscesso apresentar-se em evolução a conduta é a mesma, porém tendo em mente que a infecção apresenta localização intra-óssea, portanto, dificilmente a coleção purulenta drenará via canal.

3.3.3.4.3 Abscesso dento-alveolar evoluído:

Nos evoluídos, a infecção rompeu o periósteo localizando-se nos tecidos moles, provocando diferentes graus de tumefação. O tratamento também segue a mesma conduta dos anteriores, porém concomitantemente a ele, procede-se a

drenagem da coleção purulenta localizada submucosa ou subcutaneamente. Quando a tumefação apresentar-se difusa, é aconselhável que seja aplicado calor no local (com um pano quente), até que esta acabe se tornando localizada, eritematosa e amolecida. Feito isso, é hora realizar a drenagem do exudato purulento através de uma incisão na base do edema flutuante, podendo ser instalado um dreno por 24 a 48 horas.

3.3.2.Urgência de origem peridontal

Quando a situação de urgência surgir em consequência de problemas no periodonto, normalmente vamos nos deparar com casos clínicos de abscesso periodontal ou pericoronarite severa, ambos, acompanhados de muita sintomatologia dolorosa. Assim como as emergências endodônticas, este tipo de situação requer tratamento imediato, visando eliminar o estresse causado pela dor, bem como os riscos que este processo infeccioso pode causar a mãe e ao feto.

3.3.2.1. Pericoronarite

De acordo com Carranza (1983), trata-se de uma inflamação da gengiva em relação à coroa de um dente parcialmente irrupcionado ou impactados, sendo mais freqüente em terceiros molares, principalmente os inferiores. Isso ocorre, devido ao fato do espaço entre a gengiva e o dente ser o lugar ideal para o acúmulo de alimentos e proliferação bacteriana.

Por tratar-se de uma infecção que ocorre nos tecidos moles que circundam o dente (devido ao acúmulo de biofilme e bactérias entre eles), devemos intervir diretamente na causa, visando eliminar este foco de infecção.

Quando ela se fizer presente de uma forma branda, a simples limpeza mecânica acompanhada de bochechos com água oxigenada 10 volumes ou clorexidina 0,12 ou 0,2% normalmente são suficientes. Porém, segundo Carranza (1983), sempre que ela surgir na forma severa, acompanhada de muita dor e inchaço local, o tratamento é cirúrgico, e de acordo com este autor procede-se da seguinte maneira:

Primeira sessão clínica:

a. Instituir terapêutica antibiótica, atuando na fase aguda da infecção, minimizando a chance de bacteremia, o que poderia ser muito perigoso tanto para mãe, quanto para o feto. Também deve ser feita a determinação da extensão e intensidade da

lesão das estruturas adjacentes, bem como avaliar possíveis complicações sistêmicas.

b. Irrigar abundantemente a cavidade bucal, principalmente o espaço pericoronário, com água oxigenada 10 volumes ou clóxedina, para eliminar os resíduos e o exsudato superficial.

c. Proceder uma eficiente anestesia local.

d. Em seguida, levanta-se suavemente o capuz, irriga-se com água oxigenada 10 volumes, e com um raspador, remove-se os resíduos superficiais. Nesta primeira sessão, está contra-indicada a raspagem profunda ou procedimentos cirúrgicos.

e. Por fim, deve-se passar as instruções á paciente, incluindo bochechos com água oxigenada 10 volumes ou clorexidina 0,12 ou 0,2%.

Segunda sessão clínica:

a. Vinte e quatro horas após a primeira visita, a condição normalmente se apresenta bastante melhorada, porem, devemos começar esta sessão com os mesmos cuidados que na primeira, ou seja, procedendo o controle químico e uma eficiente anestesia local.

b. Em seguida, volta-se a separar suavemente o capuz do dente, e novamente deve-se irrigar o espaço pericoronário com água morna ou água oxigenada 10 volumes;

c. Os cuidados prescritos continuam os mesmos, e a paciente deve retornar em 24 horas;

Terceira sessão clínica:

a. Iniciaremos esta sessão da mesma maneira como nas duas anteriores, com controle químico e anestesia local. Nesta sessão clínica o Cirurgião-dentista optara pela manutenção do elemento dentário ou pela exodontia;

b. Nos casos em se optar pela manutenção do dente, é neste momento que se realiza o procedimento cirúrgico (ulotomia). É necessário remover todo o capuz que cobre a coroa do dente, e em seguida, coloca-se cimento periodontal;

c. Finalizada a cirurgia, é deve-se passar de maneira muito clara as recomendações pós-operatórias. Em nível local, a paciente deve fazer bochechos diários com água oxigenada 10 volumes ou clorexidina 0,12 ou 0,2%. Em nível geral, deveremos prescrever um analgésico (Paracetamol 750 mg, de 6 em 6 horas, enquanto houver dor).

3.3.2.2. Abscesso periodontal

Trata-se de uma infecção localizada no periodonto de sustentação, surgindo normalmente pela dificuldade de escoamento do conteúdo de uma bolsa periodontal profunda, seja pelo fechamento, ou pelo formato sinuoso da mesma. Assim como nas pericoronarites severas, os abscessos periodontais vêm acompanhados de muita dor, inchaço local e presença de exudato purulento.

Por tratar-se de um processo infeccioso, requer tratamento imediato, sob pena de causar prejuízos a mãe e ao feto. De acordo com Carranza (1983), o mais efetivo caminho para tratar os abscessos periodontais é com procedimento cirúrgico, pois este proporciona visibilidade e acesso aos irritantes locais responsáveis. De acordo com este mesmo autor o tratamento deve seguir a seguinte seqüência:

Primeira sessão clínica:

- a. Instituir terapêutica antibiótica, com o intuito de tirar a infecção da fase aguda, minimizando a chance de bacteremia, o que poderia ser muito perigoso tanto para mãe, quanto para o feto.
- b. Antes do procedimento cirúrgico, fazer um bochecho com água oxigenada 10 volumes ou clorexidina 1 a 2% e proceder uma eficiente anestesia local:
- c. Fazer a cirurgia de acesso à bolsa periodontal, a fim de provocar o extravasamento de sangue e pus. Feito isso, deve ser feita irrigação com água oxigenada 10 volumes ou clorexidina 1 a 2%;
- d. Finalmente, deve-se passar as instruções á paciente, incluindo bochechos com água oxigenada 10 volumes ou clorexidina 0,12 a 0.2%, além da prescrição de um analgésico (Paracetamol 750 mg, de 6 em 6 hora, enquanto houver dor) e da manutenção da terapia antibiótica.

Segunda sessão clínica:

- a. Na segunda sessão, normalmente a paciente retorna com uma considerável melhora no quadro clínico, com a diminuição do edema e os sintomas abrandados. Iniciaremos da mesma maneira como na consulta anterior, com o controle químico e a anestesia local.
- b. Feito isso, realiza-se o procedimento cirúrgico normal, sendo feita a confecção de um retalho, com o intuito de eliminar todo o tecido de granulação e o cálculo, além de proceder alisamento radicular.
- c. Finalizada esta etapa cirúrgica, assim como no tratamento da pericoronarite severa, deve-se passar de maneira muito clara as recomendações pós-operatórias.

Em nível local, a paciente deve fazer bochechos diários com água oxigenada 10 volumes ou clorexidina 1 a 2%. Em nível local, a paciente deve fazer bochechos diários com água oxigenada 10 volumes ou clorexidina 0,12 ou 0,2%. Em nível geral, deveremos prescrever um analgésico (Paracetamol 750 mg, de 6 em 6 horas, enquanto houver dor) e continuar a terapia antibiotica.

Cabe ressaltar no Projeto de Atenção Odontológica materno-infantil os casos de dor periodontal foram mínimos. Destaca-se que, o uso de antibiótico em tais situações deve ser bem avaliado, não descartando apenas o seu uso profilático em dose única pré-operatória de 1 a 2 gramas de amoxicilina ou 300 a 600 mg de clindamicina aos alérgicos a penicilina.

3.4. FASE PREPARATÓRIA

É neste momento que, de acordo com as informações obtidas na anamnese, providencia-se o tratamento de qualquer distúrbio sistêmico porventura relatado e, sempre que necessário, deve-se encaminhar a paciente a um especialista, por exemplo, seu obstetra. Nos casos em que a gestante apresentar diabetes mellitus, este período torna-se crítico, pois se a doença não for bem controlada, além dos agravos a saúde que esta condição traz em nível sistêmico, também terá algumas complicações a nível local, no periodonto. É preciso ter uma atenção muito especial com essas pacientes, pois além da terapêutica normal usada em pacientes com problemas periodontais, temos que nos preocupar com que a paciente mantenha-se sempre compensada, ou seja, deve haver uma boa interação médico-dentista, para que a diabetes esteja sempre controlada, não causando efeitos deletérios sobre o periodonto e principalmente sobre a saúde geral da mãe e do bebê.

Quando a gestante apresentar algum vício (como o álcool e o tabaco), e estiver com dificuldade de abandoná-los, o caso também deverá receber uma atenção especial. O clínico terá a obrigação de orientá-la, esclarecendo todos os riscos que isso estabelece tanto para a saúde da mãe, quanto para a do feto, e se preciso encaminhar a paciente para um serviço especializado (psicológico ou médico), que a ajude a abandonar o vício em questão.

Para a cavidade bucal, a fase preparatória envolve ações curativas e/ou educativas, permitindo uma melhor condição de atendimento e uma adequação para a saúde. O verdadeiro tratamento da cárie dentária é instituído nesse momento, pela

redução ou mesmo eliminação do biofilme bacteriano, seja pela limpeza bucal ou diminuição dos focos infecciosos (realização do selamento de cavidades, remoção de tártaro, endodontias e exodontias).

3.4.1. Adequação do Meio Bucal

A menos que a gestante chegue ao consultório com alguma situação de urgência (dor), os primeiros procedimentos clínicos são para a adequação do meio bucal, eliminando todos os fatores retentivos de biofilme bacteriano. Cálculo dentário, lesões cariosas cavitadas em dentina, restaurações com superfícies ásperas, provisórios mal adaptados e restos radiculares dentários são nichos de acúmulo de biofilme bacteriano e devem ser imediatamente eliminados.

Entretanto, antes de qualquer procedimento é importante:

- a.** Lembrar a paciente de que o estado gestacional não é uma doença, mas um ciclo vital que apresenta algumas alterações fisiológicas normais, e que devem ser explicadas com clareza a futura mãe;
- b.** Orientar a paciente a respeito de sua condição, visando eliminar qualquer medo ou ansiedade frente aos mitos e tabus criados a respeito do tratamento odontológico durante gravidez;
- c.** Observar o período gestacional em que a paciente se encontra (trimestre de gravidez), analisando a viabilidade, e a melhor alternativa de tratamento a ser realizada no momento.

Neste momento, cabe ressaltar, que para diminuir os riscos de uma bacteremia transitória é recomendado que antes de qualquer procedimento clínico, é imprescindível a realização de um controle químico com uso de solução ou gel de clorexidina 1 ou 2%.

O controle da doença periodontal, se presente, deve ser instituído de imediato e, segundo Rosell et al. (1999), em condições normais, 70% das gestantes teriam a totalidade de suas necessidades periodontais atendidas por procedimentos relativamente simples, como raspagem supra gengival e instruções de higiene bucal.

A maioria das enfermidades gengivais que coincidem com a gravidez podem ser tratadas mediante a simples eliminação dos fatores locais, através do estabelecimento de uma higiene bucal cuidadosa e manutenção dos resultados com retornos periódicos ao Cirurgião-dentista, dentro de um controle de placa supervisionado (XAVIER; XAVIER, 2004).

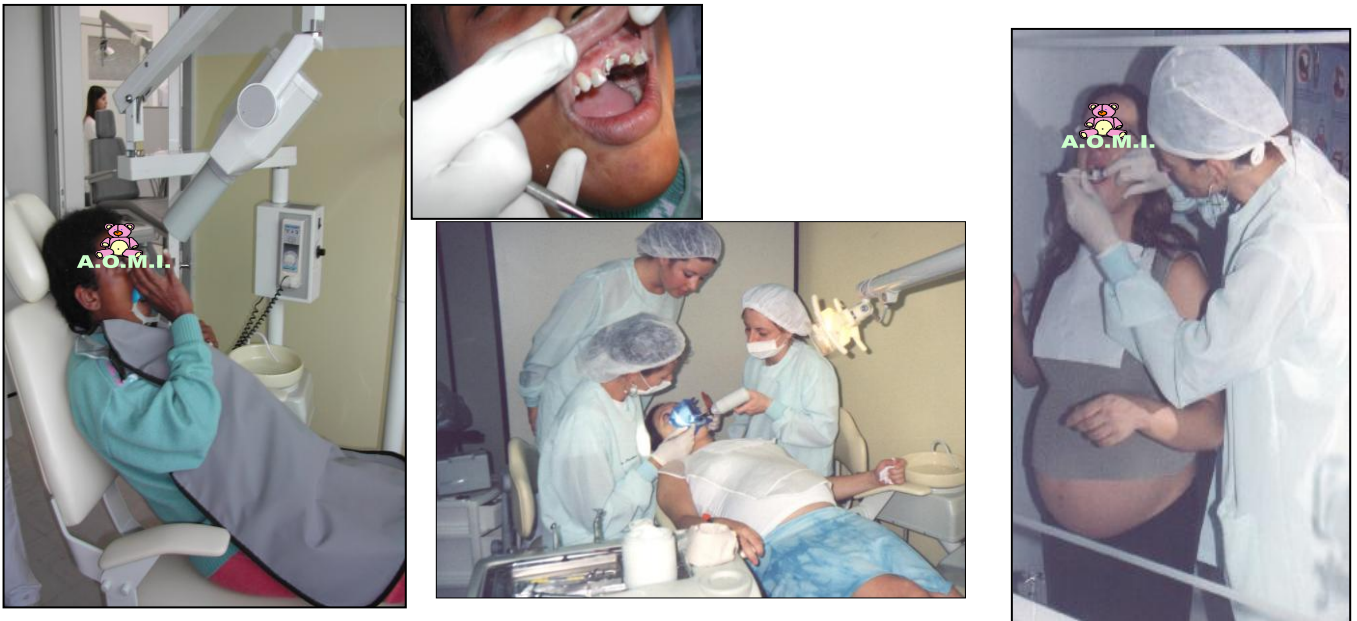
Além da gengivite e periodontite, algumas gestantes podem ter a formação do granuloma gravídico. Quando este não possui um tamanho exagerado, não vindo a atrapalhar no dia-dia da paciente, pode-se apenas preservá-lo, pois ao final da gravidez ele normalmente regride até desaparecer. Porém, se a lesão tiver um tamanho exagerado (vindo a causar desconforto) ou se ao final da gravidez não houver remissão completa da lesão, o tratamento é cirúrgico (XAVIER; XAVIER, 2004).

No projeto de atenção odontológica Materno-infantil da UFPel, há 10 anos, na fase preparatória todos os procedimentos sobre os dentes como o vedamento de cavidades, endodontias e exodontias são realizados seguindo o conhecimento técnico-científico disponível para cada técnica e os limites impostos pelo período gestacional (ilustração figura 5). No caso das exodontias, depende muito de um acordo entre o profissional e a gestante, raízes com focos, sempre que possível, devem ser removidas no segundo trimestre de gestação, outras situações mais complexas também podem ser realizadas neste período ou proteladas para após o parto.

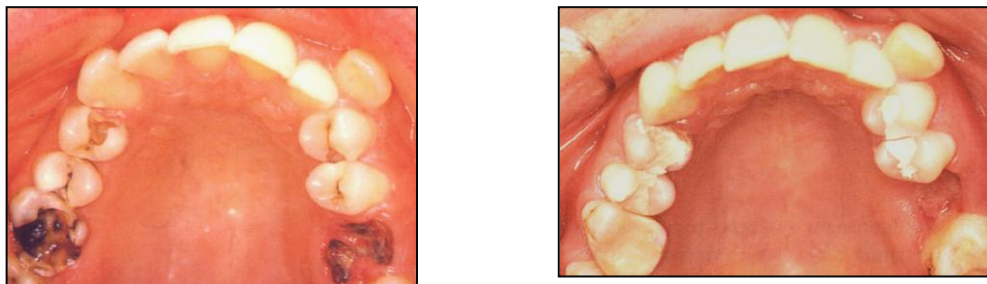
Quanto aos procedimentos endodônticos, depende de quantos a paciente necessita, do dente envolvido e do seu grau de dificuldade, além dos demais fatores relacionados à gestação e condição física da gestante. O maior problema na sua execução é o tempo de cadeira, fazendo com que na maioria dos dentes multirradiculares seja realizado em duas etapas, ou seja, é conduzida a penetração desinfetante, colocação de um curativo de demora e vedamento do dente, sendo o tratamento completado após a gestação. Outra situação que influencia no grau de dificuldade é a condição do dente, em outras palavras a facilidade de isolamento do campo operatório. Não é raro o dente indicado para endodontia necessitar de cirurgia periodontal e mesmo aumento de coroa clínica, condições que podem determinar a endodontia em duas etapas.

Assim, na adequação do meio bucal, todo procedimento deve ser precedido por anti-sepsia intrabucal com clorexidina 1 ou 2% para diminuir os riscos de uma possível bacteremia transitória. Além disso, as consultas devem ser planejadas, diminuindo o tempo clínico, e isto é feito adotando medidas simples, como: radiografar o que for necessário, com proteção, menor tempo e rigor técnico para evitar repetições; Usar pouco anestésico e injetar lentamente; Tomar cuidado com o

isolamento absoluto, pela dificuldade de respirar e cuidar na posição da cadeira (figura 5c).



a. Diferentes procedimentos clínicos em gestantes



b. Ilustração da adequação do meio bucal de uma arcada superior



c. Gestante em atendimento, respiração liberada e ao final virada para o lado esquerdo, descomprimindo a veia cava inferior.

Figura 5. a. Imagens panorâmicas de procedimentos em gestantes
 b. Arcada superior antes e após adequação do meio bucal
 c. Cuidados no atendimento da gestante

3.4. 2. Adequação de Hábitos

Dualibi; Dualibi(1985), entre outros autores, comentam que, talvez, a maior responsável pelo aumento das patologias bucais no período gestacional seja a negligência com a higiene bucal. Tal fato é observado devido a uma excessiva preocupação que a mãe deposita nos afazeres relacionados ao bebê, esquecendo de si mesma.

O estudo de Fritscher *et al.* (1998) mostrou o desconhecimento das mães com relação ao conceito de cárie, concluindo ser necessário que a odontologia se volte para a prevenção a partir da gestante, educando-as e orientando-as sobre como conseguir um estado de saúde bucal. Com estas ações, segundo as autoras, estaremos não só promovendo a saúde bucal da gestante, mas também a do futuro bebê.

Quanto ao consumo de açúcar no período gestacional, Fritscher *et al.* (1998) descreveram que a maioria das gestantes pesquisadas (80%), ingeria doces todos os dias. Júnior *et al.* (2005) relataram que 27,7% das gestantes de seu estudo aumentaram a preferência por alimentos doces, durante a gravidez. Leite (2007) concluiu que a frequência alimentar de um número grande de grávidas aumentou, sendo mais perceptível no terceiro trimestre. Este fator pode favorecer a ocorrência de cárie dentária, além de interferir no paladar do filho que está por vir. Assim é aconselhável que as gestantes tenham uma dieta saudável para que não prejudiquem a elas e nem aos bebês.

Brito *et al.* (2006) descrevem que apesar dos mitos e crendices que permeiam a atenção odontológica às gestantes os Cirurgiões-dentistas demonstram uma boa receptividade ao atendimento delas. Cerca de 70% dos profissionais repassam informações a estas pacientes apenas sobre a sua higiene bucal e do bebê e a respeito da dieta adequada. No entanto, desperdiçam um momento oportuno para promoção de saúde, considerando a importância da gestante como agente multiplicador no seu núcleo familiar.

Durante a gravidez, até mesmo pelo entusiasmo com a vinda do futuro filho, a mulher normalmente encontra-se bastante receptiva a receber informações e adotar condutas que venham a trazer benefícios não somente a sua saúde, mas

principalmente a do filho que está por nascer (KONISH, 1997), especialmente, frente à possibilidade da doença periodontal corroborar com parto prematuro.

Desta maneira, esta receptividade deve ser aproveitada, pois, o período gestacional é um momento único para informar, orientar e, sobretudo, educar as mulheres grávidas. Construir saúde bucal antes mesmo do nascimento fará toda a diferença na saúde bucal da criança e ainda acabará preparando todo o núcleo familiar para o desenvolvimento de um novo pensar em saúde.

Scavuzzi *et al.* (1998) mostraram que cerca de 90% das gestantes não procuraram o dentista durante a gestação, devido aos mitos e crenças relacionadas à odontologia, levando-as a terem medo de se prejudicar ou causar danos a criança. Embora as gestantes estivessem desinformadas a respeito da possibilidade de tratamento odontológico e das medidas de prevenção, 87,8% demonstraram receptividade quanto à participação em grupos de estudos sobre a promoção de saúde.

“Eu cuidarei da saúde bucal de meu filho se souber e for capaz de manter a minha”. Este é o lema do projeto de atenção odontológica Materno-infantil. Sem dúvida os costumes e hábitos dos pais, terão grande influência nos costumes e hábitos do filho, assim, o pré-natal odontológico é parte fundamental do atendimento de uma gestante.

O atendimento integral voltado para promoção de saúde, deve abordar as doenças na sua etiologia com a instituição da higiene bucal efetiva e a adoção de hábitos dietéticos saudáveis, especialmente no consumo racional de açúcar. Além disso, também devem ser considerados os fatores confundidores do processo, em que as condições biossociais precisam ser consideradas. Portanto, é imprescindível que se aproveite este momento para melhorar a qualidade de vida da futura mãe, do seu filho e do seu núcleo familiar.

3.5. FASE REABILITADORA

No atendimento odontológico da gestante na busca de um pré-natal odontológico é indispensável que se tenha o entendimento *de o que é realmente necessário para a paciente neste momento é a sua adequação para a saúde* (fase preparatória) e a sua inserção em um programa de promoção de saúde. Para a realização dos procedimentos reabilitadores, é preciso considerar fatores importantes, como o *tempo* do atendimento e a *disponibilidade física e psicológica*

da gestante. Isto implica em determinados casos na necessidade de optar-se por procedimentos menos invasivos e que demandam menor tempo clínico ao invés daqueles mais complexos e demorados, mas melhor indicados para a situação clínica.

De maneira geral todos procedimentos reabilitadores podem ser realizados em qualquer momento da gestação, considerando-se que o segundo trimestre seja o mais oportuno, uma vez que mãe e bebê encontram-se em período de maior estabilidade. No caso de necessidade de realização destes procedimentos deve-se optar pelo mais conservador, e o que possa ser realizado em menor tempo clínico e com o menor desconforto possível, cuidando com o uso do dique de borracha e com o risco de compressão da veia cava inferior.

3.6. FASE DE MANUTENÇÃO

Tão importante quanto à adequação do meio bucal e fase reabilitadora, é a fase de manutenção. De nada adianta todos os procedimentos invasivos, se os fatores causais não forem devidamente controlados, tanto pela gestante, quanto pelo Cirurgião-dentista.

Esses fatores causais locais (acúmulo de biofilme bacteriano e consumo racional de açúcar) podem e devem ser controlados pela própria mãe em sua residência, através do auto-cuidado com a higiene bucal. Para isso, é de vital importância que o clínico ensine a gestante a desempenhar uma eficiente higiene, dando ela a chamada autopromoção em saúde bucal. No entanto, neste processo deve ser entendido como um momento oportuno para promoção de saúde, considerando a importância da gestante como agente multiplicador no seu núcleo familiar.

A partir do oitavo mês de gestação começa haver informação sobre os cuidados com o bebê, sendo transmitidas de forma gradual, ou seja, durante a gestação informações referentes do nascimento até o aparecimento dos dentes. Prevendo uma visita por volta dos 3^o ou 4^o mês de vida do bebê. Não adianta passar informações além deste período pois, com raras exceções, o conhecimento será absorvido.

Após o nascimento, sempre que possível, programar visitas do par mãe/filho. Cabe salientar que no primeiro trimestre de vida do bebê, a negligência materna

com o auto-cuidado é evidenciada. Assim, enquanto a mãe continua sendo motivada, pois não é fácil adequar hábitos instalados, o bebê vai sendo acompanhado estimulando-se hábitos saudáveis, saúde bucal e melhorando a sua qualidade de vida.

Constitue-se um dos deveres fundamentais do Cirurgião-Dentista o de “*zelar pela saúde e dignidade do paciente*”. A omissão, por parte do profissional pode levar a gestante a soluções desaconselháveis, como a auto-medicação. O Programa de saúde direcionado as pacientes gestantes, envolve atividades preventivas e curativas, havendo o predomínio de uma sobre a outra em função das necessidades possibilidades individuais, conforme ilustrado na figura 6. Os planejamentos não são estáticos e é comum mudanças no decorrer do tratamento, sempre buscando a adequação e/ou manutenção da saúde bucal da futura mãe e assim a disseminação do conhecimento no núcleo familiar, promovendo o círculo da saúde.

1º TRIMESTRE

- ❖ Tratamento de urgência:
(alívio da dor ou fratura de restauração e/ou dentária);
- ❖ Orientação, motivação da saúde bucal da gestante;
- ❖ Controle mecânico do biofilme bacteriano
(higiene bucal domiciliar e limpeza profissional);
- ❖ Controle químico (uso racional de flúor ou clorexidina);
- ❖ Controle físico (RAP; vedamento de cavidades).

2º TRIMESTRE

- ❖ Tratamento de urgência (alívio da dor ou fratura de restauração e/ou dentária);
- ❖ Orientação, motivação da saúde bucal da gestante;
- ❖ Controle mecânico do biofilme bacteriano
(higiene bucal domiciliar e limpeza profissional);
- ❖ Controle químico (uso racional de flúor ou clorexidina);
- ❖ Controle físico (adequação do meio bucal): RAP; restauração das cavidades (IRM, CIV, RC ou amálgama), endodontia e exodontia, eliminando os nichos retentivos de biofilme

Cuidar o tempo do atendimento

3º TRIMESTRE

- ❖ Tratamento de urgência (alívio da dor ou fratura de restauração e/ou dentária).
 - ❖ Orientação, motivação da saúde bucal da gestante;
 - ❖ Orientação de higiene e cuidados iniciais ao bebê;
 - ❖ Estímulo ao aleitamento materno;
 - ❖ Controle mecânico do biofilme bacteriano
(higiene bucal domiciliar e limpeza profissional);
 - ❖ Controle químico (uso racional de fluo ou clorexidina)
 - ❖ Controle físico (RAP e vedamento de cavidades);
- Cuidar o tempo do atendimento e a posição na cadeira*

APÓS O NASCIMENTO DO BEBÊ

- ❖ Orientação e educação a mãe para o seu auto-cuidado;
- ❖ Orientação para instituição de bons hábitos no bebê;
- ❖ A necessidade de controle químico do biofilme deve ser reavaliada;
- ❖ O tratamento reabilitador deve ser completado;
- ❖ Manutenção periódica de acordo com a necessidade .

MOTIVAÇÃO E ESTÍMULO CONSTANTE

Figura 6. Planejamento odontológico de acordo com o trimestre de gestação

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exposto há de se considerar que:

4.1. A gravidez representa um período crítico no ciclo vital feminino, em que a futura mãe está passando por algumas alterações fisiológicas que fazem parte do preparo do organismo materno para a gestação. É imprescindível que estas alterações sejam conhecidas e compreendidas pelo Cirurgião-dentista, pois as mesmas terão muita influência na conduta terapêutica a ser adotada, quando no seu atendimento odontológico;

4.2. A radiografia odontológica é considerada segura durante a gestação, sendo imprescindível que todos os cuidados indicados a qualquer indivíduo sejam tomados. Além dos cuidados é importante realizar apenas as tomadas necessárias nos procedimentos, sempre explicando e tranquilizando a gestante a respeito;

4.3. Para a prescrição de algum medicamento, deve-se ter em mente que todas as alterações fisiológicas pela qual a futura mãe está passando, alteram a farmacodinâmica e farmacocinética do mesmo, determinando desde alterações em sua dose e posologia, até mesmo sua contra-indicação, cabendo ao profissional conhecer os mais indicados e em cada situação;

4.4. O plano de tratamento individual deve ser baseado na necessidade individual, na condição física, psicológica e sistêmica da gestante e no trimestre de gestação em que a matriz consiste em: abordagem da urgência; fase preparatória com adequação da cavidade bucal, dos hábitos de higiene e alimentares; fase reabilitadora e de manutenção;

4.5. As intervenções de urgência, as de adequação do meio bucal e dos hábitos podem e devem ser realizadas em qualquer trimestre, sendo o segundo trimestre o mais indicado para procedimentos clínicos invasivos. As consultas devem ser rápidas, cuidar no isolamento do campo operatório com a dificuldade respiratória e tomar medidas para evitar a síndrome da hipotensão supina e, em qualquer dúvida, contatar com obstetra;

4.6. Nos casos envolvendo dor muita atenção deve ser destinada ao manejo da paciente, no sentido de procurar diminuir o estresse e realizar, independente do trimestre de gestação, o procedimento necessário de forma precisa, sem prolongar o desconforto gerado pela situação.

4.7. Na anestesia local injetável o Cirurgião-dentista deve observar que a quantidade máxima de anestésico não deve ultrapassar dois tubetes de uma solução de lidocaína a 2% por consulta, injetado lentamente;

4.8. No atendimento odontológico da gestante na busca de um pré-natal odontológico é indispensável que se tenha o entendimento de o que é realmente necessário para a paciente neste momento é a sua adequação para a saúde (fase preparatória) e a sua inserção em um programa de promoção de saúde. Durante a gravidez, até mesmo pelo entusiasmo com o futuro filho, a mãe normalmente encontra-se bastante receptiva a receber informações e adotar condutas que venham a trazer benefícios não somente a sua saúde, mas principalmente a do seu filho(a) e de todo núcleo familiar.

4.9. O tratamento odontológico a gestantes deve ser adotado em programas de saúde familiar, pois atuando com uma filosofia de promoção de saúde nesta fase impar da mulher pode-se, mais do que evitar parto prematuro ao controlar a doença periodontal, estar realizando o pré-natal odontológico.

4.10. Tendo em mente que gravidez não é doença e, com o profissional entendendo todas as alterações pelas quais a mãe e o feto passam (qualquer que seja o período gestacional), é possível que se possa conduzir o tratamento da maneira mais racional possível. Fazendo isto, estaremos minimizando ou mesmo eliminando a possibilidade do tratamento causar algum prejuízo a saúde da gestante, do feto ou de ambos, por conseguinte, colaborando para que os diversos mitos e tabus criados a respeito do tratamento odontológico durante a gravidez, sejam eliminados.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE E.D. **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia**. São Paulo: Artes Médicas, 1998, p. 93-140.

BARBOSA, C. P. **Uso de anestésicos locais em gestantes**. Trabalho de conclusão de curso de farmacologia. Centro Universitário de Maringá. 43p. 2003.

BRITO, E.W.G.; CAMPELO, A.J.T.; COSTA, I.C.C. Comportamento de Cirurgiões-dentistas sobre orientações educativo-preventivas transmitidas às gestantes. **Rev Ibero-ame Odontol Bebê**, v.9, n.47, p. 53-59, jan./fev. 2006.

BRUCKMANN, M.E., FRIES, S.G. Radioatividade. CREF-LED-IF-UFRGS. Disponível em: <<http://www.if.ufrgs.br/cref/radio/radioatividade.html>>. Acesso em setembro de 2008.

CARMO, T. A. Medicamentos e Gravidez. **Saúde Rev**, Piracicaba, v. 5, n.10, p.55-61, 2003.

CARRANZA, F. A. **Periodontia Clínica de Glickman**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1983. p.441, 252,722,200,441.

CAUFIELD, P. W.; CUTTER, G. R.; DASANAYAKE, A. P. Initial acquisition of *Streptococcus mutans* by infants: evidence for a discrete window of infectivity. *J Dent Res*, v. 72, n.1 p.37-45, jan.1993.

CLUBE DO BEBE Gravidez mês a mês, Manual da gestação. Disponível em: <www.clubedobebe.com.br/> Acesso em set. de 2008.

COHEN, D.W.; FRIEDMAN, L.; SHAPIRO, J.; KYLE, G.G. *A longitudinal investigation of the Periodontal changes during pregnancy*. **J. Periontology**, v.40, n.10, p.563-570, Oct. 1969.

COHEN, D.W.; SHAPIRO, J.; FRIEDMAN, L.; KYLE, G.G.; FRANKLIN, S. *A longitudinal investigation of the Periodontal changes during pregnancy and fifteen months post-partum: part II*. **J. Periontology**, v.42, n.10, p.653-657, Oct. 1971.

DARELA, A.C. et al. Hábitos e comportamentos familiares e a promoção de saúde bucal. **Rev Paul Pediatría**, v.17, n.2, p.68-73, jun. 1999.

D'IPPOLITO, G.; MEDEIROS, R.B. Exames radiológicos na gestação. **Radiol Bras**, v.38, n.6, p.447-450 São Paulo nov./dec. 2005.

DEL DUCA, F. F. **Perfil das gestantes atendidas no Projeto de Atenção Odontológica Materno-Infantil da UFPEL**. 2003. 34p. Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

DUALIBE, S.E.; DUALIBE, M.T. A Odontologia para gestante. **Rev Paul Odontol**, v.7, n.5, p.71-78, set./out. 1985.

ELIAS, R. **Odontologia de alto risco: pacientes especiais**. Rio de Janeiro: Revinter, 171p, 1995.

ESTEVAM, E; ALVARES, L.C.; FREITAS, J.A.S. **Noções de semiologia**. 3. ed.1, Revista Atualizada, USP, Bauru, SP, 1981.58 p.

FELDENS, E.G.; FELDENS, C.A.; FLORIANI, P.K.;CLAAS, B.M; MARCON, C.C. A percepção dos médicos obstetras a respeito da saúde bucal das gestantes. **Pesq Bras Odontop e Clin Integr**, João Pessoa, v.5, n.1,p.41-46, jan./abr. 2005.

FERREIRA, M.B.C. **Anestésicos locais**. In: WANNMACHER, L.; FERREIRA M.B.C. Farmacologia clínica para dentistas. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 1999. p.104-116

FERREIRA, S.H. et al. *Dental caries in 0- to 5-year-old Brazilian children:prevalence, severity, and associated factors*. **Inter J Paediatric Dent**, v. 17, p. 289–296, 2007.

FRITSCHER, A. M. G.; ARAÚJO, D. F.; FIGUEIREDO, M. C. Avaliação comparativa de índices de cárie, placa visível e sangramento gengival de 50 pares mãe-filho. Percepção sobre atenção odontológica na gravidez. **J Bras Odontopediatr Odontol bebê**, v.1, n.4, p.34-42, out./dez. 1998.

GUIMARÃES, M. S.; ZUANON, A. C. C.; SPOLIDÓRIO, D. M. P.; BERNARDO, W. L. C.; CAMPOS, J. A. D. B. Atividade de cárie na primeira infância fatalidade ou transmissibilidade? **Ciência Odontológica Brasileira**, v.7, n.4, p.45-51, out./dez. 2004.

GUTHMULLER, J.M.; HASSEBROEK-JOHNSON, J.R.; WEENIG, D.R.; JOHNSON, G.K.; KIRCHNER, H.L.; KOHOUT, F.J.; HUNTER, S.K. Periodontal disease in pregnancy complicated by type 1 diabetes mellitus. **J. Periodontol.**, v.72, n.11, p. 1485-1490, 2001.

ICRP 57,1990 apud . BRUCKMANN, M.E., FRIES, S.G. Radioatividade. CREF-LED-IF-UFRGS.Disponível em: <<http://www.if.ufrgs.br/cref/radio/radioatividade.html>>. Acesso em setembro de 2008.

JENKINS, B.; HEASMAN, P. Prevenção e controle da doença periodontal. IN: MURRAY, J.J.; NUNN, J.H.; STEELE, J.G. **Doenças orais: Medidas preventivas**; 4 ed. Rio de Janeiro:Guanabara koogan S.A., 2005. p 121-141.

JUNIOR, J.L.C. **Avaliação indireta da difusão vestibulo-palatal do cloridrato de articaína em exodontia de terceiros molares superiores retidos**. 2007. 70 f. Mestrado, Universidade POTIGUAR, Natal.

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

JUNIOR, A.A.A.; RAMOS, T.M.; NOVAIS, S.M.A.; GRINFELD, S.; FORTES, T.M.V.; PEREIRA, M.A.S. Relação entre a preferência por açúcar e a cárie dentária em gestantes do município de Aracaju – SE. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.5, n.1, p. 59-64, jan./abr. 2005.

KONISHI, F. Parâmetro para avaliação do risco de cárie: **Seminário de Odontopediatria**. 6º livro anual do grupo de professores de ortodontia e odontopediatria, Angra dos Reis, R.J., p.269-275, 1997.

LEITE, P. D. C. **Avaliação do conhecimento e situação de saúde bucal das gestantes do município de Morro Redondo – RS**. 2007. 54f. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

LEONARDO, R.T.; LEAL, J.M.; LEONARDO, M.R. Urgências em endodontia in: LEONARDO, M.R.; LEAL, J.M.; Endodontia: **Tratamento de Canais Radiculares**. 3 ed. São Paulo: Panamericana, 1998. p.885-902

LEVY, R. A. O Uso de Drogas Anti-Reumáticas na Gravidez. **Rev Bras Reumatol**, v. 45, n. 3, p. 124-33, mai./jun., 2005.

MACHADO, W.A.S. **Periodontia Clínica**. Rio de Janeiro, Medsi Editora Médica e científica, 2003. p. 713-718

MANUAL MERCK Saúde para a família Seção 22 - Problemas de Saúde da Mulher. Capítulo 247 - Uso de Drogas Durante a Gravidez. Disponível em: < http://www.msd-brazil.com/msd43/m_manual/mm_sec22_247.htm>. Acesso em out. 2008].

MOIMAZ, S.A.S.; GARBIN, C.A.S.; SALIBA, N.A.; ZINA, L.G. Condição periodontal durante a gestação em um grupo de mulheres brasileiras. **Cienc Odontol Bras**, v.8, n.4, p.59-66, out./dez. 2006.

MONDELLI, J. **Proteção do complexo dentinopulpar**. São Paulo: Artes Medicas, 1998, p. 95-131.

NERY, C.F. Doenças periodontais aumentam risco de parto prematuro. **Rev Perionews**, v. 2. n.2, p.94-99, abr./mai./jun. 2008.

NEVILLE, W.B.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998, cap. 04, p. 119-137. 798 p.

OFFENBACHER, S.; KATZ, V.; FERTK, G.; *Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight*. **J Periodontol**, v.67, n.10, p.1103-1113, 1996.

PAIVA, L.C.A.; CAVALCANTI, A.L. Anestésicos locais em odontologia: uma revisão de literatura. Publ. UEPG **Ci Biol Saúde**, Ponta Grossa, v. 11, n.2, p.35-42, jun.2005.

PORTAL E-FAMILYNET, Pré-eclâmpsia. Disponível em: <<http://www.e-familynet.com>>. Acesso em set. de 2008.

PITIPHAT W, JOSHIPURA KJ, GILLMAN MW, WILLIAMS PL, DOUGLASS CW; RICH- EDWARDS JW. *Maternal periodontitis and adverse pregnancy outcomes. Community Dent Oral Epidemiol*, v.36, p. 3–11, 2008.

PROJETO SB BRASIL 2003: Condições de saúde Bucal da população Brasileira 2002-2003: resultados principais. **Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2004. 68 p.

OLIVEIRA, M.A.M. **Atendimento odontológico na gravidez**. São Paulo: Santos, 1990. p17-2

OLIVEIRA, C.A.; LOPES, L.M. Centro Pré-natal de Diagnóstico e Tratamento. Disponível em: < <http://www.cpd.com.br/sys/> > Acesso em set. de 2008].

OLIVEIRA, A. C. A. P.; OLIVEIRA, A. F. B. Saúde bucal em gestantes: Um enfoque educativo. **J Bras Odontop & Odontologia Bebê**. v.2, n.7, p.182-185, 1999.

REDANTE, A.P.; FREIRE, T.B.; SILVA, G.M., ROMANO, A.R. Avaliação, sob a visão de gestantes, do pré-natal odontológico. Painel – pesquisa, 40^a. SAO, FO-UFPel, 16-21 de setembro, Pelotas, 2002.

ROSELL, F. L.; MONTANDON-POMPEU, A. A. B.; VALSECKI JR, A. Registro periodontal simplificado em gestantes. **Rev. Saúde Pública**, v.33, n. 2, p. 157-162, 1999.

RITZEL, I.F.; GUARIENTI, D.; GUIMARÃES, A.; SARTORI, C.; MINCATO, C.; JAEGER, K.F.; GOMES, K.C.; BECKER, N.B.N.; SILVA, J.M.P.; ALVES, L.C.C. **Primeiro atendimento odontológico na gestação**. Revista.ulbratorres.com.br/artigos/artigo22.pdf- 11 P. 2006.

SAMPAIO, A.A.; MOURA, W.L.; FREIRE, S.A.S.R.; NETO, R.V. Endocardite infecciosa causada por procedimentos odontológicos. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos>>. Acessado em set. de 2008.

SASAHARA, H *et al. Relationship between mothers' gingival condition and caries experience of their 3-year-old children. Int J Paediatric Dent*, v.8, n.4, p.261-267, Dec. 1998.

SCAVUZZI, A.I.F.; ROCHA, M.C.B.S.; VIANNA, M.I.P. Percepção sobre atenção odontológica na gravidez. **J Bras Odontop & Odontol Bebê**, v.1, n.4, p.43-50, out./dez. 1998.

SILVA, L. C.; LOPES, M. N.; MENEZES, J. V. N. B. Postura de um grupo de gestantes da cidade de Curitiba-PR em relação à saúde bucal de seus futuros bebês. **J Bras Odontopediat & Odontol Bebê**, v.2, n.8, p.262-266, 1999.

SILVA, B. A. C. et al. **Pacientes de alto risco em Odontologia**. Rio de Janeiro: Medsi, 1988. p.20

SILVA, S. R. Atendimento à gestante: 9 meses de espera? **Rev Assoc Paulista de Cirurgiões-Dentistas**. São Paulo, v. 56, n. 2, p. 89-99, mar./abr. 2002.

SOARES, I.J.; GOLDBERG, F. **Endodontia**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. p.162-168

SS WHITE **Anestésico Local** Novocol 100, Bula. Disponível em: <<http://www.sswwhite.com.br/>>. Acesso em set.2008.

STEINBERG, B.J. *Women's oral health issues*. **J Dental Education**, v.63, n.3, p.271-275, Mar.1999.

TIVERON, A. R. F.; BENFATTI, S. V.; BAUSELLS, J. Avaliação do conhecimento das práticas de saúde bucal em gestantes do município de Adamantina-SP. **Rev. Ibero-americana de Odontopediatr Odontol Bebê**, v.7, n.35, p.66-77, 2004.

XAVIER, H. S.; XAVIER, V. B. C. Cuidados odontológicos com a gestante. São Paulo: Santos,2004. 85 p.