



Portaria MEC 299/2011 - D.O.U. 25/03/2011
Portaria MEC 033/2014 - D.O.U. 29/01/2014

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

ALINE ALMEIDA DA MOTTA

CUIDADOS ODONTOLÓGICOS NO PERÍODO GESTACIONAL

Campo Grande/MS

2016

ALINE ALMEIDA DA MOTTA

CUIDADOS ODONTOLÓGICOS NO PERÍODO GESTACIONAL

Monografia apresentada ao curso de Especialização do Sindicato dos Odontologistas do Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para conclusão do Curso de Odontopediatria, sob orientação da Profa. Me. Renata Belchior de Barros.

Campo Grande/MS

2016

Da Motta, Aline Almeida

Cuidados Odontológicos no Período Gestacional / Aline Almeida da Motta.

33 f.

Orientadora: Renata Santos Belchior de Barros.

Monografia (especialização) – Faculdade Sete Lagoas.

2016

Sindicato dos Odontologistas de Mato Grosso do Sul (SIOMS), 2016.

1. Cuidados Odontológicos no Período Gestacional.

I. Cuidados Odontológicos no Período Gestacional: Revisão de Literatura

II. Renata Santos Belchior de Barros.

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Monografia intitulada “**Cuidados Odontológicos no Período Gestacional**” de autoria da aluna Aline Almeida da Motta, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profa. Me. Renata Belchior de Barros - Orientadora

Profa. Me. Dra. Symonne P. C. O. L. Parizotto

Campo Grande, Data

SUMÁRIO

1. RESUMO.....	06
2. PROPOSIÇÃO.....	08
3. INTRODUÇÃO.....	09
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	11
5. DISCUSSÃO.....	22
6. CONCLUSÃO.....	26
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27

RESUMO

O objetivo deste trabalho é mostrar que a gestação é um estado singular e valioso no ciclo de vida da mulher, uma vez que as gestantes constituem pacientes de risco temporário odontológico devido às mudanças psicológicas, físicas e hormonais, que criam condições adversas no meio bucal. A manutenção da saúde bucal durante a gestação é extremamente importante, no entanto, grande parte da população não tem acesso a informações relacionadas às alterações bucais características deste período. Na revisão de literatura foram estudadas as manifestações bucais mais comuns na gestação, descrevendo as principais recomendações relacionadas ao atendimento odontológico de gestantes, como as características mais comuns de cada trimestre, medicações, exames radiográficos, uso de flúor, entre outros. Embora a gestação por si só não seja responsável por aumento no índice de cárie dentária e doença periodontal, faz-se necessário o acompanhamento odontológico no pré-natal, considerando-se que as alterações hormonais na gravidez poderão agravar as afecções bucais já instaladas.

Palavra-chave: Atenção odontológica na gestação; atendimento odontológico e gravidez.

ABSTRACT

The purpose of this research is to demonstrate that pregnancy is a valuable and unique state in women's lives cycle, considering that the pregnant women are part of the dentistry temporary risk patients due to the psychological, physical and hormonal changes, which create adverse circumstances in oral cavity. The maintenance of dental health during pregnancy is extremely important, however, big part of the population doesn't have access to information related to the buccal alterations during this period. The literature review studied the most common buccal manifestations, describing the main recommendations related to pregnant dental care, such as the most common characteristics in each trimester, medications, medical X-Ray exams, fluorine use, among others. In conclusion, even though pregnancy itself isn't responsible for manifestations such as the increase of tooth decay rate and periodontal disease, it makes dental pre-natal care necessary, considering that the hormonal alterations in pregnancy will make dental affections already existent worse.

Keywords: Dental care during pregnancy; dental care; pregnancy.

PROPOSIÇÃO

Esse trabalho tem como objetivo descrever algumas das características que ocorrem na cavidade bucal durante o período gestacional e as recomendações de cuidados odontológicos necessários para a manutenção da saúde bucal da mulher grávida. Também serão abordados assuntos relacionados às alterações sistêmicas que podem interferir na saúde odontológica da gestante.

INTRODUÇÃO

O conceito de saúde não se limita à ausência de doença ou enfermidade, mas deve ser entendido como um conjunto de elementos que proporcionem o bem-estar físico, mental e social, conforme apontado pela Organização Mundial de Saúde. A gestação é um momento no qual a mulher se mostra receptiva às mudanças e ao processamento de informações, principalmente que possam ser revertidas em benefício do bebê.

A mulher tem o papel-chave dentro da família, zelando pela sua saúde e de seus entes, tornando-se multiplicadora de informações e ações que possam levar ao bem-estar do núcleo familiar e conseqüentemente à melhora da qualidade de vida. A aquisição de hábitos e escolhas saudáveis implica diretamente a mudança de comportamento, levando à promoção e manutenção de saúde do indivíduo (REIS, et al; 2010).

A mulher grávida precisa ser orientada a respeito das conseqüências da gravidez sobre os tecidos gengivais e periodontais, sendo assim motivada por meio de avaliação do controle de placa conforme a necessidade, técnica de higiene, esclarecimento de crenças populares referentes ao tratamento, aplicação tópica de flúor, hábitos alimentares, entre outros. Mostrando a importância do pré-natal odontológico para prevenção dos patógenos bucais, juntamente com a saúde geral da mãe e do bebê. Assim, elas provavelmente sentirão maior conforto em receber tratamento dentário no segundo trimestre do que no primeiro ou terceiro trimestre da gestação, embora os tratamentos de emergência sejam permitidos em qualquer estágio da gravidez (AMAR & CHUNG, 1994).

Embora a gestação por si só não seja responsável pelo aparecimento da cárie dentária, doença periodontal e outras manifestações bucais, faz-se necessário o acompanhamento odontológico no pré-natal com vistas à identificação de riscos à saúde bucal, à necessidade do tratamento curativo e à realização de ações de natureza educativo-preventivas (BOSCO, *et al*, 2004).

No entanto, a periodontite pode ser um possível fator de risco para desfechos adversos na gravidez, como nascimento prematuro, nascimento de bebês com baixo peso, aborto e pré-eclâmpsia (OFFENBACHER *et al*, 1996).

As futuras mães relatam receio de que o atendimento odontológico possa trazer algum tipo de risco para a vida do bebê (SANTOS-PINTO, *et al*, 2001). No

entanto, muitas delas reconhecem que a gestação possa implicar em alguns problemas bucais, como a cárie e a gengivite (LIVINGSTON, H.D. *et al*, 1998).

Para realizar o trabalho odontológico de gestantes, os cirurgiões dentistas devem conhecer as alterações sistêmicas de suas pacientes bem como os principais cuidados no atendimento, a fim de instituir um plano de tratamento, possibilitando ao cirurgião dentista prestar atendimento odontológico a esse grupo de pacientes com tranquilidade e segurança (SILVA, *et al*, 2006).

REVISÃO DE LITERATURA

O período de gravidez constitui um momento de transformações na vida da mulher, pois, além das alterações físicas e fisiológicas, são observadas também mudanças no estado emocional. Nesse período, desenvolvem-se certas condições de saúde complexas que precisam ser conhecidas pelo cirurgião dentista, afim de que, como membro de uma equipe multidisciplinar, possa orientar corretamente as gestantes em relação ao seu estado de saúde geral (MEDEIROS, *et al*, 2000).

O receio por parte dos cirurgiões-dentistas em atender pacientes grávidas, muitas vezes, se sobrepõe às necessidades de tratamento, prejudicando-as. A postergação do atendimento até o nascimento do bebê, ao invés de sanar o problema odontológico ao ser diagnosticado, pode ocasionar um dano maior em função do desenvolvimento da doença (RIOS, *et al*, 2006).

O primeiro trimestre da gestação inicia-se com a fertilização e implantação do embrião. É considerado o período da organogênese, ou seja, o início da formação do feto e da diferenciação orgânica, que vai até do 18º ao 56º dia de gestação. É nessa fase que acontece a maior incidência de aborto e também quando existe maior risco de teratogenia, ou seja, a ocorrência de malformações pelo uso de alguns medicamentos (ADA, 1995).

Apesar de a prevenção ser priorizada, quando houver necessidade curativa, o tratamento deve ser instituído, uma vez que os problemas da cavidade bucal podem ter influência tanto para a mãe quanto para o feto, especialmente quando se compromete a nutrição e contribui-se para a infecção e disseminação de patógenos no sangue (LIVINGSTON, *et al*, 1998).

O período ideal e mais seguro para o tratamento odontológico é durante o segundo trimestre da gestação (SIGLE, 1997). No entanto, os casos que necessitam tratamento de urgência devem ser solucionados sempre, independentemente do período gestacional (ROTHWELL, *et al*, 1987).

Em casos de urgência, o tratamento pode ser realizado em qualquer período, não sendo a gravidez uma contraindicação (BARAK *et al.*, 2003), embora exista uma tendência, por parte dos cirurgiões dentistas, de postergar o atendimento odontológico para depois do parto em função dos receios existentes com relação à tomada radiográfica e à prescrição de medicamentos (GAJENDRA; KUMAR, 2004). Entretanto, essa conduta não deve ser utilizada como rotina, estando indicada

apenas para os procedimentos cirúrgicos bucais e periodontais extensos e para as grandes reabilitações bucais (ANDRADE, 1999; BARAK *et al.*, 2003).

Para Rothwell, 1987 a maioria dos procedimentos odontológicos pode ser realizada durante a gravidez, observando-se alguns cuidados: planejar sessões curtas, adequar a posição da cadeira e evitar consultas matinais, já que neste período as gestantes têm mais ânsia de vômito e risco de hipoglicemia.

Exodontias não complicadas, tratamentos periodontal e endodôntico, restaurações dentárias, instalação de próteses e outros tipos de procedimentos devem ser realizados com segurança, de preferência no segundo trimestre.

Tratamentos seletivos como as reabilitações bucais extensas e as cirurgias mais invasivas podem ser programadas para o período de pós-parto (POZO, 2001).

Alterações sistêmicas

A hipertensão das glândulas salivares, tendência ao vômito e a maior vascularização do periodonto são alterações gerais e específicas de interesse na área odontológica que ocorrem no período gestacional (KONISH, 1995).

Medeiros U.V. *et al*, (2000), citam várias alterações que ocorrem nos sistemas orgânicos da gestante:

a) aparelho circulatório: evidencia-se um aumento da pressão arterial de aproximadamente 33% entre a 25 e 36 semanas de gestação. Essa alteração pode vir correlacionada com taquicardia e murmúrio sistólico (presente em 70% das pacientes gravidas), sendo esta uma condição natural e funcional.

b) sistema respiratório: fisiologicamente há um aumento no consumo de oxigênio em torno de 15 a 20%. A capacidade de reserva funcional diminui por causa da compressão do diafragma pelo útero gravídico. No terceiro trimestre, causará compressão da veia cava e artéria aorta, aumentando a probabilidade de hipotensão postural quando em posição supina.

c) outras alterações: a hipoglicemia, o ganho de peso e a frequente necessidade de urinar. As náuseas e enjôos, seguidos de vômitos, são também comuns no estado de gravidez. Tais manifestações podem ser explicadas pelo desequilíbrio da atividade metabólica ocasionada pela elevação e liberação de taxas hormonais, inclusive a progesterona.

Náusea e vômito são situações que dificultam o atendimento odontológico. Para mulheres com êmese e hiperêmese, as consultas pela manhã deveriam ser evitadas. Elas devem ser advertidas também para evitar bebidas ácidas ou alimentos gordurosos, que causam desordens gástricas e dificultam o esvaziamento do estômago (KOCH, FRISSORA, 2003). Em caso de vômito, deve-se interromper o atendimento imediatamente e a paciente deve ser colocada em posição ereta. Após o episódio, a cavidade bucal deve ser lavada com água fria ou um enxaguatório bucal fluoretado (SURESH; RADFAR, 2004).

Para prevenir a síndrome da hipotensão postural na cadeira odontológica, o cirurgião-dentista pode colocar uma almofada para elevar a parte direita do quadril de 10 a 12 cm ou a gestante ficar voltada para o lado esquerdo para impedir a compressão da veia cava inferior pelo útero (BARAK et al., 2003; GAJENDRA; KUMAR, 2004). Numa situação ideal, durante o atendimento odontológico, as pacientes deveriam permanecer sentadas, em posição semi-supina (SURESH; RADFAR, 2004).

Exame Radiográfico

O exame radiográfico deve ser realizado, quando realmente necessário, em qualquer trimestre da gestação (SINGLE, 1997); pois, desde que medidas protetoras sejam tomadas (uso de filmes ultra-rápido e avental de chumbo) uma exposição radiográfica não afeta o desenvolvimento fetal (POZO, 2001). É necessário uma exposição de 5 rads para existir a possibilidade de má-formação ou aborto espontâneo, sendo que uma tomada radiográfica intrabucal equivale a 0,01 milirads de radiação, menos que a radiação cósmica adquirida diariamente (WASYLKO, *et al*, 1998).

Radiografias de rotina e exame periapical completo devem ser evitados se não estiverem relacionados à área de interesse e queixa principal (GAJENDRA; KUMAR, 2004). As radiografias mais empregadas em Odontologia, como a panorâmica e a periapical, são seguras durante a gestação e importantes para o estabelecimento de um diagnóstico mais confiável e do plano de tratamento adequado (SURESH; RADFAR, 2004).

Hábitos Alimentares

Com relação à alimentação, os nutrientes, advindos da dieta, desempenham um importante papel para a nutrição da mãe e para o desenvolvimento do bebê, como por exemplo o açúcar natural dos alimentos, que é suficiente para suprir as necessidades da mãe e do feto e assegurar o desenvolvimento do bebê (KONISH, 2002). Como o desenvolvimento do paladar do bebê inicia-se por volta da décima quarta semana intrauterina, se a gestante ingerir muito doce, o bebê pode desenvolver o paladar voltado para o açúcar, o que não seria interessante (MEDEIROS, 1993).

O cálcio necessário para o desenvolvimento do feto é o que a mãe ingere em sua dieta, sendo essencial a ingestão de uma dieta rica em vitaminas A, C e D, proteínas, cálcio e fósforo, durante o primeiro e segundo trimestres de gestação, período de desenvolvimento do feto e em que os dentes decíduos do bebê estão em formação e calcificação (SIGLE, 1997).

Cuidados Terapêuticos

Idealmente, nenhum medicamento deveria ser administrado no primeiro trimestre da gestação, exceto em casos de urgências (LITTLE *et al*, 2002; MILLS; MOSES, 2004), porque os riscos de teratogenia são maiores durante o período da organogênese. Após esse período, os riscos são diminuídos e as drogas não causarão malformações, mas sim poderão afetar o crescimento e desenvolvimento do feto (FERRERO *et al*, 2004; SURESH; RADFAR, 2004). Alguns medicamentos são conhecidos por causarem aborto espontâneo, teratogenia e induzirem o parto prematuro de bebês de baixo peso (RATHMELL *et al*, 1997; ABBAS *et al*, 2005).

A FDA (Food and Drug Administration) classificou os fármacos com relação ao risco de causarem malformações congênitas, oferecendo bases para a prescrição de drogas durante a gestação. Essas categorias são:

Categoria A	estudos controlados em humanos não indicam risco aparente para o feto;
Categoria B	estudos em animais não indicam risco para o feto e estudos bem controlados em humanos falharam em demonstrar risco;

Categoria C	estudos em animais mostraram efeitos adversos no feto, mas não existem estudos em humanos;
Categoria D	existe evidência de risco em humanos e Categoria X – o risco em mulheres grávidas claramente supera os benefícios.

Os fármacos classificados pela FDA como inclusos nas categorias A e B podem ser seguramente prescritos à gestante. Os medicamentos da categoria C e D deveriam ser utilizados somente em casos estritamente necessários e os da categoria X são proibidos (Teratology Society Public Affairs Committee, 1994).

Analgésicos e Antiflamatórios

O acetoaminofeno (categoria B) é o analgésico de escolha durante a gestação e lactação (RATHMELL *et al*, 1997; HAAS, 2002). Riscos de anemia e problemas renais, relatados no feto, foram observados apenas com altas doses do medicamento (WASYLKO *et al*, 1998).

Os analgésicos opióides podem causar depressão do sistema nervoso fetal e vício no feto, devendo ser evitados (Academy of General Dentistry, 2005).

O uso prolongado de antiinflamatórios não-esteroidais tem gerado efeitos prejudiciais na circulação fetal (GAJENDRA; KUMAR, 2004; Academy of General Dentistry, 2005).

O ácido acetilsalicílico e o ibuprofeno deveriam ser evitados no terceiro trimestre da gestação (American Dental Association, 1995). O ácido acetilsalicílico, da categoria C, é um inibidor da prostaglandina, podendo levar a anemia, hemorragia e trabalho de parto prolongado (HAAS, 2002). Embora esses antiinflamatórios não estejam relacionados a malformações congênitas, podem causar aborto espontâneo (NIELSEN *et al*, 2001).

Os corticosteróides pertencem a categoria C da Food and Drug Administration e a utilização de formas tópicas no tratamento de lesões inflamatórias bucais é segura para a gestante. Se usados sistemicamente, em altas doses e por curto período, atravessam a barreira placentária e são excretados no leite materno (Committee on Drugs, American Academy of Pediatrics, 1994).

Antibióticos

Os beta-lactâmicos (penicilinas e cefalosporinas) são os antibióticos de primeira escolha nas infecções orofaciais. Pertencentes a categoria B da FDA, esses medicamentos atravessam a barreira placentária, mas são considerados seguros durante a gestação (DASHE; GILSTRAP, 1997).

Os macrolídeos (eritromicina, clindamicina e azitromicina - categoria B) também atravessam a barreira placentária, mas em pequenas quantidades e devem ser utilizados em pacientes alérgicos a penicilina (GAJENDRA; KUMAR, 2004; Academy of General Dentistry, 2005).

O metronidazol (categoria B) atravessa a barreira placentária e penetra na circulação fetal. Devido ao potencial de risco ainda desconhecido, não é recomendado para gestantes (MURPHY; JONES, 1994).

O uso da tetraciclina (categoria D) é de risco para a mãe e o feto porque pode causar injúrias no pâncreas e fígado, atravessar a placenta e causar malformações e pigmentação dos dentes decíduos por meio da quelação com os íons cálcio, sendo também depositada no tecido ósseo do feto resultando em deficiência do crescimento ósseo (Academy of General Dentistry, 2005).

Sedativos e hipnótico

O uso do óxido nitroso (N₂O) durante a gestação é controverso. Os barbitúricos e benzodiazepínicos (categoria D) devem ser evitados durante a gestação e amamentação (SURESH e RADFAR, 2004).

Anestésicos Locais

Ainda prevalece a crença de que gestantes não podem submeter-se à anestesia local, principalmente se os agentes anestésicos apresentarem vasoconstritor. No entanto, este tipo de anestesia é considerado seguro, desde que o profissional tenha conhecimento de quais substâncias medicamentosas utilizar (WASYLKO, *et al*, 1998).

A solução anestésica local que apresenta maior segurança em gestantes é a lidocaína 2% com adrenalina 1:100.000, respeitando-se o limite máximo de dois tubetes anestésicos (3,6ml) por sessão, procedendo sempre injeção lenta da solução (ANDRADE, 1999).

Os anestésicos locais atravessam a barreira placentária por difusão passiva, mas são considerados seguros e não teratogênicos (MOORE, 1998). Alguns anestésicos podem ser seguramente administrados, como a lidocaína, a prilocaína e a etidocaína (categoria B). Entretanto, a prilocaína, em altas doses, dificulta a circulação placentária e pode provocar metemoglobinemia. A metemoglobinemia é um distúrbio hematológico no qual a hemoglobina transforma-se em metemoglobina por meio de oxidação, tornando a molécula incapaz de transportar oxigênio (ANDRADE, 1999).

A mepivacaína, bupivacaína e procaína (Categoria C) devem ser usadas com cautela durante a gestação (LITTLE *et al*, 2002).

A felipressina é contraindicada por diminuir a circulação placentária, dificultar a fixação do embrião no útero e induzir contrações uterinas. Entretanto, os estudos que mostraram esses efeitos adversos utilizaram altas doses do medicamento (HASS *et al*, 2000).

Alterações Bucais

Embora na gravidez as alterações hormonais repercutam na fisiologia bucal, modificando o equilíbrio normal da boca, podendo levar à exacerbação do processo carioso e a afecções gengivais, não é o período gestacional o responsável por tais alterações, mas este pode agravar inflamação gengival preexistente, principalmente se houver negligência da higiene bucal.

Durante o período gestacional, as mulheres frequentemente apresentam certa resistência frente ao tratamento odontológico, por muitas vezes, acreditarem em diversos mitos e crendices associados à gravidez (CODADO, *et al*, 2008).

A incidência da cárie dentária não está diretamente ligada ao período gestacional, mas, sim, a fatores como a menor capacidade estomacal, que faz com que a gestante diminua a quantidade de ingestão de alimentos durante as refeições e aumente sua frequência. Esta atitude resulta em um incremento de carboidratos

na dieta que, associado ao descuido com a higiene bucal, aumenta o risco de cárie (POZO, 2001).

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

Muitas gestantes acreditam na hipótese de que seus dentes ficam mais fracos e propensos à cárie dentária por perderem minerais, como o cálcio, para os ossos e dentes do bebê em desenvolvimento (POZO, 2001). Este conceito deve ser continuamente esclarecido, já que o cálcio dos dentes está em forma de cristais, não estando disponível à circulação sistêmica (RUSSELL, e MAYBERRY, 2008).

A progesterona causa o aumento do exsudato, afeta a integridade das células endoteliais e influencia na biossíntese de prostaglandina na gengiva (DIAZ-GUZMAN e CASTELLANO, 2004). Por esse motivo, a gengiva se torna inflamada, edematosa, sensível e com tendência ao sangramento (GAJENDRA e KUMAR, 2004).

Os hormônios sexuais femininos têm um importante papel na progressão das alterações periodontais. Os tecidos periodontais tornam-se susceptíveis a mudanças inflamatórias induzidas por placa dentária diante de alterações hormonais, como o aumento do nível de estrógeno e progesterona durante a gestação (BOSCO, *et al*, 2004).

A gengivite gravídica é caracterizada por uma resposta exacerbada à presença de placa dentária e sua prevalência varia entre 35 e 100% das gestantes (FIGUERO-RUIZ, E. e PRIETO, 2006). Esta condição periodontal é clinicamente semelhante a uma gengivite induzida por placa, com gengiva de coloração avermelhada, edemaciada, com sangramento ao simples toque ou durante a escovação. Pode ser prevenida e desaparecer alguns meses após o parto desde que os irritantes locais sejam eliminados mediante a remoção do biofilme bacteriano por meio de uma boa higiene bucal ou profilaxia profissional (SARTORIO, e MACHADO, 2001).

Receptores específicos para estrógeno e progesterona foram demonstrados no tecido gengival (VITTEK *et al*, 1982), sugerindo que esse tecido pode funcionar como um órgão-alvo desses hormônios sexuais. Como as alterações

gingivais são bem conhecidas durante a gestação, sabe-se que a gengivite gravídica é uma condição reversível, localizada ou generalizada e mais comum nos dentes anteriores (HUNTER, e HUNTER, 1997).

O tumor gravídico é uma lesão benigna que surge geralmente no primeiro trimestre da gestação, resultante de agressões repetitivas, micro-traumatismo e irritação local sobre a mucosa gengival. Apresenta características semelhantes ao granuloma piogênico e ocorre preferencialmente na região anterior da maxila, por vestibular (NEVILLE, *et al*, 2004). A remoção cirúrgica é indicada nos casos em que houver interferência na mastigação, na execução da higiene bucal ou em situações de ulceração; caso contrário os irritantes locais devem ser removidos e o tumor preservado até o pós-parto, quando normalmente ocorre sua redução espontânea (SIGLE, 1997).

As bactérias gram negativas responsáveis pela periodontite são capazes de produzir uma variedade de mediadores químicos da inflamação, como as prostaglandinas, interleucinas e fator de necrose tumoral que podem afetar diretamente o hospedeiro. Os autores observaram que mulheres com doença periodontal severa podem apresentar níveis elevados desses mediadores que estão relacionados à indução do parto e nascimento de bebês de baixo peso. Estima-se que mais de 18% dos pré-termos possam ser resultado de doenças periodontais não tratadas (OFFENBACHER *et al*, 1996).

Segundo Vazquez e Ovalle, 1994 o granuloma piogênico acomete de 1 a 5% das mulheres grávidas e acontece principalmente devido à angiogênese aumentada pelos níveis plasmáticos de estrógeno elevados, associado à irritação local como trauma, biofilme e cálculo dental. É uma lesão proliferativa não neoplásica, caracterizada como um processo inflamatório cuja localização mais comum é na gengiva na região anterior da maxila (RIVERO e ARAÚJO, 1998). Clinicamente apresenta-se como uma massa nodular de crescimento lento, avermelhada, mole à palpação e com tendência à hemorragia espontânea. O aspecto histológico da lesão mostra massas lobulares de tecido de granulação, proliferação de fibroblastos e células endoteliais e formação de numerosos vasos sanguíneos (AL-KHATEEB e ABABNEH 2003). O tratamento consiste na remoção cirúrgica e eliminação de qualquer fator local que possa atuar como irritante e acarretar a recidiva da lesão, embora seja relatado que possam regredir

espontaneamente após o nascimento do bebê (DIAZ-GUZMAN e CASTELLANOS, 2004).

Quanto ao risco de erosão dental, em função dos episódios de vômito, este tem sido relatado na literatura, mas ainda não existem estudos clínicos que comprovem esses achados (MAUSEBERG *et al*, 1991; RUIZ *et al*, 2002; GAJENDRA e KUMAR, 2004).

Hunter e Hunter (1997) relataram que as superfícies palatinas dos dentes anteriores superiores são as mais afetadas. Assim, é importante recomendarmos às gestantes que escovem os dentes ou façam uso de um enxaguatório bucal fluoretado após cada episódio de vômito, para evitar a erosão do esmalte dental (MILLS; MOSES, 2002; GAJENDRA e KUMAR, 2004).

Uso do Flúor

A indicação de suplementos fluorados surgiu na época onde se acreditava que o efeito anticariogênico do flúor era sistêmico, portanto, indispensável durante a odontogênese in útero, porém, com os avanços dos estudos, hoje se sabe que o efeito sistêmico, aumento da concentração de flúor na cavidade bucal estaria relacionado apenas com a melhora da saúde bucal da gestante pela prevenção da doença cárie e que este flúor não interfere na saúde dos dentes em formação no concepto (CARDOSO; 2010.).

O conhecimento atual sobre o mecanismo de ação do fluoreto indica que seu efeito é predominantemente tópico, ocorrendo principalmente na interface placa/esmalte, através da remineralização de lesões de cárie iniciais e da redução da solubilidade do esmalte dentário (RAMIRES, *et al*, 2008). Portanto, a prescrição de medicamentos fluoretados no período pré-natal não traz nenhum benefício que justifique sua indicação (Centers of Disease, 2001).

Cury (2001) afirma que o flúor participa no processo de mineralização dos elementos dentários, aumentando a quantidade de apatita fluoretada (que é menos solúvel que a hidroxiapatita - componente do esmalte dental) na superfície do esmalte pós-erupcionado, e não durante a sua formação.

A suplementação pré-natal é contraindicada principalmente por meio de complexos vitamínicos que contêm cálcio. Este reage com o flúor, diminuindo a absorção em 50% dos dois elementos. A diminuição da absorção de flúor não trás

nenhuma consequência séria, mas a de cálcio sim, pois este é um elemento extremamente importante para a gestante e para o bebê (CURY; 2001).

Silva 2006 coloca que, nenhum estudo da literatura tem comprovado que a eficácia da ingestão de flúor durante a gravidez diminua a incidência de cárie em dentes decíduos na sua prole. (SILVA; 2006)

DISCUSSÃO

O atendimento odontológico de gestantes é um assunto bastante controverso, principalmente em função dos mitos que existem acerca do tratamento, tanto por parte das gestantes como por parte dos cirurgiões dentistas que não se sentem seguros em atendê-las.

Diferentemente do que se acredita, o atendimento odontológico pode ser realizado em qualquer período da gestação (American Dental Association - (ADA), 1995), uma vez que é mais prejudicial para o bebê a manutenção de infecções na cavidade bucal da mãe do que o tratamento instituído.

Cuidados odontológicos como raspagem, profilaxia e instrução de higiene bucal são bem menos agressivos ao bebê do que o aumento de prostaglandina devido a um foco infeccioso na cavidade bucal da gestante (ROTHWELL *et al*, 1987; BARAK *et al*, 2003).

No primeiro trimestre, o tratamento odontológico deveria ser adiado em função da organogênese e dificuldades da paciente, tais como os episódios recorrentes de náusea e vômito que dificultam o atendimento (MILLS; MOSES, 2004).

O segundo trimestre é considerado o período mais estável da gestação e por isso recomenda-se que as intervenções odontológicas sejam realizadas nessa época. Esse atendimento deve ser realizado com o objetivo de remover focos infecciosos evitando quadros de dor (BARAK *et al*, 2003).

No terceiro trimestre a mulher passa a apresentar frequência urinária aumentada, edema das pernas, hipotensão postural e se sente desconfortável em posição de decúbito dorsal, situações clínicas estas que não caracterizam esse período como favorável (MILLS; MOSES, 2004).

Algumas complicações podem surgir durante o atendimento odontológico, destacando-se dentre elas a hipoglicemia, o reflexo de vômito e a síndrome da hipotensão postural, sendo necessários alguns cuidados especiais durante o atendimento dessas pacientes (SIGLE, 1997; ROTHWELL, 1997).

Preferencialmente as sessões clínicas deveriam ser curtas, principalmente para aquelas pacientes que tem algum receio com relação ao tratamento odontológico, evitando assim, situações de estresse (RIOS, e HONORIO, 2006).

Deve-se considerar, ainda, o risco de hipotensão postural por compressão da veia cava inferior que acontece quando a gestante permanece por períodos prolongados em posição supina, principalmente no terceiro trimestre da gestação (LITTLE *et al*, 2002; BARAK *et al*, 2003).

É importante conscientizar a paciente sobre as mudanças fisiológicas durante a gestação e enfatizar a necessidade de higiene bucal para o controle do biofilme dental (SURESH; RADFAR, 2004).

A American Dental Association (1998) recomenda que as gestantes mantenham uma dieta balanceada, escovem os dentes com dentifrícios fluoretados pelo menos duas vezes ao dia, façam uso do fio dental pelo menos uma vez e agendem consultas periódicas para profilaxia profissional.

Os agentes antimicrobianos e dentifrícios não são contraindicados nesse período, sendo a clorexidina um enxaguatório bucal seguro e eficaz no controle da gengivite durante a gestação (POZO, 2001; GAJENDRA, 2004). Os dentifrícios devem ser utilizados por apresentarem atividade antimicrobiana e pela capacidade de melhorar quadros de gengivite (FIGUERO RUIZ, *et al*, 2006). As aplicações tópicas de flúor, os bochechos fluoretados e a utilização de materiais que liberam flúor devem ser indicados para prevenção e, sobretudo, controle da doença cárie (KONISH *et al*, 2002).

Durante a gestação, a cavidade bucal sofre algumas mudanças e uma maior prevalência de alterações têm sido relatadas. A principal delas é a doença cárie, que acomete as gestantes (MAUSEBERG *et al*, 1991; RUIZ *et al*, 2002). Contudo, essa patologia não é predisposta pela gestação, mais sim dependente das alterações alimentares, como o maior consumo de açúcares e a negligência dos hábitos de higiene bucal (CASTELLANOS *et al*, 2002; GAJENDRA *et al*, 2004).

As alterações salivares, como a mudança na composição e a menor taxa de secreção, também podem estar relacionadas ao risco a cárie aumentado nesse período. As mudanças na composição da saliva, que incluem diminuição de sódio, aumento nos níveis de potássio, proteínas e estrógeno, levam à queda de pH, reduzindo, portanto, a sua capacidade tampão (SURESH *et al*, 2004).

A gengivite é uma alteração comum durante a gravidez e alguns autores consideram normal o sangramento nessas pacientes. A prevalência da gengivite varia de 50 a 98,25% (CASTELLANOS *et al*, 2002; RUIZ *et al*, 2002) e está relacionada ao aumento dos níveis hormonais, que parecem exacerbar a resposta

gingival ao biofilme dental (American Dental Association, 1995; GAJENDRA; KUMAR, 2004.) A progesterona e o estrogênio, por exemplo, aumentam a vascularização, contribuindo assim para uma maior intensidade das respostas inflamatórias (DIAZ-GUZMAN, *et al*, 2004).

A gengivite se inicia no segundo mês de gestação e aumenta acentuadamente até atingir o pico no oitavo mês, havendo posteriormente uma regressão (MONTANDON, 2001; GAJENDRA, 2004). A gengivite é um fenômeno comum em mulheres grávidas e provavelmente está relacionada à presença de biofilme em um hospedeiro fisiologicamente alterado em função da gravidez. Entretanto, a manutenção da higiene bucal pode ajudar na prevenção ou redução da severidade dessas alterações inflamatórias mediadas pelo estrogênio e progesterona (VITTEK, J. *et al*, 1992).

Com relação à periodontite, está demonstrado que não é causada pela gravidez, entretanto, a doença periodontal pré-existente pode ser exacerbada pelos níveis hormonais alterados nesse período. A relevância clínica disso é que estudos têm mostrado que essa infecção contribui para o nascimento de bebês de baixo peso (BOSCO, *et al*, 2004; FIGUERO RUIZ *et al*, 2008; NEVILLE, *et al*, 2004).

As doses usuais de anestésicos locais são consideradas seguras para gestantes e lactentes, não existindo contra-indicação para o seu uso (MOORE, 1998). A presença de vasoconstritor como adrenalina ou noradrenalina é considerada segura e não está associada a malformações fetais (MARTIN, VARNER, 1994). Como medida de segurança pode-se utilizar, no máximo, 2 tubetes de lidocaína 2% por sessão de atendimento, realizando-se aspiração prévia e injeção lenta da solução (HAAS, 2002).

O exame radiográfico é considerado seguro, se for realmente necessário. Não precisa ser evitado durante a gestação, uma vez que a quantidade de radiação que a mãe é exposta para uma tomada radiográfica periapical é muito menor que a dose necessária para ocasionar malformações congênitas (GAJENDRA; KUMAR, 2004). São recomendados cuidados para avaliar a real necessidade do exame, o uso de avental de chumbo e filmes ultra-rápidos. O exame pode ser realizado em qualquer trimestre da gestação, porém o mais indicado ainda é o segundo trimestre (ADA, 1995; LITTLE *et al*, 2002).

Pode-se dizer que ainda é grande o número de médicos ginecologistas-obstetras que prescrevem suplementos de flúor para suas pacientes, mesmo que

esse procedimento não seja recomendado. Para reverter esse quadro, o cirurgião-dentista deve estar inserido na equipe de saúde da gestante para preparar a futura mãe para a prevenção da doença e não para acreditar em uma medicação desnecessária e irrelevante, visto que o efeito sistêmico é inalcançável (CARDOSO; 2010 e CURY; 2001).

A prescrição de medicamentos fluoretados no período pré-natal não traz nenhum benefício que justifique sua indicação e o pós-natal tem indicação muito limitada, pois o mesmo administrado de forma sistêmica, não têm efeito cariogênico, somente na forma de uso tópico (Brasil. Ministério da Saúde e CARDOSO, 2010).

CONCLUSÃO

É fundamental que as gestantes sejam conscientizadas sobre a importância do pré-natal odontológico, possíveis alterações bucais e formas de prevenções. O cirurgião-dentista deve estar seguro para passar essas informações e sanar as dúvidas da paciente.

O conhecimento prévio sobre as principais alterações sistêmicas nos trimestres da gravidez é importante para mensurar e prever possíveis problemas, possibilitando cuidados odontológicos seguros para a prescrição de medicamentos e exames radiográficos. O atendimento odontológico às gestantes deve ser preferencialmente realizado no segundo trimestre de gestação, salvo os casos de urgência. A fluoroterapia na gestação deve ser realizada na forma tópica com o objetivo de melhorar a saúde bucal da gestante. A suplementação através de complexos vitamínicos, principalmente os que contêm cálcio, não é recomendado, podendo interferir na absorção desses íons, além de não existir comprovação científica que comprove a diminuição do índice de cárie nas crianças. O exame radiográfico, como um exame complementar, pode ser realizado tomando-se às devidas precauções.

Ressalta-se a importância da prevenção primária no controle e na redução das doenças bucais. A educação em saúde, desenvolvida pelos profissionais de saúde no pré-natal, poderá fazer com que a mulher seja agente multiplicadora de informações preventivas e de promoção de saúde, se bem informada e conscientizada sobre a importância de seu papel na aquisição e manutenção de hábitos positivos de saúde no meio familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAS, A.E.; LESTERA, S.J.; CONNOLLY, H. **Pregnancy and the Cardiovascular System.** *Int. J. Cardiol.*, Amsterdam, v.98, p.179–189, 2005.

ACADEMY OF GENERAL DENTISTRY. Disponível em:

<http://agd.org/consumer/topics/pregnancy/pregnancy.asp>. Acesso em: 26 jul. 2005.

AL-KHATEEB, T.; ABABNEH, K. **Oral Pyogenic Granuloma in Jordanians: A Retrospective Analysis of 108 Cases.** *J. Oral Maxillofac. Surg.*, Philadelphia, v.61, p.1285-1288, 2003.

AMAR, S. & CHUNG, K. M. (1994). **Influence of hormonal variation on the periodontium in women.** *Periodontology.* 6, 79-87.

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION (ADA). **Pregnancy and Oral Health**, 1998.

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION COUNCIL ON ACCESS, PREVENTION, AND INTERPROFESSIONAL RELATIONS. **ADA Oral Health Care Series: Women's Oral Health Issues.** Chicago: American Dental Association, 1995.

ANDRADE, E.D. **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia: Procedimentos Clínicos e Uso de Medicamentos nas Principais Situações na Prática Odontológica.** São Paulo: Artes Médicas, 1999.

ANDRADE, E.D. **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia.** São Paulo: Artes Médicas; 1999.

BARAK, S.; et al. **Common Oral Manifestations During Pregnancy: A Review.** *Obstet. Gynecol. Surv.*, Baltimore, v.58, no.9, p.624-628, 2003.

BOSCO, A.F., LUIZE, D.S., MURAKAWA, A.C., ESPER, L.A. **A influência dos hormônios sexuais nos tecidos periodontais: Revisão de literatura.** Rev Odontol Araçatuba. 25:22-27. 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

CARDOSO, L.M. **Atendimento odontológico da gestante na estratégia do programa saúde da família.** Monografia. Corinto - MG: UFMG. 22p. Especialização. 2010.

CASTELLANOS, J.L.; DÍAZ, G.L.; GAY, O. **Medicina en Odontología: manejo de pacientes con enfermedades sistémicas.** México: Manual Moderno, 2002.

CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States.** MMWR Recomm; 50(RR14):1-42. 2001.

CODATO, L.A.B., NAKAMA, L., MELCHIOR, R. **Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez.** Ciência & Saúde Coletiva. 13:1075-1080. 2008.

COMMITTEE ON DRUGS, AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **The Transfer of Drugs and Other Chemicals into Human Milk.** Pediatrics, Springfield, v.93, p.137-150, 1994.

CURY, J.A. **Uso do Flúor e o Controle da Cárie como Doença.** In: Baratieri, L. N. Odontologia Restauradora - Fundamentos e Possibilidades. São Paulo: Santos & Quintessence; p. 33-68. 2001.

DASHE, J.S.; GILSTRAP, L.C. **Antibiotic Use in Pregnancy.** Obstet. Gynecol. Clin. North Am., Philadelphia, v.24, p.617-629, 1997.

DIAZ-GUZMAN, L.M.; CASTELLANOS-SUAREZ, J.L. **Lesiones de la mucosa bucal y comportamiento de la enfermedad periodontal en embarazadas.** Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal, Valencia, v.9, p.430-437, 2004.

FERRERO, S.; COLOMBO, B.M.; RAGNI, N. **Maternal Arrhythmias During Pregnancy.** Arch. Gynecol. Obstet., München, v.269, p.244–253, 2004.

FIGUERO RUIZ, E., PRIETO PRIETO I., BASCONES-MARTÍNEZ, A. **Câmbios hormonales asociados al embarazo. Afectación gingivo-periodontal.** Rev Periodon Implantol; 18:101-113. 2006.

GAJENDRA, S.; KUMAR, J.V. **Oral Health and Pregnancy: A Review.** N. Y. State Dent. J., New York, p.40- 44, 2004.

HAAS, D.A.; PYNN, B.R.; SANDS, T.D. **Drug Use for the Pregnant or Lactating Patient.** Gen. Dent., Chicago, v.48, p.54-60, 2000.

HAAS, D.A. **An Update on Analgesics for the Management of Acute Postoperative Dental Pain.** J. Can. Dent. Assoc., Ottawa, v.68, p.476-482, 2002.

HUNTER, L.; HUNTER, B. **Oral and Dental Problems Associated with Pregnancy.** London: Macmillan Press, 1997.

KOCH, K.L.; FRISSORA, C.L. **Nausea and Vomiting During Pregnancy.** Gastroenterol. Clin. North Am., Philadelphia, v.32, p.201-234, 2003.

KONISH, F. **Odontologia intra-uterina.** Rev. APCD; 49(2):135-136. 1995.

KONISH, F.; KONISH, R. **Odontologia intra-uterina: um Novo Modelo de Construção de Saúde Bucal.** Artes Medicas: São Paulo, 2002.

LITTLE, J.W.; et al. **Dental Management of the Medically Compromised Patient.** 6. ed. St Louis: Mosby, 2002.

LIVINGSTON, H.M., DELLINGER, T.M., HOLDER, R. **Considerations in the management of the pregnant patient.** Spec Care Dentistry; 18:183-188. 1998.

MARTIN, C.; VARNER, M.W. **Physiologic Changes in Pregnancy: Surgical Implications.** Clin. Obstet. Gynecol., Hagerstown, v.37, p.241-255, 1994.

MAUSEBERG, R. et al. **Need for Preventive Dentistry in Adult Women: Investigation in Maternal Convalescent Homes 2.** Tooth and Periodontal Findings. Oral Prophylaxe, Frankfurt, v.13, p.76-80, 1991.

MEDEIROS, U.V. **Atenção Odontológica para Bebês.** Rev. Paul. Odontol., São Paulo, v.15, n.6, p.18-27, 1993.

MEDEIROS, U.V., ZEVALLOS, E.F.P., ROSIANGELA, K. **Promoção da saúde bucal da gestante: garantia de sucesso no futuro.** Rev. Cient. do CRO-RJ ; 2:47-57. 2000.

MILLS, L.W.; MOSES, D.T. **Oral Health During Pregnancy.** MCN, New York, v.27, p.275-281, 2002.

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

MONTANDON, E.M., DANTAS, P.M., MORAES, R.M., DUARTE, R.C. **Hábitos dietéticos e de higiene bucal em mães no período gestacional.** J Bras Odontopediatr Odontol Bebê; 4:170-173. 2001.

MOORE, P.A. **Selecting Drugs for the Pregnant Dental Patient.** J. Am. Dent. Assoc., Chicago, v.129, p.1281-1286, 1998.

MURPHY, P.A.; JONES, E. **Use of Oral Metronidazole in Pregnancy: Risks, Benefits, and Practice Guidelines.** J. Nurse Midwifery, New York, v.39, no.4, p.214-220, 1994.

NEVILLE, B.W., DAMM, D.D., ALLEN, C.M., BOUGUOT, J.E. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

NIELSEN, G.L.; et al. **Risk of Adverse Birth Outcome and Miscarriage in Pregnant Users of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs: Population Based Observational Study and Case-Control Study**. B.M.J., London, v.322, p.266-270, 2001.

OFFENBACHER, S.; et al. **Periodontal Infection as a Possible Risk Factor for Preterm Low Birthweight**. J. Periodontol., Chicago. v.67, no.10, p.1103-1113. 1996.

POZO, M.A.P. **Tratamiento dental de la paciente gestante**. Mundo Odontológico; 8:54-59. 2001.

RAMIRES, L., PESSAN, J.P., BUZALAF, M.A.R. **Métodos de uso sistêmico dos fluoretos no controle da cárie dentária**. In: Buzalaf MAR. Fluoretos e saúde bucal. São Paulo: Editora Santos; p.163-194. 2008.

RATHMELL, J.P.; VISCOMI, C.; ASHBURN, M.A. **Management of Nonobstetric Pain During Pregnancy and Lactation**. Anesth. Analg., Baltimore, v.85, p.1074-1087, 1997.

REIS, D.M., PITTA, R.D., FERREIRA, B.M.H. *et al.* **Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes**. Ciência & Saúde Coletiva, 15(1):269-276, 2010.

RIOS, D., HONÓRIO, H.M., SANTOS, C.F., MACHADO, M.A.A.M. **Atendimento odontológico para gestantes**. Rev ABO Nac; 14:285-289. 2006.

RIVERO, E.R.C.; ARAÚJO, L.M.A. **Granuloma Piogênico: Uma Análise Clínico-Histopatológica de 147 Casos Bucais**. Rev. Fac. Odontol. Univ. Passo Fundo, Passo Fundo, v.3, p.55-61, 1998.

ROTHWELL, B.R.; GREGORY, C.E.B.; SHELLER, B. **The Pregnant Patient: Considerations in Dental Care.** Spec. Care Dentist., Chicago, v.7, no.3, p.124-129, 1987.

RUIZ, L.G.; GÓMEZ, G.R.; RODRÍGUEZ, G.R. **Relación entre la prevalencia de caries dental y embarazo.** Rev. Asoc. Dental Mexicana, Ciudad de México, v.59, p.5-9, 2002.

RUSSELL, S.L., MAYBERRY, L.J. **Pregnancy and oral health: a review and recommendations to reduce gaps in practice and research.** Am J Maternal Child Nurs; 33:32-37. 2008.

SANTOS-PINTO, L., UEMA, A.P.A., GALASSIL, M.A.S., CIUFF, N.J. **O que as gestantes conhecem sobre Saúde Bucal?** J. Bras Odontopediatr Odontol Bebê; 4: 429-434. 2001.

SARTORIO, M.L., MACHADO, W.A.S. **A doença periodontal na gravidez.** Rev Bras Odontol; 58:306-308. 2001.

SIGLE, J. **Managing the pregnant dental patient.** Dent Assist; 66:7-9. 1997.

SILVA, F.W.G.P., STUANI, A.S., QUEIROZ, A.M. **Atendimento odontológico à gestante – Parte 2 – Cuidados durante a consulta.** Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre. 47:5-9. 2006.

SURESH, L.; RADFAR, L. **Pregnancy and Lactation.** Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod., St. Louis, v.97, p.672-682, 2004.

TERATOLOGY SOCIETY PUBLIC AFFAIRS COMMITTEE. **FDA Classification of Drugs for Teratogenic Risk.** Teratology, New York, v.49, p.446- 447, 1994.

VÁZQUEZ, R.L.; OVALLE, C.J.W. **Lesiones bucopatológicas más frecuentes en la mujer embarazada.** Rev. Asoc. Dental Mexicana, Ciudad de México, v.51, p.21-28, 1994.

VITTEK, J. et al. **Specific Progesterone Receptors in Rabbit Gingiva.** J. Periodontal Res., Copenhagen, v.17, no.6, p.657-661, 1982.

WASYLKO, L.; et al. **A Review of Common Dental Treatments During Pregnancy: Implications for Patients and Dental Personnel.** J. Canad. Dent. Assoc., Ottawa, v.64, no.6, p.434-439, 1998.