

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO À GESTANTE

PROTOCOL OF DENTAL CARE TO PREGNANT WOMEN

Éviner Vidal da Silva Rosa¹, Simone Guida Babinski²

¹Discente do 5º ano do Curso de Odontologia do UNIFESO - 2019; ²Docente do Curso de Graduação em Odontologia do UNIFESO.

RESUMO

A gestação se dá no período da fecundação até o parto, é um momento único na vida da mulher. Durante essa fase, há mudanças psicológicas, físicas e hormonais que podem afetar a cavidade bucal, causando alterações como: aumento da salivação, alterações sobre o periodonto, náuseas e vômitos e quando associadas a modificações dos hábitos de vida podem levar a surgimento de doenças bucais como a cárie e a gengivite. Por isso o cirurgião-dentista tem o papel de desenvolver a atenção odontológica a gestante, realizando medidas de promoção de saúde que beneficiarão a ambos, uma vez que a saúde da paciente pode vir influenciar também no feto. As gestantes são consideradas pacientes com necessidades especiais, por estarem em um grupo de risco devido a suas alterações, sendo, dessa forma, necessário um protocolo do atendimento odontológico adequado. Uma boa relação do cirurgião-dentista e da paciente gestante, é de extrema importância para o sucesso no atendimento. O objetivo deste trabalho é apresentar o protocolo de atendimento adequado a gestante, permitindo ao cirurgião-dentista, proporcionar uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Gestante; Saúde Bucal; Protocolo de Atendimento.

ABSTRACT

Gestation is defined as the time between conception and birth. It is a unique moment in a woman's life. During this period, some psychological, physical and hormonal changes might affect the oral cavity and cause excessive saliva production, modifications in the periodontium, nausea and vomiting. These changes, when associated with different life styles, might lead to the appearance of oral diseases, such as caries and gingivitis. Due to this reason, the dental surgeon has the responsibility of developing oral awareness on the pregnant patient, promoting healthy habits that will benefit both the woman and the fetus, since the mother's health influences the baby's. Pregnant women are considered patients with special needs, because the changes they go through put them in a risk group. Therefore, an adequate protocol for dental services is necessary. It is also extremely important to maintain a good relationship between the dental surgeon and the pregnant patient, so that the service will be successful. The purpose of this study is to present the adequate protocol to provide suitable service to the pregnant patient, allowing the dental surgeon to contribute for a better quality of life.

Keywords: Pregnant Patient; Dental Health; Protocol for Service.

INTRODUÇÃO

A gravidez pode ser definida pelo período compreendido entre a fecundação do óvulo pelo espermatozoide até o momento do parto, sendo a gestação um momento único e especial na vida da mulher. Durante a gravidez, elas constituem mudanças psicológicas, físicas e hormonais, que criam condições adversas afetando a cavidade bucal (Vasconcelos et al., 2012). De acordo com Camargo et al. (2014), nessa fase a mulher encontra-se mais susceptível e sensível para receber informações que possam melhorar a sua vida e do feto. Na odontologia, as gestantes são consideradas pacientes especiais por apresentarem alguma situação clínica que necessita de um atendimento diferenciado, devido as alterações sistêmicas. As principais alterações que podem ser encontradas na cavidade bucal relacionadas à gravidez incluem: aumento da salivação, náuseas e alterações sobre o periodonto e quando associadas a modificações dos hábitos de vida podem levar ao surgimento de doenças bucais como cárie e gengivite.

Por conta desses problemas a equipe de saúde bucal tem o papel de desenvolver à atenção odontológica com a gestante, pois o estado de saúde bucal apresentado durante a gravidez tem relação com a saúde geral da paciente e pode vir a influenciar no feto (Costa, 2014). Por isso as medidas de promoção de saúde adotadas beneficiarão a ambos, não sendo a gravidez um motivo para adiar um tratamento odontológico, a abordagem da prevenção, pode ser facilmente aplicada (TÁVORA, 2001).

Segundo Vasconcelos et al., (2012) o atendimento odontológico é um assunto controverso, devido aos mitos que foram originados em crenças antigas, o qual, criou-se um receio tanto por parte da gestante, quanto por parte dos cirurgiões-dentistas que não se sentem seguros ou confortados para atendê-las. Por esse motivo devem ser orientados a desmistificar essas crenças.

Percebe-se então, que a maioria das gestantes não sabe sobre a importância do acompanhamento da saúde bucal durante a gravidez, cabe ao cirurgião-dentista alertá-la dessa necessidade e conhecer seus devidos cuidados. Além disso, é importante saber que o adiamento do atendimento até o nascimento do bebê, ao invés de resolver quando diagnosticado, caso haja um

problema bucal, pode trazer um dano maior a saúde de ambos (CAMARGO et al., 2014).

O estudo tem como objetivo apresentar um protocolo de assistência odontológica a gestante inserida no pré-natal, o qual, o cirurgião-dentista deve estar preparado para um atendimento acolhedor e seguro, visando a saúde bucal da gestante e conseqüentemente a saúde geral.

REVISÃO DE LITERATURA

As modificações que ocorrem no organismo da gestante são conseqüências locais e gerais, que provocam acomodações fisiológicas e bucais, relacionadas aos hormônios da gravidez e ao aumento do útero e de outros tecidos envolvidos. As acomodações a essas alterações são imprescindíveis para que o feto tenha um crescimento dentro da normalidade e a gestante se adapte ao fenômeno da gravidez (OLIVEIRA, 2018).

Segundo Reis (1993), as principais alterações da fisiologia materna ocorrem no sistema cardiovascular, respiratório, endócrino e gastrointestinal.

Alteração física

Com o objetivo de preparar as gestantes para o parto e para amamentação na chegada de seus bebês, acontecem algumas alterações físicas externas no corpo da mulher como: o aumento dos quadris, aumento do tamanho das mamas, devido os hormônios (principalmente o estrogênio) que as estão preparando para a produção do leite afim de uma futura amamentação e o crescimento do ventre de acordo com o desenvolvimento do feto. Existem também as alterações físicas internas que reacomodam os órgãos abdominais, onde são empurrados conforme o crescimento do feto (ANDRADE, 2014).

De acordo com Brown (2016), durante o terceiro trimestre, com o aumento do útero é provocado uma leve distensão do abdômen. O útero continua crescendo durante toda a gravidez, até atingir a extremidade inferior da cavidade torácica. Além disso, pode ocorrer na gravidez um pigmento de cor castanha, semelhante a uma mancha na pele da testa e das bochechas (melasma). A pele ao redor dos mamilos (aréola) também pode escurecer e é comum aparecer uma linha escura no meio do abdômen. Essas alterações podem ocorrer porque a placenta

gera um hormônio que impulsiona os melanócitos, as células que produzem uma mancha castanho-escuro na pele (melanina).

Alteração psicológica

Segundo Melo e Lima (2000), durante a gravidez além das mudanças físicas, há também as mudanças emocionais, caracterizadas pelo estado de equilíbrio instável devido às grandes expectativas relacionadas ao aspecto social, na necessidade de novas adaptações, conhecimentos e reajustamentos pessoais.

Dessa forma, de acordo com Andrade (2014) a gestante pode perguntar e querer se informar sobre todo e qualquer procedimento que será realizado pelo cirurgião-dentista, sendo guiado pelo instinto de proteção do seu bebê.

Alterações fisiológicas

Nas alterações fisiológicas acontecem uma mudança no sistema cardiovascular da gestante, a qual, ocorre um aumento na frequência cardíaca a partir do segundo trimestre (Andrade, 2014). O débito cardíaco aumenta de 30 a 50% atingindo o pico no sexto mês. Quando o débito cardíaco fica elevado, a frequência cardíaca aumenta de 70bpm, para 80/90bpm, em sua média, aumentando também a quantidade do volume de sangue e sua pressão arterial (Fischer, 2018). No último trimestre o peso do feto passa a comprimir a aorta e a veia cava inferior contra a coluna lombar no momento em que a gestante está deitada, causando sensação de fraqueza, desmaio e até mesmo inconsciência; isto é chamado de síndrome de gravidez hipotensiva (QUANDT, 2006).

Em relação ao sistema respiratório, sua frequência se encontra aumentada, conduzindo a uma maior ingestão de oxigênio (Andrade, 2014), na qual durante a gestação a mulher precisa de mais oxigênio tanto para si quanto para o feto (Costa, 2014). Esse aumento acontece devido ao crescimento uterino limitando os movimentos do diafragma (TÁVORA, 2001).

De acordo com Fischer (2018) alterações endócrinas importantes acontecem durante a gestação ressaltando alguns hormônios que exercem funções nesse período e no período futuro da amamentação.

Andrade (2014) aponta os hormônios: estrogênio, progesterona, gonadotrofina coriônica e hormônio lactogênio placentário, produzidos em grande quantidade pela placenta. O aumento

dos hormônios gonadotrofina coriônica e os estrogênios ocasiona os enjoos pela manhã.

No sistema gastrintestinal a gravidez provoca modificações funcionais e estruturais. Em decorrência do crescimento do útero ocorre uma pressão contra o reto e a porção inferior do cólon podendo acontecer o intestino preso. Outra queixa comum nesse período gestacional é a azia, que é causada pela demora do esvaziamento gástrico e do relaxamento do esfíncter do esôfago, acontecendo o refluxo gástrico (FISCHER, 2018).

Alterações bucais

Dentro das alterações bucais a saliva em sua composição e seu fluxo podem ser alterados por conta das mudanças hormonais que ocorrem durante a gestação. A diminuição na função das glândulas salivares pode interferir além do fluxo salivar, no pH da saliva e na capacidade de tampão que a saliva possui, consequentemente podendo afetar a saúde bucal da gestante com o aumento de cárie, doença periodontal e halitose (LEAL et al., 2013).

A cárie dentária pode ser causada pela inadequada higiene bucal, o consumo frequente de alimentos e bebidas com altas concentrações de açúcar, os enjoos e vômitos matinais explicados pelo aumento do hormônio e a hiperacidez do meio bucal. O ácido presente no vômito ou no refluxo pode levar a uma desmineralização do dente e a formação de placa bacteriana se houver negligência na higienização bucal pela gestante (TÁVORA, 2001).

Segundo Aleixo et al. (2010), o motivo da perda de dentes na gestação é o mesmo caso que qualquer outra pessoa em um período normal, a falta da higienização bucal por vários motivos, levando a prejuízos do meio bucal.

Em relação a doença periodontal, os tecidos gengivais se tornam mais sensíveis devido as mudanças de hormônios, a gengivite que ocorre durante a gestação é causada pela placa bacteriana que se encontra próximo ou dentro do sulco gengival (Aleixo et al., 2010). De acordo com Queiroz (2012) o aumento da vascularidade e crescimento do tecido conjuntivo pela estimulação do estrogênio, pode levar a condição da hipertrofia gengival e doença periodontal, favorecendo o crescimento de bactérias.

Para Andrade (2014) a gengivite gravídica está relacionada com as deficiências nutricionais, o estado temporário de imunodepressão e

a negligência com a saúde bucal. Devido ao aumento da progesterona na gestante ocorre uma maior vascularização no periodonto, causando sangramento na gengiva.

Em relação a periodontite, esta não é causada pela gravidez, porém durante essa fase na vida da mulher pode acontecer um agravamento da resposta inflamatória e a periodontite evoluir. Essa infecção pode causar partos prematuros (definido como aquele cujo nascimento antecede 37 semanas de gestação) e o nascimento do bebê abaixo do peso, devido aos estímulos da inflamação que podem provocar uma grande irritabilidade na musculatura lisa uterina, ocasionando a contração do útero e dilatação cervical, atuando conseqüentemente para um parto prematuro (COSTA, 2014).

Para Vieira et al. (2010), as infecções em regiões distantes do aparelho genital e urinário, como a doença periodontal, pode ocasionar um parto prematuro da mesma forma que outras infecções maternas. Essa infecção e o processo inflamatório podem causar danos à placenta, limitando, o crescimento fetal. Nesse sentido, as infecções periodontais podem representar um meio infeccioso potencialmente prejudicial ao feto na placenta, servindo como reservatórios de microrganismos, além de gerar uma quantidade significativa de mediadores inflamatórios, através da circulação sanguínea, que estão relacionados com o início do trabalho de parto e podem atingir um nível crítico, estimulando um parto prematuro.

A erosão dentária, segundo Costa (2014) é caracterizada pela perda da estrutura do dente por conta de um procedimento químico de ataque ácido. Os acontecimentos de vômitos durante a gravidez podem gerar uma erosão dentária afetando principalmente as faces palatinas dos dentes anteriores superiores.

Período do atendimento na gravidez

Em relação aos períodos da gravidez, no primeiro trimestre, inicia-se com implantação do embrião. É considerado o período de organogênese, ou seja, a fase de formação dos órgãos. Nesse período tem uma ocorrência maior de aborto e risco de uma malformação pelo uso de alguns fármacos. O tratamento odontológico deve ser evitado nesse trimestre devido a complicações da paciente gestante apresentando episódios como náuseas e vômitos (SILVA; STUANI e QUEIROZ, 2006).

No segundo trimestre, é considerado a melhor fase para realizar o tratamento odontológico que a gestante necessita, devido a organogênese já completa e o feto desenvolvido. Nessa fase a gestante geralmente se sente mais segura do que nos demais trimestres. O cuidado que mais deve se ter nesse período é com a hipotensão postural, pois de repente pode acontecer uma queda da pressão sanguínea e perda de consciência se caso a paciente for tratada em posição deitada e ficar de pé rapidamente (ANDRADE, 2014).

E no terceiro trimestre, as gestantes tem uma maior vontade de urinar, hipotensão postural, inchaço nas pernas e devido a pressão causada pelo feto não se sentem confortáveis deitadas, por isso também este trimestre não é o mais adequado para um tratamento odontológico (ANDRADE, 2014).

Protocolo do atendimento odontológico

Segundo Silva (2013), as gestantes que devem participar do pré-natal odontológico, também devem participar do pré-natal médico, onde estarão envolvidos os agentes comunitários de saúde, os enfermeiros, médicos, nutricionistas e cirurgiões-dentistas atuando em conjunto.

De acordo com Silva (2013) é apresentado um protocolo básico de atendimento odontológico à gestante:

Tabela 1: Protocolo básico de atendimento a gestante:

1º TRIMESTRE: Realizar atividades em grupo e individual	
EM GRUPO: Reunir as gestantes em dia das consultas pré-natal para orientações.	Orientações sobre as alterações fisiológicas que tem relação odontológica, comuns durante a gestação;
	Orientações sobre as dietas saudáveis a fim de prevenir doenças bucais como a cárie dentária; Instrução sobre uma adequada higiene bucal.
	Avaliar a cavidade bucal para descoberta de cáries e doenças periodontais ou gengivais;

INDIVIDUAL: Na cadeira odontológica.	Tratamento com a profilaxia profissional, afim de ajudar na prevenção; Tratamento curativo de acordo com a necessidade da gestante como: remoção de focos infecciosos e tratamentos para cárie e doença periodontal.
2º TRIMESTRE: Proceder com o tratamento que foi iniciado nas gestantes no 1º trimestre	
INDIVIDUAL: na cadeira odontológica.	Realizar exames físico extra e intra-oral regulares para detecção precoce de alterações da saúde bucal; Tratamento com a profilaxia profissional, ajudando a continuar com a prevenção; Tratamentos em que o caso da paciente gestante precisa como: restaurações em ionômero de vidro, raspagens de cálculo, remoção de focos infecciosos. Optar por realizar procedimentos invasivos após a gestação.
3º TRIMESTRE: Realizar procedimentos em grupo e individual	
EM GRUPO: Reunir um grupo de gestantes de acordo com os dias de consulta para oferecer as devidas informações.	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre uma dieta adequada; • Incentivar sobre os hábitos de higiene bucal da mãe e do bebê após o nascimento.
INDIVIDUAL: Em caso de urgência.	<ul style="list-style-type: none"> • Paralisar os casos inflamatórios que estiverem presentes, fraturas dentárias ou urgências em geral.

Fonte: Silva (2013).

O pré-natal odontológico possui uma exuberância de detalhes que não devem ser ignorados pelo clínico, sendo formado por: palestras de educação em saúde bucal, anamnese detalhada e quebra de normas que a paciente acredita, como mitos populares (MARTINS et al., 2013).

De acordo com Silva (2013) as palestras e atividades de saúde bucal são vistas como a relação entre o saber científico e o saber popular, possibilitando que a gestante tenha uma maior prevenção e consequentemente controle de doenças que posteriormente possam vir a se instalar. Além disso, é interessante criar uma carteira para as gestantes onde seus encontros serão marcados, colocando na mesma, as informações sobre a saúde bucal da gestante, conforme os trimestres da gestação.

Andrade (2014) aponta que no tratamento odontológico deve-se ter uma boa relação do cirurgião-dentista e da paciente gestante para um bom atendimento. Na gestação é indicado a realização de qualquer procedimento básico que for necessário, como a colocação de próteses, extração dentária simples, raspagem não invasiva, restaurações dentárias, tratamento endodôntico e outros. Os tratamentos mais invasi-

vos devem ser realizados após a gestação. Porém, em casos de urgências, o tratamento pode ser feito, independente do período em que a gestante se encontra, pois, a infecção encontrada pode prejudicar a ambos.

O cirurgião-dentista tem o papel de orientar e incentivar a gestante quanto a alimentação adequada, a higienização da saúde bucal prevenindo doenças como cárie e gengivite (CAMPOS et al., 2009).

Vale ressaltar que, não existe relação direta entre a cárie e a gravidez. Para essa prevenção é indicado o tratamento durante o primeiro trimestre de gestação, com a realização de procedimentos básicos como a raspagem radicular, profilaxia, aplicação tópica de flúor, controle bacteriano e a instrução da higiene bucal (SILVA, 2013).

As sessões clínicas devem ser preferencialmente curtas, principalmente para pacientes gestantes, que tem apreensão em relação ao procedimento odontológico, dessa forma, diminui o estado de estresse (Silva; Stuaní e Queiroz, 2006). Além disso, de acordo com Andrade (2014) os atendimentos odontológicos são indicados sempre que possível na segunda parte da manhã, devido a menor frequência de enjoo.

Deve-se evitar também os horários de consulta da gestante na mesma hora que os das crianças, devido a facilidade de contaminação de doenças da infância.

Para Silva; Stuani e Queiroz (2006) é necessário o monitoramento dos sinais vitais, como a frequência cardíaca, a pressão arterial e a temperatura do corpo. Os valores considerados normais para a frequência cardíaca diversificam entre 60 a 100 bpm (batimentos por minuto), a pressão sistólica menor que 140 mmHg e a diastólica menor que 90 mmHg. Por conta do risco de diabetes gestacional, deve-se avaliar o nível de glicose no sangue, sendo considerado normal menor que 140mg/dL.

Em relação ao risco de hipotensão postural, por comprimir a veia cava inferior, se dá quando a gestante permanece por um tempo prolongado em posição supina, especialmente no terceiro trimestre de gestação. Para prevenir essa hipotensão na cadeia odontológica, o cirurgião-dentista pode colocar uma almofada para subir a parte direita do quadril de 10 a 12 cm ou a gestante ficar virada para o lado esquerdo, evitando a compressão da veia cava inferior pelo útero. Numa situação ideal, durante o atendimento odontológico, as pacientes deveriam permanecer sentadas, em posição semi-supina (SILVA; STUANI e QUEIROZ, 2006).

As consequências que podem ocorrer das radiações no feto correspondem a mutações como lesões no sistema nervoso central ou alterações no desenvolvimento. Esses resultados estão relacionados ao tempo de exposição, à região irradiada e à fase da gestação (Bastos et al., 2014). De acordo com Silva (2013), o exame radiográfico não precisa ser evitado no período da gestação, pois a radiação que a gestante fica exposta para tomada radiográfica periapical tem uma porção menor do que a dose necessária para ter esses tipos de malformação congênita.

Segundo Andrade (2014), o exame radiográfico pode ser realizado, se necessário e de preferência no segundo trimestre, com alguns cuidados como a proteção, com o avental de chumbo e o colar de tireoide, evitar erros durante a radiografia e na revelação do filme, para que dessa forma evite repetições.

Os anestésicos locais passam pela barreira placentária, mas são considerados seguros e não teratogênicos. E deve ser realizado a anestesia

com a aspiração prévia, injeção lenta e a dosagem adequada, sem negligência da anestesia (SILVA, 2013).

A solução anestésica indicada para a gestante, deve obter o vasoconstritor, na intenção de absorver de forma mais lenta o sal anestésico para o sangue, com uma maior duração no tempo de anestesia e assim, diminuindo a toxicidade. A prilocaína se for administrada em doses maiores pode ocorrer a metemoglobinemia (a incapacidade de transportar oxigênio) na gestante ou no feto. Dessa forma, a lidocaína é a mais indicada para o uso nas gestantes, devido a ligação proteica apresentada e a metabolização hepática mais rápida, devido ao fígado do feto metabolizar o anestésico de uma forma mais lenta (ANDRADE, 2014).

De acordo com Silva (2013) antes do cirurgião-dentista prescrever qualquer medicamento, deve avaliar se é considerado seguro na fase gestacional, e se, a prescrição é de fato indispensável, podendo ser ou não, trocado por um procedimento clínico. Estando atento aos efeitos teratogênicos, tóxicos ou lesivos para o desenvolvimento do feto.

Na administração do analgésico na gravidez, o mais indicado é o paracetamol. Com as doses de 500-750 mg, de 6 h em 6 h. (Andrade, 2014). Este medicamento tem a indicação para a redução da febre e o alívio temporário de dores leves a moderadas. Nesses casos, de mulheres grávidas, a administração deve ser feita por pequenos períodos. Demonstram que o paracetamol, quando administrado conforme recomendações da prescrição, não apresenta risco para gestante ou para o feto. Quando administrado, o paracetamol ultrapassa a placenta passando para a circulação fetal em 30 minutos (BRASIL, 2014).

Se houver a necessidade da indicação do anti-inflamatório, pode utilizar a dexametasona ou betametasona, de 2-4 mg em dose única (Andrade, 2014). O seu uso durante a gravidez requer que os benefícios sejam confrontados com os possíveis riscos para a mãe e o feto (BRASIL, 2017).

Na administração de antibiótico, a amoxicilina (as penicilinas) são as preferenciais em dosagens de costume, agindo de uma forma eficaz contra uma enorme variedade de bactérias, sem prejudicar o organismo do feto e da gestante. Se caso a gestante tiver alergia as penicilinas, indica-se a eritromicina (Andrade, 2014). De acordo com Brasil (2015), a dose recomendada

da amoxicilina é de 500 mg (uma cápsula) três vezes ao dia (de 8 em 8 horas) no caso das infecções. Sendo indicado para tratamento de infecções bacterianas causadas por germes sensíveis à ação da amoxicilina. Infecções que podem manifestar-se nas amígdalas (amigdalite), nos seios da face (sinusite), na pele e nas mucosas. A amoxicilina pode ser usada durante a gestação desde que, seus benefícios sejam maiores que os riscos potenciais relacionados ao tratamento.

Outro ponto indicado é a prescrição de fluoretos para as gestantes, onde seu mecanismo de ação tem o efeito predominantemente tópico, intercorrendo principalmente na interface do esmalte, para remineralização de lesões de cárie iniciais e na redução da solubilidade do esmalte dentário (BASTIANI et al., 2010).

DISCUSSÃO

Na gestação, dentro das alterações bucais Távora (2001), diz que a cárie dentária pode ser provocada pela falta de higiene bucal durante a gestação, além da ingestão com maior constância de comidas ou bebidas contendo muito açúcar e o ácido presente no meio bucal, por conta dos enjoos e vômitos ocorridos pela manhã, induzidos pelos hormônios, podendo prejudicar o meio bucal da gestante, levando a formação de placa bacteriana e a desmineralização do dente. Em contrapartida, Leal et al. (2013), afirmam que por conta das alterações dos hormônios, pode ocorrer a redução na função das glândulas salivares, influenciando no seu fluxo salivar, no pH e na capacidade tampão que a saliva possui, consequentemente interfere a saúde bucal da gestante com o aumento de cárie, doença periodontal e halitose.

Em relação a doença periodontal, para Aleixo et al. (2010), os tecidos gengivais tem uma maior sensibilidade devido as mudanças que ocorrem nos hormônios. A gengivite que acontece durante a gravidez se dá pela placa bacteriana que se encontra dentro do sulco gengival. Já para Queiroz (2012) a doença periodontal é ocasionada pelo aumento da vascularidade e crescimento do tecido conjuntivo influenciado pela estimulação do estrogênio, podendo levar ao aumento da gengiva, contribuindo para a proliferação das bactérias.

Além disso, Costa (2014) e Vieira et al. (2010), afirmam que a periodontite, durante a

gestação pode levar a uma exacerbação da inflamação, gerando complicações como partos prematuros e o nascimento do bebê abaixo do peso. Isso ocorre devido aos estímulos da inflamação que podem provocar uma alta irritabilidade na musculatura lisa do útero, levando a contração do mesmo e uma expansão cervical. Deve-se atentar para a infecção encontrada, pois serve como reservatórios e acúmulo de microrganismos, gerando mediadores presentes na inflamação através da circulação sanguínea, prejudicando à placenta, limitando o crescimento e desenvolvimento do feto.

De acordo com os períodos da gravidez, para os autores Silva; Stuani e Queiroz, (2006) o primeiro trimestre é onde ocorre a formação dos órgãos, conhecido como organogênese, onde, o feto está mais susceptível ao risco de aborto e risco de alteração morfológica, por conta disso, nesse trimestre é indicado que evite o tratamento odontológico, além das dificuldades que a gestante apresenta, como incidentes de náuseas e vômitos.

Complementando os autores anteriores Silva; Stuani e Queiroz (2006); Andrade (2014) afirma que durante o terceiro trimestre as gestantes sentem uma grande vontade de urinar e uma pressão sanguínea anormalmente baixa, causas que acontecem devido a pressão provocada pelo feto, por isso se sentem desconfortáveis quando estão deitadas, consequentemente esse trimestre não é o melhor para o atendimento odontológico. Diante dos riscos e ocorridos no primeiro e terceiro trimestre, o período em que a gestante se encontra mais segura e confortável para o tratamento no consultório odontológico, é no segundo trimestre, devido ao feto evoluído e os órgãos do mesmo estarem completos.

De acordo com Silva (2013), no pré-natal odontológico, as palestras de educação de saúde bucal levam a uma perspectiva vinculando o saber científico e os conhecimentos popular, esclarecendo crenças e mitos, possibilitando um maior entendimento a gestante, onde a mesma realize uma prevenção sobre sua saúde bucal. Além disso, acrescentar na carteira das gestantes, suas devidas informações sobre o atendimento odontológico, conforme os trimestres da gestação. Concordando com a afirmação anterior, Martins et al. (2013) dizem que durante o atendimento a gestante, existem detalhes e ati-

vidades que o cirurgião-dentista não deve ignorar, como: palestras e dinâmicas de educação em saúde bucal, anamnese minuciosa e a quebra de normas que a paciente acredita, instruindo tudo o que a paciente necessita para ter uma boa saúde e uma boa relação com o cirurgião-dentista.

Para Andrade (2014) durante a gestação, na odontologia é recomendada a execução de qualquer procedimento básico que houver necessidade, os tratamentos mais invasivos devem ser executados após o nascimento do bebê. Porém, quando existe casos de urgências o tratamento pode ser feito, não importa o período em que a paciente gestante se encontra, pois, a infecção encontrada pode trazer prejuízos a ambos. Afirmando isso, o autor Silva (2013), relata ser indicado no tratamento durante o primeiro trimestre de gestação, procedimentos como: raspagem radicular, profilaxia, aplicação tópica de flúor, controle bacteriano e a instrução da higiene bucal, que são reconhecidos como procedimentos básicos, não sendo invasivos.

Segundo Campos et al. (2009), o cirurgião-dentista tem o papel de fazer a orientação, incentivando a gestante em relação a uma dieta adequada e a higienização de sua saúde bucal, afim de prevenir doenças futuras como cárie e gengivite. Silva (2013) afirma o que o autor anterior disse, que durante o primeiro trimestre, o cirurgião-dentista deve realizar procedimentos de educação em grupo ou individual, na intenção de informar as gestantes as orientações sobre a ocorrência de alterações fisiológicas relacionadas a odontologia, comuns do período gestacional; orientações sobre hábitos de uma dieta saudável e sobre uma correta higiene bucal.

Silva; Stuaní e Queiroz (2006) e Andrade (2014) concordam que se deve ter uma cautela em relação a hipotensão postural, que pode acontecer principalmente no terceiro trimestre da gestação, onde de repente pode haver uma queda da pressão sanguínea, podendo levar a uma inconsciência se caso a paciente gestante for tratada em posição supina e ficar de pé rapidamente.

Em relação as tomadas radiográficas para Silva (2013), o exame radiográfico não precisa ser evitado durante a gravidez, pois a radiação que a gestante se expõe tem uma menor parcela do que a dose necessária para ter alguma altera-

ção morfológica congênita no feto. Em contrapartida, Andrade (2014) afirma que a utilização do exame radiográfico para a gestante, deve ser feito apenas se houver necessidade e de preferência no segundo trimestre da gestação, sendo realizado com certos cuidados e com a utilização de proteções como: o avental de chumbo e o colar de tireoide, evitar o máximo possível de erros durante a radiografia e na revelação do filme, para que dessa forma não haja repetições.

Já os anestésicos locais, segundo Silva (2013) passam pela barreira placentária, mas não causam anomalias no feto, sendo considerados seguros. Concordando com o autor anterior, Andrade (2014), diz que a solução anestésica indicada para a gestante, deve obter o vasoconstritor, com o propósito de absorver de uma maneira mais lenta o sal anestésico para os vasos sanguíneos, levando a um maior tempo na duração da anestesia e assim diminuindo a toxicidade.

No caso da administração do analgésico na gravidez, o melhor prescrito é o paracetamol de acordo com Andrade (2014) com as doses de 500-750 mg, de 6 h em 6 h. Este fármaco também tem a indicação pelo Brasil, (2014) devendo ser prescrito e administrado por um período reduzido, em casos de mulheres grávidas, para que assim, não apresente perigo a gestante ou ao feto.

Na indicação do anti-inflamatório, de acordo com Andrade (2014) pode ser utilizada a dexametasona ou betametasona, de 2-4 mg em dose única. O Brasil, (2017) confirma este protocolo, entretanto se preconiza, dizendo que a sua utilização durante a gestação requer que os benefícios sejam confrontados com os possíveis riscos para a mãe e o feto.

Se caso houver a necessidade da administração do antibiótico, a amoxicilina (as penicilinas) são as preferenciais em dosagens habitual, atuando de uma forma eficaz contra as bactérias presentes, sem ocasionar prejuízo no organismo do feto e da mãe (Andrade, 2014). Concordando com isso, de acordo com Brasil, (2015) a amoxicilina é prescrita para o tratamento de infecções bacterianas acarretadas por germes que possuem sensibilidade à ação do fármaco. A amoxicilina pode ser utilizada desde que, seus benefícios sejam maiores que os riscos relacionados ao tratamento, com a dose padrão de 500 mg (uma cápsula) três vezes ao dia (de 8 em 8 horas) nos casos de infecções.

CONCLUSÃO

Durante o período gestacional, a mulher sofre algumas alterações fisiológicas, hormonais, físicas e psicológicas, com isso alguns cirurgiões-dentistas têm postergado o tratamento de pacientes gestantes devido a dúvida e ao receio sobre os riscos que podem causar a gestante e ao feto, por não terem o conhecimento adequado do assunto. Diante disso, os profissionais da saúde, especialmente o cirurgião-dentista deve ter a informação sobre os cuidados referentes ao melhor período de atendimento, ou seja, os trimestres da gravidez, afim de proporcionar um tratamento odontológico com sensatez e segurança, prevenindo possíveis problemas.

Sabendo que a gestação é considerada uma fase especial da vida da mulher, espera-se que, um protocolo do atendimento odontológico, seja diferenciado, correlacionando a fase gestacional com o tratamento a ser realizado pelo cirurgião-dentista, atuando na educação e na mudança de hábitos, sendo esses fatores imprescindíveis para uma melhor qualidade de vida, tanto a gestante, quanto para o feto.

REFERÊNCIAS

1. ALEIXO, R. Q. et al. Alterações bucais em gestante – Revisão da literatura. **Saber científico odontológico**, Porto Velho, v. 1, n. 1, p. 68-80, jul./dez. 2010.
2. ANDRADE, E. D. **Terapêutica medicamentosa em odontologia**. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014.
3. BASTIANI, C. et al. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. **Odontol. Clín-Cient.**, Recife, v.9, n.2, p. 155-160, abr./jun. 2010.
4. BASTOS, R. D. S. et al. Desmistificando o atendimento odontológico à gestante. **Revista Bahiana de Odontologia**. v. 5, n. 2, p. 104-116, ago. 2014.
5. BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. Amoxicilina., Anápolis-GO, 15 jun. 2015.
6. BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. Dexametasona - Medley Indústria Farmacêutica Ltda., Campinas-SP, 24 fev. 2017.
7. BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. Paracetamol - Zydus Nikkho Farmacêutica Ltda., Rio de Janeiro-RJ, mai. 2014.
8. BROWN, H. L. Alterações físicas durante a gestação. **MD, Duke University Medical Center**, EUA, nov. 2016. Disponível em: <www.msmanuals.com>
9. CAMARGO, M. C. et al. Atendimento e protocolo indicados na odontologia à gestante: revisão da literatura. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 35, n. 2, p. 55-60, jul./dez. 2014.
10. CAMPOS, C. C. et al. **Manual prático para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais**. Universidade Federal de Goiás – Faculdade de Odontologia. 111f, 2ª ed. Goiânia-GO, 2009.
11. COSTA, G. M. **Protocolo de atenção à saúde bucal para gestantes na equipe da estratégia de saúde da família da “casa da comunidade serrinha” em Gouveia-MG**. 2014. 36f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Lagoa Santa, 2014.
12. FISCHER, B. **Alterações fisiológicas durante a gestação**. São Paulo. Disponível em: <https://www.ebah.com.br>. Acesso em 03 out. 2018.
13. LEAL, A. O. et al. Estudo dos parâmetros salivares de gestantes. **Odontol. Clin. Client.**, Recife, v. 12, n. 1, p. 39-42, jan./mar. 2013.
14. MARTINS, L. O. et al. Assistência odontológica à gestante: percepção do cirurgião-dentista. **Rev. Pan-Amaz Saude.**, Ananindeua, v. 4, n. 4, dez. 2013.
15. MELO, L. L.; LIMA, M. A. D. S. Mulheres no segundo e terceiro trimestres de gravidez: suas alterações psicológicas. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. 1, p. 81-86, jan./mar. 2000.
16. OLIVEIRA, D. M. **Alterações fisiológicas na gravidez**. Disponível em: <https://www.ebah.com.br>. Acesso em: 03 out. 2018.
17. QUANDT, C. A. **Modificações do organismo da mulher grávida**. 2006. 54 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Setor de Ciências Biológicas e da Saúde) – Curso de Fisioterapia da Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2006.
18. QUEROZ, A. A. **Conhecendo as alterações da gestação para um melhor cuidar no pré-natal**. 2012. 34 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica

em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Brumadinho – Minas Gerais, 2012.

19. REIS, G. F. F. Alterações Fisiológicas Maternas da Gravidez. **Rev. Bras. Anest.**, v. 43, n. 1, p. 3-9, jan./fev. 1993.

20. 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, v. 47, n. 3, p. 5-9, dez. 2006.

21. SILVA, S. Z. O. **Pré-Natal Odontológico: a importância da educação em saúde para a promoção da saúde bucal no período gestacional.** 2013. 31f. Trabalho de Conclusão de

Curso (Especialização em Atenção Básica a Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Teófilo Otoni/MG, 2013.

22. TÁVORA, R. K. O. **Atendimento odontológico à gestante.** 2001. 110f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Odontopediatria) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

23. VASCONCELOS, R. G. et al. Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 120-4, jan./jun. 2012.

24. VIEIRA, D. R. P. et al. Associação entre doença periodontal na gravidez e parto pré-termo baixo peso ao nascer. **Odontol. Clín.-Cient.** (Online), Recife, v. 9, n. 4, dez. 2010.