

Alterações bucais e cuidados no exame radiográfico e anestesia local no período gestacional

Oral changes and care in radiography exam and local anesthesia in gestational period

Ana Gabriela Santos Vasconcelos¹

Annelisa Alves Saúde¹

Gastão Aguiar de Moura Maia¹

Lucas Silva Duarte¹

Marcos Guilherme Ribeiro Soares Leonel¹

Marileny Boechat Frauches Brandão²

¹Acadêmicos do 8º período do curso de Odontologia FACS/UNIVALE - Universidade do Vale do Rio Doce

²Doutora em Odontopediatria/UNICSUL.

Professora da disciplina de Odontologia Pediátrica I e II do Curso de Odontologia da FACS/UNIVALE.

Resumo

A gestação representa um período crítico no ciclo vital feminino. As alterações observadas nessa fase representam processos fisiológicos decorrentes da preparação do organismo feminino para a geração do bebê. O objetivo deste estudo foi conhecer, através de uma revisão da literatura, as alterações bucais mais comuns presentes na cavidade bucal durante a gestação, bem como os cuidados para a execução de exame radiográfico e anestesia local neste período gestacional. Na gestação, a procura de atendimento odontológico e a periodicidade da visita ao cirurgião-dentista podem intensificar procedimentos preventivos de modo a evitar doenças bucais associadas à gravidez. Ressalta-se que a cárie e a doença periodontal são as alterações bucais mais comuns encontradas no período gestacional e procedimentos de radiografia e anestesia local, desde que indicados com critério podem ser realizados em qualquer período da gravidez. Conclui-se que o cirurgião-dentista que realiza o atendimento odontológico de gestantes deve conhecer não somente as alterações bucais mais comuns relacionadas à gestação, mas também os cuidados que se deve tomar durante a execução de procedimentos, tais como exame radiográfico e anestesia local. Seguramente, nestas condições o tratamento odontológico se dará com maior efetividade e segurança.

Palavras-chave: Gestantes. Radiografia. Anestesia local.

Abstract

Pregnancy represents a critical period in the women's life cycle. The changes observed in this phase represent physiological processes arising from the preparation of the female body for the generation of the baby. The purpose of this study was to know, through a review of the literature, the most common oral changes present in the oral cavity during pregnancy, as well as the care for the execution of radiographic examination and local anesthesia in gestational period. In pregnancy, the demand for dental care and the frequency of visit to dentist can intensify preventive procedures to prevent oral diseases associated with pregnancy. It should be noted that tooth decay and periodontal disease are the most common oral changes found in the gestational period and radiography procedures and local anesthesia, since indicated with criterion can be performed in any period of pregnancy. It is concluded that the dentist who performs the dental care of pregnant women must know not only the most common

oral changes related to pregnancy, but also the care that must be taken when performing procedures such as radiographic examination and local anesthesia. Surely, under these conditions the dental treatment will be with greater effectiveness and safety.

Key-words: Pregnant Women. Radiography. Local Anesthesia.

Introdução

Na gestação, a procura de atendimento odontológico e a periodicidade da visita ao cirurgião-dentista intensificam procedimentos preventivos de modo a evitar doenças bucais associadas à gravidez. Usualmente as gestantes vão menos ao cirurgião-dentista do que as mulheres de grupo etário semelhante; e em geral, não buscam esses serviços por iniciativa própria porque embora percebam as necessidades de tratamento, não se sentem seguras quanto à sua indicação formal (ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004).

A gestação, segundo Moimaz (2006), representa um período crítico no ciclo vital feminino. As alterações observadas nessa fase representam processos fisiológicos normais decorrentes da preparação do organismo feminino para a geração do bebê. Os profissionais da saúde envolvidos com o atendimento à gestantes devem estar atentos a estas alterações, sejam elas fisiológicas ou psíquicas. Os cuidados são duplos: um para o feto e o outro para a mãe.

No período gestacional, as mulheres frequentemente apresentam certa resistência frente ao tratamento odontológico, por muitas vezes, acreditarem em diversos mitos e crendices associados à gravidez. Isto acontece porque em muitos casos, as futuras mães possuem receio de que o atendimento odontológico possa trazer algum tipo de risco para a vida do bebê (BASTIANI et al., 2010).

Além disto, o receio por parte do cirurgião-dentista em atender gestantes, 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 (NASCIMENTO et al., 2012).

Assim, Vasconcelos et al. (2012) enfatizaram que a gestação é um estado singular no ciclo de vida da mulher. As gestantes constituem-se pacientes de temporário risco odontológico devido às mudanças psicológicas, físicas e hormonais, que criam condições adversas no meio bucal. Sendo assim, o atendimento

odontológico é um assunto bastante controverso, principalmente em função dos mitos que são baseados em crenças antigas sem fundamentação científica, tanto por parte da gestante quanto por parte do cirurgião-dentista que não se sente seguro ao atendê-las.

Portanto, o objetivo deste estudo é conhecer, através de uma revisão da literatura, as alterações bucais mais comuns presentes na cavidade bucal durante a gestação, bem como os cuidados para a execução de exame radiográfico e anestesia local neste período gestacional.

Revisão da literatura

Alterações bucais na gestação

Moimaz et al. (2007) utilizando-se de um formulário contendo questões relativas ao acesso das gestantes ao tratamento odontológico e conhecimento das mesmas sobre sua condição bucal, verificaram que em 100 gestantes entrevistadas, 46% destas perceberam alterações em sua cavidade bucal durante a gestação, sendo que as principais alterações citadas foram sangramento/problema na gengiva e dor de dente. Os autores ainda destacaram que somente 47,8% destas gestantes com alterações bucais procuraram o atendimento odontológico e que 61%, apesar de não estarem na primeira gravidez, não sabiam da importância de cuidar de sua saúde bucal e preservá-la.

Segundo Reis et al. (2010), o desequilíbrio da atividade metabólica ocasionada pela elevação e liberação de taxas hormonais, inclusive progesterona, implicam às gestantes, certas condições de saúde complexas que precisam ser conhecidas pelos cirurgiões-dentistas a fim de que possam orientá-las corretamente em relação a seu estado de saúde geral. A negligência na higiene bucal pode agravar patologias que já são exacerbadas devido às alterações hormonais que repercutem na fisiologia bucal.

De acordo com Cardoso (2010), a gravidez é um período único na vida da mulher que se caracteriza por intensas transformações fisiológicas que podem afetar adversamente a saúde bucal. Desta forma, o conhecimento dessas mudanças pelo cirurgião-dentista é fundamental para garantir o estabelecimento de um plano de tratamento seguro, feito com anamnese detalhada, uma boa pesquisa da história médica da paciente e o estabelecimento de procedimentos adequados para cada período gestacional.

Rossel; Montandon-Pompeu; Valsecki Junior (1999) afirmaram que as condições em que a maioria

das mulheres chega à gravidez, no que se refere a características biológicas e psicossociais, além dos limitados conhecimentos sobre as técnicas de higiene bucal, constituem-se nas causas das alterações bucais de maior frequência, ou seja, a cárie e a doença periodontal.

Cárie dentária

A doença cárie é multifatorial, relacionada à presença de placa bacteriana que contém microrganismos acidogênicos, com ação enzimática sobre carboidratos, os quais interferem na estrutura mineral dos dentes por meio da produção de ácidos, iniciando, dessa forma, a lesão cariada. O aumento da atividade cariogênica no período gestacional está relacionado ao descuido com a higienização bucal. Gravidez não causa cárie, existem situações predisponentes à cárie dentária nesta fase, como negligência ou dificuldade na higienização, presença de vômitos, náuseas, ou o aumento de refeições e lanches, nem sempre acompanhados de higienização dentária adequada (CODATO, 2005).

De acordo com Reis et al. (2010) a cárie é uma doença de natureza infectocontagiosa, que ocorre devido à interação de uma série de fatores primários (dieta, microrganismos, hospedeiro, tempo); secundários (saliva, flúor, higiene bucal) e terciários (sexo, idade, raça e nível socioeconômico). Na gestante, além das possíveis negligências com a higiene bucal e alterações de hábitos alimentares, uma maior exposição do esmalte ao ácido gástrico (vômitos) torna-se um fator contribuinte para o aumento de cárie. O fluxo salivar aumenta nos primeiros meses da gestação, e a hiperatividade das glândulas salivares é um fenômeno, sem causa definida. O excesso de secreção salivar provoca náusea, vômito e, se persistir até o final da gestação, provoca queda da capacidade tampão da saliva, fator importante no aumento do risco de desmineralização dental.

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 (BASTIANI et al., 2010).

Não existem estudos conclusivos sobre o aumento no índice de lesões cariosas em gestantes, causado pelo processo de mineralização/ remineralização alterado. Devido ao processo multifatorial da doença cárie, um único fator isolado tem papel pouco significativo no desenvolvimento das lesões (CARDOSO, 2010).

Em relação à higiene bucal, em entrevista com 29 gestantes, Lima (2011) declarou que quando questionadas sobre a frequência de escovação, 6,89% afirmaram aumentar o número de escovação após a gravidez, 10,34% declararam uma diminuição no número de escovações, e a maioria delas (79,31%) não alterou este número em virtude da gestação (três a quatro vezes ao dia), apesar de 72,41% das gestantes responderem não estar satisfeitas com sua boca.

Amaral (2011) relatou mudanças na composição da saliva no período gestacional, como diminuição do sódio, aumento dos níveis de potássio, proteínas e estrógeno, que levam a queda do pH, fatores que reduzem sua capacidade tampão.

Em levantamento realizado por Aguiar et al. (2011) em 166 prontuários de gestantes que frequentaram a clínica odontológica preventiva da Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP, observou-se que no momento do exame clínico bucal, apenas 25 (15,1%) gestantes não apresentaram lesões de cárie presente e apenas 1 (0,6%) apresentava-se livre de cárie. Ainda demonstraram associação entre consumo de carboidrato e diagnóstico de risco de cárie. As gestantes que relataram consumo de carboidratos fermentáveis entre as refeições apresentaram maior prevalência de diagnóstico de risco moderado e alto para a doença do que as demais.

Moimaz et al. (2011) realizaram uma pesquisa com 112 gestantes, detectando o índice de CPO-D (cariado, perdido, obturado/ dente) 11,7. Dentre a composição percentual do CPO-D, o componente obturado apresentou valor de 65,6%, seguido do componente perdido (15,7%) e cariado e/ou obturado com cárie 18,5%.

Doença periodontal

Rossel; Montandon-Pompeu; Valsecki Junior (1999) relataram que as alterações que ocorrem no periodonto durante a gravidez vêm sendo estudadas desde antes da metade do século XX. Tais alterações podem estar associadas às deficiências nutricionais, altos níveis de estrógeno, progesterona e presença de placa bacteriana, favorecida por fatores locais, como o estado transitório de imunodepressão. Estes autores pesquisando 41 gestantes que se encontravam do segundo ao oitavo mês de gestação, verificaram que 19,5% apresentavam problemas periodontais mais severos, como dentes com envolvimento de furca, mobilidade, problemas mucogengivais (perda de gengiva inserida) e retração gengival acima de 3,5 mm. Desta

forma, 100% das gestantes estudadas necessitavam de algum tipo de tratamento periodontal.

As alterações hormonais no período gestacional levam ao aumento da mobilidade dentária, do fluido gengival e da profundidade do sulco gengival (CODATO, 2005).

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 aumento do nível de estrógeno e progesterona durante a gestação (BASTIANI et al., 2010).

Desta forma, é notável a prevalência de distúrbios periodontais e necessidade de tratamento neste período gestacional. A mobilidade generalizada nos dentes pode ocorrer ocasionalmente, resultante de alterações inflamatórias, mudanças na composição mineral da lâmina dura e distúrbios no ligamento periodontal (CARDOSO, 2010).

Dentre as doenças periodontais no período gestacional, a mais frequente segundo encontrada por CODATO (2005) e MOIMAZ et al. (2006) foi a gengivite.

Gengivite gravídica

A gengivite apresenta-se como uma manifestação comum em gestantes, porém, histologicamente, ela não se difere muito da doença encontrada em mulheres não grávidas (CARDOSO, 2010).

Segundo Rossel; Montandon-Pompeu; Vajsecki Júnior (1999), a maioria das alterações gengivais que coincide com a gravidez pode ser tratada mediante 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 programa de controle de placa supervisionado. Num estudo destes autores com 41 gestantes foi observado que todas apresentavam algum problema gengival, variando do mais simples ao mais complexo. Nenhuma gestante apresentou gengiva saudável em qualquer de seus sextantes.

A gengivite durante a gravidez pode apresentar características inflamatórias marcantes, com acentuado edema, maior tendência a sangramento, eritema intenso e tendência à hiperplasia (CODATO, 2005).

Durante a gravidez, com frequência, têm-se verificado mudanças no aspecto gengival das pacientes, com uma tendência ao agravamento da gengivite, tornando-se mais perceptível frente à presença de irritantes locais. Tais mudanças, como hiperemia, edema

e sangramento gengival, estão relacionadas a fatores como deficiências nutricionais, altos níveis hormonais, presença de placa bacteriana, assim como o estado transitório de imunodepressão (MOIMAZ et al., 2006).

Coutinho (2006) ainda salientou que o aumento da vascularização da área, descamação e fragilidade do epitélio gengival como fatores determinantes da exacerbação das inflamações gengivais das gestantes.

A gengivite gravídica é caracterizada por uma resposta exacerbada à presença de placa dentária e sua prevalência varia entre 35 a 100% das gestantes. Esta condição 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. No segundo trimestre de gestação, ocorre um aumento significativo de gengivite, na proporção de bactérias anaeróbicas/aeróbicas de forma que a microbiota subgengival torna-se mais anaeróbica com a progressão da gravidez (BASTIANI et al., 2010).

Segundo Alves (2010), o edema gengival pode ser causado pelo extravasamento de plasma, que por sua vez é ocasionado por mudança na permeabilidade vascular ocorrida devido aos níveis hormonais elevados de progesterona e estrógeno durante a gravidez.

Exame radiográfico

Capucho et al. (2003) salientaram que muitos cirurgiões-dentistas têm dúvidas sobre a realização do exame radiográfico em gestantes e não o empregam nesta fase da vida da mulher. Na verdade, caso haja necessidade da realização de radiografia, alguns cuidados de rotina devem ser tomados: uso de avental plumbífero até a região das gônadas, protetor de tireóide, também de chumbo, com no mínimo 0,25 mm de espessura. O aparelho de raios X deve estar calibrado, com filtração e colimação corretas, e uso de filmes radiográficos rápidos com tempo de exposição de 0,32s.

Segundo Silva; Stuaní; Queiroz (2006), a radiação emitida na realização de uma radiografia periapical é muito menor que a dose para causar manifestações congênitas, e menor que a radiação cósmica adquirida diariamente. Ainda deve ser levado em consideração que o feto só recebe 1/50000 da exposição direta na cabeça da mãe.

O exame radiográfico deve ser realizado quando

realmente necessário, em qualquer trimestre da gestação; pois, desde que medidas protetoras sejam tomadas (uso de filmes ultrasensíveis e avental de chumbo) a exposição radiográfica não afeta o desenvolvimento fetal. 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 (BASTIANI et al., 2010).

Para Cardoso (2010), durante a gestação não é necessário que se adie exames radiográficos. No entanto, devem ser evitadas radiografias de rotina e que não estejam relacionadas com áreas de interesse da queixa principal. O primeiro trimestre é um período mais crítico e exames radiográficos devem ser indicados em casos de grande necessidade.

Caneppele et al. (2011) estudaram 284 questionários preenchidos por cirurgiões-dentistas sobre atendimento a pacientes hipertensos, diabéticos e gestantes, constatando que em relação ao exame radiográfico em gestantes, 56,7% dos cirurgiões-dentistas evitavam tomadas radiográficas apenas no primeiro trimestre; 3,2% no último trimestre e 40,1% não faziam radiografias em gestantes. Estes autores afirmaram que radiografias devem ser evitadas durante o 1º trimestre de gravidez por ser a fase de maior atividade reprodutiva das células embrionárias, que mais propicia efeitos teratogênicos das células embrionárias pela utilização de raios X.

Em pesquisa realizada com 90 cirurgiões-dentistas que trabalhavam com aparelhos geradores de raios X, Mesquita Filho; Cruz; Atzingen (2012) observaram que 2,2% dos entrevistados informaram não realizar radiografias em gestantes. Dos que realizavam tal procedimento, 88,8% faziam o uso de Equipamento de Proteção Individual - EPI (avental plumbífero, protetor de tireóide, protetores de gônadas e luvas plumbíferas), para proteger gestantes das consequências das radiografias odontológicas. Dentre os EPI's relatados, a proteção mais usada nessas ocasiões foi o avental plumbífero (76,4%). Segundo os autores a pelve e o abdômen das mulheres grávidas não podem receber um nível de radiação que traga consequências deletérias para o feto. De fato, a proteção das gestantes é questão que não pode ser negligenciada, quando se trata de procedimentos radiológicos, inclusive na esfera odontológica. Isto porque os problemas de alterações que os raios X podem trazer ao feto e ao embrião são graves.

Vasconcelos et al. (2012) relataram que é de geral consenso que a utilização de radiografias deve ser

evitada no primeiro trimestre de gestação, mas especificamente entre os dias 32 e 37, na 4ª e 5ª semanas de gestação, visto que a organogênese é um momento crítico. Porém, se forem realizadas todas as medidas de proteção adequadas às gestantes, tais como uso de avental plumbífero, filmes ultrasensíveis (de preferência o filme E), que permite o menor tempo de exposição, regulação da dose e duração dos raios X, o exame radiográfico não precisa ser evitado ou postergado para após o parto, principalmente em casos de urgência. Deve-se ainda evitar radiografias de rotina, erro de técnica, ângulos direcionados ao abdômen e repetições de tomadas radiográficas.

Anestesia local

Caso uma droga atravesse a placenta, efeitos teratogênicos poderão ocorrer no embrião ou feto. A teratogenia (capacidade de fármacos atravessarem a membrana placentária por difusão) de uma droga depende basicamente de seu mecanismo de ação, da dose utilizada, da fase gestacional em que foi empregada e do tempo de utilização da droga. Devido ao seu mecanismo de ação, anestésicos como a noradrenalina podem causar aumento acentuado da pressão arterial e resistência vascular periférica, ocasionando braquicardia reflexa, efeito indesejável não apenas em gestantes, mas em todos os indivíduos (CODATO, 2005).

Silva (1990) citado por Capucho (2003), afirmou que os anestésicos indicados no tratamento odontológico das gestantes são os do grupo amídico: a lidocaína e a carbocaína ou mepivacaína.

Alguns anestésicos podem ser seguramente administrados, como a lidocaína, a prilocaína e a etidocaína. 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 citado por SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006).

O uso de soluções anestésicas contendo felipressina deve ser realizado com cautela, uma vez que este vasoconstrictor, quando em doses elevadas, pode estimular as contrações uterinas, devido à sua semelhança estrutural com a ocitocina (SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006).

Ainda prevalece a crença de que gestantes não podem submeter-se à anestesia local, principalmente se os agentes anestésicos apresentarem vasoconstrictor. No entanto, este tipo de anestesia é considerado seguro, desde que o profissional tenha conhecimento de

quais substâncias medicamentosas deve utilizar (BASTIANI et al., 2010).

De acordo com Cardoso (2010), o uso de anestésicos locais em gestantes é considerado seguro e a gravidez, quando em situações de normalidade, não é contraindicação para procedimentos que requerem seu uso.

Segundo Caneppele et al. (2011), os anestésicos locais no período gestacional devem ser empregados com critério, pois a passagem rápida e completa de anestésicos locais através da placenta já foi comprovada. Estes autores pesquisando o anestésico mais utilizado pelos cirurgiões-dentistas neste período verificaram a indicação da mepivacaína 3% sem vasoconstritor e a xilocaína 2% também sem vasoconstritor, que na verdade, devem ser evitados. Também não devem ser administrados a benzocaína (presente em anestésicos locais) e a prilocaína, uma vez que estes fármacos diminuem a circulação placentária e apresentam risco de metemoglobinemia e hipóxia fetal. Na gestação, como primeira escolha devem ser indicados os anestésicos com vasoconstritor, pois aumentam o tempo de duração da anestesia e causam uma menor elevação da pressão arterial.

Os anestésicos locais apresentam plena segurança de uso durante todo o período gestacional, não havendo contraindicação do seu uso. Embora a mepivacaína e bupivacaína tenham a capacidade de atravessar a barreira placentária, não estão relacionadas a efeitos teratogênicos. A presença de vasoconstritor na solução anestésica é essencial e não apresenta contraindicação, tendo como vantagens o aumento da concentração local dos anestésicos (reduzindo a toxicidade sistêmica), a ação hemostática e o prolongamento do efeito farmacológico. A aspiração prévia e injeção lenta ajudam a evitar a injeção intravascular e a utilização da técnica adequada evita repetições. A solução anestésica mais empregada é a lidocaína a 2% com epinefrina na concentração 1:100.000, além disso, deve-se utilizar no máximo dois tubetes (3,6 ml) (VASCONCELOS et al., 2012).

Discussão

Moimaz et al. (2006); Reis et al. (2010) e Cardoso (2010) afirmaram que a gestação é um período crítico e distinto no ciclo de vida da mulher. As gestantes apresentam mudanças não só hormonais, mas físicas e psicológicas que se processam neste período. Tais alterações podem gerar condições adversas na cavidade bucal. Isto fez com que estes autores afirmassem que é essencial que o cirurgião-dentista

tenha conhecimento profundo dessas alterações para melhor conhecê-las durante a gestação, bem como estabelecer plano de tratamento adequado, baseado em procedimentos indicados no momento oportuno e com a técnica correta. Rossel; Montandon-Pompeu; Valsecki Junior (1999); Reis et al. (2010) ainda acrescentaram que não só as mudanças citadas, bem como a negligência na higiene bucal pode agravar estas alterações na cavidade bucal.

Das alterações bucais neste período, as mais encontradas segundo Rossel; Montandon-Pompeu; Valsecki Júnior (1999) e Moimaz (2006), foram a cárie e a doença periodontal.

O aumento da atividade cariogênica no período gestacional pode estar associado ao descuido com a higienização bucal (ROSSEL; MONTANDON-POMPEU; VALSECKI JUNIOR, 1999; CODATO, 2005; REIS et al., 2010; BASTIANI et al., 2010). Porém Codato (2005); Reis et al. (2010); Bastiani et al. (2010) ainda argumentaram que a gravidez não causa cárie diretamente, mas fatores como presença de vômitos, náuseas, ou alterações de hábitos alimentares, nem sempre acompanhados de higienização dentária adequada podem induzir a um quadro de presença desta lesão.

Moimaz et al (2007) verificaram que as gestantes não sabem da importância dos cuidados com sua saúde bucal neste período. Neste sentido, estudos de Lima (2011) mostraram que a maioria das gestantes diminuiu ou não alterou o número de escovações diárias, mesmo estando insatisfeitas com sua boca.

Estudos clínicos com gestantes realizados por Aguiar et al. (2011) e Moimaz et al. (2011) detectaram uma alta prevalência de cárie dentária. Aguiar et al. (2011) ainda complementaram a existência de uma associação entre consumo de carboidratos fermentáveis entre as refeições e maior prevalência de risco moderado e alto para a doença cárie. Enfim, Cardoso (2010) destacou que devido ao processo multifatorial da doença cárie, um único fator isolado tem papel pouco significativo no desenvolvimento das lesões.

Quanto às alterações periodontais, Rossel; Montandon-Pompeu; Valsecki Júnior (1999) relataram que durante a gravidez elas podem estar associadas às deficiências nutricionais ou alterações hormonais, presença de placa bacteriana, favorecida por fatores locais, como o estado transitório de imunodepressão. Observações semelhantes foram mostradas por Codato (2005) e Bastiani et al. (2010) associando as mudanças hormonais com as desordens periodontais.

A gengivite apresenta-se como uma manifestação comum em gestantes (ROSSEL; MONTANDON-

-POMPEU; VALSECKI JÚNIOR, 1999; CARDOSO, 2010; MOIMAZ et al., 2006; BASTIANI et al., 2010). Ressalta-se que durante a gravidez a gengiva pode apresentar características inflamatórias marcantes, com acentuado edema, maior tendência a sangramento, eritema intenso e tendência à hiperplasia (CODATO, 2005; MOIMAZ et al., 2006; COUTINHO, 2006; ALVES, 2010).

Portanto Rossel; Montandon-Pompeu; Valsecki Júnior (1999) asseguraram que a maioria das alterações gengivais durante a gravidez pode ser tratada mediante a eliminação dos fatores locais, com uma higiene bucal cuidadosa e um controle de placa supervisionado por um cirurgião-dentista, corroborando com os estudos de Cardoso (2010) e Bastiani et al. (2010).

Trabalhos na literatura demonstraram que alguns cirurgiões-dentistas ainda não realizam exame radiográfico na gestante (CAPUCHO et al., 2003; CANEPPELE et al., 2011; MESQUITA FILHO, CRUZ; ATZINGEN, 2012). Todavia Bastiani et al. (2010); Cardoso (2010) e Vasconcelos et al. (2012) afirmaram que o exame radiográfico pode ser realizado durante a gestação, porém somente se realmente necessário e radiografias de rotina e as que não estejam relacionadas com áreas de interesse da queixa principal devem ser evitadas.

Cardoso (2010); Caneppele et al. (2011) e Vasconcelos et al. (2012) reiteraram que o primeiro trimestre da gravidez é um período mais crítico e exames radiográficos devem ser evitados, e se indicados, que seja em casos de extrema necessidade, contudo Bastiani et al. (2010) salientaram que tal exame pode ser realizado em qualquer trimestre da gestação; desde que medidas protetoras sejam tomadas.

Dentre as medidas protetoras mais indicadas estão o uso de avental de chumbo e protetor de tireoide (CAPUCHO et al., 2003; BASTIANI et al., 2010; MESQUITA FILHO; CRUZ; ATZINGEN, 2012; VASCONCELOS et al., 2012). Contudo Capucho et al. (2003); Bastiani et al. (2010) e Vasconcelos et al. (2012) evidenciaram a necessidade de empregar filmes radiográficos ultrasensíveis com menor tempo de exposição. Vasconcelos et al. (2012) ainda recomendaram regular a dose e duração dos raios X e evitar erro de técnica.

De fato a proteção da gestante nas tomadas radiográficas é fundamental, visto que os problemas de alterações que os raios X podem trazer ao feto e ao embrião podem ser graves (MESQUITA FILHO; CRUZ; ATZINGEN, 2012; VASCONCELOS et al., 2012). Entretanto Silva; Stuani; Queiroz (2006) alegaram que caso as medidas de proteção sejam tomadas não have-

rá prejuízo algum para o desenvolvimento fetal, pois a radiação emitida na realização de uma radiografia periapical não causa manifestações congênitas no feto, o que também foi comprovado por Bastiani et al. (2010). Estes autores ainda salientaram que uma tomada radiográfica intrabucal é menor que a radiação cósmica adquirida diariamente.

Outra importante questão que também merece destaque no tratamento odontológico da gestante é o desconhecimento por parte do cirurgião-dentista da indicação da anestesia local neste período, pois prevalece a crença de que gestantes não podem submeter-se à este procedimento (BASTIANI et al., 2010).

Cardoso (2010) e Vasconcelos et al. (2012) salientaram que o uso de anestésicos locais em gestantes pode ser considerado seguro, o que é confirmado por pesquisas de Bastiani et al. (2010), que ainda destacaram que desde que haja por parte do profissional conhecimento das substâncias medicamentosas a serem utilizadas.

Anestésicos locais no período gestacional, segundo Caneppele et al. (2011), devem ser empregados com critério, sendo os de primeira escolha os com vasoconstritor, pois aumentam o tempo de duração da anestesia e causam uma menor elevação da pressão arterial. A escolha do anestésico com vasoconstritor também é compartilhada por Bastiani et al. (2010) e Vasconcelos et al. (2012) que ainda destacaram como vantagem a redução da toxicidade sistêmica, a ação hemostática e o prolongamento do efeito farmacológico.

A solução anestésica local que apresentou maior segurança e indicação para uso em gestantes foi a lidocaína conforme ressaltado por Silva (1990) citado por Capucho (2003); Andrade (1999) citado por Silva; Stuani; Queiroz (2006) e Vasconcelos et al. (2012). Vasconcelos et al. (2012) ainda acrescentaram que deve-se respeitar o limite máximo de dois tubetes (3,6 ml) por sessão.

Anestésicos como a noradrenalina devem ser evitados, pois podem causar aumento acentuado da pressão arterial e resistência vascular periférica, ocasionando braquicardia reflexa, efeito indesejável (CODATO, 2005). Ainda neste sentido Silva; Stuani; Queiroz (2006) contraindicaram também o uso de soluções contendo felipressina, pois esta pode estimular as contrações uterinas. Caneppele et al. (2011) e Andrade (1999) citado por Silva; Stuani; Queiroz (2006) também contraindicaram a prilocaína, uma vez que esta diminui a circulação placentária e apresenta risco de metemoglobinemia e hipóxia fetal.

Conclusões

Após a revisão da literatura podemos destacar em relação ao período gestacional que:

- As alterações bucais mais comuns encontradas foram a cárie e a doença periodontal, e dentre esta última a gengivite mostrou-se mais frequente;
- As alterações bucais na maioria dos casos estão relacionadas com o descuido com a higienização bucal;
- O exame radiográfico pode ser realizado durante a gestação, porém radiografias de rotina e as que não estejam relacionadas com áreas de interesse da queixa principal devem ser evitadas;
- Necessidade do uso de medidas protetoras, sendo as mais indicadas avental de chumbo e protetor de tireoide, uso de filmes radiográficos ultrasensíveis e regulação da dose e duração dos raios X;
- Anestésicos locais no período gestacional devem ser empregados com critério, sendo os de primeira escolha os com vasoconstritor;
- A solução anestésica local que apresentou maior segurança e indicação foi a lidocaína, devendo-se respeitar o limite máximo de dois tubetes por sessão.
- Conclui-se que o cirurgião-dentista que realiza o atendimento odontológico de gestantes deve conhecer não somente as alterações bucais mais comuns relacionadas à gestação, mas também os cuidados que se deve tomar durante a execução de procedimentos, tais como exame radiográfico e anestesia local.

Referências

AGUIAR, T. C. et al. Avaliação do perfil de risco de cárie dentária em gestantes de Araraquara, Brasil. **Rev. Cubana Estomatol.**, La Habana, v. 48, n. 4, p. 341-351, out./dez. 2011.

ALBUQUERQUE, O. M. R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C. S. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 789-796, mai./jun. 2004.

ALVES, J. L. **Importância da educação em saúde bucal na prevenção de doenças periodontais em gestantes atendidas pelo Programa Saúde da Família**. 2010. 28 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)_ Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

AMARAL, P. H. G. **Contribuições da saúde bucal para o acompanhamento de gestantes na Estratégia Saúde da Família**. 2011. 36 f. Monografia (Especialização

em Atenção Básica em Saúde da Família)_ Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

BASTIANI, C. et al. Conhecimentos 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.

CANEPPELE, T. M. F. et al. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o atendimento de pacientes especiais: hipertensos, diabéticos e gestantes. **Rev. Odontologia**, São Paulo, n. 1, p. 31-41, mar./ago. 2011.

CAPUCHO, S. N. et al. Principais dúvidas dos cirurgiões-dentistas em relação a pacientes gestantes. **Rev. Biociênc.**, Taubaté, v. 9, n. 3, p. 61-65, jul./set. 2003.

CARDOSO, L. M. **Atendimento Odontológico da gestante na Estratégia do Programa de Saúde da Família**. 2010. 22 f. Monografia (Especialização Atenção Básica em Saúde da Família)_ Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

CODATO, L. A. B. **Pré-Natal Odontológico e Saúde Bucal: percepções e representações de gestantes**. 2005. 131 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia)_ Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2005.

COUTINHO, N. N. **Estudo das doenças cárie e periodontal em mulheres durante o período gestacional**. 2006. 89 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Faculdade de Odontologia – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

LIMA, V. S. **Atenção à saúde bucal das gestantes do município de Santa Rita do Pardo – MS**. 2011. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)_ Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 2011.

MESQUITA FILHO, M.; CRUZ, D. T.; ATZINGEN, A. C. V. Conhecimento e procedimentos em radioproteção em consultórios odontológicos: uma visão bioética. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 14, n. 2, p. 44-51, abr./jun. 2012.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Condição periodontal durante a gestação em um grupo de mulheres brasileiras. **Cienc. Odontol. Bras.**, São José dos Campos, v. 9, n. 4, p. 59-66, out./dez. 2006.

MOIMAZ, S. A. S. et al. O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 39-45, jan./abr. 2007.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Prevalência de cárie dentária em gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde em município Paulista. **Revista Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba, v. 32, n. 1, p. 44-48, jan./jun. 2011.

NASCIMENTO, E. P. et al. Gestantes frente ao tratamento odontológico. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v.69, n.1, p.125-130, jan./jun. 2012.

REIS, D. M. et al. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 269-276, jan., 2010.

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

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**, Porto Alegre, v. 47, n. 3, p. 5-9, dez. 2006.

VASCONCELOS, R. G. et al. Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, jan./jun. 2012.