

ODONTOLOGIA E SAÚDE ORAL EM PACIENTES GESTANTES

ODONTOLOGY AND ORAL HEALTH IN PATIENTS PREGNANT

Alessandro de Araujo Monteiro Filho, Luciana Uemoto Teixeira.

Cirurgião dentista – Universo. alessandro_filho96@hotmail.com / (21)97010-8137. Av. Almirante Tamandaré, Nº3804 Bl.:1 Apto.:501. ² Doutora e Mestre em Clínica Odontológica-UFF, Especialista em DTM/ DOF - UFJF.

REVISÃO DE LITERATURA

Palavras-chave: Gestantes. Aspectos fisiológicos. Protocolos de atendimento.

Key Words: Pregnants. Physiological aspects. Service Protocols.

Introdução

As diversas alterações fisiológicas que ocorrem com a paciente gestante, geram modificações sistêmicas e locais, inclusive na cavidade oral, aumentando o risco de desenvolvimento de cáries e doenças periodontais. Tais alterações podem ter influência na condição de saúde geral tanto na mãe quanto no bebê que está sendo gerado. (EBRAHIM *et al*, 2014; MORETTI *et al*, 2017)

O estado fisiológico da gestante varia de acordo com o seu período gestacional, em vista disso, o cirurgião dentista deve conhecer as alterações fisiológicas de cada período para que possa definir um plano de tratamento que seja seguro. Deve-se atentar também ao esclarecimento de dúvidas a essas mães, visto que muitas recusam tratamento odontológico por medo gerado de mitos e crenças populares. Quando o profissional trata de forma adequada de sua paciente e esta mostra cooperação, os resultados são positivos, obtendo-se assim uma boa saúde oral. (EBRAHIM *et al*, 2014; MORETTI *et al*, 2017)

Este trabalho teve como objetivo, revisar através de artigos científicos, as alterações fisiológicas que ocorrem com a paciente gestante, a importância da saúde oral da mãe, já que pode ter influência na saúde do bebê e os protocolos de atendimento a pacientes gestantes.

Revisão de literatura

Alterações fisiológicas e patológicas que ocorrem durante a gestação

As alterações fisiológicas ocorrem desde o início da gestação, podendo estas a ser hormonais, hematológicas, respiratórias, psicológicas, renais, gastrointestinais, endócrinas, metabólicas, anatômicas ou cardiovasculares. Apresentando alguns sinais e sintomas como maior volume sanguíneo, aumento no débito e na frequência cardíaca, variação da pressão arterial, deficiência de ferro, aceleração da frequência respiratória, e diminuição do pH da cavidade oral. Esse aumento na acidez, aliado ao alto consumo de carboidratos e o descuido com a higiene bucal por parte da grávida, acentuam o risco de ocorrer a doença cárie e outras doenças orais, como a gengivite e periodontite. (EBRAHIM *et al*, 2014; BENEDITO *et al*, 2017; MORETTI *et al*, 2017)

Algumas teorias dizem que as alterações hormonais da gestante agravam doenças periodontais e podem até mesmo gerar efeitos no biofilme subgengival, no sistema imunológico, na vascularização e em células específicas do periodonto. Deve-se ressaltar que as doenças periodontais são infecções locais, mas crônicas, que podem se tornar infecções sistêmicas, gerando riscos ao bebê. As alterações periodontais mais comuns em gestantes são a gengivite gravídica e o granuloma gravídico. A gengivite gravídica é caracterizada por uma resposta inflamatória exacerbada à presença de microorganismos como os da placa bacteriana. É causada pelas alterações hormonais, como aumento dos níveis de estrogênio e progesterona, que aceleram o fluxo sanguíneo nos tecidos do periodonto tornando-os assim sensíveis e inchados, além de acentuarem as respostas inflamatórias, e facilitarem o crescimento e proliferação da microbiota local. Geralmente surge no segundo trimestre de gestação e se desenvolve caso não haja controle. Apresenta-se como um aumento de volume avermelhado, edemaciado e sangrante na gengiva, com predisposição pela região dos dentes anteriores. Ocorre em cerca de 50% das pacientes gestantes, variando até a proporções maiores destas. O tratamento é baseado em profilaxias profissionais mensais ou trimestrais e hábitos diários de correta higiene oral, como escovação e uso de fio dental, minimizando o quadro. Já o granuloma gravídico, também conhecido por granuloma piogênico ou tumor gravídico (por ocorrer em cerca de 5% das mulheres grávidas), é uma lesão inflamatória benigna não neoplásica, que surge geralmente no segundo trimestre da

gestação (entre o terceiro e oitavo mês). Apresenta-se como uma massa nodular altamente vascularizada, com coloração de vermelho à rósea, de superfície lisa ou lobular, indolor e sangrante ao toque. É uma lesão reativa multifatorial, que resulta de traumatismos repetitivos e irritações locais nos tecidos gengivais, como restaurações insatisfatórias, impacção alimentar e presença de placa. Ocorre em pele, mucosa e gengiva, preferencialmente na região anterior da maxila. O tratamento baseia-se na remoção de irritantes locais e preservação do granuloma até o pós-parto, quando normalmente ocorre sua remissão espontânea. A remoção cirúrgica só está indicada nos casos em que houver interferência na mastigação ou dificuldades de higienização devido às possíveis ulcerações. (SALVATERRA *et al*, 2016; MATSUBARA *et al*, 2017; TELES *et al*, 2017)

Influência da saúde da mãe na saúde do bebê

Em uma pesquisa realizada por Ramirez *et al*. (2017) com 172 prontuários de pacientes, foi possível observar que apenas uma minoria das gestantes busca atendimento odontológico por prevenção (cerca de 13,37%), com cerca de 66,28% das 172, buscando o dentista apenas quando necessita de tratamento curativo ou em casos de urgência. Fato preocupante em vista que, neste mesmo estudo, observou-se que 16,28% das pacientes apresentavam mancha branca ativa e 62,82% das 172 apresentavam alterações periodontais, como exemplo sangramento gengival.

Estudos apontam uma correlação entre doenças periodontais da mãe e alterações patológicas com o feto. É importante observar que a gravidez afeta a severidade de áreas previamente inflamadas, mas não altera a gengiva saudável. Ou seja, a gestação não causa estas doenças periodontais, mas, devido às alterações hormonais e aumento de mediadores inflamatórios, torna as gestantes mais susceptíveis a estes problemas ou agrava doenças pré existentes. A influência das doenças periodontais no nascimento de bebês prematuros e de baixo peso, pode estar associada a uma ação indireta, através dos mediadores inflamatórios ou pode estar relacionado a uma ação direta, através do ataque bacteriano sistêmico da microbiota presente nas doenças periodontais. (FARIAS *et al*, 2015; PEREIRA *et al*, 2016; MORETTI *et al*, 2017; VIEIRA *et al*, 2018)

Em estudo realizado por Farias *et al*. (2015) foi avaliado a influência do tratamento periodontal de suporte sobre o nascimento de bebês prematuros ou de baixo peso em gestantes com doença periodontal já instalada. Os resultados demonstraram

uma redução estatisticamente significativa em todos os parâmetros. Assim, com base nos resultados demonstrados, sugere-se que a terapia periodontal de suporte influenciou positivamente na prevenção do nascimento de bebês prematuros ou de baixo peso em gestantes com doença periodontal. Além disso, não existe contraindicação ao tratamento periodontal às gestantes, sendo este tratamento seguro se planejado de forma correta e no período adequado da gestação. Sugere-se ainda que a paciente se encontra mais susceptível a receber informações e a adotar medidas de prevenção a agentes que possam causar mal ao seu filho, fato que deve ser aproveitado para o esclarecimento de dúvidas e instrução de higiene oral, a promoção de saúde é uma etapa fundamental a ser realizada pelo profissional dentista, o que pode trazer benefícios desde o início do tratamento. (OLIVEIRA *et al*, 2014; SALVATERRA *et al*, 2016; RAMIREZ *et al*, 2017)

Protocolos de atendimento à gestantes

O melhor momento para atender a paciente gestante é durante o segundo trimestre da gravidez, evitando assim a fase de embriogênese do feto que ocorre durante o primeiro trimestre e não estando próximo do trabalho de parto, período onde há maior desconforto e ansiedade da paciente. Nos demais períodos, procedimentos odontológicos podem ser realizados. No entanto, é aconselhado que sejam apenas procedimentos simples, como profilaxias. Procedimentos mais complexos devem ser realizados somente em situações de urgência, como nos casos de pulpíte, pericoronarite e abscessos, já que a paciente se encontraria com dor. (CAMARGO *et al*, 2014; EBRAHIM *et al*, 2014; SALVATERRA *et al*, 2016)

A paciente deve ser posicionada semi-reclinada na cadeira odontológica, fazendo a manutenção de sua posição frequentemente. É aconselhável que tenha a disposição travesseiros ou almofadas para melhor apoio, sempre evitando a compressão vascular, como nos casos onde a gestante se deita de costas, e assim o útero comprime a veia cava inferior, impedindo a circulação sanguínea, podendo ocorrer a síndrome da hipotensão supina. Neste caso, a paciente apresenta visão turva, taquicardia, sudorese fria e síncope. A conduta a ser tomada é posicionar a paciente em decúbito lateral esquerdo, descomprimindo a veia cava inferior e aliviando assim os sintomas. Além da síncope da hipotensão supina, a posição de decúbito dorsal pode reduzir o tônus do esfíncter gastroesofágico e causar aspiração gástrica. (CAMARGO *et al*, 2014; EBRAHIM *et al*, 2014; SALVATERRA *et al*, 2016)

Como as doses de radiação para a realização de radiografias convencionais utilizadas no cotidiano são muito baixas, não oferecem risco à paciente e ao bebê. Contudo, deve se tomar todos os cuidados necessários de proteção, como o uso de protetores de tireóide e avental de chumbo sobre o corpo. (CAMARGO *et al*, 2014; SALVATERRA *et al*, 2016)

Grande número de mulheres administra remédios sem saber que estão grávidas, sendo relaxante muscular, analgésicos e contraceptivos orais, os grupos de medicamentos mais utilizados, tornando importante entender os efeitos que cada um deles pode gerar. (EBRAHIM *et al*, 2014; COSTA *et al*, 2017; MATSUBARA *et al*, 2017; SANTOSA *et al*, 2018)

Teratogênicos são agentes que alteram de forma irreversível o desenvolvimento estrutural ou funcional do embrião, e podem ser de diversas naturezas. A fim de determinar os riscos associados ao uso de drogas durante a gravidez, a FDA (Food and Drug Administration) classificou os medicamentos em cinco categorias de risco, baseados nesta classificação, os fármacos inclusos nas categorias A e B podem ser seguramente prescritos à gestante, devendo aqueles das categorias C e D serem prescritos apenas em casos estritamente necessários, onde os benefícios superem os riscos. Os fármacos classificados na categoria X, por sua vez, não devem ser utilizados em nenhuma hipótese. (ANDRADE *et al*, 2017; MATSUBARA *et al*, 2017)

Categoria FDA	Fármaco			
A	Ácido Fólico,	Retinol A,	Vitamina D3.	
B	Amoxicilina,	Paracetamol,	Diclofenaco de Potássio,	Prilocaína.
C	Lidocaína,	Mepivacaína	Deocil®,	Nimesulida.
D	Dipirona,	Ibuprofeno,	Benzodiazepina	
X	Acenocumarol	Ganciclovir,	Warfarina.	

Os analgésicos são amplamente utilizados e de maneira geral o paracetamol é considerado de uso seguro na gestação, no entanto o uso prolongado de analgésicos pela paciente pode causar síndrome de abstinência neonatal, esta síndrome se caracteriza pelo acometimento do sistema nervoso central e autônomo, além do gastrointestinal do recém nascido, o que pode gerar complicações no parto e necessidade de cuidados especiais,

como tratamento farmacológico e internação na UTI. O antibiótico de primeira escolha é a penicilina, segura por ser atóxica aos organismos materno e fetal. Aos alérgicos à penicilina pode ser utilizado as cefalosporinas e macrolídeos. Quanto ao uso de antiinflamatórios, este grupo requer extrema cautela em seu uso, os antiinflamatórios não esteroidais e o ácido acetilsalicílico possuem a capacidade de causar hemorragias na mãe e no feto, inércia uterina e prolongamento do trabalho de parto. Algumas drogas devem ser evitadas, como as do grupo de ansiolíticos, que podem causar depressão respiratória. Além desta, também deve ser evitado o uso das tetraciclina, uma vez que estes antibióticos atravessam com facilidade a membrana placentária. (SALVATERRA *et al*, 2016; COSTA *et al*, 2017; MATSUBARA *et al*, 2017)

O uso de anestésico é recomendado em qualquer procedimento que possa causar dor à paciente, utilizado junto a um agente vasoconstritor, afim de prolongar sua ação analgésica e diminuir sua toxicidade. A lidocaína com epinefrina é a mais utilizada, sendo utilizada até mesmo durante o período de lactação, já que mesmo que seja excretada pelo leite materno, apresenta concentrações muito baixas que não geram risco ao bebê. Sua dose máxima não deve ultrapassar de dois tubetes à 2% por consulta. Não devem ser administrados a benzocaína (presente em anestésicos tópicos) e a prilocaína, uma vez que estes fármacos diminuem a circulação placentária e apresentam o risco da formação de hemoglobinas anormais que não fazem o transporte eficaz do oxigênio para as células, causando hipóxia fetal. A felipressina, um vasoconstritor presente em alguns anestésicos locais está contraindicada, pois aumenta a contração uterina, podendo induzir o parto prematuro. Deve-se atentar sempre para a administração do anestésico local de forma lenta e com aspiração prévia, evitando assim uma injeção intravascular. (EBRAHIM *et al*, 2014; MATSUBARA *et al*, 2017; RODRIGUES *et al*, 2017; FABRIS *et al*, 2018)

Discussão

Para Ebrahim *et al* (2014), Benedito *et al* (2017) e Moretti *et al* (2017) a doença cárie ou qualquer outra doença oral que ocorrem com a gestante não são causadas pela gravidez em si, mas pelo descuido pessoal. As alterações fisiológicas que ocorrem com a paciente gestante são diversas e sem dúvida às tornam mais susceptíveis as doenças já citadas, no entanto, se houver um acompanhamento com o profissional dentista e se a paciente tiver hábitos corretos de higiene, elas podem ser evitadas.

De acordo com Salvaterra *et al* (2016), Matsubara *et al* (2017), e Teles *et al* (2017), as alterações periodontais se mostraram mais frequentes que a ocorrência de cárie, fato este relacionado às alterações hormonais e aumento de mediadores inflamatórios, o que torna os tecidos mais sensíveis e inchados. Assim, a gengivite gravídica e o granuloma piogênico se destacam entre as alterações periodontais que acometem as gestantes.

Segundo e Oliveira *et al* (2014), Almeida *et al* (2017) e Ramirez *et al* (2017) a promoção de saúde se mostrou ser eficaz, traz benefícios e diminui os riscos durante a gravidez, no entanto, nos estudos foi possível notar que esta não é uma etapa frequentemente realizada pelos profissionais. Muitas mães encontram-se desassistidas e desinformadas, desconhecendo a importância da participação do dentista no pré-natal.

Em estudo realizado por Ramirez *et al* (2017), mesmo com cerca de 62,82% das gestantes participantes da pesquisa apresentarem alguma alteração periodontal, apenas 13,37% procuraram atendimento odontológico por prevenção. Ficando claro que, de modo geral, uma pequena minoria procura o profissional dentista por prevenção, a maior parte busca atendimento apenas em caso de urgência.

De acordo com trabalho realizado por Vieira *et al* (2018), foram selecionados 21 artigos de pesquisa científica, destes, 17 corroboraram com a associação entre doença periodontal e parto prematuro/bebês de baixo peso, enquanto apenas 4 obtiveram resultados negativos em relação à esta combinação. Em outro estudo, realizado por Cruz *et al* (2016) foram selecionados 33 grupos caso-controle elegíveis, e 23 tiveram seus achados apontando que gestantes com doença periodontal podem ter chance elevada para terem filhos com parto prematuro/baixo peso ao nascer. Desta forma, nota-se que a presença da doença periodontal materna parece contribuir para o aumento significativo de nascimentos de bebês em parto prematuro ou com baixo peso ao nascer.

Mais ainda, nos estudos de Farias *et al* (2015), Cruz *et al* (2016) e o de Vieira *et al* (2018), os resultados apontaram fortes indícios que existe uma correlação entre saúde oral e nascimento de bebês prematuros e de baixo peso. De forma direta ou indireta, na grande maioria dos estudos a saúde oral da mãe influenciou no estado de saúde do bebê, demonstrando que nos casos onde o dentista participou do pré-natal a gestação foi mais segura.

Para Camargo *et al* (2014), Ebrahim *et al* (2014) e Salvaterra *et al* (2016), procedimentos odontológicos na paciente podem ser realizados a qualquer momento da gravidez caso seja necessário, sendo o segundo trimestre de gestação mais seguro. Mais ainda, nos estudos fica claro que existe grande receio quanto ao uso de radiografias, no entanto estas se mostraram ser de uso seguro por apresentarem doses baixas de radiação e por períodos curtos. Os maiores cuidados devem ser quanto à prescrição de fármacos, buscando sempre evitar a ocorrência de efeitos teratogênicos

Nos estudos de Ebrahim *et al* (2014), Matsubara *et al* (2017), Rodrigues *et al* (2017) e Fabris *et al* (2018) se concluiu que pode ser realizado procedimento anestésico na paciente gestante, sendo este indicado em todos os procedimentos que possam causar dor a paciente, sendo a lidocaína o anestésico mais seguro e de primeira escolha para ser utilizado, e a benzocaína, prilocaína e felipressina sendo contraindicados por diminuírem a circulação placentária, apresentarem risco de metemoglobinemia, hipóxia fetal e aumento da contração uterina, podendo induzir o parto prematuro.

Conclusão

Dentre as alterações fisiológicas que ocorrem com as pacientes gestantes, as de maior importância são o aumento nos níveis hormonais e dos mediadores inflamatórios, o que as torna mais susceptíveis às doenças orais ou agravam doenças pré-existentes, especialmente as doenças periodontais, podendo estas estarem associadas a diversas condições patológicas perinatais, incluindo o parto prematuro e a ocorrência de baixo peso do recém-nascido. Mostrou-se necessário mais estudos quanto a influência da saúde oral da mãe na saúde do bebê e seus mecanismos de ação.

Grande parcela da população encontra-se desassistida e desinformada, ficando clara a necessidade de uma maior abordagem de promoção e prevenção de saúde pelos profissionais dentistas. Em vista de todos os dados fica evidente o caráter indispensável dos cuidados com a saúde oral da paciente gestante, fato que ainda não tem a atenção necessária mesmo nos dias atuais. É essencial o esclarecimento da importância da saúde oral e a integração do profissional dentista no conjunto da medicina multidisciplinar do pré-natal, para que as pacientes tenham acesso a saúde de forma integral, resultando em gestações mais seguras e no nascimento de bebês mais saudáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ebrahim ZF, Oliveira MCQ, Peres MPSM, Franco JB. Tratamento Odontológico em Gestantes. **Science in Health**, São Paulo, v.5, n.1, p.32-44, jan-abr. 2014.
2. Moretti AS, Garcia VB, Cruz MCC, Rolim VCB, Sakashita MS. A importância do atendimento odontológico em gestantes. **Archives Health Investigation**, Fernandópolis, v.6, n.1, p.17, ago. 2017.
3. Benedito FCS, Joaquim DC, Farias AGS, Costa EC, Brito EHS, Leite ACRM. Saúde bucal: conhecimento e importância para a gestante. **Atenção à saúde**, São Caetano do Sul, v.15, n.52, p.43-48, abr-jun. 2017.
4. Salvaterra C, Pinheiro GL, Meira MLD, Heimlich FV, Freire NA, Israel MS. Atendimento odontológico à gestante: aspectos contemporâneos da literatura. **Ciência atual**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.1-9. 2017.
5. Matsubara AS, Demetrio ATW. Atendimento odontológico às gestantes: revisão de literatura. **Revista Uningá**, Paraná, v.29, n.2, p.42-47, jan-mar. 2017.
6. Teles KLS, Yamamoto NCS, Figueira JA, Crivelini MM, Salzedas LMP, Biasoli ER, Miyahara GI, Bernabé DG. Diagnóstico, tratamento e preservação de lesão nodular reacional em papila interdental. **Arch Health Invest**, São Paulo, v.6, n.1, p.211, mai. 2017.
7. Ramirez GTV, Moimaz SAS, Rós DT, Saliba TA, Garbin CAS. A prevenção é o principal motivo pela procura da assistência odontológica por gestante?. **Arch Health Invest**, São Paulo, v.6, n.1, p.273, mai. 2017.
8. Farias JM, Rodrigues NA, Costa KF, Pedrotti S, Nassar PO, Nassar CA. Efeito do tratamento periodontal de suporte no nascimento de bebês prematuros ou de baixo peso em mulheres grávidas com doença periodontal. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Paraná, v.44, n.2, p.37-49, abr-jun. 2015.
9. Pereira GJC, Frota JSF, Lopes FF, Pereira AFV, Almeida LSB, Serra LLL. Doença periodontal materna e ocorrência de parto prematuro e bebês de baixo peso – revisão de literatura. **Ciência Saúde**, Maranhão, v.18, n.1, p.12-21, jan-jun. 2016.

10. Vieira SPL, Lima ML, Tavares SJS, Guimarães MV. Inter-relação entre periodontite crônica e parto prematuro / baixo peso ao nascer-revisão de literatura. **Journal of Public Health Dentistry**, Salvador, v.9, n.1, p.74-84, mar. 2018.
11. Oliveira EC, Lopes JMO, Santos PCF, Magalhães SR. Atendimento odontológico a gestantes: a importância do conhecimento da saúde bucal. **Revista de Iniciação Científica**, Vale do rio verde, v.4, n.1, p.11-23. 2014.
12. Camargo MC, Sakashita MS, Ferlin CR., Oliveira DTN, Bigliuzzi R, Bertoz FA. Atendimento e protocolo indicados na odontologia à gestante: revisão da literatura. **Revista Odontológica de Araçatuba**, São Paulo, v.35, n.2, p.55-60, jul-dez. 2014.
13. Costa DB, Coelho HLL, Santos DB. Utilização de medicamentos antes e durante a gestação: prevalência e fatores associados. **Caderno Saúde Pública**, Ceará, v.33, n.2, p.1-14. 2017.
14. Santos SLF, Alves HHS, Pessoa CV, Arraes MLBM, Barros KBNT. Automedicação em gestantes de alto risco: foco em atenção farmacêutica. **Revista Medicina Ufc**, Ceará, v.58, n.3, p.36-43, dez. 2018.
15. Andrade AM, Ramalho AA, Opitz SP, Martins FA, Koifman RJ. Farmacocinética e mecanismos de teratogenicidade dos medicamentos na gestação: uma revisão da literatura. **Infarma**, Brasília, v.29, n.2, p.100-107, mar. 2017.
16. Rodrigues F, Mármora B, Carrion SJ, Rego AEC, Pospich FS. Anestesia local em gestantes na odontologia contemporânea. **Journal Health Npeps**, Mato Grosso, v.2, n.1, p.254-271. 2017.
17. Fabris V, Scortegagna AR, Oliveira GR, Scortegagna GT, Malmann F. Conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre o uso de anestésicos locais em pacientes: diabéticos, hipertensos, cardiopatas, gestantes e com hipertireoidismo. **Journal of Oral Investigations**, Rio Grande do Sul, vol.7, n.1, p.33-51, mai. 2018.
18. Cruz SS, Figueiredo ACMG, Orrico GS, Batista JET, Santos PNP, Marques KRS, Trindade SC, Hintz AM, Coelho AF, Rezende EJC, Santos CAST. Doença periodontal materna e prematuridade/baixo peso ao nascer: uma metanálise. **Revista Saúde Coletiva**, Bahia, v.6, n.2, p.30-36, dez. 2016.