

CONDUTA DE CIRURGIÕES-DENTISTAS NO ATENDIMENTO À PACIENTE GESTANTE

DENTISTS' CONDUCT DURING THE DENTAL CARE TO PREGNANT PATIENT

PRADO, Leticia¹;

NUNES, Livia Maria Soares¹;

FIGUEIREDO, Rhuann Lopes¹; SILVA, Roberta Bessa Veloso²;

CERDEIRA, Cláudio Daniel³;

BARROS, Gêrsika Bitencourt Santos⁴

¹Discente do curso de Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade José do Rosário Vellano - Unifenas/Alfenas, Alfenas, Minas Gerais (MG), Brasil.

²Docente do curso de Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade José do Rosário Vellano - Unifenas/Alfenas, Alfenas, Minas Gerais (MG), Brasil.

³Docente do curso de Biomedicina, Faculdade de Biomedicina, Universidade José do Rosário Vellano – Unifenas/Alfenas, Alfenas, Minas Gerais (MG), Brasil.

⁴Docente do curso de Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade José do Rosário Vellano – Unifenas/Alfenas, Alfenas, Minas Gerais (MG), Brasil.

RESUMO

O atendimento odontológico a pacientes gestantes necessita de cuidados especiais; sendo assim, o cirurgião-dentista (CD) deverá estar capacitado para realizar procedimentos de maneira segura, visando à proteção da gestante e feto/embrião. Desse modo, o uso de ferramentas

diagnósticas e terapêuticas (como radiografias e as administrações de fármacos) durante a gestação devem ser criteriosas, restritas e limitadas. O presente estudo avaliou o conhecimento de CDs quanto ao protocolo clínico de atendimento aplicado as gestantes. Para tanto, realizou-se uma pesquisa, através de questionários individuais, onde os CDs foram



avaliados sobre seus conhecimentos perante várias situações durante procedimentos executados na paciente gestante. Os questionários abordavam procedimentos como realização de radiografias, tratamentos de urgência, tratamento endodôntico e medicações indicadas para cada caso, além de fornecerem dados dos profissionais (como tempo de atuação e suas especializações). Em geral, observou-se que a maioria dos entrevistados ainda apresentam dúvidas sobre o atendimento e protocolo ideal a ser seguido no atendimento odontológico à gestante e, que o CD deve ser criterioso na indicação das intervenções odontológicas na gravidez, desde procedimentos mais simples até os mais complexos (tratamentos de urgência).

Palavras-chaves: Gestantes; Atendimento odontológico; Farmacoterapêutica; Raio-X

ABSTRACT

Dental care during pregnancy needs a special approach; thus, the dentist must be able to perform procedures in a safe manner, aiming at the protection of pregnant women and fetus. In that way, the use of diagnostic and pharmacological tools (such as radiographic intervention and drug prescription) during pregnancy should be restricted and limited. This study evaluated the knowledge of dentists regarding the clinical protocol applied during dental care to pregnant patients. A survey was carried out using questionnaires in which the dentists were interrogated about their knowledge in various situations and procedures performed with pregnant women. The questionnaires covered questions about dental procedures such as X-ray, emergency treatments, dental surgical (such as endodontic) and questions about medications indicated for each case, and provided data from interviewed (including professionals' time of expertise and area of specialization). According to the results, we concluded that the majority of the professionals interviewed still have doubts about the care and ideal protocol to be followed during the treatment to pregnant dental patients, and how the dentist

should have most criteria in the indication of dental interventions and medications during pregnancy, from simpler to more complex procedures (typified as emergency treatments).

Keywords: Pregnant women; Dental care; Pharmacotherapy. X-ray

1 INTRODUÇÃO

A prescrição de medicamentos e intervenções diagnóstica e terapêutica de forma indiscriminada ainda é um tema preocupante em Odontologia. Na maioria dos atendimentos, Cirurgiões-Dentistas (CDs) não levam em consideração a idade, fisiologia e possíveis patologias presentes nos pacientes durante a execução de procedimentos no pré-operatório, trans-operatório ou pós-operatório, portanto, negligenciado a integralidade de atenção à saúde ao qual o paciente tem direito [1, 2].

As gestantes são pacientes que possuem repercussões fisiológicas consideradas normais, mas podem apresentar alterações psicológicas, levando-as a terem receio ao tratamento odontológico durante sua gravidez que, somado a outros fatores próprios da gravidez (como mudanças na alimentação e/ou enjoo ao escovar os dentes), contribuem para o aparecimento de patologias orais. Assim, é dever do CD reconhecer as peculiaridades da gestação, reconhecendo as ferramentas diagnósticas mais apropriadas e o uso racional de medicamentos (quando e como usar), além de preferencialmente incentivar os cuidados preventivos para gestantes, também as esclarecendo sobre as possibilidades de tratamento (cuidados curativos), o trimestre mais adequado para o atendimento e esclarecendo a gestante sobre a importância da saúde bucal materna como forma de evitar possíveis efeitos deletérios associados ao parto e a saúde do neonato (educação em saúde) [2-6].

A grande parte dos procedimentos odontológicos em gestantes deve ocorrer, preferencialmente, no



segundo trimestre da gestação, sendo este o período mais seguro, uma vez que no primeiro trimestre gestacional poderá ocorrer desde teratogênias a abortos, enquanto no terceiro trimestre da gestação poderá resultar em desconforto físico para a gestante durante o atendimento ou ainda ocasionar o parto prematuro [1-5]. Contudo, caso o CD opte pela intervenção odontológica em período gestacional, uma série de medidas deve ser tomada para minimizar a possibilidade de danos ao feto, sendo aconselhado o uso apropriado de fármacos, respeitada a classificação de risco teratogênico (como a classificação segundo critérios da agência Norte Americana Food and Drug Administration [FDA]), e em dosagens corretas, além de impor limites à duração do tratamento [2]. Estes cuidados devem ser estendidos durante a lactação, visto que, fármacos podem passar pela barreira placentária alcançando o leite materno, podendo atingir o bebê [1].

Outra preocupação é a exposição aos Raios-X, que deve ser evitada preferencialmente em todo período da gestação, mesmo em doses mínimas como ocorrem nas tomadas radiográficas odontológicas podendo colocar em risco à integridade fetal, principalmente nos primeiros três meses de gestação (especificamente entre os dias 32 e 37, na 4ª e 5ª semanas de gestação), onde há grande intercorrência de proliferação e atividade celular em que a organogênese é um período crítico [5]. Diante de tais preocupações, este estudo analisou o conhecimento de CDs quanto ao protocolo clínico de atendimento que deve ser aplicado as gestantes e a conduta durante o atendimento.

2 METODOLOGIA

Estudo descritivo e transversal, de natureza quantitativa realizado com CDs que atuam no município de Alfenas (MG). Os CDs foram esclarecidos sobre o estudo e convidados a participar da pesquisa, em seguida assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Foram entrevistados 50 CDs (n = 50) de diversos consultórios, públicos e privados, e diferentes especialidades. Os critérios de inclusão foram: profissionais registrados (assim excluindo-se estagiários) que atendem em consultórios odontológicos na referida cidade, e que apresentavam disponibilidade para responder ao questionário. Os dados foram coletados por meio de questionários individuais, formulados pelos pesquisadores, utilizando-se da literatura pertinente para seleção das perguntas. As entrevistas foram realizadas nos consultórios dos profissionais, em ambiente reservado e, por um único pesquisador.

No questionário continham variadas questões sobre procedimentos e condutas realizadas durante os atendimentos e administração dos medicamentos e tomadas radiográficas, além de situações de emergências em odontologia. Ressalta-se a presença do viés de memória das entrevistadas e período recordatório para cada questão.

Os dados coletados foram analisados por meio de planilhas e gráficos, através de porcentagens e cruzamentos, sobre o conhecimento (farmacologia, radiologia e aspectos gerais da gestação [trimestre de escolha para tratamento/tipo de procedimento]) dos profissionais quanto ao atendimento a gestante. Utilizou-se o teste exato de Fisher ao nível nominal de 5% de significância ($\alpha = 0,05$) para avaliar a relação entre as variáveis de interesse. Este teste estatístico verifica a associação entre duas variáveis qualitativas e independentes. As análises foram realizadas no software R (R CORE TEAM, 2014).

Este estudo foi realizado de acordo com os padrões éticos constantes na Declaração de Helsinki e, suas atualizações, e as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Brasil (Res. CNS 196/96), e foi previamente aprovado no ano de 2016 pelo comitê de ética em pesquisa envolvendo humanos da UNIFENAS/Alfenas (Protocolo de aprovação: CAAE 57185716.3.0000.5143, parecer nº 1.629.232).



3 RESULTADOS

Entre os entrevistados, a maior parte (52%) foi do sexo masculino (Tabela 1). Em relação à idade, 22% dos CDs tinham entre 31 e 35 anos (Tabela 1). 15% dos entrevistados não possuem especialidade e, entre os que possuem, as que mais se destacaram foram: ortodontia (31%), implantodontia (13%) e periodontia (9%)

Tabela 1 - Perfil dos Cirurgiões-Dentistas (CDs) entrevistados na cidade de Alfenas, MG, Brasil

Variáveis	Resultados entre os 50 CDs entrevistados		
	n(%)	IC95(%)	
Sexo	Masculino	26 (52%)	38,2-65,8
	Feminino	24 (48%)	34,2-61,8
	Total	50 (100%)	
Faixa etária	21-25	11 (22%)	10,5-33,5
	26-30	9 (18%)	7,4-28,6
	31-35	11 (22%)	10,5-33,5
	36-40	3 (6%)	1,5-10,5
	41-45	8 (16%)	5,8-26,2
	46-50	8 (16%)	5,8-26,2
	51 ou mais	0 (0%)	---
	Total	50 (100%)	
Especialização	Sim	42 (85%)	73,8-94,2
	Não	8 (15%)	5,8-26,2
	Total	50 (100%)	
Título	Ortodontia	15 (30%)	17,3-42,7
	Implantodontia	6 (12%)	3-21
	Periodontia	4 (8%)	2,9-13,1
	Endodontia	5 (10%)	4,5-15,6
	Outros	20 (40%)	26,453,6
	Total	50 (100%)	
Tipo de consultório	Particular	43 (86%)	76,4-95,6
	Rede Pública/Ensino	7 (14%)	4,4-23,6
	Total	50 (100%)	
Exercício profissional	< 1 ano	6 (12%)	3-21
	1-5 anos	13 (26%)	13,8-38,2
	6-10 anos	12 (24%)	12,2-35,8
	11-20 anos	11 (22%)	10,5-33,5
	> 20 anos	8 (16%)	5,8-26,2
	Total	50 (100%)	
Número de gestantes atendidas/mês	0 a 10	49 (98%)	96,6-99,4
	> 10	1 (2%)	0-3,5
	Total	50 (100%)	
Conhecimento sobre atendimento a gestantes	Ótimo	2 (4%)	1,4-6,6
	Bom/suficiente	41 (82%)	71,4-92,6
	Ruim/péssimo	7 (14%)	4,4-23,6
	Total	50 (100%)	

Fonte: Entrevista com CDs de Alfenas, MG, Brasil

O local de atuação da maioria dos CDs entrevistados foi o consultório particular (86%) (Tabela 1). O tempo de atuação de exercício profissional que teve maior destaque foi entre 1 e 5 anos (26%) (Tabela 1) e a maioria (82%) considera o seu conhecimento a respeito de atendimento a gestantes como bom/suficiente (Tabela 1). A procura por pacientes gestantes nos

consultórios odontológicos foi pequena tendo em vista que 98% dos CDs atendem entre 0 a 10 gestantes por mês (Tabela 1).

Na avaliação do perfil de conduta dos CDs entrevistados, quanto ao atendimento a gestantes, a maioria dos CDs entrevistados (64%) submete as pacientes gestantes a tomadas radiográficas se as vantagens destas superarem claramente os riscos e com a utilização de avental de chumbo (Tabela 2).

Tabela 2 - Auto-avaliação dos 50 dentistas entrevistados ($n = 50$) sobre o conhecimento quanto ao atendimento de gestantes e as relações com a submissão à radiografia, tipo de medicamento utilizado ou procedimento adotado.

Procedimento odontológico	Classificação do conhecimento/número de CDs (n) por variável			
	Ótimo	Bom/suficiente	Ruim/péssimo	
RADIOGRAFIAS				
Submissão à radiografia				
Sim, se as vantagens superarem claramente os riscos	0	8	2	
Sim, se as vantagens superarem claramente os riscos e com uso de avental de chumbo	1	27	4	
Não	1	6	1	
Total (n)	2	41	7	
Total (%)	4%	82%	14%	
Entre os 84% ($n = 42$) que realizam radiografia:				
Realiza radiografia no primeiro trimestre de gestação?	Sim			
	Não			
MEDICAMENTOS (classe de risco FDA*)				
Tipo de analgésico				
Dipirona sódica (B/C/D**)	0	26	3	
Paracetamol (B/D)	1	12	3	
AAS (C/D)	0	0	0	
Ibuprofeno (B/D)	1	3	1	
Total (n)	2	41	7	
Total (%)	4%	82%	14%	
Tipo de antibiótico				
Penicilina (B)				
Eritromicina (C); Cloranfenicol (C/D); Penicilina (B)				
o que o médico autorizou / Não administra				
Total				
Concordam em prescrever ansiolíticos (classes de risco 2/D) para gestantes antes do atendimento odontológico?	Sim			
	Não			
ATENDIMENTO				
Atendimento a gestante em:				
Situação de pulpite aguda	Sim	1 (50%)	23 (55%)	3 (46%)
Situação de abscesso agudo	Sim	1 (50%)	8 (20%)	2 (18%)

Fonte: Entrevista com CDs de Alfenas, MG, Brasil.

Legenda: Medicamentos presentes em determinada categoria de riscos teratogênicos apresentados podem também apresentar riscos



ao recém-nascido na fase de lactação, por conta da possibilidade de sair no leite materno. Um medicamento pode ser enquadrado em mais de uma categoria de risco, dependendo do contexto, sendo que as classes de risco nestes casos podem variar para um dado medicamento de acordo com as características individuais de cada gestante, bem como dose, interação com outros medicamentos e tempo de tratamento. *Classes de risco FDA (KULAY & LAPA, 2003): A Estudos controlados não demonstram riscos ao feto no primeiro ou demais trimestres (a possibilidade de teratogênese é remota); B Estudos de reprodução animal não demonstraram risco fetal, mas não há estudos controlados no ser humano; C Estudos em animais revelam riscos ao feto, mas não há estudos controlados em mulheres ou em animais (usar somente se o benefício for maior que o potencial teratogênico); D Evidências claras de risco ao feto, porém, uma criteriosa avaliação médica pode justificar os possíveis benefícios sobrepondo os efeitos deletérios quando do uso; X Absolutamente contra indicado para gestantes ou pretendentes à gestação. **Classe de risco muito dependente da dose e condições da gestante (exemplo, evitar em gravidez de risco).

Ainda, 64% dos entrevistados evitam a tomada radiográfica no primeiro trimestre de gestação (Tabela 2). Entre os CDs que relataram ter um conhecimento “ruim/péssimo”, 57% indicam radiografia as gestantes se as vantagens superaram claramente os riscos e com uso de avental de chumbo, ao contrário de 29% que relataram indicar a radiografia se as vantagens superarem claramente os riscos, seguidos de 14% que não indicariam. Entre os CDs que consideram seus conhecimentos classificados como “ótimo”, 50% submeteriam as gestantes à radiografia se as vantagens superaram claramente os riscos e com uso de avental de chumbo e 50% não indicariam a radiografia.

De acordo com os entrevistados, o analgésico mais prescrito para pacientes gestantes é a dipirona sódica (57%) e o antibiótico de primeira escolha deve ser a penicilina (79%), conforme

demonstrado na Tabela 2. Relacionando a classificação do conhecimento em atendimento a gestante e a escolha do tipo de analgésico, observa-se na Tabela 2, que 63% dos dentistas que receitam dipirona sódica, disseram ter um conhecimento “bom/suficiente” em atendimento a gestante, seguidos de 29% que indicam paracetamol e 7%, ibuprofeno. Observa-se ainda, na Tabela 2, que 43% daqueles que consideram seus conhecimentos “ruim/péssimo” receitam dipirona sódica, 43% paracetamol e 14% ibuprofeno. Entre os CDs que declararam ter um “ótimo” conhecimento em atendimento a gestante, 67% receitam paracetamol e 33% ibuprofeno. Com relação aos antibióticos, uma atenção para a relação entre a classificação do conhecimento em atendimento a gestante e a escolha de antibióticos é destacada, visto que 84% dos CDs que prescrevem penicilina consideram que têm um conhecimento “bom/suficiente” em atendimento a gestante. Outro resultado mostra que a totalidade dos CDs que consideram seu conhecimento “bom/suficiente” relata não receitar ansiolítico para gestantes.

Com relação à escolha de anestésicos locais para as pacientes gestantes no consultório odontológico, a maioria dos CDs (35,5%) utiliza como primeira escolha a LIDOCAÍNA + NOREPINEFRINA: lidocaína 2% e epinefrina 1:50.000, como demonstrado na Figura 1.

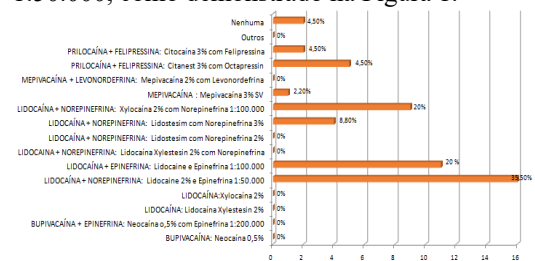


Figura 1 – Percepção dos Cirurgiões-Dentistas entrevistados na cidade de Alfenas, MG, Brasil, a respeito do uso de soluções de anestésicos local (sal anestésico + vasoconstritor) durante a realização de um procedimento odontológico em gestantes.

Fonte: Entrevista com CDs de Alfenas, MG, Brasil.



A Tabela 3 traz informações adicionais sobre as soluções anestésicas e seus riscos na gestação, e na Tabela 4 são apresentados às relações entre as variáveis “conhecimento em atendimento a gestante” versus as demais.

Tabela 3 - Classificação dos componentes das soluções anestésicas quanto à classe de risco para gestante e feto, preconizada pelo Food and Drug Administration (FDA)

Medicamento	Classe de risco FDA*	Comentário
testístico		
docaína	B	Entre os anestésicos demonstra ser a escolha mais apropriada; uso com gestação.
ilocaina	B	A Prilocaina deve ser evitada na gestação e seu uso deve ser cuidadoso em lac
epivacaína	C	A Mepivacaína deve ser evitada ou o uso criteriosamente pesado, durante a g
ipivacaína	C	O uso deve ser evitado ou cuidadoso.
isoconstritor		
inefrina lrenalina)	**	Possivelmente o vasoconstritor mais adequado, porém o uso deve ser cuidadoso de epinefrina a menor possível (1:100.000 ou 1:200.000). Concentração de substituída por 1:100.000 ou 1:200.000.
repinefrina radrenalina)	**	A Norepinefrina deve ser evitada, principalmente no primeiro e o terceiro t maior chance de induzir contrações uterinas com possibilidade de provocar aborto espontâneo. Concentrações de 1:25.000 e 1:30.000 são contraindicadas
vonorfina	**	Levonorfina geralmente é encontrada na concentração de 1:20.000 concentração da epinefrina 1:100.000, podendo causar um maior risco. Deve s
lipressina***	**	A Felipressina deve ser evitada na gestação, devido a maior chance de induzir com possibilidade de provocar parto prematuro ou aborto espontâneo.

Legenda: *Medicamentos presentes em determinada categoria de riscos teratogênicos apresentados podem também apresentar riscos ao recém-nascido na fase de lactação, por conta da possibilidade de sair no leite materno. Um medicamento pode ser enquadrado em mais de uma categoria de risco, dependendo do contexto, sendo que as classes de risco nestes casos podem variar para um dado medicamento de acordo com as características individuais de cada gestante, bem como dose, interação com outros medicamentos e tempo de tratamento. *Classes de risco FDA (KULAY & LAPA, 2003): A Estudos controlados não demonstram riscos ao feto no primeiro ou demais trimestres (a possibilidade de teratogênese é remota); B Estudos de reprodução animal não demonstraram risco fetal, mas não há estudos controlados no ser humano; C Estudos em animais revelam riscos ao feto, mas não há estudos controlados em mulheres ou em animais (usar somente se o benefício for maior que o potencial teratogênico); D Evidências claras de risco ao feto, porém, uma criteriosa avaliação médica

pode justificar os possíveis benefícios sobrepondo os efeitos deletérios quando do uso; X Absolutamente contra indicado para gestantes ou pretendentes à gestação. **Classe de risco muito dependente da dose e condições da gestante (exemplo, evitar em gravidez de risco). **Os vasoconstritores supracitados podem ser considerados como classe de risco X em alguns contextos, portanto, o uso da solução anestésica deve ser cuidadosamente avaliado. ***Um derivado da vasopressina.

Observa-se que apenas para a variável “conhecimento em atendimento a gestante” vs “tipo de anestésicos utilizados no atendimento a gestante” houve associação significativa ($p < 0,001$). Sendo assim, verificou-se que os anestésicos mais frequentemente administrados para as gestantes, entre os entrevistados que consideraram seus conhecimentos como “bom/suficiente” foram: LIDOCAÍNA + EPINEFRINA: Lidocaína 2% e Epinefrina 1:50.000 (34%); LIDOCAÍNA + EPINEFRINA: Lidocaína e Epinefrina 1:100.000 (20%); LIDOCAÍNA + NOREPINEFRINA: Xylocaína 2% com Norepinefrina 1:100.000 (20%); PRILOCAÍNA + FELIPRESSINA: Citanest 3% com Octapressin (12%) e LIDOCAÍNA + NOREPINEFRINA: Lidostesim com Norepinefrina 3% (7%). Para as demais variáveis não foi observado associação significativa entre o conhecimento em atendimento a gestante (ótimo, bom/suficiente, ruim/péssimo) e as demais variáveis (Tabela 4).

Tabela 4 - Valores-p do teste exato de Fisher para as relações entre as variáveis de interesse.

Relações	Valor-p
Conhecimento em atendimento a gestante ^A vs tempo de exercício profissional	0,3007 ns
Conhecimento em atendimento a gestante vs escolha do tipo de anestésicos ^B	0,001**
Conhecimento em atendimento a gestante vs submissão de pacientes à radiologia	0,6636 ns
Conhecimento em atendimento a gestante vs escolha do tipo de analgésicos	0,1125 ns
Conhecimento em atendimento a gestante vs escolha do tipo de antibióticos	0,3093 ns
Conhecimento em atendimento a gestante vs uso de ansiolíticos	0,1921 ns
Conhecimento em atendimento a gestante vs situações de atendimento a gestante	0,4020 ns

^AConhecimento em atendimento a gestante: Farmacologia, radiologia e tratamentos indicados

^{ns} Não significativo ao nível nominal de 5% de significância

^{**} Significativo ao nível nominal de 1% de significância ($p < 0,01$)



#Anestésico da solução, excluindo a relação entre conhecimento vs. vasoconstritor.

Na Tabela 2 verifica-se que, entre os CDs entrevistados que consideram ter um conhecimento “bom/suficiente” em atendimento a gestante, 55% relataram atender gestantes em situação de pulpíte aguda, seguidos de 46% com conhecimento “ruim/péssimo” e 50% (n = 1) que tem um conhecimento ótimo (n = 2), atendem gestantes nessa situação. Em se tratando do abscesso agudo, 50% dos dentistas com conhecimento “ótimo” em atendimento a gestante, seguido de 20% com um conhecimento “bom/suficiente” e 18% com “ruim/péssimo” relataram que tratam as pacientes nessa condição. Na situação endodôntica de necrose pulpar, 50% que declararam “ótimo” conhecimento em atendimento a gestante, tratam as gestantes nesse caso, seguidos de 20% considerados “bom/suficiente” e 18%, “ruim/péssimo”. Destaca-se que 18% e 4% que consideram seu conhecimento como “ruim/péssimo” e “bom/suficiente”, respectivamente, relataram não atender gestantes em situações endodônticas.

4 DISCUSSÃO

No presente estudo, avaliou-se a conduta de Cirurgiões-Dentistas (CDs) que atendem em um município do sul de Minas Gerais, Brasil, tanto em consultórios particulares como em públicos, quanto seus conhecimentos a respeito de atendimento a gestantes. Em geral, houve equilíbrio entre o sexo dos CDs, faixa etária prevalente entre 21-35 anos, um diversificado perfil profissional quanto à especialidade principal, experiência profissional média entre 01-10 anos e atuação majoritária no setor particular, demonstrando um perfil de entrevistados com menor tempo de experiência profissional (recém-formados) e heterogêneo.

A tendência atual na Odontologia é a ênfase a um atendimento precoce centrado na construção da saúde e valorização do período pré-natal. O período gestacional deve ser alvo de atenção por

parte dos profissionais de saúde, visando à promoção da saúde bucal e prevenção de doenças que afetam a cavidade bucal e concomitantemente preservando a saúde geral da gestante e feto/embrião [6]. De acordo com os entrevistados, a maior parte (82%) considera seu conhecimento para atender as pacientes gestantes como “bom e suficiente”. Outros (4%) consideram como “ótimo conhecimento” perante as condutas odontológicas, mas 14% dos entrevistados responderam que possuem um conhecimento “ruim ou péssimo” para esta situação, o que é preocupante em casos de emergência em que a paciente busca atenção imediata. Estudos apontam que a intervenção odontológica pode ser realizada durante o período da gestação desde que seja feita uma anamnese ideal e completa da paciente. Certos cuidados devem ser tomados no que diz respeito à realização de radiografias, à escolha do anestésico, administração de medicamentos, a posição da paciente durante o atendimento e o período/trimestre correto para o tratamento [7].

Segundo o estudo de Capucho et al. [8], 50% dos CDs apresentam dúvidas sobre a utilização de Raios X em gestantes e não realizam radiografias nesta condição. No presente estudo, a maioria dos entrevistados tem conhecimento dos riscos que este procedimento pode oferecer, optando por fazer as tomadas se as vantagens superarem os riscos, fazendo uso do avental de chumbo (64%). 20% concordam em realizar radiografias sem o uso de avental de chumbo. Contudo, a tomada radiográfica sem o uso de avental de chumbo não é aconselhável, devido ao fato que este equipamento de proteção individual (EPI) é essencial na proteção de órgãos/tecidos alvos (incluindo a região abdominal) dos efeitos da radiação. 16% dos entrevistados no presente estudo reportaram que a radiografia deve ser evitada durante a gestação, em qualquer trimestre. 64% dos entrevistados também possuem entendimento sobre o período em que se deve evitar a tomada radiográfica em gestantes (primeiro trimestre), 30% acham que deve ser evitada durante toda a gestação, mas, erroneamente, 6% dizem ser apenas o último trimestre a se evitar. Segundo Martins et al. [9],



a realização de tomadas radiográficas visando o diagnóstico, pode ser realizada de acordo com normas padronizadas para medidas de proteção, como: uso de filmes ultrarrápidos, cobertura do abdômen com avental de chumbo, não direcionar a ampola em direção ao abdômen e evitar radiografias desnecessárias e repetições por erro de técnica.

De acordo com Cechinel et al. [10], o uso de medicamentos na gravidez representa um desafio para os profissionais, pois pode implicar em danos tanto para mãe quanto para o feto/recém-nascido. Muitas vezes, a falta de conhecimentos e a informação imprecisa ou equivocada acerca das propriedades e do uso de medicamentos determinam decisões errôneas no momento da prescrição medicamentosa [11]. Ainda, reforçando a importância do tema, a literatura aponta que apenas 1% dos medicamentos é seguro durante a gestação (desde que respeitados tempo de tratamento e doses e outras instruções descritas em bula), ou seja, são classificados como classe de risco A. A maioria absoluta traz algum risco, sendo que 19% de todos os medicamentos oferecem um pequeno risco (classe B), 66% apresentam risco moderado, 7% apresentam alto risco e 7% são completamente contraindicados durante a gestação [12].

Estudos retrospectivos com gestantes que receberam anestesia local para procedimentos de emergência no primeiro trimestre demonstram que tal prática pode ser segura [13]. Contudo, alguns efeitos deletérios podem ocorrer durante o uso em gestantes, tais como: meia vida prolongada por ligar-se a proteínas plasmáticas; possível toxicidade do anestésico, que é muito lipossolúvel, podendo atravessar membranas maternas e a placenta (que pode trazer danos ao feto, sobretudo no primeiro trimestre da gestação). Ainda, efeitos causados pelo sal anestésico e pela presença de vasoconstritores na solução podem causar danos, principalmente, no primeiro e último trimestre de gestação, inclusive podendo levar a complicações neurológicas, cardiovasculares, além de possível indução de um parto prematuro ou aborto devido a alterações

do tônus muscular e pressão sanguínea materna [14].

Como levantado no presente estudo, quanto ao uso de anestésicos, a maioria dos CDs opta corretamente pela Lidocaína, porém, muitos não têm o conhecimento preciso sobre os vasoconstritores associados (e possíveis riscos de seu uso, como a alteração da pressão/contração uterina que pode causar parto prematuro ou aborto, portanto, devendo ser evitados no primeiro e terceiro trimestre). De acordo com o levantamento de Cechinel et al. [10], a lidocaína com epinefrina/adrenalina é a mais indicada por CDs (37%). Nos levantamentos conduzidos por Navarro et al. [15]; Martins et al. [9], o anestésico mais indicado também foi a Lidocaína (59,6% e 45%, respectivamente) e, segundo Pontanegra [16], a Mepivacaína se sobrepôs à Lidocaína, porém a Lidocaína também foi relatada com grande frequência. Entre os entrevistados do presente estudo, apenas 2,2% usa a Mepivacaína como sal anestésico, que deve ser evitada durante a gestação e também lactação, por conta do recém-nascido não metabolizar bem este anestésico no fígado.

Neste levantamento, houve CDs entrevistados que declaram optar por aqueles anestésicos contraindicados durante a gestação, como a Prilocaína (9%). A Prilocaína é contraindicada devido à facilidade em atravessar a placenta e efeito metahemoglobinizante no feto. No caso de dúvidas, o procedimento deve ser re-avaliado e o médico consultado. Também, como alternativa, alguns CDs entrevistados entendem que a melhor escolha seria não utilizar nenhum anestésico (4,5%), sendo esta uma conduta que deve ser avaliada de acordo com o procedimento praticado e pesado visando evitar a possibilidade de dor ou desconforto a gestante.

Um dado preocupante foi observado com relação ao conhecimento dos CDs entrevistados sobre os vasoconstritores, pois o vasoconstritor mais contraindicado (Norepinefrina) foi um dos mais frequentemente relatado (28,8%). O vasoconstritor mais adequado é a Epinefrina, entretanto, neste estudo foi observado que a



concentração 1:50.000 foi relatada por 35,5% dos CDs, sendo que esta concentração deve preferencialmente ser substituída por concentrações menores (1:100.000 ou 1:200.000), devendo ainda ser respeitado o limite máximo de dois tubetes anestésicos (3,6 ml) por sessão [1]. Segundo Martins et al. [9], em um estudo conduzido com 138 CDs, 39% dos entrevistados optam por não utilizar vasoconstritor associado a anestésicos locais.

Navarro et al. [15] também reportou que 45,6% dos CDs entrevistados optam por não usar vasoconstritor associado a anestésicos locais, em um estudo conduzido em Londrina, PR, Brasil.

Na escolha de outros medicamentos, a maioria não possui a compreensão dos riscos que a dipirona sódica oferece para a mulher grávida (pode causar agranulocitose e causar neutropenia, predispondo a infecções) e a maior parte considera este analgésico o de melhor escolha (57%), seguido do paracetamol (33%). No estudo de Navarro et al. [15] e Martins et al. [9], o uso do paracetamol foi o mais relatado, porém ainda apontam o uso de dipirona, mas com uma frequência menor. Quanto às classes de risco para estes analgésicos, estas variam de B a D (dependentes da avaliação de risco da gravidez, dose e tempo de uso do medicamento), o que torna ambas as escolhas perigosas, devendo haver um rigoroso critério quanto ao uso, principalmente relativo ao tempo.

O clínico deve considerar cuidadosamente a relação entre benefício e risco, quando indica o uso de antibióticos bem como qualquer medicamento/procedimento. Quanto ao conhecimento dos CDs entrevistados sobre esta classe terapêutica, 79% optam pelas penicilinas como a amoxicilina. Comparado a outras escolhas, as penicilinas são relativamente mais seguras (classe de risco B) e apresentam-se em pouca ou nenhuma quantidade no leite materno (podendo haver possibilidade de uso por lactantes), sendo também as mais prescritas/administradas conforme Navarro [15] e Martins et al. [9]. Entretanto, o atual cenário quanto à resistência microbiana aos β -

lactâmicos está tornando esta prática clínica ineficiente como estratégia terapêutica antimicrobiana e, estes usos na maioria das vezes indiscriminados agravam ainda mais o problema mundial de resistência microbiana aos antibióticos e torna necessária a busca por novos antimicrobianos que sejam seguros durante a gestação [17].

Alguns antibióticos que apresentam elevados riscos de uso para gestante/feto foram reportados pelos entrevistados, como a Eritromicina, que é contraindicada devido o seu caráter hepatotóxico. O Cloranfenicol, outro antibiótico com elevado risco, também foi relatado. 12% dos entrevistados prescrevem/administram para gestantes, apenas o antibiótico que o médico autorizou e/ou não administra, sendo estas condutas adequadas em determinados contextos nos quais o CD apresenta dúvidas e/ou não se deve administrar antibiótico.

A expectativa antes de alguns procedimentos odontológicos pode gerar um quadro clínico de ansiedade no paciente, sendo a prescrição de ansiolíticos uma prática rotineira em odontologia, porém, tal conduta aplicada ao atendimento a gestantes pode trazer sérios efeitos deletérios, uma vez que praticamente todos os medicamentos desta classe terapêutica são classificados como de riscos teratogênicos C e D (fortes evidências de induzir danos ao feto), além de outras evidências apontarem que o uso de ansiolíticos durante a amamentação também deve ser evitado, portanto, é contra-indicado o uso de benzodiazepínicos na gestação e lactação [1, 16].

Neste levantamento, alarmantemente, 98% dos entrevistados concordam em usar ansiolíticos em gestantes, antes de procedimentos odontológicos, comparado a apenas 17,8% dos entrevistados por Navarro et al. [15]. O elevado número de CDs que prescrevem ansiolíticos não teve relação com o conhecimento em atendimento que foi reportado pelos entrevistados, embora, outras variáveis possam estar relacionadas com este número preocupante. Tal prática medicamentosa indiscriminada deveria ser evitada e, para

substituí-la, os CDs poderiam usar abordagens que não trazem riscos a gestante, como a prévia educação e conscientização sobre o procedimento, tranquilizando a paciente, bem como a motivação para práticas preventivas e de preparo para o atendimento.

Alguns procedimentos odontológicos podem ser evitados durante a gestação. A maior parte dos dentistas prefere, corretamente, evitar procedimentos cirúrgicos mais complexos no período (96%). Em relação a procedimentos endodônticos, os CDs responderam que atendem em casos de pulpíte aguda, necrose pulpar e abscesso agudo (82%). Alguns CDs entrevistados atendem a paciente gestante apenas naqueles casos em que o médico tenha sido contatado e autorizado o procedimento dentário, revelando a cautela de certos profissionais que deve ser a conduta adotada para aprofundar a tríade médico-dentista-paciente gestante. Ressalta-se que grande parte dos procedimentos odontológicos, desde que corretamente realizados, não geram danos à saúde do feto, mas o CD deve ser criterioso na indicação das intervenções odontológicas durante a gravidez, desde procedimentos mais simples até os mais complexos (classificados como tratamentos de urgência) e, em caso de dúvida, contatar a equipe médica. A Tabela 5 apresenta algumas considerações sobre o atendimento odontológico para gestantes.

Tabela 5 - Considerações e recomendações para o atendimento de gestantes em Odontologia

TRIMESTRE	COMENTÁRIO
Primeiro trimestre	Característica: Período crítico da organogênese (organogênese) □ Evitar radiografias de acordo com a classificação de risco FDA). Objetivos: prevenir a teratogênese e alterar a prevenção do aborto.
Segundo semestre	Assim como nos demais trimestres, avaliar criteriosamente o procedimento odontológico corretas a serem adotadas. A interação com o médico responsável pela gestante é útil para duvidas sobre o risco de gestação e traçar a possibilidade e peculiaridades do atendimento. Em caso de dúvidas, não iniciar ou suspender o procedimento e sempre contatar o médico re-avaliando as ações. O segundo semestre é o período que atende os melhores resultados no atendimento odontológico a gestantes em condições normais. Por isso, saber o grau de risco junto ao médico responsável é fundamental para o atendimento odontológico. Optar sempre por ações preventivas de saúde bucal, para evitar a necessidade de procedimentos invasivos.
Terceiro trimestre	Característica: Período crítico para o parto □ Evitar medicamentos (de acordo com a classificação de risco FDA) que possam ser tóxicos ou que podem causar traumas mecânicos hemodinâmicos (pressão). Objetivos: estas condutas podem prevenir abortos e para Estender a precaução e os cuidados a lactante.
geral	Solicite junto ao médico, quando necessário, exames complementares e faça um diagnóstico com escolha do tratamento mais adequado a condição da gestante. Tenha familiaridade com as classes de risco dos medicamentos e suas constantes atualizações, bem como procedimentos prestados. Atenda gestantes apenas nas respectivas competências profissionais, não adote procedimentos/uso de ferramentas diagnóstico-terapêuticas não descontinuadas ou contraindicadas na gestação. Siga a posologia para gestantes, indiscriminadamente e nunca use concentrações/doses superiores às indicadas. Esteja preparado para possíveis complicações e emergências.

5 CONCLUSÃO

A maioria dos profissionais CDs entrevistados ainda apresentam dúvidas sobre a conduta e protocolo a ser seguido no atendimento odontológico à gestante. Embora grande parte dos CDs tenha declarado possuir conhecimento bom/suficiente quanto às condutas de atendimento a gestante, dados preocupantes foram observados, como o uso de ansiolíticos, analgésicos, anti-inflamatórios e até mesmo antibióticos de alto risco teratogênico. Quanto à seleção da solução anestésica ideal, grande parte dos entrevistados demonstrou possuir bom entendimento relativo ao anestésico, mas pouco sobre o vasoconstritor, o que pode trazer sérias complicações a gestante e feto, até mesmo com possibilidade de causar aborto. Adoção de cuidados adequados e período ideal para tomadas radiográficas também foram motivo de dúvidas entre os entrevistados, assim como os procedimentos que podem ser realizados e suas peculiaridades.

REFERÊNCIAS

- [1] Bastos RDS, Silva BS, Cardoso JA, de Farias JE, Falcão GGVCP. Desmistificando O Atendimento Odontológico À Gestante: Revisão De Literatura. Revista Bahiana de Odontologia. 2014; 5(2): 104-116.
- [2] Tarsitano BF, Rollings RE. The pregnant dental patient evaluation and management. Gen Dent. 1993; 41: 226 – 34.
- [3] Narvai PC. Saúde bucal de gestantes: prevalência de apicopatias e outros problemas dentais do município de Cotia/SP. RGO (Porto Alegre). 1984; 32(3): 243-9.
- [4] Livingston HM, Dellinger TM, Holder R. Considerations in management of the pregnant patient. Spec. Care Dentist. 1998; 18(5): 183-188.



- [5] Poletto VC, et al. Atendimento odontológico em gestantes: uma revisão de literatura. *Rev. Stomatos*. 2008; 14(26): 64-75.
- [6] Scavuzzi AIF, Nogueira PM, Laporte ME, Castro Alves A. Avaliação dos conhecimentos e práticas em saúde bucal de gestantes atendidas no setor público e privado, em Feira de Santana, Bahia, Brasil. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr*. 1999; 8(1): 39-45.
- [7] Camargo MC, Sakashita MS, Ferlin CR, et al. Atendimento e Protocolo Indicados na Odontologia à Gestante: Revisão da Literatura. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2014; 35(2): 55-60.
- [8] Capucho SN, Marino ASS, Cortes LR, et al. Principais dúvidas dos cirurgiões-dentistas em relação à paciente gestante. *Rev. Biociênc*. 2003; 9(3): 61-5.
- [9] Martins LO, Pinheiro RPS, Arantes DC, do Nascimento LS, dos Santos Júnior PB. Assistência odontológica à gestante: percepção do cirurgião-dentista. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2013; 4(4): 11-18.
- [10] Cechinel DB, Boff WM, Ceretta RA, et al. Sistematização de um Protocolo de Atendimento Clínico Odontológico a Gestantes em um Município Sul Catarinense. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo*. 2016; 28(1): 6-16.
- [11] Batellino LJ, Bennun FR. Nível de informação y conducta farmacoterapéutica de los odontólogos, 1990. *Rev Saúde Pública*. 1993; 27(4): 291-9.
- [12] Kulay Junior L, Lapa A. J. *Drogas na Gravidez; manual de orientação* FEBRASGO. São Paulo: Ponto, 2003.
- [13] Yagiela JA. Anestésicos locais. In: Yagiela JA, Neidle EA, Dowd FJ. *Farmacologia e terapêutica para dentistas*. 4ª ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro; 2000.
- [14] Rodrigues F, Mármora B, Carrion SJ, et al. Anestesia local em gestantes na odontologia contemporânea. *Journal Health NPEPS*. 2017; 2(1): 254-271.
- [15] Navarro PSL, Dezan CC, Melo FJ, et al. Prescrição de medicamentos e anestesia local para gestantes: conduta de cirurgiões-dentistas de Londrina, PR, Brasil. *Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre*. 2008; 49(2): 22-27.
- [16] Pontanegra RSM, Camboim CCL, Freire JCP, et al. Análise do conhecimento de Graduandos em Odontologia sobre o uso de anestésico local em pacientes com necessidades especiais. *FOL - Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep*. 2017; 27(1): 5-14.
- [17] Da Silva JJ, Cerdeira CD, Chavasco JM, et al. In vitro Screening Antibacterial Activity of *Bidens pilosa* linné and *Annona crassiflora* Mart. against Oxacillin Resistant *Staphylococcus aureus* (ORSA) from the Aerial Environment at the Dental Clinic. *Revista Do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*. 2014; 56(4): 333-340. doi: 10.1590/S0036-46652014000400011