

PRINCIPAIS DÚVIDAS DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS EM RELAÇÃO A PACIENTES GESTANTES

DENTISTS' MAIN DOUBTS IN RELATION TO PREGNANT PATIENTS

Sandro do Nascimento Capucho

Alexander Savério Silva Marino

Louise Ribeiro Cortez

Marcelo Gonçalves Cardoso

Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté

RESUMO

Dentro da prática da odontologia para gestantes foi avaliado o comportamento dos cirurgiões-dentistas perante este tipo de paciente especial. O profissional deverá ser capaz não só de restabelecer da melhor maneira possível a saúde bucal das pacientes como também o bem estar da mãe e do feto e esclarecer todas as dúvidas em relação aos procedimentos propostos. Visando esse trabalho foram elaborados questionários padronizados, respondidos por cirurgiões-dentistas da Região de Taubaté, a fim de analisar as principais dúvidas dos profissionais em relação à consulta de pacientes grávidas. Com base nos dados obtidos concluiu-se que os cirurgiões-dentistas ainda possuem incertezas em relação ao atendimento a gestantes. PALAVRAS-CHAVE: pacientes gestantes, dúvidas dos dentistas

INTRODUÇÃO

As alterações fisiológicas e psíquicas que ocorrem durante a gravidez fazem com que seja necessário situar um relacionamento profissional/paciente em um contexto de companheirismo e cumplicidade, a fim de discutir com a paciente as possibilidades e os riscos do tratamento, criando uma relação de confiança entre a grávida e o dentista. Inúmeras dúvidas surgem aos dentistas em relação ao atendimento a tais pacientes, como: período de atendimento, tempo da consulta, quantidade de radiação, medicação e, principalmente, a posição da paciente durante o atendimento.

O atual estudo propõe esclarecer as principais dúvidas dos cirurgiões-dentistas, abrangendo os diversos procedimentos executados durante o tratamento odontológico.

REVISÃO DE LITERATURA

Em 1990, Silva afirmou que os anestésicos indicados no tratamento de gestantes são os do grupo amídico: a lidocaína e a carbocaína ou mepivacaína. Silva (2002), afirmou que o uso de raios X na gravidez só se realiza frente a grande necessidade. Já, em 1999, Armonia e Tirelli diziam que nenhum medicamento deveria ser ingerido durante a gravidez e que mesmo aqueles indicados deveriam ser utilizados somente nos casos de real necessidade.

Ainda em 1999, Tirelli et al. relataram que se deve evitar a posição da paciente na cadeira odontológica de decúbito dorsal supina.

Beck-Coon e Beck-Coon (1982), Davis (1988), Gier e Janes (1983) explicaram que é considerada correta a escolha do 2º trimestre de gravidez e incorreta quando à opção pelo 3º trimestre para o atendimento à paciente.

Guidelines, em 1984, afirmou que, independente do período de gestação, devem ser consideradas as intervenções que tenham por objetivo remover a dor e os focos de infecção.

Em 1995, Konishi relatou que as gestantes podem ser submetidas a radiografias no caso desta ser imprescindível e o avental de chumbo deve ser utilizado em qualquer fase gestacional.

Delzer e Provand (1981) afirmou que o 2º trimestre da gravidez apresenta-se como o momento mais favorável à atuação do cirurgião-dentista.

Little e Falace, em 1998, relataram que outro fenômeno que pode ser observado durante o 3º trimestre da gravidez é a dispnéia que pode levar a hipóxia discreta das gestantes quando na posição supina.

No ano de 1999, Scavuzzi e Rocha concluíram que as gestantes constituem um grupo estratégico devido às características biopsicossociais inerentes ao processo reprodutivo e ao papel que exercerão na promoção da saúde bucal de seus filhos.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão de literatura sobre o assunto baseada em artigos e livros, e elaborado um questionário sobre as principais dúvidas dos cirurgiões-dentistas, contendo 10 (dez) questões objetivas e abrangendo todos os tópicos do trabalho. Foi questionada a utilização de raios X durante a gestação, se o tempo utilizado é o convencional (0,32s) e sobre o uso do avental de chumbo nas pacientes. Sobre medicamento, foi questionada a utilização e o tipo de medicamento; qual o tipo de anestésico aplicado; se são realizados todos os procedimentos ou somente os de urgência; em qual período de gestação são realizados procedimentos; qual a posição correta da paciente durante o atendimento; e, finalmente se o dentista possui conhecimentos suficientes para sanar as dúvidas das gestantes.

Tal relatório foi entregue e respondido por 40 dentistas de Taubaté e região com consentimento da utilização dos dados contidos para a realização de uma pesquisa científica.

RESULTADOS

Foi feita a análise dos relatórios e calculou-se as porcentagens do nível de conhecimento sobre os tópicos contidos na pesquisa.

Tabela1 - Porcentagens de dúvidas

	CDs que apresentaram dúvidas	CDs que não apresentaram dúvidas
Utilização de raios X	50%	50%
Utilização de medicamentos	7,14%	92,86%
Tipo de anestésico	42,85%	57,15%
Procedimentos realizados	64,28%	35,72%
Período de tratamento	71,42%	28,58%
Posição de atendimento	29,86%	70,14%
Capacidade de sanar as dúvidas das pacientes	50%	50%

DISCUSSÃO

Qualquer intervenção odontológica pode ser realizada na gravidez, desde que seja feita uma anamnese completa da paciente e, em caso de dúvidas, devem ser trocadas informações com o médico sobre o seu estado geral.

Precauções devem ser observadas quanto à escolha do anestésico, tomadas radiográficas, administração de medicamentos, período de tratamento, posição da paciente durante o atendimento.

De acordo com nossa pesquisa foram obtidos os seguintes dados: os anestésicos indicados para o período de gestação são os do grupo amídico: lidocaína (xilocaína) e carbocaína (mepivacaína). A lidocaína possui alta capacidade de penetração, a carbocaína uma menor ação, mas, em compensação, a via de reabsorção é mais lenta, tornando menor a necessidade de empregar vasoconstrictores; porém, é acrescentada às soluções uma pequena quantidade de vasoconstrictor, diminuindo a velocidade de reabsorção e os riscos de complicações tóxicas, em concordância com Silva (1990). Em relação às radiografias durante a gravidez, verificou-se que elas só devem ser solicitadas quando absolutamente indispensáveis ao diagnóstico ou orientação terapêutica,

completa, de acordo com Konish (1995). Caso haja necessidade da realização de radiografias, alguns cuidados de rotina são indispensáveis:

- Uso de avental plumbífero até a região das gônadas e com protetor de tireóide, também de chumbo, com no mínimo 0,25mm de espessura.
- O aparelho de raios X calibrado, com filtração e colimação corretas, além de utilizar filmes radiográficos rápidos com tempo de exposição de 0,32s;
- Baseados em dados de British Columbia Ministry and Nuclear Regulatory Commission, a quantidade de radiação absorvida durante a gravidez não deve exceder 5 rads, como o feto recebe de cada radiografia dental a que a mãe se submete apenas 0,01 milirad, seriam necessárias 500 mil tomadas radiográficas periapicais para que o bebê receba 5 rads.

Sobre administração de medicamentos, a rigor nenhum medicamento deveria ser ingerido durante a gravidez; mesmo aqueles indicados devem ser utilizados somente nos casos de real necessidade, tendo em vista que a maioria das substâncias utilizadas com finalidade terapêutica passam de mãe para o feto. Os medicamentos são responsáveis por cerca de 2 a 3% (dois a três por cento) dos casos de má formação em bebês, e podem provocar a morte do feto nos primeiros dias de gestação; no período de crescimento e no final da gravidez, as manifestações podem ser deficiência funcional, de acordo com Armonia e Tirelli (1999).

Tabela 2 - Administração de drogas odontológicas na gravidez - Recomendações para utilização anestésicos

DROGAS	1 ^o TRIMESTRE	2 ^o e 3 ^o TRIMESTRES
<i>Anestésicos Locais</i>		
Lidocaína	Sim	sim
Mepivacaína	Sim	sim
<i>analgésicos</i>		
Aspirina	sim	Sim, mas no final da gravidez. (problemas de sangramento)
Acetaminofen	sim	sim
Codeína	Sim, na dose terapêutica. habitual	Sim, na dose terapêutica. habitual
<i>antibióticos</i>		
Penicilina	sim	sim
Eritromicina	Não, surdez.	Não, surdez.
Cefalosporina	sim	sim
<i>sedativos</i>		
N2O com O2 a50%	Não (administração crônica)	Sim (O2 em quantidade Adequada)
Diazepam	Não, há evidências de fissuras do palato	não
Barbitúricos	não	não

* FONTE: Little e Falace (1983)

O período de tratamento mais indicado é o segundo trimestre (BECK-COON; BECK COON,1982; DAVIS, 1988; GIER, 1983), pois nos primeiros meses o organismo da mulher sofre alterações de ordem geral que podem tornar, não só essa fase como também os últimos meses da gestação, mais propensos, ou susceptíveis ao aborto e ao parto pré-maturo, respectivamente.

Nesses períodos, qualquer estímulo emocional ou físico pode provocar essas ocorrências, sendo aconselhável evitar todas as intervenções que não apresentarem caráter de urgência, deixando-as para os meses mais favoráveis. Em se tratando de intervenções que têm por objetivo remover a dor e focos de infecção, ou seja, procedimentos considerados em caráter de urgência, devem ser realizados independente do período, mas com maior cautela no 1o e último trimestre (DELZER; PROVAND, 1981).

Com relação à posição da paciente na cadeira odontológica durante o tratamento, deve-se evitar a posição de decúbito dorsal (supina), pois devido ao tamanho aumentado do útero, manter a paciente na posição supina pode, por compressão, causar a obstrução parcial ou completa da artéria aorta e da veia cava. A redução no retorno do suprimento sanguíneo cardíaco reduz a pressão sanguínea e a circulação no útero-placentária, representando perigo para o feto. A manutenção nessa posição causa à gestante sintomas de insuficiência circulatória, como hipotensão, taquicardia e síncope, porém pode ser perigoso para o feto mesmo na ausência de sintomas maternos. Esse fenômeno é conhecido como Síncope da Hipotensão Supina, ou Síndrome da Veia Cava. A compressão da aorta – cava, na posição supina, causa diminuição do débito cardíaco, levando à diminuição da circulação plasmática renal. Essa posição deve ser evitada por períodos prolongados, prevenindo a diminuição da filtração glomerular e da eliminação da urina.

Outro fenômeno que pode ser observado é a dispnéia, que pode levar à hipóxia discreta das gestantes quando na posição supina. O mecanismo responsável por sua alteração é o volume do conteúdo abdominal pressionando o diafragma (LITTLE; FALACE, 1998; TARSITANO; ROLLINGS, 1987). A frequência urinária também apresenta-se aumentada durante o terceiro trimestre, devido ao grande volume uterino, sendo comum a incontinência urinária nas gestantes nesse período, o que aumenta o desconforto das consultas prolongadas, tendo como correta posição a posição semi-sentada ou em decúbito lateral esquerdo (deitada de lado), segundo Tirelli et al. (1999) e Guidelines (1984).

CONCLUSÃO

Em função dos dados obtidos por este estudo, conclui-se licitamente que 100% (cem por cento) dos profissionais entrevistados possuem dúvidas sobre o atendimento odontológico em pacientes gestantes. Há necessidade de o profissional esclarecer suas dúvidas para melhor atender suas pacientes, sem colocar em risco a saúde da mãe e do bebê.

ABSTRACT

In the odontology for pregnant patient practice was evaluated the behavior of the dentists in the presence of this kind of special patient. The professional must be able not only to re-establish the patients oral health in the best way, but also the mother and her embryo well-being and to clarify all doubts related to the considered proceedings. In this work, standardized questionnaires were elaborated, aiming to analyze the professionals main doubts, in relation to the consultation of pregnant patients. Based on the results of this work, it could be concluded that the dentists still have uncertainties about the pregnant patients treatment.

KEY-WORDS: pregnant patients, dentists' doubts.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARMONIA, P. L.; TIRELLI, M. C. Os medicamentos e a formação dental. *Revista APCD*, v. 53, n. 3, 1999.

BECK-COON, R. J.; BECK-COON, K. A Dental treatment in the pregnant or nursing patient. *Gen. Dent.*, v. 30, n. 3, p. 23-240, 1982.

DAVIS, I. Prenatal dental care and education for the expectant mother. *J. Mich. Dent. Assoc.*, v. 70, n. 4-5, p. 211-213, 1988.

DELZER, D. D.; PROVAND J. R. Pregnancy and side effects of analgesics. *Cren. Dent.*, v. 29, n. 1, p. 49-51, 1981.

GIER, R. E.; JANES, D. R. Dental management of the pregnant patient. *Dent. Clin. North. Am.*, v. 2, n. 2, p. 419-428, 1983.

GUIDELINES for dental treatment: dentistry and pregnancy. *Aust. Dent. J.*, v. 29, n. 4, p. 255-256, 1984.

KONISHI, F. Odontologia para gestantes. *Revista da APCD*, v. 49, n. 1, 1995.

LITTLE, J. M.; FALACE, D. A. Dental management of the medically compromised patient, 3 ed. St Louis: Mosby, cap. 20, p. 325-331, 1998.

SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. B. S. Atenção odontológica na gravidez: uma revisão. *Rev. Fac. Odontol. Univ. Fed. Bahia*, v. 18, p. 46-52, jan./jun. 1999.

SILVA, J. R. Avaliação e tratamento da paciente gestante na odontologia v. 17, n. 7, p. 23-28, 1990.

SILVA, S. R. Atendimento à gestante: 9 meses de espera? *Revista da APCD*, v. 56, n. 2, p. 89-99, 2002.

TARSITANO, B. F.; ROLLINGS, R. E. The pregnant dental patient evaluation and management. *Gen. Dent.*, v. 41, May/June 1987.

TIRELLI, et al. Odontología e gravidez: período mais indicado para um tratamento odontológico programado em pacientes gestantes. *Revista da Universidade de Santo Amaro*, v. 4, n. 1, p. 26-29, 1999.