

DESMISTIFICANDO O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO À GESTANTE

• *revisão de literatura* •

Reuja Diany Santos Bastos^a
Bianca dos Santos Silva^b
Juliana Andrade Cardoso^c
Jener Gonçalves de Farias^d
Gleicy Gabriela Vitória Carneiro Spinola Falcão^e

Resumo

A gestação constitui um processo biológico natural na vida da mulher. Todavia, neste período, ocorrem mudanças fisiológicas no organismo da gestante que refletem também na saúde oral. Estudos evidenciam a relação existente entre a condição de saúde da cavidade oral e a saúde geral do corpo, bem como as suas implicações no feto. Assim, destaca-se a importância do profissional de Odontologia na assistência durante a gestação. Entretanto, o atendimento odontológico às gestantes supõe de pré-requisitos para que sejam selecionados os agentes mais seguros. Deste modo, é necessária a formação de cirurgiões-dentistas aptos a prestar atendimento diferenciado à gestante, incluindo ações preventivas e curativas, para que se promova a saúde bucal da mãe e, conseqüentemente, do bebê. Este artigo tem por objetivo revisar a literatura especializada e atualizada disponível sobre o tratamento odontológico durante a gravidez, desmistificando o atendimento às gestantes, de modo a possibilitar esclarecimentos para orientar as condutas clínicas baseadas em evidências científicas.

Palavras-chave: Gestantes; Odontologia; Saúde bucal.

Autor correspondente: Juliana Andrade Cardoso - juliandrdec@gmail.com

- a. Cirurgiã-Dentista pela União Metropolitana de Educação e Cultura
- b. Graduanda do Curso de Odontologia pela Faculdade Maria Milza - FAMAM
- c. Mestre em Estomatologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Especialista em Estomatologia pela União Metropolitana de Educação e Cultura
- d. Coordenador e professor do Núcleo de Propedêuticas da União Metropolitana de Educação e Cultura, Lauro de Freitas, Bahia. Professor Adjunto da Universidade Estadual de Feira de Santana. Doutor em Estomatologia pela Universidade Federal da Paraíba. Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial pela Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco
- e. Mestre em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia.

DEMYSTIFYING DENTAL CARE PREGNANT WOMEN

• *literature review* •

Abstract

Pregnancy is a natural biological process in women's lives. However, in this period, physiological changes occur in the body of the pregnant woman who also reflects on oral health. Studies reinforce the relationship between the health condition of the oral cavity and the body's overall health, as well as their implications for the fetus. Thus highlights the importance of Dentistry in health care during pregnancy. However, dental care for pregnant women requires qualification for them to be selected the safest agents. It is necessary, therefore, the formation of dentists able to provide differentiated services for pregnant women, including preventive and curative actions for to promote oral health of the mother and, consequently, the baby. This article has for objective to revise available literature of the odontological treatment during the period of the pregnancy, demystifying dental care pregnant women, in order to make possible clarifications to base the clinical behaviors in scientific evidences.

Keywords: Pregnant women; Dentistry; Oral health.

INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico-puerperal proporciona inúmeras alterações no organismo da mulher. Dentre elas as de ordem cardiovasculares, hematológicas, respiratórias, renais, gastrointestinais e, em especial as endócrinas, cujas consequências refletem-se no meio bucal de forma evidenciada.⁽¹⁾

As alterações hormonais durante a gestação podem levar a uma modificação na ecologia subgingival, favorecer o aparecimento de determinados microrganismos periodontopatogênicos e estimular a síntese de citocinas inflamatórias.⁽²⁾ Além disso, o sistema imune materno é deprimido, o que sugere um aumento na suscetibilidade para desenvolver inflamação gengival.⁽³⁾

A atenção odontológica durante a gestação é indicada e pertinente, seja porque muitas mulheres apresentam perturbações orais decorrentes das alterações hormonais nesse período, seja porque há evidências da associação entre a doença periodontal, a prematuridade e o baixo peso ao nascer.⁽⁴⁾

Fatores psicológicos como a emotividade, o medo e a crença, transmitidos de geração a geração, interferem negativamente na resolutividade de necessidades odontológicas, muitas delas emergenciais e, portanto, com indicação de intervenção imediata.⁽⁵⁾ Há que se compreender a multidisciplinaridade do tema e considerar os aspectos sociais, culturais e nutricionais que o envolvem.⁽⁶⁾

Acerca das dúvidas com relação ao atendimento odontológico durante a gravidez, podemos afirmar que as consequências da dor ou de uma infecção que pode se disseminar no organismo materno tem sequelas muito mais prejudiciais à mãe e ao feto do que aquelas decorrentes do tratamento odontológico.⁽⁷⁾ No entanto, merecem destaque estudos quanto ao uso do Raio-X, anestésicos locais e fármacos em geral, seja no intuito de desmitificá-los e/ou de obter informações necessárias sobre os mesmos.

O conhecimento das alterações fisiológicas, por parte do Cirurgião Dentista, associado à coleta de dados sobre a história médica anterior e atual da gestante, por meio de uma anamnese bem realizada, é de fundamental importância para que se estabeleça um plano de tratamento odontológico seguro e individualizado para a paciente.⁽¹⁾

É importante que os profissionais de Odontologia atuem na área de Saúde de forma ampliada, não limitados apenas ao trabalho técnico-odontológico, e que seus conhecimentos extrapolem o limite da cavidade bucal, com interação e trocas de saberes com profissionais de outras áreas, e desta forma, possam contribuir para a atenção integral do indivíduo.⁽⁸⁾

“Promover a saúde bucal implica recolocar a boca dentro do corpo. O corpo dentro da pessoa, e a pessoa dentro do seu conteúdo de vida em sociedade”.⁽⁹⁾

Este artigo tem por objetivo revisar a literatura disponível sobre o atendimento à paciente gestante, possibilitando esclarecimentos no que se refere às alterações fisiológicas da mulher durante a gestação, cujas consequências refletem-se no meio bucal. De posse destes conhecimentos, o profissional pode conduzir corretamente o atendimento clínico baseado em evidências científicas.

REVISÃO DE LITERATURA

Estudos científicos apontam que a atenção odontológica no período gestacional é de extrema importância. Muitas mulheres apresentam perturbações orais decorrentes das mudanças no organismo durante a gravidez. Alterações endócrinas, gastrointestinais, respiratórias e cardiovasculares merecem destaque, pois suas consequências refletem-se no meio bucal de forma evidenciada.

ALTERAÇÕES ENDÓCRINAS

A influência hormonal atua exacerbando a resposta inflamatória intensa com o aumento da permeabilidade vascular que favorece a infiltração de líquidos

nos tecidos perivasculares.^(3,10) A presença de estrógeno e progesterona diminui a resposta ao biofilme bacteriano.⁽¹⁰⁾ Ocorre aumento da mobilidade dentária, do fluido gengival e da profundidade do sulco gengival. Aumenta a secreção de hormônio na proporção de trinta vezes mais para o estrogênio e dez vezes mais para a progesterona, em comparação ao que ocorre no ciclo sexual normal da mulher.

Durante a gravidez, a progesterona é segregada pelo corpo lúteo do ovário e pela placenta; sua ação promove redução da excitabilidade da fibra muscular uterina, além de aumentar a vascularização do corpo e colo uterinos. Os estrógenos são normalmente produzidos pelos folículos do ovário e, durante a gravidez, também são produzidos por células trofoblásticas sinciciais; atuam sobre o crescimento e a excitabilidade uterina, causando aumento da vascularização, hipertrofia e hiperplasia das fibras musculares do miométrio. A ação dos hormônios progesterona e estrogênio no tecido conjuntivo permite um maior estiramento, de modo que o colo do útero torna-se capaz de distender facilmente durante a gravidez.⁽¹¹⁾

A influência das alterações hormonais chama a atenção na boca devido à íntima relação do surgimento de mudanças no periodonto com o crescimento fetal.^(3,8,10) A bactéria anaeróbia gram-negativa *Prevotella intermedia*, pertencente ao grupo de microorganismo que estão extremamente associados com o início da enfermidade periodontal, se encontra aumentada na placa subgengival a partir do terceiro ou quarto mês de gestação o qual utiliza a progesterona e o estrogênio presentes no fluido gengival como fontes de alimentos.⁽³⁾ Sendo assim, com a doença periodontal instalada, citocinas pró-inflamatórias liberadas no periodonto inflamado podem estimular a contração uterina, o que pode induzir ao parto prematuro e o nascimento de crianças com baixo peso.^(3,8,10,12,13)

Além disso, pode ocorrer durante a gestação uma fadiga no metabolismo de carboidratos, exigindo aumentos nos níveis de insulina, podendo, assim, converter o diabetes mellitus subclínico assintomático em diabetes clínico (diabetes gestacional). A diabetes gestacional é uma intolerância aos

carboidratos cuja severidade é variável, se manifesta por hiperglicemia e desaparece depois do parto. Do ponto de vista hormonal, a placenta produz substância que pode alterar favorável ou desfavoravelmente a ação da insulina materna. Existem dois fatores que podem alterar a homeostase dos carboidratos durante a gestação normal: a secreção de hormônios placentários com efeito hiperglicemiantes e os requerimentos de glicose por parte do feto.^(3,14)

Outra manifestação bucal comum decorrente das manifestações hormonais apresentadas pela gestante é o chamado tumor gravídico ou granuloma piogênico, este representa uma resposta inflamatória frente à placa bacteriana, modificada pela condição da paciente. Geralmente aparece depois do terceiro mês de gravidez como uma lesão nodular, assintomática, que se projeta do espaço interproximal ou da margem gengival, tem coloração eritematosa, superfície brilhante e lisa.^(3,15,16)

ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS

As principais alterações gastrintestinais são náuseas, vômitos e azia que ocorrem devido às alterações mecânicas resultantes do crescimento do feto, em combinação com as alterações hormonais.⁽¹⁷⁾ Durante a gestação ocorre ainda a diminuição da motilidade intestinal. A secreção gástrica também está diminuída nesse período, o que pode afetar a absorção gastrointestinal. A êmese, ou seja, reflexos de náuseas ou vômitos matutinos ocorrem em 1 em cada 200 gestantes.⁽¹⁾ Náuseas matinais com vômitos por um período demorado podem levar à desmineralização e à erosão ácida, principalmente nas faces palatinas dos dentes.^(6,18,19,20,21) A erosão do esmalte dentário pode ser facilmente controlada, aconselhando as pacientes a lavar a boca cuidadosamente após o vômito com uma solução que contenha bicarbonato de sódio. O bicarbonato de sódio neutraliza os ácidos e impede o dano causado pelos resíduos que permanecem sobre os dentes.⁽²¹⁾

Existem condições bucais ideais para uma maior atividade cariogênica durante a gestação,

justificadas por um decréscimo na capacidade fisiológica do estômago, que promove ingestão de menor quantidade de alimentos fracionada, tornando as refeições das gestantes mais frequentes. A negligência com a higiene bucal, a diminuição de pH e capacidade tampão da saliva podem favorecer o crescimento e desenvolvimento bacteriano.^(2,18,19,20)

O crescimento do útero promove um deslocamento superior do estômago, o que aumenta a pressão intra-gástrica. Conseqüentemente, a cadeira odontológica deve ser mantida o mais vertical possível durante o atendimento para aliviar a pressão abdominal e manter a paciente confortável.⁽²²⁾

ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS

A gravidez acarreta modificações importantes na fisiologia respiratória da mulher, sendo associada ao aumento de 20% do consumo de oxigênio. Porém, em decorrência da compressão torácica do útero gravídico, causada pela elevação diafragmática, ocorre redução do volume de reserva expiratório e do volume residual, sobretudo nas fases finais da gravidez.⁽²³⁾

O aumento da produção de estrogênio durante a gravidez promove a dilatação dos vasos capilares na mucosa da nasofaringe, o que resulta em edema, congestão nasal e predisposição para epistaxes.^(17,22) A respiração nasal torna-se mais difícil e há uma tendência para respirar com a boca aberta, especialmente à noite. Se, por consequência, a xerostomia posteriormente se desenvolve, as pacientes gestantes perdem a proteção contra a cárie dental conferida pela saliva.⁽²²⁾ Apesar dos limites do fluxo salivar não estarem alterados durante a gestação, 50% das gestantes relataram sensação de boca seca, depois que engravidaram em estudo realizado com as mesmas.⁽²⁴⁾ Aquelas que estão enfrentando esses problemas, especialmente as que possuem um alto índice de cárie, devem ser submetidas a controle de cárie precoce para minimizar os efeitos deletérios sobre a dentição.⁽²²⁾

ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES

Têm destaque as repercussões cardiovasculares que acarretam intercorrências no atendimento odontológico às gestantes, relacionadas à compressão da veia cava inferior pelo útero gravídico, quando a gestante assume a posição dorsal. Tal situação provoca o desenvolvimento de uma circulação paravertebral para tentar suprir a redução do retorno venoso e débito cardíaco, que pode favorecer uma síncope (perda breve e repentina de consciência geralmente com rápida recuperação), situação esta chamada de “síndrome da hipotensão da posição supina da gravidez” e que decorre de uma circulação paravertebral insuficiente. Além da síncope, a síndrome da hipotensão da posição supina da gravidez caracteriza-se por sintomas e sinais, tais como bradicardia,⁽¹⁷⁾ tonturas, fraqueza, sudorese, agitação, zumbidos, palidez, diminuição da pressão arterial e, em casos graves, convulsões.⁽²²⁾

A hipotensão supina atribui-se não só à diminuição do retorno venoso da cava inferior, mas também ao estímulo vaso vagal que acarreta bradicardia, sendo esta a explicação mais aceita para a ocorrência da síndrome. A manobra de empurrar o útero para a esquerda é de grande valia para o tratamento odontológico, principalmente no último trimestre de gestação.⁽⁸⁾ A posição alternativa é pedir que a paciente se deite do lado esquerdo, elevando a bacia para a direita para deslocar o útero para a esquerda, o que pode ser feito com o auxílio de um coxim ou um lençol dobrado.^(17,18)

Há um aumento da frequência cardíaca na ordem de 10bpm a partir da 14^a até a 30^a semana de gestação (mulheres de 14 a 21 anos de idade têm de 78 a 85 batimentos cardíacos por minuto, e as com mais de 21 anos, de 70 a 75 batimentos cardíacos por minuto). A partir da 30^a semana de gestação, a pressão sanguínea arterial diastólica pode diminuir discretamente e a sistólica, aumentar levemente. O volume sanguíneo da gestante cresce 1.500 ml (volume normal na mulher = 4.000 a 4.500 ml), estabelecendo-se um quadro de anemia fisiológica, acompanhada por vezes de taquicardia. Diminui a concentrações de proteínas

no sangue e, conseqüentemente, a capacidade de retenção de medicamentos, influenciando na resposta terapêutica.⁽²⁵⁾

As gestantes portadoras de cardiopatias congênitas estão sujeitas, principalmente, a infecções pulmonares, insuficiência cardíaca, arritmias e endocardite infecciosa.^(6,25,26)

A prevenção da endocardite infecciosa é feita pelo Cirurgião-Dentista. Esta patologia é rara durante a gravidez, no entanto, os casos documentados levam a crer que a doença pode ter conseqüências devastadoras para as mães e/ou fetos. O diagnóstico precoce é fundamental e as recomendações para as gestantes com endocardite infecciosa são semelhantes às prescritas a pacientes fora da gravidez.^(6,26) A profilaxia antibiótica segue o protocolo de administração em dose única 30 a 60 minutos antes dos procedimentos, sendo: via oral – Amoxicilina 2g, ou para os alérgicos à Penicilina: Clindamicina 500mg ou Azitromicina 500mg ou Claritromicina 500mg – via parenteral (EV ou IM): Ampicilina 2g ou Cefazolina 1g ou Ceftriaxone 1g, ou para os alérgicos a Penicilina: Clindamicina 600mg.⁽²⁷⁾ Considerações especiais devem ser feitas na abordagem do diagnóstico e a doença deve ser tratada com o objetivo de reduzir o risco para o feto.^(6,26)

PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS X RISCOS À GESTANTE

É notória a recusa por parte de alguns profissionais em prestar atenção odontológica a gestantes devido a controvérsias de opiniões e abordagem deficiente no tocante a determinados assuntos durante a formação acadêmica, bem como por falta de interação multidisciplinar.⁽¹⁹⁾ Dentre essas questões, destaca-se o uso do aparelho radiográfico, dos anestésicos e da prescrição farmacológica para as futuras mães.

DO USO DA RADIAÇÃO-X

As implicações das radiações no embrião e no feto correspondem a mutações, lesões no sistema

nervoso central, hidrocefalia, alterações no desenvolvimento, espinha bífida, catarata, microcefalia e sindactilia. Tais efeitos estão diretamente relacionados à dose, ao tempo de exposição, à região irradiada e à fase da gestação.^(28,29)

Verifica-se que os Cirurgiões-Dentistas evitam tratamentos endodônticos, cirurgias e todos os procedimentos que necessitam uso do Raio-X no período gestacional.⁽¹⁹⁾ O exame radiográfico, no entanto, deve ser realizado, quando realmente necessário utilizando-se os meios disponíveis para proteção da mãe e do feto, como o uso de filmes ultra-rápidos, filtro de alumínio, localizadores e avental de chumbo. Deste modo, é possível garantir a segurança da mãe e do feto uma vez que a quantidade de radiação empregada é pequena, o tempo de exposição é curto assim como o tamanho do feixe de raios-X; não sendo este direcionado para o abdome. 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.^(7,19,20,25,28,30)

DOS ANESTÉSICOS LOCAIS

É bem claro, segundo a literatura, que os anestésicos locais são amplamente utilizados na prática odontológica, considerados seguros para uso durante a gestação, desde que utilizados em doses terapêuticas e que a gravidez não constitui estado de contraindicação para anestesia local. Muitas vezes, o profissional a evita no primeiro trimestre da gestação, mais em relação à intervenção cirúrgica do que em relação à anestesia em si.^(31,32)

Ainda prevalece a crença de que gestantes não podem submeter-se à anestesia local, principalmente se o agente anestésico apresentar vasoconstritor. No entanto, este tipo de anestesia é considerado seguro, desde que o profissional tenha conhecimento de quais substâncias medicamentosas utilizarem.^(25,31,32)

Alguns aspectos devem ser observados quando da utilização de anestésicos locais em gestantes, dentre eles a técnica anestésica, quantidade da droga administrada, ausência/presença de vasoconstritor e os efeitos citotóxicos. A solução anestésica local que apresenta maior segurança em gestantes é a Lidocaína 2% com Adrenalina 1:100.000, respeitando-se o limite máximo de dois tubetes anestésicos (3,6ml) por sessão, procedendo sempre injeção lenta da solução.⁽¹⁸⁾ Prilocaína e Articaina não devem ser usadas por poderem levar à metahemoglobinemia, tanto na mãe quanto no feto. A Bupivacaína apresenta maior cardiotoxicidade, maior penetrabilidade nas membranas do coração e maior resistência após eventual parada cardíaca. Em relação à Mepivacaína, seus riscos para o feto não são bem detalhados, portanto, seu uso é desaconselhado.^(25,31,32)

O anestésico local pode afetar o feto de duas maneiras: diretamente, quando ocorrem altas concentrações na circulação fetal e indiretamente, alterando o tônus muscular uterino ou deprimindo os sistemas cardiovascular e respiratório da mãe. A dor resultante pode levar o paciente ao estresse, fazendo com que haja liberação de catecolaminas endógenas em quantidades muito superiores àquelas contidas em tubetes anestésicos e, conseqüentemente, mais prejudiciais.^(25,31,32)

Quanto ao uso dos vasoconstrictores em gestantes, quando os benefícios superarem os riscos, os mesmos devem ser utilizados. Sem vasoconstritor, o anestésico pode não ser eficaz, além de seu efeito passar mais rapidamente. A Felipressina deve ser evitada em pacientes grávidas por ser derivada da vasopressina e, teoricamente, ter capacidade de levar à contração uterina. Noradrenalina na concentração 1:25.000 e 1:30.000 não devem ser usadas, tendo em vista o grande número de complicações cardiovasculares e neurológicas causados por essa substância, sendo a concentração 1:50.000 a mais indicada.⁽²⁵⁾

A maior preocupação da administração medicamentosa em gestantes e lactantes é a passagem do fármaco pela barreira placentária e pelo leite

materno que pode causar efeitos nocivos ao feto e ao bebê. (25,31,32) No entanto, os anestésicos locais são considerados seguros para uso durante todo o período gestacional e estudos retrospectivos de mulheres que receberam anestesia local para procedimentos de emergência no primeiro trimestre confirmaram tal ponto de vista. (20)

DA PRESCRIÇÃO FARMACOLÓGICA

O princípio que norteia a escolha da terapêutica a ser utilizada para gestantes é baseado nos riscos e benefícios para o feto e a mãe. Na realidade, o ato de medicar qualquer mulher jovem, em idade fértil, deve sempre levar em conta o risco de uma possível gravidez, já que o período de maior vulnerabilidade fetal aos fármacos é, justamente, o início gestacional, quando ainda não foi constatado. (32) E, mesmo após o período inicial da gestação, o feto permanece suscetível ao efeito dos medicamentos. (33)

A literatura enfoca principalmente os riscos de teratogenia no feto, representada por variadas alterações anatômicas, fisiológicas ou comportamentais. Porém, esses não são os únicos efeitos indesejáveis dos fármacos na gravidez. (19,26,31,32,33)

Sendo assim, é importante considerar a categorização da agência reguladora norte-americana Food and Drug Administration (FDA) que, com base em estudos experimentais e clínicos, classifica os fármacos de acordo com seus riscos teratogênicos. Segundo a FDA, deve-se optar por medicamentos das categorias A e B para o uso durante a gestação. Os de categoria C podem ser administrados apenas quando os benefícios à gestante suplantarem os malefícios ao feto. Já a prescrição dos fármacos de categoria D justifica-se quando houver absoluta necessidade e aqueles classificados na categoria X estão proibidos durante a gravidez devido às evidências de decorrências maléficas ao feto. (17,22,33) Cabe ao profissional, portanto, atentar-se para o risco fetal dos fármacos antes de instituir uma terapia medicamentosa à paciente gestante.

QUANTO AOS ANALGÉSICOS

Os analgésicos opióides e não-opióides pertencem ao grupo B, na classificação da FDA, e são considerados seguros para uso no período gestacional. (33)

O analgésico mais amplamente prescrito pelo Cirurgião-Dentista é sem dúvida o Paracetamol, podendo ser prescrito também a pacientes gestantes e lactantes, (32) sendo, inclusive, o medicamento de primeira escolha para este grupo por ser considerado seguro. (19, 22,34) Entretanto, um estudo de publicação recente mostrou que o uso do Paracetamol durante a gestação pode associar-se ao desenvolvimento de problemas comportamentais nas crianças, como o déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e transtorno hipercinético. (35) Contudo, apesar do impacto da notícia, os autores afirmam que novas investigações ainda são necessárias.

Ao instituir o uso do Paracetamol, é importante que o profissional repasse orientações sobre a dose diária máxima recomendada, não ultrapassando os 4 g/dia para adultos, visto que o Paracetamol apresenta um potencial de causar toxicidade hepática. (22) A Dipirona sódica é o analgésico de segunda escolha, pois pode provocar agranulocitose, ou seja, a redução do número de granulócitos no sangue periférico (neutropenia), podendo predispor o indivíduo às infecções. (32)

A administração de drogas analgésicas às gestantes, portanto, deve objetivar uma terapia de curto prazo, suficiente para o tratamento de um processo de doença específica. (22) É válido considerar ainda que, na odontologia, a resolução da dor geralmente requer uma intervenção clínica, o que torna praticamente dispensada a prescrição de medicamentos. (28)

QUANTO AOS ANTI-INFLAMATÓRIOS

Os anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) são representados por um grande número de fármacos, dentre estes, o Ácido Acetilsalicílico, Diclofenaco, Ibuprofeno, Naproxeno, Indometacina, Rofecoxib,

que são prescritos com frequência pelo cirurgião-dentista. Contudo, em geral não se recomenda o uso de qualquer AINE às gestantes.⁽³²⁾ Se usados, devem ser administrados nas menores doses eficazes, e retirado oito semanas antes do dia previsto para o parto.

Esses medicamentos bloqueiam a síntese de prostaglandinas, podendo restringir o ducto arterioso intrauterino, causar hipertensão pulmonar sustentada no recém-nascido, alterações hemostáticas como a inibição da agregação plaquetária decorrente do uso de salicilatos, além de prolongar a gestação e o trabalho de parto.^(36,37) O uso de Ibuprofeno foi ainda relacionado a casos de defeitos glomerulares, acarretando insuficiência renal.⁽³⁸⁾

Os corticosteroides estão classificados na categoria C da FDA e são considerados mais seguros que os AINES para o tratamento de lesões inflamatórias orais, quando administrados topicamente. Os corticosteróides preferenciais durante a gestação são a Prednisona e a Prednisolona, por atravessarem com mais dificuldade a barreira placentária.^(33,37,38,39) Todavia, o uso desses corticoides em pacientes gestantes é relacionado de forma dose dependente com vários efeitos adversos maternos, tais como diabetes, edema, hipertensão arterial, pré-eclâmpsia, ruptura prematura de membranas, imunossupressão, osteopenia e osteonecrose.⁽³⁸⁾ Nos casos de procedimentos endodônticos e cirúrgicos mais invasivos que não puderem ser adiados, podem se empregar os corticosteróides (Betametasona e Dexametasona) em dose única de 4mg.⁽²⁵⁾ Os corticosteróides devem ser usados com muita cautela, pois em doses elevadas pode causar anormalidade na curva glicêmica da gestante, insuficiência das suprarrenais e a síndrome de Cushing. Esta síndrome também chamada de hipercortisolismo ou hiperadrenocorticismo é uma desordem endócrina que pode ocorrer devido aos níveis elevados de cortisol no sangue induzidos pela administração do medicamento.⁽³²⁾

QUANTO AOS ANTIBIÓTICOS

A prescrição de antibióticos para mulheres grávidas depende de fatores como a gravidade da infecção, a agressividade do agente etiológico implicado, padrão de sensibilidade aos antibióticos e ao período da gestação, devendo evitar-se ao máximo o uso de qualquer medicamento no período da organogênese.⁽¹⁹⁾ O clínico deve avaliar cuidadosamente a relação entre benefício e risco, quando indica o uso de antibióticos para gestante. A Estreptomicina tem sido associada à lesão do oitavo par craniano e defeitos esqueléticos no feto. As Tetraciclina, quando administradas até a segunda metade da gravidez causam hipoplasia dos dentes e dos ossos do feto e foram associadas à ocorrência de cataratas congênitas. Suas concentrações no leite materno correspondem a cerca de 70% das concentrações séricas maternas, assim, o uso de altas doses, por tempo prolongado, pode impregnar os dentes e inibir o crescimento ósseo do lactente. Durante as primeiras semanas do pós-parto, ainda pode induzir icterícia ou anemia hemolítica. Tanto a Estreptomicina quanto a Tetraciclina atravessam facilmente a placenta e pertencem ao grupo D, na classificação da FDA.⁽¹¹⁾

As Penicilinas são amplamente utilizadas em grávidas e apresentam grande margem de segurança para a mulher e o feto. Em geral, todas estão na categoria B.⁽²⁷⁾ As Penicilinas são os antibióticos mais indicados durante a gestação, pois agem na parede celular (estrutura exclusiva das bactérias), não oferecendo toxicidade aos organismos materno e fetal.^(19,33,37) Outra vantagem é que as Penicilinas, assim como as Cefalosporinas e Eritromicina, apresentam-se em pouca ou nenhuma quantidade no leite materno, podendo ser utilizadas com segurança também durante a lactação.^(32,33) No grupo das Penicilinas, destacam-se Benzilpenicilina benzatina, os fármacos biossintéticos como as fenoximetilpenicilinas e os semi-sintéticos de largo espectro, como as Ampicilinas e as Amoxicilinas.^(19,29) A prescrição das Cefalosporinas e Eritromicina, porém, deve ser feita preferencialmente como

uma segunda opção diante de pacientes alérgicas às Penicilinas.⁽¹⁹⁾

O Metronidazol, outro antibiótico amplamente prescrito pelo cirurgião-dentista não deve ser administrado durante a gestação. Embora pertença à classe B, ele é tido como um possível teratogênico para seres humanos, pois se discute evidências de sua teratogenicidade.^(32,33,39)

A antibioticoterapia em gestantes deve ser devidamente realizada sempre que houver necessidade, pois a disseminação sistêmica de uma infecção (septicemia) é considerada teratogênica e pode configurar uma potencial causa de aborto espontâneo.⁽²⁸⁾ Contudo, salienta-se a importância em promover à gestante uma terapêutica diferenciada visto que, apesar de apresentarem relativa segurança, a maioria dos antibióticos administrados às mulheres durante a lactação pode ser detectada no leite materno.⁽³²⁾

OUTROS MEDICAMENTOS

Os ansiolíticos como o Bromazepam, Lorazepam e Diazepam, estão contra-indicados durante a gravidez, pois se suspeita que estes medicamentos tenham um poder teratogênico razoável. Os riscos para o conceito do uso de medicação psiquiátrica na gravidez incluem o aparecimento de malformações, toxicidade neonatal e sequelas comportamentais.⁽⁴⁰⁾ Há ainda sugestão da associação entre os benzodiazepínicos e fendas labial ou palatina, quando da utilização destes fármacos no período

gestacional.^(33,40) Deste modo, os benzodiazepínicos estão classificados pela FDA na categoria D.⁽³³⁾

A maior parte dos sedativos e dos hipnóticos atinge concentrações no leite materno que são suficientes para produzir efeito farmacológico em lactentes. O Diazepam pode exercer efeito sedativo sobre o lactente, além disso, apresenta meia-vida prolongada, que pode resultar em acúmulo significativo do fármaco.⁽³²⁾

Nos casos de tratamento invasivo não emergencial deve-se postergar para após o nascimento da criança, caso não seja possível, deverá ser realizado, preferencialmente no segundo trimestre da gravidez. Nos primeiros meses o organismo da mulher sofre alterações de ordem geral que pode tornar, não só essa fase, como também os últimos meses da gestação, mais propensos, ou susceptíveis ao aborto e ao parto prematuro, respectivamente. Nesses períodos, qualquer estímulo emocional ou físico pode provocar essas ocorrências, sendo aconselhável evitar todas as intervenções que não apresentam 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.⁽³¹⁾

Kurien S et al.,⁽¹⁷⁾ enquadraram os principais medicamentos utilizados na terapêutica odontológica abordando suas limitações de uso em gestantes e lactantes (Quadro 1).

Quadro 1 - Medicamentos utilizados em Odontologia com suas limitações e observações 17

(continua)

MEDICAMENTOS	USO DURANTE GESTAÇÃO	USO DURANTE LACTAÇÃO	OBSERVAÇÕES
ANTIBIÓTICOS			
Amoxicilina Metronidazol Eritromicina Penicilina Cefalosporina	Sim	Sim	

MEDICAMENTOS	USO DURANTE GESTAÇÃO	Uso DURANTE LACTAÇÃO	OBSERVAÇÕES
ANTIBIÓTICOS			
Gentamicina Clindamicina	Sim	Sim	Ototoxicidade fetal com gentamicina.
Tetraciclina Cloranfenicol	Não	Não	Descoloração dos dentes com tetraciclina. Toxicidade maternal, morte fetal com cloranfenicol
ANALGÉSICOS			
Acetaminofeno Morfina Meperidina	Sim	Sim	Depressão respiratória com morfina.
Oxicodona Hidrocodona Propoxifeno Pentazocina	Com cautela	Com cautela	
Aspirina Ibuprofeno Naproxeno	Não no 3º trimestre	Não	Hemorragia pós-parto associada à aspirina.
ANTIFÚNGICOS			
Clotrimazol Nistatina	Sim	Sim	
Fluconazol Cetoconazol	Com cautela	Com cautela	Toxicidade fetal com cetoconazol
ANESTÉSICOS LOCAIS			
Lidocaína Prilocaína Etidocaína	Sim	Sim	
Mepivacaína Bupivacaína	Com cautela	Sim	Bradycardia fetal com mepivacaína e bupivacaína
CORTICOSTERÓIDES			
Prednisona	Sim	Sim	
Sedativos/Hipnóticos			
Óxido nitroso	Não no 1º trimestre ++	Sim	Aborto espontâneo com óxido nitroso. Fissura labial/palato com benzodiazepínicos
Barbitúricos benzodiazepínicos	Não	Não	
++ Devido à depressão respiratória neonatal.			

Fonte: Kurien S, et al.⁽¹⁷⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O preparo adequado do profissional, no que se refere ao conhecimento das alterações sistêmicas relacionadas à gravidez, saúde e desenvolvimento do bebê, assim como informações acerca de fármacos e anestésicos, pode contribuir substancialmente para a saúde bucal de mãe e filho, transmitindo tranquilidade e confiança da gestante no profissional, e no tratamento proposto.

Neste sentido, a criação do vínculo Dentista-gestante, no momento inicial é primordial, pois poderá ser substituída pelo vínculo Dentista-mãe-bebê num segundo momento e posteriormente, Dentista-criança, Dentista-adulto/gestante, conformando um círculo de saúde que recomeça a cada nova geração, estendendo seus benefícios a todos.

Para esta perspectiva de vínculo, a interdisciplinaridade constitui-se exigência e instrumento potencial, uma vez que articula diferentes saberes e práticas, sem desconhecer suas especificidades, em torno de uma visão mais ampla e integral das necessidades e problemáticas de saúde e de formas de intervenção mais qualificadas, competentes e humanizadas.

REFERÊNCIAS

1. Silva FWGP, Stuaní AS, Queiroz AM. Atendimento odontológico à gestante - parte I: alterações sistêmicas. *Rev Fac Odontol Porto Alegre*. 2006;47(2):19-23.
2. Miana TA, Oliveira AS, Ribeiro RA, Alves RT. Condição bucal de gestantes: implicações na idade gestacional e peso do recém-nascido. *HU rev*. 2010;36(3):189-97.
3. Ribeiro MSPC. Lesões bucais em gestantes e sua relação com aspectos biossociais no município de Feira de Santana - BA. [dissertação]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2007.
4. Leal NP. Saúde bucal da gestante: conhecimentos, práticas e representações do médico, do dentista e da paciente [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira: Fiocruz; 2006.
5. Codato LAB, Nakama L, Melchior R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. *Ciênc saúde coletiva*. 2008;13(3):1075-80.
6. Zuanon ACC, Benedetti KC, Guimarães MS. Conhecimento das gestantes e puérperas quanto à importância do atendimento odontológico precoce. *Odontol Clín-Científ*. 2008;7(1):57-61.
7. Mameluque S, Souza Júnior EBS, Rezende JC, Costa CCG, Vanham IM, Oliveira JM et al. Abordagem integral no atendimento odontológico à gestante. *Unimontes Científica*. 2005;7(1):67-75.
8. Soares MRPS, Dias AM, Machado WC, Chaves MGA, Chaves Filho HDM. Pré-natal odontológico: a inclusão do cirurgião-dentista nas equipes de pré-natal. *Rev. interdisciplin. estud. exp. anim. hum*. 2009;1(2):53-7.
9. Silva MV, Martelli PJJ. Promoção em saúde bucal para gestantes: revisão de literatura. *Odontol Clín-Científ*. 2009;8(3):219-24.
10. Aleixo RQ, Moura CO, Almeida FA, Silva HMLL, Moreira KFA. Alterações bucais em gestantes: revisão da literatura. *Saber Científico Odontológico* 2010;1(1):68-80.
11. Bisson MP. Farmacologia clínica e atenção farmacêutica. 2ª ed. Barueri: Manole; 2007. p. 257-293.
12. Mealey BL, Moritz AJ. Hormonal influences: effects of diabetes mellitus and endogenous female sex steroid hormones on the periodontium. *Periodontol* 2000. 2003;32(1):59-81.
13. Merglova V, Hecova H, Stehlikova J, Chaloupka P. Oral health status of women with high-risk pregnancies. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*. 2012; 156(4):337-41.
14. Negrato CA, Mattar R, Gomes MB. Adverse pregnancy outcomes in women with diabetes. *Diabetol Metab Syndr*. 2012;4(1):41.
15. Jafarzadeh H, Sanatkhan M, Mohtasham N. Oral pyogenic granuloma: a review. *J Oral Sci*. 2006;48(4):167-75.

16. Saravana GH. Oral pyogenic granuloma: a review of 137 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2009;47(4):318-9.
17. Kurien S, Kattimani VS, Sriram RR, Sriram SK, Prabhakar RVK, Bhupathi A et al. Management of Pregnant Patient in Dentistry. *J Int Oral Health.* 2013; 5(1):88-97.
18. Wilkins EM. A paciente gestante e o lactante / criança. In: Wilkins E.M. *Odontologia geral: teoria e prática.* São Paulo; 2006. p. 652- 63.
19. Poletto VC, Stona P, Weber JBB, Fritsher AMG. Atendimento odontológico em gestantes: uma revisão da literatura. *Stomatos.* 2008;14(26):64-75.
20. Bastiane C, Cota ALS, Provenciano MGA, Fracasso MLC, Honório HM, Rios D. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. *Odontol Clín-Científ.* 2010;9(2):155-60.
21. Hemalatha VT, Manigandan T, Sarumathi T, Arathi NV, Amudhan A. Dental considerations in pregnancy-A critical review on the oral care. *J Clin Diagn Res.* 2013; 7(5): 948-953
22. Giglio JA, Susan ML, Daniel ML, Nancy WG. Oral Health Care for the Pregnant Patient. *J Can Dent Assoc (Tor).* 2009 [acesso em 2014 abr. 10];75(1):43-48. Disponível em: <http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-75/issue-1/43.html>.
23. Neppelenbroek GA, Gadelha PS, Mauad-Filho F, Costa AG, Gallarreta FMP, Carvalho Filho OS et al. Aspectos fisiológicos e diagnósticos das alterações pulmonares durante a gestação. *Femina.* 2006;34(8):559-63.
24. Lauria AP. Estudo do perfil salivar e sérico em gestantes e não-gestantes [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2008.
25. Xavier HS, Xavier VBC, Cuidados odontológicos com a gestante. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2004.
26. Rombaldi AR. Endocardite Infecçiosa na gravidez. *Arq bras cardiol.* 2009;93(6 supl.1):e110-e78.
27. Cavezzi Junior O. Endocardite infecciosa e profilaxia antibiótica: um assunto que permanece controverso para a Odontologia. *RSBO.* 2010;7(3):372-6.
28. Tirelli MC. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos ginecologistas e obstetras em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico de pacientes gestantes [tese]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2004 [acesso 2014 abr. 14]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23138/tde-17112004-174515/>.
29. Tortamano N, Armonia PL. Guia terapêutico odontológico. 14. ed. São Paulo: Santos; 2001. p. 125-131.
30. Kloetzel MK, Huebner CE, Milgrom P. Referrals for Dental Care During Pregnancy. *J Midwifery Womens Health.* 2011; 56(2): 110-117.
31. Paiva LCA, Cavalcanti AL. Anestésicos locais em odontologia: uma revisão de literatura. *Publ UEPG Ci Biol Saúde.* 2005;11(2):35-42.
32. Amadei SU, Carmo ED, Pereira AC, Silveira VAS, Rocha RF. Prescrição medicamentosa no tratamento odontológico de grávidas e lactantes. *RGD.* 2011;59(0):31-7.
33. Wannmacher L. Uso de fármacos durante gestação e lactação. In: Wannmacher L, Ferreira MBC. *Farmacologia clínica para dentistas.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 421-6.
34. Zanata RL, Fernandes KBP, Navarro PSL. Prenatal dental care: evaluation of professional knowledge of obstetricians and dentists in the cities of Londrina/PR and Bauru/SP, Brazil, 2004. *J App Oral Sci.* 2008 [acesso em 2014 abr. 13];16(3):194-200. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167877572008000300006&lng=en&nrm=iso.
35. Liew Z, Ritz B, Rebordosa C, Lee P, Olsen J. Acetaminophen Use During Pregnancy, Behavioral Problems, and Hyperkinetic Disorders. *JAMA Pediatr.* 2014;168(4):313-320.
36. Fonseca CS, Vitoria MIV, Repetti. Alterações fetais induzidas pelo uso de antiinflamatórios durante a gestação. *Ciênc Rural.* 2002 [acesso em 2014 abr 27]; 32(3): 529-534. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-84782002000300027>
37. Vasconcelos RG, Vasconcelos MG, Mafra RP, Alves Júnior LC, Queiroz LMG, Barboza CAG. Atendimento odontológico a pacientes

- gestantes: como proceder com segurança. Rev. bras. odontol. 2012; 69(1):120-124.
38. Levy RA. O uso de drogas anti-reumáticas na gravidez. Rev. bras. reumatol. 2005 [acesso em 2014 abr 27]; 45(3):124-133. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042005000300007>
39. Silva FWGP, Stuani AS, Queiroz AL. Atendimento odontológico a gestante - parte 2: a consulta. Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre. 2006; 47(3):5-9.
40. Carvalho ACA, Rocha RS, Pereira ES, Santos EC, Costa JLS, Palma-Dias R et al. O uso de drogas psicotrópicas na gestação. Femina. 2009 jun; 37(6):331-338.