

# Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança

*Dental care in pregnant patients: how to proceed with safety*

## Rodrigo Gadelha Vasconcelos

Doutorando do Programa de Pós-graduação em Patologia Oral da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

## Marcelo Gadelha Vasconcelos

Doutor em Patologia Oral pela UFRN

## Rodrigo Porpino Mafra

## Luiz Carlos Alves Júnior

Alunos do Curso de Graduação em Odontologia da UFRN

## Lélia Maria Guedes Queiroz

Professora Associada do Programa de Pós-graduação em Patologia Oral da UFRN

## Carlos Augusto Galvão Barboza

Professor Associado do Departamento de Morfologia e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRN

## RESUMO

O atendimento odontológico em pacientes gestantes é um assunto controverso, visto que são pacientes que constituem um grupo de risco temporário, devido às condições adversas criadas por mudanças físicas, psicológicas e hormonais. Este artigo objetiva fornecer esclarecimentos e recomendações sobre prescrições medicamentosas e exames radiográficos relacionados ao atendimento odontológico para gestantes, visando instituir um plano de tratamento adequado e um atendimento seguro e eficaz. Foi realizada uma revisão de literatura através da busca de artigos no PubMed/Medline, Lilacs e Scielo. A literatura mostra que o atendimento odontológico às gestantes deve ser realizado, preferencialmente no segundo trimestre, e existe a necessidade de educação em saúde para as mulheres gestantes, possibilitando a inserção de novos hábitos que culminarão na promoção de saúde bucal.

Palavras-chave: gestantes; prescrições de medicamentos; assistência odontológica.

## ABSTRACT

*Dental treatment of pregnant patients is a controversial issue, since they temporarily constitute a group of risk due to adverse conditions created by physical, psychological, and hormonal changes that occur in pregnancy. This article aims to provide information and recommendations on drug prescriptions and radiographic examinations related to dental management of pregnant patients, allowing dentists to institute a proper treatment plan and a safe and effective care. A literature review was performed by consulting the databases PubMed/Medline, Lilacs and Scielo. The literature shows that dental care in pregnant women should be conducted in the second trimester preferably and that there is a need for health education to those patients that will support the inclusion of new habits and will culminate in oral health promotion.*

Keywords: pregnant women; drug prescriptions; dental care.

## Introdução

A gestação é um estado singular e valioso no ciclo de vida da mulher. As gestantes constituem pacientes de temporário risco odontológico devido às mudanças psicológicas, físicas e hormonais, que criam condições adversas no meio bucal (16, 20, 22, 25, 27). O atendimento odontológico é um assunto bastante controverso, principalmente em função dos mitos que são baseados em crenças antigas sem fundamentação científica, tanto por parte da gestante quanto por parte dos cirurgiões-dentistas que não se sentem seguros ao atendê-las (12, 22, 25, 27).

BASTIANI *et al.* (3) concluíram que 48,75% das gestantes achavam que era normal desenvolver cárie dentária durante o período gestacional por causa da perda de mineral para os dentes dos bebês. CAPUCHO *et al.* (6) concluíram em seu estudo que 100% dos dentistas tinham algum tipo de dúvida sobre o atendimento odontológico em pacientes gestantes.

Este artigo tem por objetivo possibilitar esclarecimentos e recomendações sobre condutas clínicas por meio de evidências científicas relacionadas ao atendimento odontológico para gestantes, possibilitando instituir um plano de tratamento adequado e um atendimento seguro e com eficácia.

## Revisão da Literatura

### Prescrição Medicamentosa em Pacientes Gestantes

O estudo do uso de medicamentos no período gestacional ganhou relevância nas décadas de 1950 e 1960, devido ao aumento da incidência de nascimento de bebês com malformações de membros, por uso de talidomida, droga anteriormente empregada para o alívio de enjoos matinais (2). A maior preocupação durante uma terapia medicamentosa em pacientes gestantes é se evitar os efeitos teratogênicos, considerando a capacidade que vários fármacos têm de atravessar a membrana placentária por difusão (6, 8, 9, 15, 22). O período embrionário, compreendido da quarta à oitava semana, é considerado o de maior risco para os agentes teratogênicos, visto que se trata do período da organogênese, momento esse em que estão se formando os primórdios dos principais órgãos e sistemas, o qual ocorre durante o primeiro trimestre da gestação (8, 13, 25).

A fim de determinar os riscos associados ao uso de drogas durante a gravidez, bem como orientar o cirurgião-dentista quanto à terapêutica mais adequada à gestante, a FDA (*Food and Drug Administration*) classificou os medicamentos em cinco categorias de riscos, levando-se em conta os seus efeitos na gestação:

- A) estudos controlados em humanos não indicam riscos aparentes para o feto;
- B) estudos em animais não indicam risco para o feto, mas ainda sem estudos confiáveis com mulheres grávidas;
- C) estudos em animais mostraram efeitos adversos para o feto, mas não existem estudos em humanos;
- D) evidências positivas de risco fetal humano, mas cujos benefícios podem justificar o uso;
- X) Evidências positivas de anormalidades fetais, com contra-indicações tanto

em mulheres grávidas quanto nas que querem engravidar, pois os riscos superam os benefícios (2, 8, 13, 15, 25, 26).

Tendo como base esta classificação, os fármacos incluídos nas categorias A e B podem ser seguramente prescritos à gestante, devendo aqueles das categorias C e D serem prescritos apenas em casos estritamente necessários. Os fármacos classificados na categoria X, por sua vez, não devem ser utilizados em nenhuma hipótese (25).

Considerando as recomendações da OMS, é essencial que o cirurgião-dentista informe e esclareça à paciente sobre os objetivos do tratamento, o tempo de uso do medicamento, seus benefícios e riscos, bem como os procedimentos a serem seguidos no caso de reações adversas (2, 26).

### Anestésicos Locais X Gestação

Os anestésicos locais apresentam plena segurança de uso durante todo o período de gestação, não havendo contraindicações do seu uso (2, 9, 25). A maioria é classificada pela FDA na categoria B, com exceção da mepivacaína e bupivacaína (categoria C) (9, 13, 15, 26). Embora tenham a capacidade de atravessar a barreira placentária, não estão relacionados a efeitos teratogênicos (9, 25, 26).

A solução anestésica mais empregada é a lidocaína a 2% com epinefrina na concentração de 1:100.000 (2, 3, 15, 22). A presença do vasoconstritor na solução anestésica é essencial e também não apresenta contraindicações (13, 22, 25, 26), tendo como vantagens o aumento da concentração local dos anestésicos (reduzindo a toxicidade sistêmica), a ação hemostática e o prolongamento do seu efeito farmacológico (22). Na administração dos anestésicos locais, deve-se adotar como cuidado a injeção lenta da solução com aspiração prévia, para evitar injeção intravascular (8, 21, 25). Além disso, deve-se utilizar no máximo dois tubetes (3,6 ml) de anestésico por sessão de atendimento (3, 21, 25) empregando a técnica anestésica adequadamente, de modo a evitar necessidade de repetições (22).

Não devem ser administrados a benzocaína (presente em anestésicos tópicos) e a prilocaína, uma vez que estes fármacos diminuem a circulação placentária e apresentam o risco de metemoglobinemia e hipóxia fetal (2, 5, 9, 25). O uso de soluções contendo felipressina na composição deve ser feito com cautela, uma vez que este vasoconstritor, quando em doses elevadas, pode estimular as contrações uterinas, devido à sua semelhança estrutural com a ocitocina (9, 21, 25). Alguns estudos, como o realizado por HAAS *et al.* (17), sugerem que a felipressina parece reduzir a circulação placentária, no entanto, para SILVA *et al.* (25), tal fenômeno é decorrente da administração de doses elevadas do vasoconstritor.

### Analgésicos e Anti-inflamatórios X Gestação

O emprego de anti-inflamatórios não esteroides (AINES) e ácido acetilsalicílico (AAS) deve ser feito com extremo cuidado durante a gravidez, devido à tendência de causarem hemorragias na mãe e no feto (5, 9, 13, 25), inércia uterina (contração insuficiente do útero durante ou após o parto) e

fechamento prematuro dos canais arteriais do feto (8, 9, 13, 21, 22). Além disso, de forma geral, o uso dos AINES no último trimestre da gravidez está associado ao prolongamento do trabalho de parto, devido à inibição da síntese de prostaglandinas relacionadas às contrações uterinas (2, 5, 13, 25).

CHAI & NGEOW (9) citam alguns estudos nos quais se obteve evidências científicas de associação entre a administração dos anti-inflamatórios não esteroides e a teratogenicidade. A aspirina, por exemplo, parece estar relacionada a casos de hipertensão pulmonar fetal e retardo no crescimento do feto, enquanto o ibuprofeno possivelmente tem associação com efeitos deletérios sobre a circulação fetal e neonatal. O uso dos AINES também não é recomendável devido aos seus efeitos adversos relativamente comuns, que também podem ocorrer na gestante, a exemplo das complicações gastrointestinais (26).

O paracetamol é um analgésico (categoria B) que, quando empregado em doses terapêuticas, não apresenta efeitos teratogênicos (8, 9, 22), podendo ser empregado com segurança no tratamento de dor suave a moderada, em qualquer estágio da gestação (5). Sendo assim, é o analgésico mais indicado para pacientes grávidas, entre os disponíveis no mercado (13, 15, 22, 25, 26). Sobre os fármacos com finalidade analgésica, AMADEI *et al.* (2) e CANEPPELE *et al.* (5) afirmam, ainda, que a dipirona sódica é o analgésico de segunda escolha, tendo como desvantagem o risco de agranulocitose, o qual pode predispor a gestante a infecções.

Os corticosteroides, classificados na categoria C da FDA, são considerados mais seguros que os AINES para o tratamento de lesões inflamatórias orais, quando administrados topicamente (25). Em situações de necessidade de uso dessas drogas deve-se administrar, preferencialmente, prednisona ou prednisolona. Estes fármacos, pela sua dificuldade em atravessar a membrana placentária, têm menor risco de causar efeitos adversos ao feto, quando comparados aos demais corticoides. (21). De acordo com POLETTO *et al.* (22), em casos de procedimentos cirúrgicos ou endodônticos que não puderem ser adiados, é preferível empregar corticosteroides em vez de AINES, sendo sugerida por OLIVEIRA & GONÇALVES (21) a administração de dexametasona, em dose única de 4 mg.

Apesar de os corticosteroides serem considerados relativamente seguros para a gestante, é prudente investigar se a paciente se encontra com diabetes melito ou hipertensão arterial, que são efeitos adversos comuns nas situações de administração destes fármacos. Também é recomendável monitorar o feto, pesquisando possíveis sinais sugestivos de infecções e insuficiência adrenal (26).

### Antibióticos X Gestação

Para a prevenção e tratamento de infecções orais durante a gestação, os antibióticos de primeira escolha são as penicilinas (5, 25). Por apresentarem ação específica contra substâncias da parede celular das bactérias, não causam danos ao

organismo materno ou ao feto, sendo praticamente atóxicas (9, 21, 22). Dentre as mais indicadas, estão a amoxicilina e a ampicilina (categoria B). Outras opções, também da categoria B, são as cefalosporinas e macrolídeos mais comumente empregadas em pacientes alérgicos às penicilinas (5, 25, 26). A eritromicina na forma de estolato não deve ser administrada devido ao seu caráter hepatotóxico (8, 9, 15, 24).

É contraindicado o uso das tetraciclina (categoria D), uma vez que estes antibióticos atravessam com facilidade a membrana placentária, quelando-se ao cálcio dos tecidos dentários do feto durante a mineralização, causando malformações no esmalte e descoloração dentária (5, 8, 9, 22, 25). Estas drogas também podem ser depositadas no tecido ósseo do feto, provocando retardo no crescimento (8, 9, 22, 25). Além disso, durante as primeiras semanas do pós-parto, podem induzir anemia hemolítica ou icterícia no neonato (2).

Em casos de infecções mais graves, opta-se pela associação de penicilina ao metronidazol ou ao clavulanato de potássio, empregando-se a clindamicina (600 mg) em casos de pacientes alérgicas às penicilinas (21). No entanto, de acordo com CHAI & NGEOW (9) e AMADEI *et al.* (2), o metronidazol apresenta potencial teratogênico, não devendo ser administrado durante a gestação e lactação.

### Fluorterapia X Gestação

A indicação de suplementos fluorados surgiu na época onde se acreditava que o efeito anticariogênico do flúor era sistêmico, portanto, indispensável durante a odontogênese *in útero* (4). Porém, com os avanços dos estudos, hoje se sabe que o efeito sistêmico (aumento da concentração de flúor na cavidade bucal) estaria relacionado apenas com a melhora da saúde bucal da gestante pela prevenção da doença cárie e que este flúor não interfere na saúde dos dentes em formação no concepto (7, 16, 22, 25). Sabe-se que o flúor participa no processo de mineralização dos elementos dentários, aumentando a quantidade de fluorapatita (que é menos solúvel que a hidroxiapatita - componente do esmalte dental) na superfície do esmalte pós-erupcionado, e não durante a sua formação (10, 22).

A suplementação pré-natal é contraindicada principalmente por meio de complexos vitamínicos que contêm cálcio. Este reage com o flúor, diminuindo a absorção em 50% dos dois elementos. A diminuição da absorção de flúor não trás nenhuma consequência séria, mas a de cálcio sim, pois este é um elemento extremamente importante para a gestante e para o bebê (4, 10). Além disso, nenhum estudo da literatura tem comprovado que a eficácia da ingestão de flúor durante a gravidez diminua a incidência de cárie em dentes decíduos na sua prole.

Diante disso, por falta de evidências de efeito anticariogênico, organizações internacionais como a *American Dental Association* (ADA) e a *Food and Drug Administration* (FDA) defendem a proibição do emprego do flúor em medicamentos no pré-natal (4, 18). O mesmo acontece com entidades nacionais, de acordo com as “Recomendações so-

bre uso de produtos fluorados no âmbito do SUS/SP em função do risco de cárie dentária”, elaboradas pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, a prescrição de medicamentos fluoretados no período pré-natal não traz nenhum benefício que justifique sua indicação e o pós-natal tem indicação muito limitada (4).

Segundo os estudos de RAMALHO *et al.* (23) e MENOLI *et al.* (19), é grande o número de médicos ginecologistas-obstetras que prescrevem suplementos de flúor para suas pacientes, mesmo que esse procedimento não seja recomendado. Para reverter esse quadro, o cirurgião-dentista deve estar inserido na equipe de saúde da gestante para preparar a futura mãe para a prevenção da doença e não para acreditar em uma medicação desnecessária e irrelevante, visto que o efeito sistêmico é inalcançável (4, 7, 10).

### Exames Radiográficos x Gestação

Segundo o estudo de CAPUCHO *et al.* (6), 50% dos cirurgiões-dentistas apresentam dúvidas sobre a utilização de raios X em gestantes e não realizam radiografias nesta fase da vida da mulher. Isso se deve à falta de conhecimento e ao medo dos cirurgiões-dentistas de que ocorra alguma má formação congênita e que as mães as relacionem a radiografias dentárias (1, 11).

É de geral consenso que a utilização de radiografias deve ser evitada no primeiro trimestre de gestação, mas especificamente entre os dias 32 e 37, na 4ª e 5ª semanas de gestação, visto que a organogênese é um momento crítico (1, 22). Porém, se todas as medidas de precaução, tais como uso de avental plumbífero, regulação da dose e duração dos raios X forem realizadas, o exame radiográfico não precisa ser evitado ou postergado para após o parto, principalmente em casos de urgência (7, 11, 25).


A primeira medida para evitar problemas é uma anamnese bem elaborada sobre a vida sexual da paciente, já que poucas mulheres têm consciência da gravidez nas primeiras oito semanas de gestação (1, 14). Algumas outras medidas devem ser adotadas para evitar problemas de má formação como a utilização de filmes radiográficos ultrasensíveis, de preferência o filme E, que permite menor tempo de exposição. Além disso, o cirurgião-dentista tem obrigação de promover a proteção adequada evitando radiografias de rotina, proteger o abdômen com o avental de chumbo, evitar erro de técnica, evitar ângulos direcionados ao abdômen e evitar repetições de tomadas radiográficas (14, 22, 25).

A radiação emitida na realização de uma radiografia periapical é muito menor que a dose para causar manifestações congênitas, que é de 10 $\mu$ Sv, e menor que a radiação cósmica adquirida diariamente. Ainda deve ser levado em consideração que o feto só recebe 1/50000 da exposição direta na cabeça da mãe (1, 11, 14, 22, 25).

Diante desses fatos, nenhuma tomada radiográfica deve

deixar de ser realizada em pacientes gestantes se adotada todas as medidas de precaução, principalmente se esse exame complementar implicar em um diagnóstico e tratamento adequado, uma vez que se a patologia dentária não for tratada, poderá acarretar em problemas de saúde para a mãe e para o bebê (7, 11, 22).

### Conclusão

O conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre os trimestres na gravidez é importante para mensurar e poder prever possíveis problemas, possibilitando cuidados odontológicos na prescrição de medicamentos e exames radiográficos, induzindo a um tratamento seguro, eficaz e com menor risco de efeitos deletérios aos bebês. Com isso, o atendimento odontológico às gestantes deve ser preferencialmente realizado no 2º trimestre de gestação, mas em casos de urgência, qualquer época é aceitável, já que nenhuma necessidade deve ser negligenciada pelo medo de colocar em risco a saúde do bebê. O exame radiográfico, como um exame complementar, pode ser realizado se tomada todas as medidas de precaução, levando em consideração que a dose recebida pelo concepto em uma radiografia dentária é muito inferior aquela que pode causar más formações congênitas. A fluoroterapia na gestação pode ser realizada de forma tópica apenas para melhora da saúde bucal da gestante, já a suplementação de flúor através de complexos vitamínicos, principalmente os que contêm cálcio, não é recomendado, visto como pode interferir na absorção desse íon e que não tem ação comprovada cientificamente sob a diminuição de cárie nos filhos. Adicionalmente, verifica-se a necessidade de educação em saúde com mulheres gestantes como parte do tratamento odontológico para desmistificar crenças populares, possibilitando a inserção de novos hábitos que culminarão na promoção de saúde bucal da mulher e de seus filhos. 

## Referências Bibliográficas

1. ABBOTT, P. Are dental radiographs safe? *Aust. Dent. J.* 2000; 45 (3): 208-13.
2. AMADEI, S. U., CARMO, E. D., PEREIRA, A. C. et al. Prescrição medicamentosa no tratamento odontológico de grávidas e lactantes. *Rev. Gauch. Odontol.* 2011; 59: 31-7.
3. BASTIANI, C., COTA, A. L. D., PROVENZANO, M. G. A. et al. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. *Odontol. Clin. Cient.* 2011; 9 (2): 155-60.
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
5. CANEPELE, T. M. F., YAMAMOTO, E. C., SOUSA, A. C. et al. Conhecimento do cirurgião-dentista sobre o atendimento a pacientes especiais: hipertensos diabéticos e gestantes. *Rev. Odontologia.* 2011; 1: 31-41.
6. CAPUCHO, S. N., MARINO, A. S. S., CORTES, L. R. et al. Principais dúvidas dos cirurgiões-dentistas em relação à paciente gestante. *Rev. Biociênc.* 2003; 9 (3): 61-5.
7. CARDOSO, L. M. Atendimento odontológico da gestante na estratégia do programa saúde da família. Monografia. Corinto - MG: UFMG; 2010. 22p. Especialização.
8. CENGIZ, S. B. The pregnancy patient: consideration for dental management and drug use. *Quintessence int.* 2007; 38 (3): 133-42.
9. CHAI, W. L., NGEOW, W. C. Dental care for pregnant patients: a reappraisal. *Annals Dent. Univ. Malaya.* 1998; 5: 24-8.
10. CURY, J. A. Uso do Flúor e o Controle da Cárie como Doença. In: Baratieri, L. N. *Odontologia Restauradora - Fundamentos e Possibilidades.* São Paulo: Santos & Quintessence; 2001, p. 33-68.
11. DA CRUZ, G. A., BEDA, E. C. C., CASTILHO, J. C. M. et al. Radioproteção em gestantes. *Rev. da ABRO.* 2002; 3 (2): 59-61.
12. DA SILVA, S. R. C., ROSELL, F. L., JÚNIOR, A. V. Percepção das condições de saúde bucal por gestantes atendidas em uma unidade de saúde no município de Araraquara, São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2006; 6 (4): 405-10.
13. DELLINGER, T. M., LIVINGSTON, H. M. Pregnancy: Physiologic Changes and Considerations for Dental Patients. *Dent. Clin. North Am.* 2006; 50 (4): 677-97.
14. Dental radiographs: a diagnostic tool. *J. Am. Dent. Assoc.* 2006; 137 (10): 1472.
15. GIGLIO, J. A., LANNI, S. M., LASKIN, D. M. et al. Oral health care for the pregnant patient. *JADC.* 2009; 75 (1): 43-8.
16. GONÇALVES, L. S. T. Análise das condições bucais das gestantes no PSF Júlio Gamboa Padre Paraíso – MG. Monografia. Padre Paraíso – MG: UFMG; 2009; 26p. Especialização.
17. HAAS, D. A., PYNN, B. R., SANDS, T. D. Drug use for the pregnant or lactating patient. *Gen. Dent.* 2000; 48 (1): 54-60.
18. MAMELUQUE, S., SOUZA JÚNIOR, E. B. S., REZENDE J. C. et al. Abordagem integral no atendimento odontológico à gestante. *Unimontes Científica.* 2005; 7 (1): 67-75.
19. MENOLI, A. P. V., FROSSARD W. T. G. Perfil de Médicos Ginecologistas/Obstetras de Londrina com Relação à Saúde Oral da Gestante. *Semina cienc. biol. saude.* 1997; 18: 34-42.
20. MOIMAZ, S. A. S., ROCHA, N. B., SALIBA, O. et al. O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. *Rev. odontol. Univ. Cid. São Paulo.* 2007; 19 (1): 39-45.
21. OLIVEIRA J. F. M., GONÇALVES P. E. Verdades e mitos sobre o atendimento odontológico da paciente gestante. *Rev. Port. Estomatol. Cir. Maxilofac.* 2009; 50 (3): 165-71.
22. POLETTO, V. C., STONA, P., WEBER, J. B. B. et al. Atendimento odontológico em gestantes: uma revisão de literatura. *Stomatos.* 2008; 14 (26): 64-75.
23. RAMALHO, G. M., LOSSO, E. M. Avaliação de Prescrição de Suplementos de Flúor Pré-Natal em Curitiba e Região Metropolitana. *RBGO.* 2001; 23 (6): 391-5.
24. SILK, H. S., DOUGLASS, A. B., DOUGLASS, J. M. et al. Oral health during pregnancy. *Am. fam. physician.* 2008; 11 (8): 1139-44.
25. SILVA, F. W. G. P., STUANI, A. S., QUEIROZ, A. L. Atendimento odontológico a gestante – parte 2: A consulta. *R. Fac. Odontol. Porto Alegre.* 2006; 47 (3): 5-9.
26. SURESH, L., RADFAR, L. Medical management update. Pregnancy and lactation. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 2004; 97 (6): 672-81.
27. VIEIRA, G. F., ZOCRATTO, K. B. F. Percepção das gestantes quanto a sua saúde bucal. *RFO.* 2007; 12 (2): 27-31.

Recebido em: 24/04/2012 / Aprovado em: 22/05/2012

Rodrigo Gadelha Vasconcelos

Avenida Praia dos Búzios, 9067

Ponta Negra Natal-RN, Brasil - CEP: 59092-200

E-mail: rodrigogadelhavasconcelos@yahoo.com.br