

SAÚDE E SEGURANÇA DA GESTANTE, EMBRIÃO OU FETO FRENTE AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

HEALTH AND SAFETY OF PREGNANT WOMEN, EMBRYO OR FETUS IN THE FACE OF DENTAL TREATMENT

Márcio Cleber Dantas*
Raphael Rodrigues dos Santos**
Denyse Salvino Pereira***

RESUMO

O atendimento Odontológico em pacientes gestantes é um assunto bastante discutível, 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 care in pregnant patients is a very debatable issue, since they are patients who constitute a temporary risk group, due to adverse conditions created by physical, psychological and hormonal changes. This article aims to provide clarifications and recommendations on drug prescriptions and radiographic examinations related to dental care for pregnant women, aiming to establish an adequate treatment plan and a safe and effective care. A literature review was conducted through the search for articles in PubMed/Medline, Lilacs and Scielo. The literature shows that dental care to pregnant women should be performed, preferably in the second trimester, and there is a need for health education for pregnant women, enabling the insertion of new habits that will culminate in oral health promotion.

Keywords: Pregnant women; prescriptions, dental care.

* Rede de Ensino Doctum – Unidade Teófilo Otoni - e-mail: aluno.marcio.dantas@doctum.edu.br –
Graduando em Odontologia

** Rede de Ensino Doctum – Unidade Teófilo Otoni - e-mail: aluno.rafael.rodrigues@doctum.edu.br
Graduando Odontologia

*** Rede de Ensino Doctum – Unidade Teófilo Otoni - e-mail: prof.denyse.pereira@doctum.edu.br
Cirurgiã-dentista mestre em implantodontia

1 Introdução

A gestação é um período de ampla atenção à saúde da mãe e filho. Nesta etapa o acompanhamento da saúde deve ser realizado afim de propiciar uma gestação saudável e segura (DIAS et al., 2022).

As gestantes apresentam alterações biológicas, físicas e hormonais que permite classificá-las em pacientes que requerem atenção especial. Além disso, apresentam alterações que as predispõem à doenças bucais (VITALE, 2016).

O Ministério da Saúde vem induzindo a realização do pré-natal odontológico como medida para a qualificação do pré-natal realizado na atenção primária, a partir de iniciativas como a inclusão de um indicador de cobertura de consulta odontológica durante o pré-natal, e a proposição de um programa de pré-natal odontológico, constituído por um conjunto de medidas que viabilizam e apoiam a oferta do cuidado pelos Municípios (CORREA, 2021).

O atendimento odontológico é um assunto bastante discutível, 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 (DIAS et al.,2022).

BASTIANI et al. (2003) certificaram 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. (2003) concluíram em seu estudo que 100% dos dentistas tinham algum tipo de dúvida sobre o atendimento odontológico em pacientes gestantes.

A paciente gestante apresenta situações especiais de tratamento para o cirurgião-dentista. O profissional não só é responsável pelo atendimento eficaz e seguro à gestante, mas também deve preocupar-se com a segurança do feto, de modo que profissional e paciente sintam-se tranquilos com qualquer tratamento proposto (RIOS et al., 2016).

2 Metodologia

Trata-se de uma revisão de literatura, foram selecionados vários artigos publicados sobre os cuidados quanto aos tratamentos odontológicos durante a gestação.

Esse estudo traz uma revisão da literatura atual elaborada por meio de uma coletânea de artigos científicos pertinentes ao tema. O levantamento bibliográfico foi realizado na base de dados online Pubmed/Medline, Lilacs, Scielo e Google Acadêmico.

Foram utilizados somente artigos que apresentassem o texto completo disponível.

3 Resultados

Os resultados obtidos por meio da chave de busca utilizada foram publicações relacionadas ao efeito do tratamento periodontal em desfechos adversos na gestação, parto ou perinatais. Um estudo avaliou o efeito das restaurações de amálgama na mortalidade perinatal. Os demais estudos avaliaram a realização de diversas intervenções odontológicas durante a gestação (restauração, extração, radiografia, tratamento de ATM) agrupando-as como variável de exposição.

4 Referencial Teórico

Os impactos que as mudanças fisiológicas causam na saúde bucal de gestantes são bem documentados na literatura, destacando-se o aumento dos níveis de inflamação periodontais em decorrência de níveis hormonais elevados (PIRIE et al., 2007).

Essas mudanças também incluem ganho de peso, hipotensão posicional quando deitadas, necessidade de urinar com maior frequência, diminuição da capacidade respiratória, entre outros (CDA, 2010).

Durante o procedimento a posição principal da cadeira do paciente deve ser semi-reclinada, bem tolerada, com qualquer mudança de posição a cada 5 minutos. A posição supina não é absolutamente recomendada, pois promove a compressão da artéria aorta e da veia cava pelo útero, causando uma síndrome de hipotensão (VITALE et al., 2016)

Da mesma forma, a gestação pode levar a mudanças comportamentais na mulher, com alterações na dieta e hábitos de saúde bucal, o que também pode impactar nas condições de saúde bucal de gestantes (STEINBERG et al., 2013).

O uso de serviços odontológicos poderia auxiliar na prevenção de problemas bucais para a mãe, além do acesso oportuno ao diagnóstico e tratamento de agravos de saúde bucal. Ademais, o contato da gestante com esse tipo de cuidado durante o pré-natal, poderia trazer ainda benefícios quanto à prevenção de agravos bucais nas crianças. Entretanto, o uso de serviços odontológicos por gestantes é muito baixo,

correspondendo em 2019, no Brasil, a menos de 17% das gestantes acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde. Mesmo em países desenvolvidos este panorama persiste, sendo que a busca por atendimento se dá normalmente devido a problemas agudos (DINAS et al., 2007)

O baixo uso de serviços odontológicos por gestantes pode ser atribuído a barreiras existentes, tanto por parte das gestantes, que temem por problemas com a saúde do feto decorrentes do atendimento, como por parte dos profissionais, os quais não se sentem muitas vezes seguros sobre quais procedimentos/medicamentos são seguros e quais os melhores períodos da gestação para adotá-los (BAHRAMIAN et al., 2018).

4.1 Prescrição Medicamentosa em Pacientes Gestantes

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 (CAPUCHO et al., 2003).

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 (SILVA et al., 2006).

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 (AMADEI et al., 2011).

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 durante o primeiro trimestre. Sem evidência de risco em trimestres posteriores. Possibilidade de dano fetal remota.

B) estudos em animais não indicam risco para o feto, mas ainda sem estudos confiáveis com mulheres grávidas; Prescrição com cautela.

C) estudos em animais mostraram efeitos adversos para o feto, mas não existem estudos em humanos; utilização somente quando o benefício superar o risco.

D) evidências positivas de risco fetal humano, mas cujos benefícios podem justificar o uso; Prescrição de alto risco.

X) Evidências positivas de anormalidades fetais, com contra-indicações tanto em mulheres grávidas quanto nas que querem engravidar, pois os riscos superam os benefícios. Contraindicados em mulheres gestantes.

Tendo como base esta classificação, os fármacos inclusos nas categorias A e B podem ser seguramente prescritos à gestante, devendo aqueles das categorias C e D serem prescritos apenas em casos estritamente necessários. Os fármacos classificados na categoria X, por sua vez, não devem ser utilizados em nenhuma hipótese (SILVA et al., 2006).

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 (ELIAS et al., 2018).

4.1.1 Anestésicos Locais X Gestação

A maioria é classificada pela FDA na categoria B, com exceção da mepivacaína e bupivacaína (categoria C) Embora tenham a capacidade de atravessar a barreira placentária, não estão relacionados a efeitos teratogênicos (CHAI et al., 1998).

Os anestésicos locais apresentam plena segurança de uso durante todo o período de gestação, não havendo contra-indicações do seu uso (CAPUCHO et al., 2003).

Na administração dos anestésicos locais, deve-se adotar como cuidado a injeção lenta da solução com aspiração prévia, para evitar injeção intravascular. Além disso, deve-se utilizar no máximo dois tubetes (3,6 ml) de anestésico por sessão de atendimento empregando a técnica anestésica adequadamente, de modo a evitar necessidade de repetições (ANDRADE, 2014).

A solução anestésica mais empregada é a lidocaína a 2% com epinefrina na concentração de 1:100.000 (POLETTTO et al, 2008). A presença do vasoconstritor na solução anestésica é essencial e também não apresenta contra-indicações, tendo como vantagens o aumento da concentração local dos anestésicos (reduzindo a

toxicidade sistêmica), a ação hemostática e o prolongamento do seu efeito farmacológico.

MEDICAMENTO	CATEGORIA DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
ANESTÉSICOS LOCAIS		
Cloridrato de lidocaína + adrenalina	Lidocaína – B Adrenalina – sem informação (FDA) / A (AU/TGA) ^{2*}	Uso permitido (1ª escolha)
Cloridrato de prilocaína + felipressina	Prilocaína – B Felipressina – C3*	Uso cautelar
Cloridrato de mepivacaína + adrenalina	Mepivacaína – C3* Adrenalina – sem informação (FDA) / A (AU/TGA) ^{2*}	Uso cautelar
Cloridrato de bupivacaína + adrenalina	Bupivacaína – C3* Adrenalina – sem informação (FDA) / A (AU/TGA) ^{2*}	Uso cautelar
Cloridrato de articaína + adrenalina	Articaína – C1 Adrenalina – sem informação (FDA) / A (AU/TGA) ^{2*}	Uso cautelar

Tabela 1. Principais medicamentos de uso indicado em Odontologia, segundo categoria de risco na gravidez, de acordo com o FDA

1* Todos os AINEs, incluindo os inibidores seletivos de COX-2

2* Categorização de risco de acordo com a TGA (Therapeutic Goods Administration- Austrália)

3* Ausência de estudos controlados em animais e humanos

Fonte: CORREA 2021

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. 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 (VASCONCELOS et al., 2012).

Em relação ao uso dos anestésicos locais odontológicos é importante ressaltar que sua administração é realizada em tecido extravascular, em baixas concentrações (2% ou 3%) e volumes pequenos (1 tubete anestésico contém 1,8mL). Em geral, um a dois tubetes são suficientes para a conclusão dos procedimentos odontológicos realizados na atenção básica. A adição do vasoconstritor em baixas concentrações à solução anestésica, por exemplo, a adrenalina 1:100.000 (correspondente a 0,005mg/mL) aumenta a duração e a potência da anestesia odontológica, além de promover maior segurança, por meio do retardamento da sua absorção para a corrente circulatória, diminuindo portanto a transferência materno-fetal do anestésico (LEE; SHIN, 2017).

Um estudo longitudinal realizado entre 1999 e 2005 pelo Israeli Teratology Information Services não encontrou diferenças entre a prevalência de abortamentos e malformações em 210 gestantes expostas a anestesia odontológica comparadas a 794 gestantes não expostas (HAGAI et al., 2015).

4.1.2 Analgésicos e Anti-inflamatórios X Gestação

CHAI et al., (1998) 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

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, inércia uterina (contração insuficiente do útero durante ou após o parto) e fechamento prematuro dos canais arteriais do feto (POLETTTO et al., 2008).

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 (SILVA et al., 2006).

MEDICAMENTO	CATEGORIA DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
ANALGÉSICOS NÃO OPIOIDES		
Dipirona	Sem informação	Não usar na gravidez
Paracetamol	B	Uso seguro na gravidez
ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDAIIS		
Ibuprofeno	B (1o . e 2o . trimestre) D (3º. Trimestre)	Não usar após 20 ^a semana (risco de fechamento precoce do duto arterioso)
Naproxeno	B (1o . e 2o . trimestre), D (3º. Trimestre)	Não usar após 20 ^a semana (risco de fechamento precoce do duto arterioso)
ANALGÉSICOS OPIOIDES		
Codeína	C	Risco fetal não pode ser excluído. Utilizar somente quando o benefício superar o risco

Tabela 2. Principais medicamentos de uso indicado em Odontologia, segundo categoria de risco na gravidez, de acordo com o FDA

Fonte: CORREA 2021

O paracetamol é um analgésico (categoria B) que, quando empregado em doses terapêuticas, não apresenta efeitos teratogênicos (POLETTTO et al., 2008), podendo ser empregado com segurança no tratamento de dor suave a moderada, em qualquer estágio da gestação. Sendo assim, é o analgésico mais indicado para pacientes grávidas, entre os disponíveis no mercado.

Sobre os fármacos com finalidade analgésica, AMADEI *et al.* (2011) afirmaram, 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. 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. De acordo com POLETTO *et al.* (2008), em casos de procedimentos cirúrgicos ou endodônticos que não puderem ser adiados, é preferível empregar corticosteroides em vez de AINES, sendo sugerida a administração de dexametasona, em dose única de 4 mg.

4.1.3 Antibióticos X Gestação

MEDICAMENTO	CATEGORIA DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
ANTIBIÓTICOS		
Amoxicilina	B	Uso permitido
Amoxicilina + clavulanato de potássio	B	Uso permitido
Azitromicina	B	Uso permitido
Cefalexina	B	Uso permitido
Clindamicina	B	Uso permitido
Fenoximetilpenicilina	B	Uso permitido
Metronidazol	B	Uso permitido somente após 2º. trimestre.
Tetraciclina	D	Contraindicado na gravidez. Risco de manchamento dentário, efeitos sobre o crescimento de ossos longos

Tabela 3. Principais medicamentos de uso indicado em Odontologia, segundo categoria de risco na gravidez, de acordo com o FDA

Fonte: CORREA 2021

Para a prevenção e tratamento de infecções orais durante a gestação, os antibióticos de primeira escolha são as penicilinas. Por apresentarem ação específica contra substâncias da parede celular das bactérias, não causam danos ao organismo materno ou ao feto, sendo praticamente atóxicas. 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 (SILVA et al., 2006).

A eritromicina na forma de estolato não deve ser administrada devido ao seu caráter hepatotóxico (CHAI et al., 1998).

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. Estas drogas também podem ser depositadas no tecido ósseo do feto, provocando retardo no crescimento. Além disso, durante as primeiras semanas do pós-parto, podem induzir anemia hemolítica ou icterícia no neonato (SILVA et al., 2006).

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. No entanto, o metronidazol apresenta potencial teratogênico, não devendo ser administrado durante a gestação e lactação (CHAI et al., 2011).

4.2 Exames Radiográficos x Gestação

Existe uma insegurança para a maioria das gestantes e alguns profissionais, acerca da realização de radiografias dentárias em mulheres grávidas (CAPUCHO et al. 2003).

Em geral, acredita-se que a radiografia deve ser evitada no primeiro trimestre de gestação, principalmente entre a 4ª e 5ª semanas de gestação, devido a organogênese ser um momento crítico. Porém, se todas as medidas preventivas forem adequadamente adotadas, como uso de avental plumbífero com chumbo e ajuste de dose e duração dos raios-X, não há necessidade de evitar ou adiar os exames radiológicos para o pós-parto, principalmente em situações de urgência odontológica (Andrade, 2014).

Os profissionais devem realizar uma anamnese e exame clínico detalhado para evitar ao máximo o erro de técnica, a fim de reduzir as repetições e exposições desnecessárias aos raios-X. Ademais, os profissionais podem lançar mão de filmes/sensores ultrasensíveis, reduzindo o tempo de exposição das pacientes aos raios (ELIAS et al., 2018).

A radiação emitida na realização de uma radiografia periapical é muito menor que a dose para causar manifestações congênitas, que é de $10\mu\text{Sv}$, 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 (ABBOTT, 2000).

Segundo o estudo de CAPUCHO *et al.* (2003), 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 às relacionem a radiografias dentárias.

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 (POLETTTO *et al.*, 2008).

Porém, se todas as medidas de precaução, tais como uso de avental de chumbo, 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 (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

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. 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 (DIAS *et al.*, 2022).

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 (POLETTTO *et al.*, 2008).

4.3 Doença Periodontal

Em relação aos estudos que avaliaram o efeito do tratamento periodontal em desfechos adversos na gestação ou no parto, destaca-se que a hipótese testada nos

estudos é de efeito protetor deste tratamento para os desfechos indesejados. Para síntese dos resultados de ensaios clínicos que avaliaram o efeito do tratamento periodontal nos desfechos adversos na gestação e perinatais foi utilizado os resultados de revisão sistemática com metanálise (IHEOZOR-EJIOFOR et al., 2017).

Há evidências de baixa qualidade de que o tratamento periodontal pode reduzir o risco de baixo peso ao nascer < 2500 g. Não foi observada diferença clara no nascimento prematuro < 37 semanas entre o grupo que recebeu tratamento periodontal e o grupo que não recebeu tratamento. Da mesma forma, não foi observada diferença entre realizar tratamento periodontal em comparação ao grupo controle para os desfechos nascimento prematuro (IHEOZOR-EJIOFOR et al., 2017).

Desta forma considerando o período gestacional, há recomendação de atendimento à gestante em qualquer trimestre gestacional e realização dos procedimentos odontológicos curativos (tratamentos periodontais e não periodontais) durante toda a gestação, pontuando a necessidade de considerar o incômodo e desconforto das gestantes em estágios mais avançados da gestação, bem como a presença de comorbidades que necessitem de avaliação criteriosa do cirurgião-dentista e da equipe de saúde (CORREA, 2021).

5 Discussão

Muitos cirurgiões dentistas demonstram insegurança quanto ao atendimento as gestantes. Entretanto, a falta de informação sobre a saúde bucal dessas pacientes provoca muito medo e ansiedade na população e nesses profissionais de saúde. Sendo assim, a principal barreira está relacionada aos procedimentos e medicamentos utilizados durante o tratamento, como: exposição a raios X, anestesia e extrações dentárias, que podem causar alterações no desenvolvimento do bebê (CAPUCHO et al, 2003; ROCHA et al., 2018).

Todavia, estudos mostram que não é necessário evitar exame radiográfico no período gestacional, pois a radiação que a mãe é exposta para a tomada radiográfica periapical é muito menor que a dose necessária para causar malformações congênitas (ELIAS et al., 2018). Dessa forma, se todas as medidas de precaução, tais como: uso de avental de chumbo, técnica de exposição rápida, filtração, colimação, além de não cometer erros técnicos, o exame radiográfico não precisa ser evitado ou postergado para após o parto, principalmente em casos de urgência (ANDRADE, 2014).

Quanto ao uso de anestésicos locais o mais indicado em gestantes são os que contém vasoconstritor em sua composição, como, a lidocaína 2% com epinefrina na concentração de 1:100.000, pois estes não apresentam contraindicação e retardam absorção de sal anestésico para a corrente sanguínea, aumentando o tempo de duração da anestesia e reduzindo o risco de toxicidade à mãe ao feto (Andrade, 2014; CORREA 2021). Contudo não devem ser administradas a benzocaina (presentes em anestésicos tópicos) e a prilocaína, uma vez que esses fármacos diminuem a circulação placentária e apresentam metemoglobinemia e hipóxia fetal (VASCONCELOS et al., 2012).

CORREA (2021) complementa que não há estudos de segurança em gestantes com os demais anestésicos, na forma de apresentação para uso odontológico, como a prilocaína, mepivacaína, bupivacaína e articaína. Os painelistas entendem que não há situações que justifiquem o uso de bupivacaína em função da sua longa duração e da articaína, que apresenta alta lipossolubilidade.

Vale ressaltar que todo tratamento odontológico essencial pode ser realizado durante a gravidez, incluindo exodontias não complicadas, tratamento periodontal básico, restaurações dentárias, tratamento endodôntico e colocação de próteses (ANDRADE, 2014). Não obstante, apesar de não existirem meses proibitivos para esse atendimento, dá-se preferência para o segundo trimestre de gestação. Por uma questão de bom senso, cirurgias e reabilitações extensas não urgentes devem ser postergadas para depois do parto, evitando-se o desconforto de tempos prolongados na cadeira odontológica (ELIAS et al., 2018).

E, por fim, com o intuito de controlar a dor, edema, infecção pós-operatório, caso seja necessário, o analgésico mais indicado para gestantes é o paracetamol 500-750 mg a cada 6 horas respeitando o limite máximo de três doses diárias, por tempo restrito (Navarro et al., 2008).

Como segunda escolha é receitada a dipirona sódica, porém, tem como desvantagem o risco de agranulocitose (VASCONCELOS et al., 2012). Porém, CORREA (2021) afirmou que o único analgésico não opioide seguro para utilização na gravidez é o paracetamol.

Além disso, os analgésicos opioides (tramadol, codeína) devem ser evitados, pois sua administração em altas doses ou uso prolongado está associado a anomalias congênitas e depressão respiratórias (ANDRADE, 2014; CORREA, 2021). Nesse contexto, o emprego de anti-inflamatório e ácido acetilsalicílico (AAS) deve ser feito

com extremo cuidado durante a gravidez, devido a tendência de causarem hemorragias na mãe e no feto, fechamento prematuro do ducto arterial do feto, além das alterações na circulação pulmonar e redução do fluxo sanguíneo renal (VASCONCELOS et al., 2012).

No caso de infecções bacterianas a descontaminação do local deve ser complementada pelo uso sistêmico de antibióticos, nesses casos dá-se preferência as penicilinas, uma vez que não causa danos ao organismo materno e ao feto. Porém, em caso de alergia opta-se pela eritromicina e nas infecções em fases recomenda-se o uso de penicilina associada a metronidazol (ANDRADE, 2014). Já a tetraciclina é contraindicada as gestantes, pois esses antibióticos atravessam com facilidade a membrana placentária, quedando-se ao cálcio dos tecidos dentários do feto durante a mineralização, causando malformação no esmalte e descoloração dentaria (VASCONCELOS et al., 2012).

Diante do exposto, faz-se necessário que os cirurgiões-dentistas tenham conhecimento das condutas a serem seguidas no tratamento às gestantes, além disso, os profissionais de saúde devem saber orientar essas mulheres sobre a importância do acompanhamento odontológico durante o pré-natal (LEE; SHIN, 2017).

Considerando o tipo de intervenção a ser realizada durante a gestação, avaliação cuidadosa do cirurgião-dentista deve ser feita levando em conta particularidades dos tratamentos (dor, conforto na consulta, sobreposição de condições médicas), sempre avaliando a necessidade e oportunidade de realizar o procedimento, bem como benefícios potenciais da intervenção. Intervenções odontológicas podem ser realizadas em todos os trimestres. Destaca-se que emergências devem ser tratadas a qualquer momento. Embora não haja evidência de restrição ao atendimento odontológico durante a gestação, o aspecto mais importante a ser considerado para realização de procedimentos não emergenciais é como a gestante se sente em relação às intervenções, considerando seu bem-estar geral, conforto físico e psicológico. Nesse contexto, vários profissionais destacam o segundo trimestre como sendo geralmente o mais oportuno (CORREA 2021).

Fármacos como anti-inflamatórios não esteroidais (incluindo os inibidores seletivos de COX-2), dipirona e tetraciclina são considerados não seguros para utilização durante a gravidez e não devem ser prescritos pelo cirurgião-dentista (CORREA, 2021).

Em relação ao uso dos anestésicos locais odontológicos é importante ressaltar que a técnica utilizada deve oferecer segurança e sempre observar o refluxo para garantir a injeção extravascular. Além disso, deve-se observar a quantidade de tubetes administrados, e a utilização do vaso constritor é recomendada para promover maior segurança, por meio do retardamento da sua absorção para a corrente circulatória (SILVA et al., 2006; LEE; SHIN, 2017).

6 Considerações Finais

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 a que pode causar más formações congênitas.

Para pacientes gestantes, os tratamentos odontológicos da atenção primária devem ser realizados, não limitados à tipo ou período gestacional, ficando a cargo do cirurgião dentista a avaliação cuidadosa da relação risco-benefício, respeitando a individualidade de cada caso e a opinião da gestante. Ainda, recomendamos a necessidade de realização do periograma na consulta pré-natal odontológica, visando o diagnóstico de doença periodontal para a identificação de um fator de risco para desfechos gestacionais adversos.

Através dessa pesquisa pode-se concluir que, os profissionais de saúde devem saber orientar e descartar mitos/crenças adquiridos ao longo do tempo quanto ao atendimento a gestante. Pois qualquer procedimento destinado a elas deve ser avaliado o risco/benefício, uma vez que, em casos de urgência ou focos infecciosos na cavidade bucal, nenhum procedimento é totalmente contraindicado, seguindo os protocolos adequados, mesmo sabendo que o período mais propício é no segundo

trimestre. Visto que, um foco infeccioso não tratado é mais susceptível a danos à mãe e ao feto que o processo cirúrgico “invasivo” em si.

Referências

ABBOTT, P. Are dental radiographs safe? *Aust. Dent. J.* 2000; 45 (3): 208-13.

ADA - American Dental Association. Oral Health Conditions During Pregnancy. *Oral Health Topics*, 2019. Disponível em: < <https://www.ada.org/en/member-center/oralhealth-topics/pregnancy> >. Acesso em: 01/04/2021.

AMADEI, S.U., CARMO, E. D., PEREIRA, A. C. *et al.* Prescrição medicamentosa no tratamento odontológico de grávidas. *Rev. Gauch Odontol.* 2011; 59: 31-7.

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.

BAHRAMIAN, H. *et al.* Qualitative exploration of barriers and facilitators of dental service utilization of pregnant women: A triangulation approach. *BMC Pregnancy Childbirth*, v. 18, n. 1, p. 153, May 10 2018.

BOOKSTAVER, P. B. *et al.* A Review of Antibiotic Use in Pregnancy. *Pharmacotherapy*, v. 35, n. 11, p. 1052-62, Nov 2015.

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.

CDA - California Dental Association. Oral health during pregnancy and early childhood: evidence-based guidelines for health professionals. *J Calif Dent Assoc*, v. 38, n. 6, p. 391-403, 405-40, Jun 2010

CHAI, W. L., NGEOW, W. C. Dental care for pregnant patients: a reappraisal. *Annals Dent. Univ. Malaya.* 1998; 5: 24-8.

CO - Committee Opinion No. 711: Opioid Use and Opioid Use Disorder in Pregnancy. *Obstet Gynecol*, v. 130, n. 2, p. e81-e94, Aug 2017.

CORREA, M. B., *et al.* Diretrizes para a prática clínica na atenção primária Tratamento Odontológico em Gestantes. 51 f, 2021. Disponível em: < https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20210615_N_DiretrizesPainelGestantesConsultaPublicaFinalcompressed_7466019242359489608.pdf > 2021.

DINAS, K. et al. Pregnancy and oral health: utilisation of dental services during pregnancy in northern Greece. *Acta Obstet Gynecol Scand*, v. 86, n. 8, p. 938-44, 2007.

FDA, Food and Drug Administration. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs): Drug Safety Communication - Avoid Use of NSAIDs in Pregnancy at 20 Weeks or Later. USA 2020.

HAGAI, A. et al. Pregnancy outcome after in utero exposure to local anesthetics as part of dental treatment: A prospective comparative cohort study. *J Am Dent Assoc*, v. 146, n. 8, p. 572-580, Aug 2015.

IHEOZOR-EJIOFOR, Z. et al. Treating periodontal disease for preventing adverse birth outcomes in pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev*, v. 6, n. 6, p. Cd005297, Jun 12 2017.

LEE, J. M.; SHIN, T. J. Use of local anesthetics for dental treatment during pregnancy; safety for parturient. *J Dent Anesth Pain Med*, v. 17, n. 2, p. 81-90, Jun 2017.

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.

PIRIE, M. et al. Dental manifestations of pregnancy. *The Obstetrician & Gynaecologist*, v. 9, p. 21-26, 01/24 2007.

POLETTI, V. C., STONA, P., WEBER, J. B. B. *et al.* Atendimento odontológico em gestantes: uma revisão de literatura. *Stomatos.* 2008; 14 (26): 64-75.

RIOS, D., HONÓRIO, H. M., SANTOS, C. F. *et al.* Atendimento odontológico para gestantes. *Rev. ABO Nac.* 2006; 14 (4): 285-9.

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.

STEINBERG, B. J. et al. Oral health and dental care during pregnancy. *Dent Clin North Am*, v. 57, n. 2, p. 195-210, Apr 2013.

ANDRADE, E. D. 2014. *Terapêutica medicamentosa em odontologia (3a ed.)*. São Paulo, SP: Artes Médicas.

ELIAS, R. C. F., NOGUEIRA, P. M., VASCONCELOS, M., & ZINA, L. G. 2018. Tratamento odontológico durante a gestação: conhecimentos e percepções de estudantes de odontologia. *Revista da Abeno*, 18, 114-126.

VASCONCELOS, R. G., VASCONCELOS, M. G; MAFRA, R. P., JÚNIOR, L. C. A., QUEIROZ, L. M. G., & BARBOZA, C. A. G. 2012. Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. *Revista Brasileira de Odontologia*, 69, 120-124.

VITALE, S. G., PRIVITERA, S., GULINO, F. A., RAPISARDA, A. M. C., VALENTI, G., ROSSETTI, D., ZIGARELLI, M., CIANCI, A. 2016. Dental management in pregnancy: recent trends. *Clinical and experimental obstetrics & gynecology*, 43, 638-642

DIAS, D. J., Samara, & Andrade. Y. 2022. Atendimento odontológico em gestantes. *Pubsaúde*, 9, a326. DOI: <https://dx.doi.org/10.31533/pubsaude9.a326>