

**MANEJO CLÍNICO E TERAPÊUTICO DA PACIENTE GESTANTE
NA ODONTOLOGIA. REVISÃO DE LITERATURA**

*Clinical and Therapeutic Management of a Pregnant Patient in Dentistry.
Literature Review*

Karen Müller Ramalho¹

Maria Stella Moreira¹

Carlos Alberto Adde²

Isabel Peixoto Tortamano²

José Leonardo Simone²

Anna Carolina Ratto Tempestini Horliana³

Rodney Garcia Rocha⁴

¹Professor - Mestrado em Biodontologia, Faculdade de Odontologia da Universidade Ibirapuera (UNIB)

²Professor, Departamento de Estomatologia, Disciplina de Clínica Integrada, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP).

³Professor – Departamento da Saúde, Faculdade de Odontologia da Universidade Nove de Julho (UNINOVE)

⁴Professor Titular, Departamento de Estomatologia, Disciplina de Clínica Integrada, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP).

Autor para correspondência

Karen Müller Ramalho

Pós Graduação - Faculdade de Odontologia

Universidade Ibirapuera

Avenida Interlagos, 1329 – São Paulo, SP, Brasil (04661-100)

karenramalho@hotmail.com

Artigos Científicos

RESUMO

O período gestacional é caracterizado por um conjunto de alterações físicas, fisiológicas e psicológicas na mulher. Dessa forma o atendimento odontológico da paciente gestante representa uma situação especial para o cirurgião dentista, tanto no manejo clínico como terapêutico. O presente artigo de revisão tem por objetivo descrever as principais recomendações relacionadas ao atendimento odontológico de pacientes gestantes e a revisão de recentes protocolos terapêuticos descritos na literatura. As alterações relacionadas a cada fase da gestação, os achados odontológicos, a indicação de tratamentos odontológicos, os cuidados durante o tratamento odontológico, a prescrição de medicamentos e indicação da realização de radiografias serão abordados. O conhecimento das recomendações referentes ao manejo clínico e terapêutico é essencial para o tratamento odontológico da gestante com máxima segurança tanto para a gestante quanto para o feto.

Descritores: Atendimento Odontológico, Paciente Gestante, Terapêutica Medicamentosa

ABSTRACT

The gestational period is characterized by the combination of physical, physiological and psychological changes in women. Thus, dental care of pregnant patients presents a special situation for the dentist, both in clinical and therapeutic management. The present review aims to describe the main recommendations related to dental care of pregnant patients and a review of recent therapeutic protocols described in the literature. Related to each stage of pregnancy the dental findings, the indication for dental care, prescription of drugs and radiographs indication will be addressed. Knowledge of recommendations regarding the clinical and therapeutic management is essential for the dental treatment of pregnant patients with maximum safety for both the mother and for the fetus.

Descriptors: Dental Treatment, Pregnant Patient, Drug Therapy

Artigos Científicos

INTRODUÇÃO

A gestação é um período caracterizado por diversas mudanças físicas, fisiológicas e psicológicas na mulher (1-6). Dessa forma o atendimento odontológico da paciente gestante representa uma situação especial para o cirurgião dentista, tanto no manejo clínico como terapêutico (1-7). O atendimento odontológico da gestante ainda é um assunto bastante controverso, principalmente em função dos mitos que existem acerca do tratamento(4, 8). No Brasil, Scavuzzie colaboradores (1998) observaram que 32.6% das gestantes na população estudada não buscavam atendimento odontológico por medo de que os procedimentos realizados pelo cirurgião-dentista causassem algum dano ao desenvolvimento do feto. Outros estudos mais recentes mostraram que nos EUA 50% das mulheres grávidas não procuram atendimento odontológico, mesmo quando percebem a necessidade do mesmo (9, 10). Para um seguro tratamento odontológico nas gestantes o cirurgião dentista deve conhecer as alterações sistêmicas da paciente gestante, bem como os principais cuidados no atendimento, a fim de instituir um plano de tratamento adequado (3, 6).

O presente artigo de revisão tem por objetivo descrever tais alterações e a revisão de recentes protocolos terapêuticos descritos na literatura.

Alterações Físicas, Fisiológicas e Psicológicas na Gestante:

As alterações físicas mais comuns encontradas são: alargamento dos quadris, aumento da parte inferior do abdome, aumento de volume dos seios, aumento da pressão sobre a bexiga, entre outros. A pressão do feto sobre os vasos sanguíneos abdominais pode levar a diminuição do retorno venoso, produzindo edema nos membros inferiores, o que pode ser acentuado com a paciente na posição supina, importante fator a ser considerado durante o atendimento odontológico (3-5). Comumente o aumento na frequência respiratória, em virtude do aumento no consumo de oxigênio e o aumento da frequência cardíaca a partir da 14^a até a 30^a semana de gestação são achados clínicos importantes (3-5). Até a 30^a semana a pressão sanguínea arterial se mantém estável, após esse período a pressão arterial diastólica pode diminuir e a sistólica aumentar discretamente(3-5). Outras alterações fisiológicas como: retardo do esvaziamento gástrico, diminuição da

Artigos Científicos

motilidade intestinal, diminuição relativa de proteínas plasmáticas, alteração do metabolismo hepático, aumento da diurese também devem ser conhecidos. Tais alterações fisiológicas poderão modificar a farmacocinética de medicamentos interferindo na absorção, distribuição e eliminação de fármacos, podendo condicionar a ajustes do esquema de administração (doses e intervalos) (3-5). Alterações hormonais também são notáveis. Na mulher grávida, devido ao aumento no metabolismo dos carboidratos, as exigências de insulina se encontram aumentadas, sendo relativamente comum a gestante apresentar diabetes mellitus gestacional, geralmente subclínica e assintomática. A hipoglicemia também é associada à gravidez, devido à exigência aumentada de carboidrato pelo feto, o que pode levar a diminuição dos níveis de glicose na circulação sanguínea da mãe. Os enjoos matutinos são decorrentes da elevação de gonadotrofina coriônica e hipoglicemia (3-5). Na fase gestacional a mãe já apresenta o instinto de proteção ao filho e muitas vezes com medo dos riscos que o tratamento odontológico pode trazer ao desenvolvimento do feto, uma grande porcentagem de mulheres gestantes

deixam de procurar o tratamento odontológico. O cirurgião-dentista deve sempre orientar suas pacientes em idade fértil, no caso de uma gravidez, realizar sempre acompanhamento odontológico como parte do programa pré-natal. Muitas gestantes ainda preferem aguardar o fim da gestação ou o período de lactação para ser tratada, no entanto, o cirurgião-dentista deve sempre informá-la que isso não é o ideal, pois um problema eventual inicialmente simples pode ser agravado pela falta de atendimento (3-5). Sempre que possível deve ser feito o contato com o médico responsável pelo acompanhamento da gestação da paciente. A troca de informações é extremamente importante para o estabelecimento do plano de tratamento e avaliação da relação risco/benefício quanto ao uso de medicamentos. É um procedimento ético que gera segurança a gestante frente ao tratamento proposto (4, 5).

Achados Odontológicos

Algumas alterações que podem ocorrer nesse período já se encontram bem documentadas (5, 11). A gengivite gestacional ou gravídica é caracterizada por hiperemia, edema, tendência acentuada ao sangramento

Artigos Científicos

(12). A gengivite gravídica não pode ser diferenciada de qualquer outra gengivite induzida pela placa bacteriana. Especula-se que o aumento no metabolismo de estrogênio no tecido gengival leva a resposta inflamatória exacerbada (5, 11). O tratamento consiste nos procedimentos básicos em periodontia como eliminação dos fatores irritantes e instrução de cuidados de higiene bucal (5, 11). Deve-se sempre evitar a evolução da doença visto que trabalhos têm evidenciado a existência de uma correlação positiva entre a presença de doença periodontal e ocorrência de parto prematuro e/ou nascimento de bebês de baixo peso (13). Durante a gravidez, no geral, no 3º mês em diante, pode surgir hiperplasia localizada na região gengival, histologicamente semelhante ao granuloma piogênico, conhecido também como granuloma ou tumor gravídico(5). Em decorrência dos problemas funcionais e estéticos que tal lesão pode causar e das necessidades do paciente, a intervenção cirúrgica envolvendo o tecido conjuntivo associado pode ser realizada durante a gestação ou pós-parto (5). De acordo com Jorge e colaboradores (2009)(12), com relação às glândulas salivares, ocorre com

freqüência um grau moderado de sialorréia, possivelmente secundária a impulsos nervosos, associados a náuseas.

Tratamento Odontológico à Gestante

O primeiro guia consensual norte americano descrevendo condutas para o tratamento odontológico em pacientes grávidas foi publicado por “*Oral Health Care During Pregnancy Expert Workgroup – National Maternal and Child Oral Health Resource Center*” durante uma reunião em Washington (EUA) em 2012 (4). Foi concluído que em geral, a assistência odontológica à gestante é segura e efetiva. No entanto particularidades de cada caso devem ser levadas em consideração na indicação do tratamento odontológico específico para cada caso em cada fase da gestação (4, 10, 14). Todos os tratamentos odontológicos podem ser realizados durante a gestação. Pode-se citar exodontias não complicadas, tratamento periodontal básico, restaurações dentais, tratamento endodôntico, realização de próteses, entre outros. Por uma questão de bom senso, reabilitações oclusais extensas e cirurgias mais invasivas devem ser programadas para o período pós-

Artigos Científicos

parto, se possível. No caso de urgências odontológicas, como nos casos de dor resultante de pulpíte, pericementite, abscessos agudos, entre outros, o tratamento deve sempre ser realizado, independente do período da gestação, uma vez que as conseqüências da dor e infecção podem ser muito mais maléficas à mãe e ao feto do que qualquer conseqüência que o tratamento odontológico possa causar (4). No caso de um tratamento programável, existem períodos mais recomendados (5).

O primeiro trimestre da gestação é o menos adequado ao tratamento odontológico, devido à possível indisposição que a gestante poderá apresentar como enjoos matutinos e náuseas ao menor estímulo (5). Nesse período ocorre a organogênese e há maior incidência de abortos espontâneos(1, 15). Mesmo que não haja evidências que comprovem que medicações ou tratamentos odontológicos possam levar ao aborto, nessa fase, por ser mais crítica, o tratamento odontológico deve ser adiado quando possível (1, 5, 15). O segundo trimestre constitui a melhor época para o atendimento odontológico das gestantes (5, 16). Deve-se atentar-se a

hipotensão postural da paciente tratada na posição supina e mudanças bruscas para a posição em pé por parte da paciente (1, 5, 15). No terceiro trimestre muitas gestantes apresentam freqüência urinária aumentada, hipotensão postural, inchaço nas pernas e desconforto na posição supina (5). Assim, o tratamento odontológico no período que compreende as últimas semanas de gestação não é considerado confortável para a gestante (5). Nesse período em especial, as sessões de atendimento das gestantes devem ser curtas (5). Previamente ao tratamento odontológico e durante o mesmo, é importante o monitoramento dos sinais vitais como freqüência cardíaca, pressão sanguínea, temperatura corporal assim como o monitoramento do nível de glicose no sangue (3)

Exames Radiográficos

Todas as radiografias odontológicas necessárias podem ser feitas durante a gestação, no entanto, por um motivo de bom senso, em gestantes, exames radiográficos devem ser apenas realizados quando imperativos (1, 5, 17). O cirurgião-dentista deve sempre evitar radiografias desnecessárias, proteger o abdome e tireóide com avental de

Artigos Científicos

chumbo, evitar repetições por erro de técnica, evitar ângulos direcionados para o abdome, proteção do colimador, usar filmes rápidos e pequenos tempos de exposição. Se estas precauções são tomadas, radiografias dentárias podem ser feitas com segurança, quando realmente necessárias (18, 19).

Terapêutica Medicamentosa

Embora a etiologia da maioria das malformações congênitas seja em grande parte desconhecida, estima-se que 2 a 5% estão associadas a medicamentos (2, 17). O profissional deve conhecer sobre a teratogenia induzida por medicamentos, embora as evidências sobre tais riscos provenham de estudos observacionais, geralmente com pequeno número de pacientes (4, 17). A investigação nessa área da farmacologia apresenta limitações éticas e metodológicas. Isso faz com que o crescente aparecimento de novos fármacos não se acompanhe de informações completas e totalmente confiáveis no que se refere à segurança para gestantes e o feto (4, 17). Assim a atitude do prescritor deve ser criteriosa, evitando o uso desnecessário de medicamentos em grávidas (17). Em caso de real necessidade, a prescrição deve ser

feita com fármacos não associados a efeitos adversos em feto e lactente. Ao prescrever um medicamento na gestação o prescritor deve ter conhecimento da classificação de risco e levar em conta que estudos em animais não podem ser totalmente generalizados para a espécie humana (2). Pode-se citar o caso da Talidomida que se mostrou segura em ensaios com roedores, porém teratogênica em humanos (2). Os fármacos comumente empregados na odontologia (anestésicos locais, antimicrobianos, benzodiazepínicos, analgésicos e antiinflamatórios) passam com certa facilidade pela placenta em função de sua lipossolubilidade e baixo peso molecular (17). O feto possui farmacocinética própria, caracterizada por maior permeabilidade da barreira hematoencefálica e imaturidade dos sistemas de metabolização e eliminação (17).

A agência reguladora norte americana *Food and Drug Administration (FDA)* categoriza os fármacos quanto ao risco gestacional segundo estudos experimentais e clínicos. As categorias são descritas na Tabela 1 (17, 20-22):

Tabela 1. Categorias de medicamentos e risco gestacional

Categoria A	Não demonstra risco para o feto no 1º trimestre de gestação, fato constatado através de estudo controlado em mulheres. Não há evidência de risco em trimestres posteriores. Possibilidade de dano fetal remota.
Categoria B	Estudos de reprodução animal não demonstraram risco fetal, mas inexistem estudos controlados em mulheres grávidas, ou estudos de reprodução animal mostraram algum efeito adverso no feto, não confirmados em estudos controlados em mulheres durante o 1º trimestre (não há evidência de risco em trimestres posteriores).
Categoria C	Estudos em animais demonstraram efeitos adversos no feto (teratogenia, morte fetal, outros) e não há estudo controlado em mulheres. Esses fármacos só devem ser administrados se o benefício justificar o risco potencial para o feto.
Categoria D	Há evidência positiva de risco fetal humano, mas os benefícios de uso em mulheres grávidas podem justificar o uso a despeito do risco.
Categoria X	Estudos em animais e seres humanos demonstram anomalias fetais ou há evidência de risco fetal baseada em experiências em humano, ou ambos, e o risco de uso do fármaco em mulheres grávidas está claramente acima do possível benefício. O fármaco é contra indicado em mulheres que estão e podem ficar grávidas.

Artigos Científicos

Se for considerada a categorização do FDA, selecionam-se preferencialmente fármacos pertencentes às categorias A e B para serem usados na gestação; sendo proibido o uso dos pertencentes à categoria X. Os da categoria C só devem ser administrados à gestante se os benefícios esperados suplantarem os riscos potenciais (17, 20-22). Fármacos D podem ser administrados à gestante apenas quando absolutamente necessários (17, 20-22).

Analgésicos

Analgésicos não opióides são considerados seguros para serem usados na gestação pertencendo à categoria B (17). Os analgésicos opióides devem ser evitados por gerar depressão do sistema nervoso central fetal (3). Ácido acetilsalicílico e paracetamol, analgésicos comuns, não se associam a malformações em doses convencionais (23). O Ácido acetilsalicílico no final da gestação parece relacionar-se ao prolongamento do trabalho de parto, aumento de sangramento e de índice de prematuridade, além de diminuição plaquetária no recém nascido (17, 23). Administrado no terceiro trimestre mostra efeito comum dos AINES, que

é o fechamento precoce do ducto arterioso (17, 23). Quando houver necessidade de prescrição de um analgésico, o paracetamol (acetaminofeno) é a droga de escolha para qualquer período gestacional (4, 17). Com relação à dipirona sódica, o uso na gravidez e lactação deve ser considerado quando os benefícios superarem os possíveis riscos. De acordo com o fabricante (Novalgina®, Sanofi-Aventis), a dipirona sódica atravessa a barreira placentária, apesar de não existir evidências de que o medicamento seja prejudicial ao feto, não existem dados clínicos suficientes sobre o uso de dipirona sódica durante a gravidez. O fabricante (Novalgina®, Sanofi-Aventis) recomenda não utilizar dipirona sódica durante os primeiros três meses da gravidez. O uso de dipirona sódica durante o segundo trimestre da gravidez só deve ocorrer após cuidadosa avaliação do potencial risco/benefício pelo médico. Dipirona não deve ser utilizada durante os 3 últimos meses da gravidez, uma vez que, embora a dipirona seja uma fraca inibidora da síntese de prostaglandinas, a possibilidade de fechamento prematuro do ducto arterial e de complicações perinatais devido ao prejuízo da agregação

Artigos Científicos

plaquetária da mãe e do recém-nascido não pode ser excluída (24).

Sedação Consciente

Na gravidez a melhor abordagem para a condição de ansiedade é a boa relação paciente/profissional (17). Deve-se avaliar sempre a relação risco/benefício da sedação farmacológica no caso da gravidez (5). No caso de uso de fármacos, os benzodiazepínicos não são considerados teratogênicos, embora haja sugestão de sua associação com fenda/palatina quando a exposição ocorreu no 1º e 2º trimestre (17). No entanto tal constatação foi feita em série de casos clínicos em que não houve controle para outras exposições (17). Pelo FDA esses agentes pertencem a categoria D (5, 20-22). Ao contrário, foram publicados estudos retrospectivos amplos que não mostram relação entre diazepam e a incidência de fendas labiais (20). A sedação consciente por via inalatória pela mistura de óxido nitroso e oxigênio atravessa a barreira placentária, mas não há evidências de teratogenicidade para o feto (5). De acordo com Steinberg e colaboradores (2013) (4), o uso de óxido nitroso em gestantes deve ser limitada, assim

como o médico responsável pelo acompanhamento da gestação deve ser consultado previamente a indicação da sedação consciente por via inalatória pela mistura de óxido nitroso e oxigênio (25).

Antiinflamatórios

O uso desses agentes durante a gestação não é recomendado. Antiinflamatórios esteróides e não esteróides segundo classificação do FDA, pertencem à categoria B (17). Sendo bloqueadores da síntese de prostaglandinas, podem restringir o ducto arterioso intra-uterino, causar hipertensão pulmonar sustentada no recém nascido e prolongar a gestação e o trabalho de parto (17, 24). O uso prolongado de AINES tem gerado efeitos prejudiciais na circulação fetal (26). Devem ser usados nas menores doses eficazes e retirados oito semanas antes do parto previsto (17). Quando houver a real necessidade do uso de uma droga antiinflamatória, deve-se optar por corticosteróides.

Uso de flúor

A eficácia do flúor na prevenção de cáries dentais no período pós-natal já se encontra bem estabelecida (5). Contudo o benefício do flúor durante a gestação se encontra bastante

Artigos Científicos

questionado. Parece ser consensual que a suplementação de flúor na gestação não deve ser uma prática recomendada, independente da água de abastecimento público ser fluoretada (27).

Antimicrobianos

Embora a maioria desses agentes atravesse com facilidade a placenta, poucos são considerados teratogênicos (17). No caso de uma infecção, o procedimento mais importante consiste na remoção da causa, como por exemplo, estabelecer uma via de drenagem nos casos dos abscessos periapicais ou periodontais (5). De acordo com Andrade e colaboradores (2006), quando houver indicação do uso de antimicrobianos (infecção com manifestações sistêmicas apresentando sinais de disseminação) deve-se optar pelas Penicilinas (Categoria B) nas dosagens e posologias habituais (5). De acordo com Silva et al (2006)(3), os antimicrobianos beta-lactâmicos (penicilina e cefalosporinas), pertencentes a categoria B, são os antibióticos de primeira escolha na infecções orofaciais. Os macrolídeos (eritromicina e azitromicina), assim como a clindamicina também pertencem à categoria B, atravessam a

barreira placentária em pequena quantidade. Devem ser utilizados em pacientes alérgicos a penicilina (3, 26). O metronidazol, pertencente à categoria B, atravessa a barreira placentária e penetra na circulação fetal. Devido ao potencial de risco ainda desconhecido, não é recomendado para gestantes (3, 28). Tetraciclina são responsáveis por deficiência na formação do esmalte dentário, coloração anormal dos dentes e retardo no crescimento ósseo (Classe D), além de serem particularmente tóxicas para a gestante (pancreatite e dano renal associado) (17).

Anestésicos locais

Anestésicos locais atravessam a barreira placentária por difusão, mas são considerados seguros para uso durante toda a gravidez e não teratogênicos (14, 17). O emprego de baixas doses em odontologia privilegia esse uso (17). De acordo com Steinberg e colaboradores (2013) anestésicos que mostram um sólido histórico de baixa incidência de efeitos adversos devem ser sempre considerados como de primeira escolha (4). Alguns exemplos incluem anestésicos locais como a lidocaína a 2% com adrenalina (1:100.000) e

Artigos Científicos

mepivacaína 3% (4). A gestação não contra indica o uso de anestésicos locais com vasoconstritores, pois as doses e as vias empregadas não determinam efeitos hemodinâmicos placentários (17). O vasoconstritor irá retardar a absorção do sal anestésico para a corrente sanguínea, aumentando o tempo de duração da anestesia e reduzindo o risco de toxicidade à mãe e ao feto (5). Os fatores que determinam a quantidade e velocidade de transferência placentária dos anestésicos locais são (5): o tamanho da molécula e seu grau de ligação dos anestésicos locais às proteínas plasmáticas na circulação materna. A prilocaína atravessa a placenta mais rapidamente que outros anestésicos locais. Em doses excessivas pode ocorrer metemoglobinemia na grávida e no feto. A fração dos anestésicos locais ligados a proteínas plasmáticas não é capaz de atravessar a barreira placentária, o transporte via placenta ocorre apenas na forma livre. Assim sendo, teoricamente, quanto maior o grau de ligação protéica, maior deveria ser o grau de proteção ao feto (29). Contudo outros fatores devem ser considerados como toxicidade, metabolismo e eliminação. Considerando-se todos estes fatores em conjunto poderemos estar frente a

uma situação onde embora a droga apresente maior porcentagem de ligação às proteínas plasmáticas ela não seria a melhor opção em uma paciente grávida em função de apresentar alta toxicidade principalmente ao sistema responsável pelo metabolismo. Levando em consideração o grau de ligação protéica após absorção (lidocaina: 64%; prilocaína: 55%; mepivacaína: 77%; bupivacaína 95%)(30), a bupivacaína é o anestésico que apresenta maior grau de ligação às proteínas plasmáticas, contudo não podemos afirmar que seja o mais seguro para uso em gestantes; a longa duração da ação anestésica (6 a 7 horas) e sua alta toxicidade hepática limitam seu uso em pacientes gestantes (5). Uma vez na circulação fetal, a toxicidade dos anestésicos locais irá depender da quantidade de drogas livres e da velocidade de metabolização (5). Como o sangue fetal tem menor quantidade de globulinas, a ligação protéica é de aproximadamente 50% do que em adultos, assim tem-se mais anestésico livre na circulação (5). Como o fígado do feto não possui sistema enzimático maduro, a metabolização das drogas anestésicas é mais demorada que nos adultos (5). As doses usuais de

Artigos Científicos

anestésicos locais são consideradas seguras para gestantes (3), como medida de segurança, o volume máximo recomendado de anestésicos locais é igual ao contido em dois tubetes anestésicos por sessão de atendimento, com injeção lenta (aproximadamente 2 minutos para cada tubete de 1.8ml) após aspiração negativa (31).

CONCLUSÃO

O cirurgião dentista deve conhecer profundamente as principais características de cada fase gestacional, assim como as recomendações e cuidados inerentes de cada fase. O tratamento odontológico não representa risco a gestante e ao feto desde que sigamos as recomendações referentes ao manejo clínico e terapêutico.

REFERÊNCIAS

1. Poletto VC, Stona P, Weber JBB, Fritscher AMG. Atendimento odontológico em gestantes: uma revisão da literatura. *Stomatos* 2008;14(26):64-75.
2. Ribeiro MSdS, Nunes RN, Da Silva CDC, Sudo EC, Mota DM, Coelho HLL. Medicamentos de Risco para a Gravidez e Lactação Comercializados no Brasil: uma Análise de Bulas. *Acta Farm. Bonaerense* 2005;24(3):441-448.
3. Silva FWGP, Stuani AS, Queiroz AM. Atendimento odontológico à gestante: Parte II - Cuidados durante a consulta. *Rev. Fac. Odontologia de Porto Alegre* 2006;47(3):5-9.
4. Steinberg BJ, Hilton IV, Iida H, Samelson R. Oral health and dental care during pregnancy. *Dent Clin North Am* 2013;57(2):195-210.
5. Andrade ED. Pacientes que requerem cuidados adicionais. In: *Terapêutica Medicamentosa em Odontologia*. São Paulo: Artes Médicas; 2006.
6. Oliveira MAM, Adde CA, Simone JL, Soares MS, Rocha RG, Armonia PL, et al. *Atendimento Odontológico na Gravidez*. São Paulo Livraria Editora Santos; 1990.
7. Rocha RG. *Clínica Integrada em Odontologia*. São Paulo: Artes Médicas; 2013.
8. Mendia J, Cuddy MA, Moore PA. Drug therapy for the pregnant dental patient. *Compend Contin Educ Dent* 2012;33(8):568-570, 572, 574-566 passim; quiz 579, 596.
9. Hwang SS, Smith VC, McCormick MC, Barfield WD. Racial/ethnic disparities in maternal oral health experiences in 10 states, pregnancy risk assessment monitoring system, 2004-2006. *Matern Child Health J*;15(6):722-729.
10. Iida H, Kumar JV, Radigan AM. Oral health during perinatal period in New York State. Evaluation of 2005 Pregnancy Risk Assessment Monitoring System data. *N Y State Dent J* 2009;75(6):43-47.
11. Boyarova TV, Dryankova MM, Bobeva AI, Genadiev GI. Pregnancy and gingival

Artigos Científicos

- hyperplasia. *Folia Med (Plovdiv)* 2001;43(1-2):53-56.
12. Jorge W. *Odontologia Hospitalar - Bucomaxilofacial, Urgências Odontológicas, Primeiros Socorros* Rio de Janeiro Medbook - Editora Científica Ltda; 2009.
13. Marin C, Segura-Egea JJ, Martinez-Sahuquillo A, Bullon P. Correlation between infant birth weight and mother's periodontal status. *J Clin Periodontol* 2005;32(3):299-304.
14. Moore PA. Selecting drugs for the pregnant dental patient. *J Am Dent Assoc* 1998;129(9):1281-1286.
15. Gaffield ML, Gilbert BJ, Malvitz DM, Romaguera R. Oral health during pregnancy: an analysis of information collected by the pregnancy risk assessment monitoring system. *J Am Dent Assoc* 2001;132(7):1009-1016.
16. Tirelli MC, Armonia PL, Tortamano N, Simone JL. Odontologia e gravidez: período mais indicado para um tratamento odontológico programado em pacientes *Rev. Odontol. Univ. St. Amaro* 1999;4(1):26-29.
17. Wannmacher L, Ferreira MBC. Uso de fármacos durante gestação e lactação In: *Farmacologia para Dentistas*. Rio de Janeiro, RJ:: Editora Guanabara Koogan; 2007.
18. Little JW, Fallace DA. Pregnancy and breast feeding: dental management of the medically compromised patient. . St. Louis: C.V. Mosby Co 1997.
19. Silva FM. O uso de anestésicos locais em gestantes. *ROBRAC* 2000;9(28):48-50.
20. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. A reference guide to fetal and neonatal risk. In: *Drugs in Pregnancy and Lactation*. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 2001.
21. FDA FaDA. "Conference Clinical Pharmacology during Pregnancy: Addressing Clinical Needs through Science", Washington. . Disponível em: www.fda.gov. 200b.
22. FDA FaDA. "Reproductive Health Drugs, Pregnancy Labeling Subcommittee Meeting". March 28-29. Disponível em: www.fda.gov. . In.; 2000a.
23. Barden J, Edwards J, Moore A, McQuay H. Single dose oral paracetamol (acetaminophen) for postoperative pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2004(1):CD004602.
24. Ostensen ME, Skomsvoll JF. Anti-inflammatory pharmacotherapy during pregnancy. *Expert Opin Pharmacother* 2004;5(3):571-580.
25. Oral Health Care During Pregnancy Expert Workgroup. Oral health care during pregnancy: a national consensus statement—summary of an expert workgroup meeting. Washington, DC: National Maternal and Child Oral Health Resource Center; 2012. 2012.
26. Gajendra S, Kumar JV. Oral health and pregnancy: a review. *N Y State Dent J* 2004;70(1):40-44.
27. Thylstrup A. Is there a biological rationale for prenatal fluoride administration? *ASDC J Dent Child* 1981;48(2):103-108.

Artigos Científicos

28. Murphy PA, Jones E. Use of oral metronidazole in Pregnancy: Risks, Benefits and Practive Guidelines. *J Nurse Midwifery* 1994;39(4):214-220.
29. Malamed SF. Manual de anestesia local, 5a ed. Rio de Janeiro; 2005.
30. Rood JP. Local analgesia during pregnancy. *Dent Update* 1981;8(7):483-485.
31. Haas DA. An update on local anesthetics in dentistry. *J Can Dent Assoc* 2002;68(9):546-551.