

Prescrição de medicamentos e anestesia local para gestantes: conduta de cirurgiões-dentistas de Londrina, PR, Brasil.

Medicine prescription and local anesthesia for pregnant women: dentist's profile from Londrina, PR, Brazil.

Patrícia da Silva Lopes Navarro¹, Cássia Cilene Dezan², Fabiana Jandre Melo³, Rosani Aparecida Alves-Souza⁴, Leonardo Sturion⁵, Karen Barros Parron Fernandes⁶

Resumo

Objetivos: a) Identificar o perfil dos cirurgiões-dentistas da cidade de Londrina quanto à prescrição medicamentosa e indicação de anestésicos locais para gestantes. b) Verificar se o tempo de formação ou especialização dos profissionais influencia nas respostas em concordância com a literatura.

Metodologia: Estudo transversal quantitativo e descritivo, onde foram analisados 183 questionários do total distribuído no ano de 2005.

Resultados: O Paracetamol foi o analgésico mais recomendado para gestantes (68% dos profissionais). Os anti-inflamatórios não foram recomendados às gestantes por 31,1% dos entrevistados, assim como o Nimesulide e Piroxicam foram indicados pela mesma porcentagem de profissionais. As Penicilinas foram indicadas por 81,9% como antibiótico de 1ª escolha. A maioria dos profissionais (82,2%) não indicou ansiolíticos às gestantes, porém recomendou a Lidocaína como anestésico associado aos vasoconstritores.

Conclusão: Os profissionais formados até 10 anos e especialistas são os profissionais que apresentaram mais respostas em concordância com a literatura científica. Além disso, observou-se a existência de muitas dúvidas entre os cirurgiões-dentistas especialmente para os clínicos gerais e os profissionais formados há mais de 20 anos quanto à prescrição para gestantes. Existe uma clara necessidade de requalificação dos profissionais, para que a indicação de medicamentos e anestésicos locais para gestantes seja feita de forma correta e segura.

Palavras-chave: Saúde bucal, Prescrição de medicamentos, Anestesia local, Gestantes, Odontologia em Saúde Pública

Abstract

Purposes: a) Identify the profile of dentists from Londrina about drug prescription and local anesthesia indication during pregnancy. b) Verify if professional's graduation time and specialization degree modulate the achievement of answers in agreement with dental literature.

Methods: This cross-sectional descriptive study was performed using 183 validated questionnaires with dentists from Londrina-PR collected from 2004 to 2005.

Results: Acetaminophen was recommended by 68% of professionals to pregnant women as an analgesic drug. Anti-inflammatory drugs were not prescribed by 31,1% of the interviewed professionals, however the same number of professionals recommended other non-steroid anti-inflammatory drugs, like Piroxicam and Nimesulide. Penicillins were indicated by 81,9% as the first choice of antimicrobial drugs. Most of the professionals did not indicate anxiolytic drugs during pregnancy, but the majority of them recommended Lidocaine and the use of vasoconstrictor associated with local anesthetics.

Conclusions: Recent graduated (from less than 10 years) and specialists were the professionals who had the major agreement to scientific literature. However, there were many doubts among dentists regarding dental prescription for pregnant women, especially from general dentists and older graduated ones. There is a great need of professional requalification to achieve a secure medicine and local anesthesia indication during pregnancy by dentists.

Keywords: Oral health, Drug prescription, Local anesthesia, Pregnant women, Public health dentistry

¹ Mestre em Odontologia. Universidade Norte do Paraná (UNOPAR).

² Doutora em Odontopediatria. Professora-Associada de Odontopediatria da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

³ Mestre em Odontologia. Universidade Norte do Paraná (UNOPAR).

⁴ Doutora em Odontologia Social e Preventiva.

⁵ Doutor em Engenharia de Produção. Professor-Adjunto do Mestrado em Odontologia da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR).

⁶ Doutora em Farmacologia e Terapêutica. Professora-Adjunta do Mestrado em Odontologia da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR)

Correspondência: Karen Barros Parron Fernandes

Endereço: Rua Mato Grosso, 1638 apto. 801 – CEP: 86010-180 – Ipiranga Londrina – PR

Fone: 43 3304 2487

Email: karenparron@yahoo.com.br

Introdução

O período gestacional desencadeia mudanças físicas e psicológicas que predispoem mudanças envolvendo todo o organismo da mulher (TARSITANO; ROLLINGS, 1993). Em relação às alterações sistêmicas, são observadas alterações nos sistema cardiovascular e respiratório, redução na motilidade gástrica e aumento na taxa de filtração glomerular renal. Além disso, alterações na cavidade bucal podem estar presentes durante o período gestacional como o aumento da incidência de cárie dental, erosões dentais, gengivite e granuloma gravídico (CHIODI; ROSENSTEIN, 1985; FERREIRA, 1997; GANJENDRA; KUMAR, 2004). Ainda, sabe-se que a saliva de gestantes com atividade de cárie pode atuar como uma fonte de transmissão de bactérias cariogênicas para o futuro bebê, comprometendo a saúde bucal da criança nos primeiros anos de vida (KOHLENER; ANDREEN, 1994). As gestantes receiam submeter-se ao atendimento odontológico (COZZUPOLI, 1981; MENINO, 1995) e desconhecem os riscos e implicações desta atitude. Por outro lado, muitos cirurgiões-dentistas restringem o atendimento às pacientes gestantes (COZZUPOLI, 1981), em decorrência da insegurança e dúvidas quanto às ações a serem executadas inclusive acerca da prescrição medicamentosa para estas pacientes (MOORE, 1998; HAAS; RYNN; SANDS, 2000; TIRELLI *et al.*, 2003).

Desta forma, a verificação do conhecimento e atitudes dos cirurgiões-dentistas a respeito do atendimento odontológico a gestantes constitui etapa fundamental para a elaboração de programas de capacitação profissional, a fim de subsidiar uma reorganização da atenção odontológica pré-natal, para que o profissional de odontologia, integrado com os demais membros da equipe de saúde, possa intervir de forma positiva nos processos educativo, preventivo e curativo, minimizando os efeitos negativos que as doenças de origem bucal possam causar nas gestantes e nos seus respectivos filhos.

O objetivo do presente estudo foi identificar o perfil dos cirurgiões-dentistas da cidade de Londrina, PR, no que diz respeito à terapêutica medicamentosa e anestesia local para gestantes e verificar se o tempo de formação e grau de especialização influencia a obtenção de condutas em concordância com a literatura odontológica quanto ao atendimento de gestantes.

Revisão da literatura

O risco de injúrias ao feto e más-formações são as primeiras preocupações ao prescrever drogas às pacientes grávidas (LEE; MCWILLIANS; JANCHAR, 1999), uma vez que a placenta não constitui uma barreira contra a transferência de medicamentos ingeridos pela mãe ao filho.

Quando uma gestante ingere uma determinada medicação, tanto o seu organismo como o do feto é afetado (HAAS *et al.*, 2000). Entretanto, o feto está mais sujeito aos efeitos negativos por não apresentar a mesma capacidade de metabolização da droga. Durante o período da embriogênese, os efeitos das drogas no feto podem gerar más-formações congênitas causando a desorganização do processo de desenvolvimento ou, ainda, a morte fetal. Nos segundo e terceiro trimestres gestacionais, os medicamentos com potenciais teratogênicos podem ocasionar danos fetais como o funcionamento deficiente de um sistema orgânico específico (CODATO, 2005). Além disso, a prescrição medicamentosa deve ser criteriosa durante o período gestacional, uma vez que as alterações fisiológicas observadas durante o período gestacional afetam a farmacocinética dos medicamentos e, seus efeitos farmacológicos sobre a mãe e, consequentemente, sobre o feto, devendo, portanto, ser utilizados em sua menor dose terapêutica e pelo menor tempo possível (TIRELLI *et al.*, 2003).

Materiais e Método

População de Estudo

Para o presente estudo, foram entrevistados duzentos e cinquenta cirurgiões-dentistas da cidade de Londrina, PR, durante o ano de 2005. Os profissionais foram aleatoriamente escolhidos, independentemente do tempo de formação ou especialidade. Foram incluídos na amostra, profissionais atuantes na cidade de Londrina, em clínicas particulares, universidades e/ou serviços públicos.

Coleta de dados

O estudo caracteriza-se como transversal quantitativo e descritivo, no qual foram analisados cento e oitenta e três questionários (73,2%) do total distribuído. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Norte do Paraná (CEP-UNOPAR, protocolo no. 014/2004).

Os profissionais entrevistados receberam carta de informação e questionário estruturado, entregues e posteriormente recolhidos pessoalmente pelo pesquisador, não havendo, portanto, quaisquer interferências no processo de resposta do profissional à pesquisa.

O questionário utilizado foi submetido a 12 profissionais da cidade de Londrina, PR, e posteriormente reformulado segundo as principais dúvidas e sugestões apresentadas (pré-teste). O questionário apresentou questões objetivas referentes a dados pessoais (tempo de formação profissional e especialização e área de atuação profissional). Além disso, os profissionais foram interrogados a respeito da prescrição de medicamentos rotineiramente utilizados em Odontologia (analgésicos, anti-inflamatórios, antibióticos e ansiolíticos), assim como sobre a indicação de anestésicos locais para gestantes.

Análise estatística dos resultados

Os resultados obtidos foram analisados percentualmente pela frequência de respostas (absoluta e relativa) considerando o número absoluto de profissionais que responderam cada questão. Os profissionais foram agrupados quanto ao tempo de formação (até 10 anos, de 11 a 20 anos e acima de 20 anos de formação profissional) e grau de especialização (clínico-geral e especialista). Foram

realizadas comparações entre o padrão de resposta dos profissionais entrevistados em relação ao tempo de formação e ao grau de especialização aplicando-se o teste Qui-quadrado, com nível de significância estabelecido em $p < 0,05$. Para a comparação de variáveis dicotômicas (sim/não) em relação ao tempo de formação profissional, foi aplicado o teste de Tendência, monocaudal, assumindo-se $p < 0,1$. O programa utilizado para a análise estatística dos dados foi o Bioestat versão 4.0.

Resultados

Analgésicos

De um total de 172 profissionais, o Paracetamol foi o analgésico mais recomendado para gestantes, tendo sido indicado por 117 (68%) profissionais, destacando-se que 45 (26,2%) destes profissionais são formados entre 11 e 20 anos, e 81 (47,9%) são especialistas. Como segunda opção, foi escolhida a Dipirona por 28 (16,3%) profissionais, na qual destacaram-se 18 (10,5%) profissionais formados até 10 anos (10,5%). Por outro lado, 13 (7,6%) profissionais não recomendam a utilização de analgésicos para gestantes. Não foi observada diferença estatística entre os grupos quanto ao tempo de formação e grau de especialização no que diz respeito à indicação de analgésicos para gestantes (Teste Qui Quadrado, $p > 0,05$).

Anti-inflamatórios

Dos 167 profissionais participantes, 52 (31,1%) não indicaram o uso de anti-inflamatórios para gestantes, dentre os quais destacaram-se os 43 (25,8%) profissionais formados até 20 anos e os 35 (21%) especialistas. A mesma porcentagem de profissionais (31,1%) recomendaram a utilização de outros anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) como o Nimesulide e o Piroxicam, destacando-se os profissionais formados há menos de 10 anos. Ainda, uma grande parte (28,1%) dos entrevistados optaram pelo Paracetamol como droga anti-inflamatória para gestantes, sendo que neste grupo destacaram-se os 21 (12,6%) profissionais formados até 10 anos e os 34 (20,4%) especialistas. Os grupos distribuídos quanto ao tempo de formação não apresentaram diferença estatística (Teste Qui Quadrado, $p > 0,05$), porém houve diferença estatística entre clínicos-gerais e especialistas (Teste Qui Quadrado, $p < 0,05$).

Antibióticos

A grande maioria dos profissionais, 140 (81,9%) indicou as Penicilinas, sendo 91 destes (53,2%) especialistas. Ainda, os Macrolídeos foram indicados por 24 (14%) profissionais. Não houve diferença estatística na indicação de antibióticos em relação ao grau de especialização (teste Qui Quadrado, $p > 0,05$). Entretanto, foi observada diferença em relação ao tempo de formação profissional na indicação dos antibióticos para gestantes (Teste Qui Quadrado, $p < 0,05$). A questão referente à antibioticoterapia para gestantes foi respondida por 171 profissionais (dados nas Tabelas 1 e 2).

Tabela 1. Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina, PR, em relação ao tempo de formação quanto à indicação de antibióticos para gestantes.

Tempo de formação	Antibioticoterapia					Total
	Penicilinas	Macrolídeos	Sulfonamidas	Cefalosporinas	Penicilinas / Macrolídeos	
0 a 10 anos	53 31,0%	18 10,5%			1 ,6%	72 42,1%
11 a 20 anos	58 33,9%	2 1,2%		1 ,6%	1 ,6%	62 36,3%
> 20 anos	29 17,0%	4 2,3%	1 ,6%	2 1,2%	1 ,6%	37 21,6%
Total	140 81,9%	24 14,0%	1 0,6%	3 1,8%	3 1,8%	171 100%

* estatisticamente significante ($p < 0,05$ Teste Qui Quadrado)

Tabela 2. Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina, PR, em relação à especialização quanto à indicação de antibióticos para gestantes.

Especialização	Antibioticoterapia					Total
	Penicilinas	Macrolídeos	Sulfonamidas	Cefalosporina	Penicilinas / Macrolídeos	
Clinicos Gerais	49	11	1		1	62
	28,7%	6,4%	,6%		,6%	36,3%
Especialistas	91	13		3	2	109
	53,2%	7,6%		1,8%	1,2%	63,7%
Total	140	24	1	3	3	171
	81,9%	14,0%	,6%	1,8%	1,8%	100,0%

n.s. ($p > 0,05$, Teste Qui Quadrado)

Para pacientes alérgicas, 59 profissionais (50%) optaram pelos Macrolídeos, sendo que 118 profissionais responderam a esta questão. Além disso, 33 (28%) escolheram as Cefalosporinas, 4 (3,4%) escolheram as Sulfonamidas, 4 (3,4%) optaram pelas Tetraciclina e 2 (1,7%) escolheram os aminoglicosídeos. Não houve diferença estatística entre os grupos em relação ao tempo de formação e grau de especialização (teste Qui Quadrado, $p > 0,05$) na indicação do antibiótico de 2ª. escolha para gestantes.

Ansiolíticos

Dos profissionais entrevistados, 143 (82,2%) não indicaram o uso de ansiolíticos durante a gestação, destacando-se entre estes 61 (35,1%) profissionais formados até 10 anos e 91 (52,3%) especialistas. Por outro lado, 18 profissionais (10,3%) indicaram o Diazepam. Houve diferença estatística entre os grupos quanto ao tempo de formação (Teste Qui Quadrado, $p < 0,05$), embora não tenha sido observada diferença estatística em relação ao grau de especialização na indicação de ansiolíticos para gestantes (Teste Qui Quadrado, $p > 0,05$). Esta questão foi respondida por 174 profissionais (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3. Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina, PR, em relação a tempo de formação quanto à indicação de ansiolíticos para gestantes.

Tempo de formação	Ansiolíticos				Total
	Diazepam	Lorazepam	Buspirona	Não indica	
0 a 10 anos	6		7	61	74
	3,4%		4,0%	35,1%	42,5%
11 a 20 anos	6	1	2	53	62
	3,4%	,6%	1,1%	30,5%	35,6%
> 20 anos	6	3		29	38
	3,4%	1,7%		16,7%	21,8%
Total	18	4	9	143	174
	10,3%	2,3%	5,2%	82,2%	100,0%

* estatisticamente significativa ($p < 0,05$, Teste Qui Quadrado)

Tabela 4. Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina, PR, em relação à especialização quanto à indicação de ansiolíticos para gestantes.

Especialização	Ansiolíticos para gestantes				Total
	Diazepam	Lorazepam	Buspirona	Não indica	
Gerais	7	1	4	52	64
	4,0%	,6%	2,3%	29,9%	36,8%
Especialistas	11	3	5	91	110
	6,3%	1,7%	2,9%	52,3%	63,2%
Total	18	4	9	143	174
	10,3%	2,3%	5,2%	82,2%	100,0%

n.s. ($p > 0,05$, Teste Qui Quadrado)

Anestésicos locais

A Lidocaína foi o sal anestésico de primeira escolha para gestantes, tendo sido recomendada por 90 (59,6%) profissionais, destacando-se 54 (35,8%) especialistas. Além disso, 33 (21,9%) optaram pela Mepivacaína e 20 (13,2%) escolheram a Prilocaína. Não foi observada diferença estatística entre os grupos em relação ao tempo de formação e grau de especialização quanto ao sal anestésico utilizado em gestantes (Teste Qui Quadrado, $p > 0,05$), tendo essa questão sido respondida por 151 profissionais.

Vasoconstrictores associados aos anestésicos locais

A utilização de vasoconstrictores associados aos anestésicos locais foi recomendada por 92 (54,4%) profissionais, destacando-se os 42 (24,9%) profissionais formados há menos de 10 anos e os 59 (34,9%) especialistas. Não houve diferença estatística quanto ao tempo de formação (Teste de Tendência, $p > 0,1$) e grau de especialização em relação à utilização de vasoconstrictores em gestantes (Teste Qui Quadrado, $p > 0,05$). Um total de 169 profissionais respondeu a esta questão (dados nas Tabelas 5 e 6).

Tabela 5. Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina, PR, em relação ao tempo de formação, quanto ao uso de anestésicos locais com vasoconstrictores para gestantes.

Tempo de formação	Vasoconstrictor associado ao anestésico local		Total
	Sim	Não	
0 a 10 anos	42	27	69
	24,9%	16,0%	40,8%
11 a 20 anos	30	32	62
	17,8%	18,9%	36,7%
> 20 anos	20	18	38
	11,8%	10,7%	22,5%
Total	92	77	169
	54,4%	45,6%	100,0%

n.s. ($p > 0,05$, Teste de Tendência)

Tabela 6. Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina, PR, em relação ao grau de especialização quanto ao uso de anestésicos locais com vasoconstrictores para gestantes.

Especialização	Vasoconstrictor associado ao anestésico local		Total
	Sim	Não	
Clinicos Gerais	33	30	63
	19,5%	17,8%	37,3%
Especialistas	59	47	106
	34,9%	27,8%	62,7%
Total	92	77	169
	54,4%	45,6%	100,0%

n.s. ($p > 0,05$, Teste Qui Quadrado)

Discussão

Durante a gestação, assume-se que todas as drogas atravessam a barreira placentária, e, portanto, lesam o feto (HAAS; RYNN; SANDS, 2000). Esta transferência dos medicamentos ocorre por difusão passiva e, nesse contexto, quanto mais lipossolúvel, menos ionizado, e com menor peso molecular, maior é a capacidade de passagem do medicamento para o sangue fetal (TIRELLI *et al.*, 2003).

Os medicamentos podem afetar os tecidos maternos com efeitos indiretos sobre o feto ou podem ter um efeito direto sobre as células do embrião resultando em anormalidades específicas. O feto é mais suscetível a possíveis ações teratogênicas das drogas entre o décimo quinto e nonagésimo dia de gestação, período no qual ocorre a organogênese fetal (HAAS; RYNN; SANDS, 2000). De acordo com Tirelli e colaboradores (2003), um a cinco por cento dos casos de má-formações congênicas pode ser desencadeado por exposição às drogas durante o período perinatal.

Para determinar os riscos associados com o uso de drogas durante a gestação, a Food and Drug Administration (FDA), classificou os medicamentos segundo o risco de injúria fetal. Desta forma, as drogas foram dispostas em cinco categorias: A, B, C, D, X. As medicações classificadas como A foram estudadas em mulheres e as evidências não mostraram nenhum risco ao feto e sua utilização é segura, com possibilidade remota de dano fetal. As drogas da categoria B foram analisadas em estudos em animais com resultados negativos para risco fetal, porém não há estudos controlados em mulheres grávidas e assumiu-se um leve aumento de risco ao feto quando utilizadas. As medicações que se enquadram na classificação C apresentaram potenciais efeitos adversos ao feto em estudos com animais e a ocorrência de teratogênese não pode ser descartada, portanto, para a sua utilização, os benefícios devem justificar os riscos. A categoria D inclui medicamentos que demonstraram evidências positivas de risco para fetos humanos, mas o benefício de seu uso pode ser aceito em casos de risco de morte para a mãe ou uma grave doença em que drogas mais seguras não poderiam ser utilizadas ou seriam ineficazes. Finalmente, as drogas da categoria X demonstraram anormalidades fetais e evidências de risco fetal baseadas em experiências em seres humanos; os riscos claramente sobrepuseram os benefícios, portanto, estas drogas não devem ser utilizadas por gestantes (HAAS; RYNN; SANDS, 2000; HILGERS; DOUGLASS; MATHIEU, 2003). As drogas que pertencem às categorias A e B podem ser administradas com segurança em gestantes. Entretanto, somente 20% do total de drogas classificadas pela FDA pertencem a essas categorias (HILGERS; DOUGLASS; MATHIEU, 2003).

Nesta pesquisa, observou-se que a maioria dos profissionais entrevistados optou pelo Paracetamol como droga analgésica durante a gestação. Apesar de não haver diferença estatística entre os grupos quanto ao grau de especialização e tempo de formação, os especialistas destacaram-se na escolha do Paracetamol. Estes resultados concordam com a literatura que considera o Paracetamol a droga analgésica de 1ª escolha para as gestantes (HAAS; RYNN; SANDS, 2000; ANDRADE, 2006).

A questão a respeito da prescrição de anti-inflamatórios apresentou resultados contraditórios, uma vez que a mesma quantidade de profissionais que afirmou não prescrever anti-inflamatórios para gestantes optou pela utilização de drogas como o Nimesulide e Piroxicam. Uma parte considerável dos profissionais escolheu o Paracetamol, mas também alguns cirurgiões-dentistas optaram pelo AAS, inibidores de COX2, anti-inflamatórios esteroidais, além da associação do Paracetamol com outros agentes anti-inflamatórios. De acordo com a literatura, os anti-inflamatórios devem ser evitados durante o período gestacional, principalmente no 3º trimestre, por estarem relacionados ao aumento de pressão arterial pela retenção de água e sódio (TIRELLI *et al.*, 2003). Além disso, estes medicamentos podem inibir a síntese de prostaglandinas, ocasionando prolongamento da gestação e dificuldade do trabalho de parto. Por outro lado, estas drogas podem ainda induzir o fechamento precoce

do ducto arterioso no feto (TIRELLI *et al.*, 2003). Ainda, o AAS está classificado como D para gestantes, uma vez que pode causar hemorragia materna e fetal, devido à ação antiagregante plaquetário superior aos demais AINEs.

Os antibióticos devem ser utilizados na presença de sinais de disseminação da infecção como febre, tumefação ganglionar, caquexia (prostração do paciente), elevação dos sinais vitais (aumento dos batimentos cardíacos e elevação da pressão arterial). Ainda, a profilaxia antibiótica deve estar presente antes de tratamentos invasivos em pacientes de risco para endocardite infecciosa. As infecções odontogênicas são usualmente causadas por bactérias anaeróbias, anaeróbias facultativas, bactérias aeróbias e, em menor quantidade por espiroquetas. Neste contexto, as Penicilinas têm sido consideradas medicamentos de escolha para o tratamento de infecções bucais (WASYLKO *et al.*, 1998), agindo na parede celular de micro-organismos aeróbios e anaeróbios. Nesta pesquisa, a grande maioria dos profissionais optou pelas Penicilinas, concordando com a literatura, sendo que a maior quantidade de entrevistados foi representada pelos profissionais formados no período de 11 a 20 anos e especialistas.

Entretanto, deve-se considerar que as Penicilinas apresentam risco potencial de hipersensibilidade, devendo ser substituídas por outra classe de antibióticos nestas situações. Como medicação de 2ª escolha para as gestantes, a maioria dos profissionais optou pelos Macrolídeos, estando de acordo com dados da literatura (BALLIGAN; HALE, 1993; SILVA, 2002; ANDRADE, 2006). Entre estes profissionais, destacaram-se os formados há menos de 10 anos e os especialistas. Por outro lado, muitos profissionais indicaram as Cefalosporinas que, embora não sejam contraindicadas para gestantes, pela similaridade estrutural com as Penicilinas (ambos são antibióticos beta-lactâmicos) devem ser evitadas em pacientes alérgicos às Penicilinas, pois uma parcela significativa destes pacientes, possivelmente apresentará algum tipo de reação de hipersensibilidade às Cefalosporinas (ANDRADE, 2006). Alguns profissionais optaram pela Clindamicina como 2ª escolha antibiótica provavelmente por sua efetividade contra micro-organismos gram-positivos e negativos, entretanto esta medicação está associada a casos de colites severas e deve ser reservada para tratamentos de infecções graves (BALLIGAN; HALE, 1993). Ainda, uma pequena porcentagem de profissionais optou pelas Sulfonamidas, Tetraciclina, Aminoglicosídeos e outros antibióticos como o Cloranfenicol e Vancomicina. O Cloranfenicol é categorizado como C pela FDA e pode causar reações tóxicas e colapso circulatório em recém-natos denominado Síndrome "Gray Baby" (SILVA, 2002), não devendo ser administrado em gestantes. As Sulfonamidas não são recomendadas para gestantes em decorrência do risco de causarem icterícia no feto (SILVA, 2002). Além disso, as Tetraciclina são também contraindicadas para gestantes, tendo sido categorizadas como D pela FDA, pelo risco de causar injúria pancreática e hepática na gestante e deposição no esqueleto fetal resultando em depressão do crescimento ósseo e anomalias na estrutura dentária do feto (GAJENDRA; KUMAR, 2004).

A Vancomicina, embora pudesse substituir as Penicilinas em infecções causadas por micro-organismos Gram-positivos, é categorizada como C pela FDA, podendo estar associada à nefro e ototoxicidade no feto (BALLIGAN; HALE, 1993; SILVA, 2002). Os Aminoglicosídeos, embora apresentem mesmo espectro das Penicilinas, só estão disponíveis para administração parenteral, limitando sua indicação por dificultar a adesão do paciente ao tratamento.

O uso de medicamentos ansiolíticos, como os benzodiazepínicos, torna-se muitas vezes necessário na prática odontológica, especialmente em procedimentos mais invasivos. Entretanto, os benzodiazepínicos são classificados como D pela FDA, pois seu uso durante a gestação está relacionado a uma maior incidência de lábio leporino e fenda palatina no feto (ANDRADE, 2006). Neste estudo, a grande maioria dos profissionais (82,2%) afirmou não administrar ansiolíticos para pacientes grávidas, destacando-se os especialistas

e os profissionais formados até 10 anos. Entretanto, observou-se que dentre os profissionais que optaram pela administração de ansiolíticos, a maior parte escolheu o Diazepam. Porém, existem relatos de que os benzodiazepínicos (principalmente Diazepam e Lorazepam) estão relacionados à depressão do sistema nervoso central do feto quando utilizados no final da gestação e à dependência no neonato com o uso crônico durante a gravidez, além de potencial teratogênico (GAJENDRA; KUMAR, 2004).

As intervenções odontológicas de rotina e invasivas necessitam do controle da dor por meio de anestesia local. Entretanto, a escolha do sal anestésico e o uso de vasoconstritores em gestantes causam controvérsias na classe odontológica, uma vez que todos os anestésicos locais atravessam a barreira placentária (ANDRADE, 2006) e poderiam apresentar risco potencial para o feto. Neste estudo, observou-se que a maioria dos profissionais escolheu a Lidocaína como sal anestésico de primeira escolha para gestantes, concordando com autores como Barak e colaboradores (2003), Andrade (2006) e Hilgers, Douglass e Mathieu (2003). Dentre estes, destacaram-se os especialistas e os profissionais formados há menos de 10 anos. Ainda, uma grande parte indicou a Mepivacaína como sal anestésico, porém esta é classificada como C pela FDA, por apresentar metabolização hepática mais lenta que a Lidocaína (ANDRADE, 2006), podendo causar bradicardia fetal (HILGERS; DOUGLASS; MATHIEU, 2003). A Prilocaína ficou em 3º lugar na escolha anestésica e apesar de ser considerada segura (GAJENDRA; KUMAR, 2004) pode causar contrações uterinas por sua apresentação no Brasil estar associada ao vasoconstritor Felipressina que apresenta semelhança estrutural com a ocitocina, hormônio responsável por contrações uterinas durante o trabalho de parto (ANDRADE, 2006). Além disso, a Prilocaína pode causar um distúrbio hematológico na gestante denominado metemoglobinemia que se caracteriza pela transformação de uma grande parte das hemoglobinas em metemoglobinas que são incapazes de transportar oxigênio para as células, ocasionando um quadro semelhante à cianose, podendo evoluir para óbito da paciente. Poucos entrevistados escolheram a Bupivacaína como sal anestésico, porém sua administração deve ser evitada por ter classificação C na FDA, em decorrência de sua alta lipossolubilidade que se traduz em maior potencial cardiotoxico.

Em relação à associação de vasoconstritores a anestésicos locais durante a gestação, observou-se que a maioria dos profissionais optou pelo uso do vasoconstritor dentre os quais se destacaram os especialistas e os profissionais formados até 10 anos. Tal atitude corrobora com Haas, Rynn e Sands (2000) que defendem o uso de vasoconstritores em gestantes por impedirem a absorção sistêmica do anestésico local e, portanto, reduzirem sua toxicidade, além de prolongarem a duração e efetividade do mesmo. Além disso, é importante ressaltar que a utilização de anestésicos associados a agentes vasoconstritores, no limite de dois a três tubetes por sessão, não desencadeia alterações cardiovasculares, sendo segura para gestantes. Além disso, a quantidade de adrenalina liberada durante uma situação de dor e ansiedade é muito superior à quantidade presente no tubete de anestésico local (ANDRADE, 2006).

As recomendações quanto à prescrição odontológica para gestantes ainda é um tema controverso. Nesse contexto, Zanata, Fernandes e Navarro (2008), em estudo com obstetras e cirurgiões-dentistas, relatam discrepâncias na conduta destes profissionais quanto à escolha do sal anestésico local mais indicado para gestantes. Ainda, os autores apontam para a necessidade de atualização destes profissionais para o estabelecimento de guias de conduta para o atendimento odontológico durante a gestação.

Conclusão

A partir dos dados obtidos, podemos concluir que a maioria dos cirurgiões-dentistas da cidade de Londrina indica as Penicili-

nas e os Macrolídeos como antibióticos de 1ª e 2ª escolhas respectivamente para as gestantes, assim como o Paracetamol constitui o analgésico mais indicado. Além disso, os profissionais formados até 10 anos e os especialistas foram os profissionais que mais optaram pela Lidocaína associada a agentes vasoconstritores e também foram estes que se destacaram por não indicarem ansiolíticos durante a gestação. Tais resultados demonstraram concordância destes grupos de profissionais com a literatura científica. Entretanto, foi também evidenciado que grande parcela de profissionais, representada principalmente por clínico-gerais e profissionais formados há mais de 20 anos, apresentou mais dúvidas em relação à prescrição de medicamentos para gestantes. Ainda, houve muita discrepância de respostas entre todos os profissionais em relação à administração de anti-inflamatórios. Desta forma, existe uma clara necessidade de qualificação e requalificação da força de trabalho odontológica para que esta possa assistir a gestante de uma forma segura, minimizando possíveis efeitos colaterais dos medicamentos para a saúde da mãe e do feto.

Referências

- ANDRADE, E. D. *Terapêutica Medicamentosa em Odontologia*. São Paulo: Artes Médicas. 2006.
- BALLIGAN, F. J.; HALE, T. M. Analgesic and Antibiotic Administration During Pregnancy. *Gen. Dent.*, Chicago, v. 41, n. 3, p. 220-225, May/June 1993.
- BARAK, S. *et al.* Common Oral Manifestations During Pregnancy: a Review. *Obstet. Gynecol. Surv.*, Baltimore, v. 58, n. 9, p. 624-628, Sept. 2003.
- CHIODO, G. T.; ROSENSTEIN, D. I. Dental Treatment During Pregnancy: a Preventive Approach. *J. Am. Dent. Assoc.*, Chicago, v. 110, no. 3, p. 365-368, Mar.1985.
- CODATO, L. A. B. *Pré-natal Odontológico e Saúde Bucal: Percepções e Representações de Gestantes*. 2005. 131 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2005.
- COZZUPOLI, C. A. *Odontologia na Gravidez*. São Paulo: Panamed Ed., 1981.
- FERREIRA, B. O Começo de Tudo. *Rev. ABO Nacional*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 70-77, abr./maio1997.
- GAJENDRA, S.; KUMAR, J. V. K. Oral Health and Pregnancy. *N. Y. State Dent. J.*, New York, v. 70, n. 1, p. 40-44, Jan. 2004.
- HAAS, D.; RYNN, B.; SANDS, T. D. Drug Use for the Pregnant or Lactating Patient. *Gen. Dent.*, Chicago, v. 48, n. 1, p. 54-60, Jan./Feb. 2000.
- HILGERS, K. K.; DOUGLASS, J.; MATHIEU, J. P. Adolescent Pregnancy: a Review of Dental Treatment Guidelines. *Pediatric Dent.*, Chicago, v. 25, no. 5, p. 459-467, Sept./Oct. 2003.
- KOHLER, B.; ANDREEN, I. Influence of Caries-preventive Measures in Mothers on Cariogenic Bacteria and Caries Experience in their Children. *Arch. Oral Biol.*, Oxford, v. 39, n. 10, p. 907-911, Oct. 1994.
- LEE, A.; MCWILLIAMS, M.; JANCHAR, T. Care of the Pregnant Patient on Dental Office. *Dent. Clin. North. Am.*, Philadelphia, v. 43, n. 3, p. 485-494, July 1999.

MENINO, R. T. M. *Necessidade de Saúde Bucal em Gestantes dos Núcleos de Saúde de Bauru*. 1995. p. 82. Tese (Doutorado)-Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 1995.

MOORE, P. A. Selecting Drugs for the Pregnant Dental Patient. *J. Am. Dent. Assoc.*, Chicago, v. 129, n. 9, p. 1281-1286, Sept. 1998.

SILVA, R. S. Atendimento à Gestante: 9 Meses de Espera? *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 89-99, mar./abr. 2002.

TARSITANO, B. F.; ROLLINGS, R. E. The Pregnant Dental Patient: Evaluation and Management. *Gen. Dent.*, Chicago, v. 41, n. 3, p. 226-230, May/June 1993.

TIRELLI, M. C. *et al.* Comportamento dos Cirurgiões-dentistas quanto ao Uso de Antiinflamatórios e Analgésicos em Pacientes Gestantes: Riscos e Benefícios. *Rev. Inst. Ciênc. Saúde*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 41-48, jan./mar. 2003.

WASYLKO, L. *et al.* A Review of Common Dental Treatments During Pregnancy: Implications for Patients and Dental Personnel. *J. Can. Dent. Assoc.*, Ottawa, v. 64, n. 6, p. 434-439, June 1998.

ZANATA, R. L.; FERNANDES, K. B. P.; NAVARRO, P. S. L. Prenatal Dental Care: Evaluation of Professional Knowledge of Dentists and Obstetricians in Londrina/PR and Bauru/SP, 2004. *J. Appl. Oral Sci.*, Bauru, v. 16, n. 3, p. 194-200, May 2008.