

Prescrição medicamentosa no tratamento odontológico de grávidas e lactantes

Drug prescription in the dentistry treatment of pregnant and lactating women

Susana Ungaro AMADEI¹

Elaine Dias do CARMO²

Andresa Costa PEREIRA³

Vanessa Ávila Sarmento SILVEIRA¹

Rosilene Fernandes da ROCHA⁴

RESUMO

A terapêutica medicamentosa durante a gravidez deve ser cuidadosa, pois alguns fármacos podem causar sérios efeitos adversos à mãe e ao feto. É imprescindível que a terapêutica cautelosa estenda-se pelo período de amamentação, pois a maioria dos fármacos administrados às mulheres durante a lactação pode ser detectada no leite materno. A prescrição para tais pacientes deve ser realizada de forma racional e cuidadosa, evitando-se desta forma, os efeitos colaterais e as reações adversas. É de extrema importância que o cirurgião-dentista, como profissional da saúde, avalie a necessidade, a eficácia e a relação risco/benefício dos medicamentos que podem ser prescritos para tais pacientes, além das alterações corpóreas e bucais decorrentes desta fase. Para tanto, a proposta deste trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica com o objetivo de esclarecer o profissional, no que se refere à prescrição de medicamentos no atendimento odontológico a pacientes gestantes e lactantes.

Termos de indexação: Aleitamento materno. Gestantes. Prescrição de medicamentos.

ABSTRACT

The drug prescription during the pregnancy must be carefully conducted, since some drugs can cause serious adverse reaction to both mother and fetus. Moreover, that such careful prescription must be conducted during the whole breastfeeding time, because a lot of drugs, which are prescribed to women during the breastfeeding time, can be found in breast milk. The drug prescription for these patients must be done in a rational and careful way, avoiding the adverse effects. It is extremely important that the dentist, as a health professional, evaluate the need, the efficacy, the benefits and the risks of the drugs which can be prescribed for such patients, besides knowing the body and oral alterations resulting from this phase. Therefore, the proposal of this paper was to conduct a literature review aiming to inform dentists about drug prescription in the dentistry treatment of pregnant and lactating patients.

Indexing terms: Breast feeding. Pregnant women. Drug prescriptions.

INTRODUÇÃO

A gestação, por suas peculiaridades biológicas, torna a mulher e seu conceito particularmente expostos a riscos, entre os quais se destacam aqueles decorrentes do consumo de medicamentos¹.

O crescimento da indústria farmacêutica, nas últimas seis décadas, fez com que os medicamentos passassem a ocupar lugar de destaque e hegemônico como alternativos para a cura das doenças e alívio dos sintomas².

Não há como negar que a prescrição de medicamentos é parte integrante do processo de assistência à saúde³⁻⁴. Contudo, o uso indiscriminado acarreta consequências negativas importantes, como o aumento de efeitos colaterais ou reações adversas, por vezes, bastante graves².

A população de gestantes estaria melhor assistida na parte odontológica se o médico ginecologista-obstetra as orientasse e encaminhasse para a prevenção e o tratamento odontológico durante a gestação, cumprindo assim seu papel como promotor de saúde⁵. E é por acreditar que a saúde começa pela boca e por saber que a gravidez provoca

¹ Faculdade de Pindamonhangaba, Curso de Odontologia, Departamento de Odontologia. Rod. Presidente Dutra, Km 99, Pindamonhangaba, SP, Brasil. Correspondência para / Correspondence to: SU AMADEI. E-mail: <suamadei@yahoo.com.br>.

² Universidade Bandeirante de São Paulo, Curso de Odontologia, Instituto da Saúde. São Paulo, SP, Brasil.

³ Universidade Federal de Campina Grande, Curso de Odontologia, Departamento de Ciências Biológicas. Campina Grande, PB, Brasil.

⁴ Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia, Departamento de Biociências e Diagnóstico Bucal. São José dos Campos, SP, Brasil.

alterações no organismo da mulher, inclusive na cavidade bucal, se acredita que toda mulher ao engravidar deveria ter o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, com a presença do cirurgião-dentista no grupo⁶.

Dessa maneira, ter acesso aos medicamentos não implica necessariamente em melhores condições de saúde ou qualidade de vida, principalmente entre mulheres grávidas e lactantes, pois os maus hábitos prescritivos, as falhas na dispensação, a automedicação inadequada podem levar a tratamentos ineficazes e pouco seguros⁷.

Com o objetivo de orientar o prescritor na escolha terapêutica mais adequada para a gestante, a agência americana Food and Drug Administration (FDA) classificou os fármacos quanto aos efeitos na gestação em categorias de risco A, B, C, D e X⁸.

Na categoria A, foram incluídos os medicamentos que, em estudos controlados em gestantes, não demonstram risco para o feto durante a gravidez; na categoria B, aqueles em que as pesquisas em animais não demonstraram risco fetal, mas também não existem estudos controlados em mulheres grávidas, ou aqueles cujos estudos em animais mostraram risco, não confirmado em pesquisas controladas em gestantes. Na categoria C, aqueles em que não foram realizados em animais ou mulheres grávidas; ou então, os estudos em animais demonstram risco fetal, mas não existem em mulheres grávidas. Na categoria D, aqueles com evidências positivas de risco fetal humano, porém os benefícios potenciais para a mulher grávida podem, eventualmente, justificar seu risco; e na categoria X, aqueles com evidências positivas de anormalidades fetais, em animais e humanos, sendo contraindicados em mulheres que estão grávidas ou poderão engravidar⁸.

Além disso, para uma cuidadosa prescrição medicamentosa, o cirurgião-dentista pode seguir as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS). De acordo com a OMS, após selecionar o tratamento medicamentoso e escrever a receita, o prescritor deve informar o paciente sobre: a) os objetivos a curto ou longo prazo do tratamento instituído; b) como, quando e por quanto tempo deve tomar o medicamento; c) seus benefícios e riscos (reações adversas, intoxicações); d) procedimentos a seguir se surgirem alguns efeitos adversos; e) como guardar os medicamentos; f) o que fazer com as sobras⁹.

Deste modo, o cirurgião-dentista só obterá êxito na administração de medicamentos se agir de forma racional e responsável, principalmente quando prescrever para aqueles pacientes que necessitam de cuidados especiais, como por exemplo o paciente idoso, criança, gestante e lactante¹⁰.

A avaliação da necessidade, eficácia, relação risco/benefício e do custo, etapas do processo de seleção, são os passos a serem seguidos para que se tenha uma racionalidade no uso de medicamentos⁴.

A maior preocupação da administração medicamentosa em gestantes e lactantes é a passagem do fármaco pela barreira placentária e pelo leite materno podendo causar efeitos nocivos ao feto e ao bebê¹¹. O estudo dos medicamentos na gestação tomou grande importância nas décadas de 1950 e 1960, quando foi relatado o aumento da incidência de focomelia (imperfeição dos membros) em filhos de mães que usaram durante a gestação a talidomida como antiemético¹²⁻¹³.

Este trabalho tem como objetivo informar o cirurgião-dentista sobre as principais alterações que ocorrem no metabolismo da gestante com consequências na cavidade bucal, bem como quais medicamentos podem ou não ser utilizados na gestação e durante a amamentação, seus riscos e benefícios.

A gestante e o feto

O atendimento odontológico durante a gravidez é bastante comum, pois as grávidas podem apresentar diversas alterações na cavidade bucal, sendo as principais a hiperplasia e o sangramento gengival, decorrentes de oscilações hormonais, que podem ocorrer a partir do segundo mês de gravidez e usualmente desaparecem após o parto¹⁴⁻¹⁵.

A gestação é uma fase da vida com grandes alterações corpóreas, trazendo consequências orgânicas e psicológicas. O estudo de medicamentos na gestação tomou grande importância com as lamentáveis ocorrências verificadas pelo efeito da talidomida, a qual produziu anomalias em fetos¹¹.

Quando a talidomida foi lançada como um sedativo-hipnótico, a sua principal vantagem seria a ausência dos efeitos indesejáveis dos barbitúricos. Contudo, este medicamento supostamente seguro foi responsável por uma "epidemia iatrogênica" que vitimou os filhos de mães que o haviam utilizado na gestação¹⁶. Estas ocorrências tiveram grande repercussão mundial, chamando a atenção dos estudiosos, sobre o problema dos efeitos adversos de determinados medicamentos no feto¹⁷.

Evita-se o consumo de medicamentos no período gestacional, contudo, nem sempre este procedimento é possível. E em razão disso, deve-se estar atento para as consequências advindas do tratamento medicamentoso¹.

Durante o atendimento odontológico às grávidas e lactantes, o cirurgião-dentista defronta-se com a difícil tarefa de decidir sobre as condutas a serem seguidas no que se refere à terapêutica medicamentosa, já que o cuidado com estas pacientes deve ser redobrado. Desta maneira, visando sempre à melhor conduta, o profissional deve conhecer os medicamentos que podem ser prescritos para tais pacientes, além de sua eficácia e segurança¹⁴.

O princípio que norteia a escolha da terapêutica a ser utilizada para gestantes é baseado nos riscos-benefícios para o feto e a mãe. Na realidade, o ato de medicar qualquer mulher jovem, em idade fértil, deve sempre levar em conta o risco de uma possível gravidez, já que o período de maior vulnerabilidade fetal aos fármacos é, justamente, o início gestacional, quando ainda não foi constatada a gestação¹⁸.

Ao longo dos últimos anos, a terapêutica medicamentosa durante a gravidez tem sido objetivo de numerosas publicações que forneceram dados que possibilitam estimar a relação risco/benefício de farmacoterapias para a gestante e para o feto. O amplo conhecimento acumulado sobre esse tema possibilitou a classificação dos medicamentos em categorias de risco para uso na gestação, orientando o clínico acerca de quais medicamentos prescrever e, especialmente, os quais não prescrever durante a gravidez¹⁹.

Devido ao fato das gestantes constituírem um grupo especial de pacientes, elas requerem cuidados específicos com relação aos medicamentos, e o cirurgião-dentista deve lembrar que no atendimento à gestante existem dois indivíduos na cadeira odontológica²⁰.

É de extrema importância avaliar os possíveis riscos e benefícios da indicação de qualquer substância terapêutica na gravidez, principalmente durante os três primeiros meses (18º ao 60º dia) de gestação, pois neste período ocorre a organogênese. Nesta fase, os órgãos do feto estão em desenvolvimento, sendo considerado um período crítico para a suscetibilidade teratogênica^{13,21}. Já no período fetal (60º dia até o final da gestação), período de crescimento e aperfeiçoamento das funções, alguns medicamentos também podem determinar alterações funcionais em certos órgãos²¹.

De acordo com Katsung²², a maioria dos fármacos administrados às mulheres grávidas atravessa a barreira placentária e expõe o feto a seus efeitos farmacológicos e teratogênicos pelo fato da gestação determinar diversas alterações fisiológicas. Dentre as principais alterações, destacam-se o aumento da volemia e do fluxo plasmático

renal, além da diminuição relativa de proteínas plasmáticas, que modificam várias características farmacocinéticas, tais como a ligação fármaco-proteína, velocidade de distribuição e depuração renal do fármaco administrado.

Infelizmente, a placenta não é uma barreira efetiva para a maioria dos medicamentos e, uma vez que estes a tenham atravessado, seus efeitos dependerão da habilidade dos tecidos fetais em metabolizar a substância, bem como da suscetibilidade desses tecidos à agressão¹⁷. Desta maneira, a maior preocupação da administração medicamentosa em gestantes é a possível passagem do fármaco pela barreira placentária, conseqüentemente, atingindo o feto e causando efeitos nocivos¹¹.

Knuppel & Drukker¹¹ consideraram a herança multifatorial responsável por 30% das anomalias congênitas, dentre estas a mendeliana e os distúrbios cromossômicos respondem por 20%, as drogas e agentes ambientais por 8% e os 42% restantes são de etiologia desconhecida. Apesar da proporção de anomalias congênitas resultantes de distúrbios genéticos ou cromossômicos serem muito maior do que a causada por medicamentos, esta última deve ser considerada pelo profissional quando da administração de fármacos, pois embora o risco seja menor, existe a possibilidade de indução de anomalias congênitas.

Segundo Fuchs et al.¹⁴, a literatura enfoca principalmente os riscos de teratogenia, porém esses não são os únicos efeitos indesejáveis dos fármacos na gravidez. Na gestante, a farmacocinética difere da que ocorre em mulheres não-grávidas. A gestante apresenta alterações fisiológicas que podem predispor ao aparecimento de doenças oro-dentário e outras alterações que podem modificar a absorção, distribuição e eliminação dos fármacos, podendo condicionar reajustes em esquema de administração (doses e intervalos).

Outro grande problema é o uso indiscriminado de medicamentos receitados ou não por um profissional de saúde durante a gestação. Alguns estudos têm mostrado que o acesso das gestantes e lactantes aos medicamentos em serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, é bastante fácil, sem padronização e sem indicação adequada, levando desta maneira, a um aumento do risco de efeitos adversos às gestantes e aos fetos^{19,23-24}.

Mengue et al.²³ entrevistaram 5 564 gestantes, entre a 21ª e a 28ª semana de gravidez, atendidas nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) em algumas cidades brasileiras. Observaram grandes variações quanto ao uso de medicamentos, principalmente entre os

antianêmicos e vitaminas associadas aos antianêmicos, mostrando a ausência de um padrão nacional quanto ao uso dos medicamentos utilizados pelas gestantes.

No estudo realizado por Gomes et al.²⁴ foi avaliada a prevalência do uso de medicamento durante a gravidez, os grupos farmacológicos mais utilizados e a fonte de indicação, em 1 620 mulheres que deram à luz em cinco hospitais de atendimento público, privado ou conveniado, da cidade de São Paulo. Verificaram que as medicações mais usadas, excluindo-se as vitaminas, sais minerais e vacinas, foram os analgésicos, antiácidos, antieméticos e anti-espasmódicos. Além disso, foi verificado que a assistência médica desempenhou papel facilitador no acesso ao uso de medicamentos durante o período gestacional.

Fonseca et al.¹⁹ realizaram um estudo retrospectivo sobre o padrão do uso de medicamentos durante a gravidez em um hospital-escola de Campinas (SP). Os autores concluíram que o conhecimento dos medicamentos utilizados na gravidez pode ajudar a planejar programas de educação continuada para os profissionais de saúde e de esclarecimento para as gestantes.

A lactante e o bebê

Assim como na gestação, o princípio fundamental da prescrição de medicamentos para mães em lactação baseia-se no conceito de risco e benefício. Desta maneira, conhecer as características farmacocinéticas e farmacodinâmicas dos medicamentos e sua difusão pelo corpo pode ser útil na identificação do risco e benefício de seu uso durante a amamentação²⁵.

A maioria dos fármacos administrados a mulheres durante a lactação pode ser detectada no leite materno. Felizmente, a concentração de fármacos obtida no leite é habitualmente baixa. Contudo, durante a lactação, o melhor é evitar o uso de medicamentos que não possuem dados disponíveis sobre sua segurança²².

Os fármacos durante a lactação devem ser administrados de modo conservador e o cirurgião-dentista deve conhecer os medicamentos potencialmente perigosos para a lactante e para o bebê. A quantidade total do medicamento que o lactente deve receber por dia através do leite materno, deve ser menor do que a que seria considerada como dose terapêutica. Deve ser administrado de 30 a 60 minutos após amamentação ou de 3 a 4 horas antes da próxima mamada. Este intervalo de tempo permite a depuração de muitos fármacos do sangue materno, de modo que as concentrações presentes no leite serão relativamente baixas^{22,25}.

Lamounier et al.²⁶ entrevistaram 2 161 mulheres por meio de questionários aplicados em 4 hospitais da cidade de Belo Horizonte (MG) para avaliar o uso de medicamentos em puérperas. Os autores observaram que os fármacos mais utilizados pelas mães foram os anti-inflamatórios (77,8%), seguidos pelos analgésicos (75,5%) e antibióticos (17,8%), sendo que mais de um medicamento foi prescrito simultaneamente. De acordo com os autores para o uso racional do uso de medicamentos durante o aleitamento materno deve-se: a) avaliar a real necessidade da terapia medicamentosa; b) se for realmente necessária, optar por um medicamento sabidamente seguro para a criança; c) se possível, preferir a terapia tópica ou local do que a sistêmica; d) programar o horário de administração do fármaco à mãe, evitando o pico do medicamento no leite materno durante a amamentação; e) orientar a mãe sobre possíveis efeitos colaterais no lactante, como agitação, alteração do tônus muscular e do padrão alimentar, distúrbios gastrintestinais; f) evitar medicamentos de ação prolongada pela maior dificuldade de serem excretadas pelo lactente.

Anestésicos locais

A gravidez parece aumentar a suscetibilidade aos anestésicos locais, de modo que as doses necessárias para bloqueio nervoso e para produzir toxicidade são reduzidas, não se sabendo ao certo se esse efeito é devido aos níveis elevados de estrogênio, à elevação de progesterona ou a algum outro fator²².

Em geral, os anestésicos locais são considerados seguros para uso durante todo o período gestacional e estudos retrospectivos de mulheres que receberam anestesia local para procedimentos de emergência no primeiro trimestre confirmaram tal ponto de vista²⁷.

A primeira opção em solução anestésica é a lidocaína 2% com epinefrina (1:100.000). A lidocaína, há mais de 50 anos, é o anestésico local mais empregado em todo o mundo, sendo o anestésico padrão de comparação para todos os anestésicos locais. Apresenta um início de ação (tempo de latência) rápido, em torno de 2 a 3 minutos. Entretanto, devido a sua ação vasodilatadora, a duração da anestesia pulpar é limitada a 5 a 10 minutos. Por este motivo, praticamente não há indicação de lidocaína 2% sem vasoconstritor em Odontologia²⁰.

De acordo com Armonia & Tortamano¹⁷, não se deve utilizar a benzocaína (Americaine®, Gingicaine®, Hurracaine®, Topicale®) e a procaína (Novocain®) como

anestésicos locais durante a gestação, pois estes fármacos dificultam a circulação placentária, além de provocar metemoglobinemia.

A metemoglobinemia é uma doença grave que pode levar o indivíduo à morte se não houver um suporte imediato. Ocorre devido ao aumento de tipo de hemoglobina que não consegue carrear o oxigênio adequadamente, e é produzida a partir da oxidação da hemoglobina em seu estado ferroso (Fe^{2+}) para seu estado férrico (Fe^{3+})²⁸.

Os mecanismos para que essa doença ocorra são a deficiência da enzima metemoglobina redutase, a presença aumentada da hemoglobina M congênita ou adquirida por exposição do paciente a certos agentes químicos como a benzocaína e a procaína²⁸.

Armonia & Tortamano¹⁷ também não recomendam o uso do Novocol®, pois o seu vasoconstritor (fenilefrina) tem efeito ocitotóxico, diminui a circulação placentária e dificulta a fixação do óvulo no útero.

Analgésicos e anti-inflamatórios não-esteroidais

É consenso geral que o cirurgião-dentista prescreve pouco e o seu arsenal de medicamentos é restrito. Contudo, tem-se observado que o arsenal antimicrobiano, analgésico e anti-inflamatório pode ser menor do que aquele utilizado pelos médicos, mas possui uma diversidade considerável²⁹.

Muitas vezes, a falta de conhecimentos e a informação imprecisa ou equivocada acerca das propriedades e do uso de medicamentos determinam decisões errôneas no momento da prescrição medicamentosa³.

Diante disso, é dever do cirurgião-dentista conhecer os aspectos farmacológicos dos medicamentos que prescreve²⁹, principalmente em se tratando de gestantes e lactantes, em que qualquer erro na prescrição pode causar efeitos irreversíveis no feto ou bebê.

O analgésico mais amplamente prescrito pelo cirurgião-dentista é sem dúvida o paracetamol (Dórico®, Tylenol®), podendo ser prescrito também a pacientes gestantes e lactantes^{14,17}.

A dipirona sódica (Novalgina®) é o analgésico de segunda escolha, pois pode provocar agranulocitose¹⁷, ou seja, a redução do número de granulócitos no sangue periférico (neutropenia), podendo predispor o indivíduo às infecções³⁰.

Os anti-inflamatórios não-esteroidais (AINES) são representados por um grande número de fármacos, dentre estes, o ácido acetilsalicílico, diclofenaco, ibuprofeno, naproxeno, indometacina, rofecoxib, que são prescritos com frequência pelo cirurgião-dentista.

Contudo, em geral, não se recomenda o uso de qualquer AINE às gestantes. Se for necessária, a utilização de um desses fármacos durante a gravidez, o ácido acetilsalicílico em pequenas doses é provavelmente o mais seguro. De qualquer modo, o ácido acetilsalicílico e outros AINES devem ser interrompidos antes da época prevista do parto, a fim de evitar complicações como prolongamento do trabalho de parto, maior risco de hemorragia pós-parto e fechamento intra-uterino do canal arterial³¹.

Desta maneira, o ácido acetilsalicílico, como por exemplo, a Aspirina® deve ser usada com cautela, pois além do risco de prolongar o trabalho de parto, ao inibir síntese das prostaglandinas envolvidas na iniciação das contrações uterinas, há também algumas evidências de que, em doses muito elevadas, pode causar efeitos teratogênicos²⁷. De acordo com Fuchs et al.¹⁴, estudos demonstraram que as gestantes que utilizaram tal medicamento em grande proporção durante os primeiros 56 dias da gravidez deram à luz a crianças com diversas malformações.

De acordo com Armonia & Tortamano¹⁷ deve-se evitar a prescrição de AINES às mães que estão amamentando. Contudo, para Fuchs et al.¹⁴, os AINES apresentam-se em pouca ou nenhuma quantidade no leite, podendo ser utilizados pela lactante. Em relação ao ácido acetilsalicílico, o lactente poderá ser afetado quando houver uma excessiva ingestão materna (mais de 8g/dia). Segundo Gusi et al.¹², os corticosteróides devem ser usados com muita cautela, pois em doses elevadas pode causar anormalidade na curva glicêmica da gestante, insuficiência das supra-renais e a síndrome de Cushing. Esta síndrome também chamada de hipercortisolismo ou hiperadrenocorticismismo é uma desordem endócrina que pode ocorrer devido aos níveis elevados de cortisol no sangue induzidos pela administração do medicamento.

Antibióticos

O clínico deve considerar cuidadosamente a relação entre benefício e risco, quando indica o uso de antibióticos para gestante. A estreptomicina tem sido associada à lesão do oitavo par craniano e defeitos esqueléticos no feto. As tetraciclina, quando administradas até a segunda metade da gravidez causam hipoplasia dos dentes e dos ossos do feto e foram associadas à ocorrência de cataratas congênitas²⁷.

Em casos de real necessidade, pode ser utilizada a amoxicilina (Amoxil®), benzilpenicilina benzatina (Benzetacil®), eritromicina (Pantomicina®), fenoximetilpenicilina potássica (Pen-Ve-Oral®)¹⁷.

A maioria dos antibióticos administrados a mulheres durante a lactação pode ser detectada no leite materno. As concentrações de tetraciclina no leite materno correspondem a cerca de 70% das concentrações séricas maternas, assim, o uso de altas doses, por tempo prolongado, pode impregnar os dentes e inibir o crescimento ósseo do lactente. Durante as primeiras semanas do pós-parto, ainda pode induzir icterícia ou anemia hemolítica^{14,22}.

As penicilinas, cefalosporinas e eritromicina apresentam-se em pouca ou nenhuma quantidade no leite, podendo ser utilizados com segurança durante a lactação. O metronidazol (Flagyl®), outro antibiótico amplamente prescrito pelo cirurgião-dentista não deve ser administrado durante a gestação e lactação, pois é tido como potencialmente teratogênico para seres humanos¹⁴.

Outros medicamentos

Os ansiolíticos como o bromazepam (Lexotan®), lorazepam (Lorax®), diazepam (Dienpax®), Valium® estão contra-indicados durante a gravidez, pois se suspeita que estes medicamentos tenham um poder teratogênico razoável¹⁷.

A maior parte dos sedativos e dos hipnóticos atinge concentrações no leite materno que são suficientes para produzir efeito farmacológico em lactentes. O diazepam

pode exercer efeito sedativo sobre o lactente, além disso, apresenta meia-vida prolongada, que pode resultar em acúmulo significativo do fármaco²².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, pode-se concluir que a terapêutica medicamentosa em gestantes e lactantes requer sempre uma avaliação cuidadosa dos riscos potencialmente envolvidos nesta prática. Desta maneira, o cirurgião-dentista deve prescrever de forma racional e responsável, com o intuito de evitar os efeitos indesejáveis que podem ser causados pelo uso dos medicamentos. É de suma importância, a atualização constante do profissional, através da busca por recentes informações em referências atualizadas ou em centros especializados, sobre os fármacos e seus possíveis efeitos nocivos à mãe e à criança.

Colaboradores

SU AMADEI, ED CARMO, AC PEREIRA e VAS SILVEIRA foram responsáveis por todas as etapas da elaboração do artigo. RF ROCHA orientou o desenvolvimento do trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Geib LTC, Vargas Filho EF, Mesquita DI, Nunes ML. Prevalência e determinantes maternos do consumo de medicamentos na gestação por classe de risco em mães de nascidos vivos. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(1D):2351-62.
2. Barros JAC, Joany S. Anúncios de medicamentos em revistas médicas: ajudando a promover a boa prescrição? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):891-8.
3. Battellino LJ, Bennun FR. Nível de información y conducta farmacoterapêutica de los odontólogos, 1990. *Rev Saúde Pública*. 1993;27(4):291-9.
4. Sebastião ECO. Consumo de medicamentos: um esboço dos fatores determinantes. *Rev Ciênc Farm*. 1998;19(2):253-63.
5. Maeda FHI, Imparato JCP, Bussadori SK. Atendimento de pacientes gestantes. *RGO - Rev Gaúcha Odontol*. 2005;53(1):59-62.
6. Batistella FID, Imparato JCP, Raggio DP, Carvalho AS. Conhecimento das gestantes sobre saúde bucal. *RGO - Rev Gaúcha Odontol*. 2006; 54(1):67-73.
7. Arrais PSD, Barreto ML, Coelho HLL. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(4):927-37.
8. Meadows M. Pregnancy and drug dilemma. FDA consume [citado 2008 Feb 21]. Disponível em: <http://www.fda.gov/fdac/features/2001/301_preg.html>.
9. Organização Mundial da Saúde. Guia para a boa prescrição médica. Porto Alegre: Editora Artamed; 1998.
10. Carmo ED, Rocha RF, Bertini F, Brandão AAH, Amadei SU. Terapêutica medicamentosa em odontogeriatrics. *Assoc Paul Cir Dent*. 2005;6(2):11-3.

11. Knuppel RA, Drukker JE. Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
12. Gusi B, Baldissarelli L, Pereira L, Alves MB, Marquetti S. Fármacos na gestação [monografia]. Santa Cruz do Sul: Universidade Santa Cruz do Sul; 2001.
13. Carmo TA, Nitrini SAOO. Prescrições de medicamentos para gestantes: um estudo farmacoepidemiológico. Cad Saúde Pública. 2004;20(4):1004-13.
14. Fuchs FD, Wannmacher L, Ferreira MBC. Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
15. Carranza Júnior FA. Influência de doenças sistêmicas no periodonto. In: Carranza Júnior FA, Newman MG. Periodontia clínica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p.192-214.
16. Osório-de-Castro CGS, Paumgarten FJR, Silver LD. O uso de medicamentos na gravidez. Cienc Saúde Coletiva. 2004;9(4):987-96.
17. Armonia PL, Tortamano N. Como prescrever em odontologia. 7ª ed. São Paulo: Santos; 2006. p.167.
18. Emerson F. Alergias na gravidez. Rev Fed Bras Soc Ginecol Obst. 1992;20(2):139-46.
19. Fonseca MRCC, Fonseca E, Bergsten-Mendes G. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez: uma abordagem farmacoepidemiológica. Rev Saúde Pública. 2002;36(2):205-12.
20. Andrade ED. Terapêutica medicamentosa em odontologia. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2006.
21. Alves Filho N, Corrêa MD. Manual de perinatologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1995.
22. Katzung BG. Farmacologia básica & clínica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
23. Mengue SS, Schenkel EP, Duncan BB, Schmidt MI. Uso de medicamentos por gestantes em seis cidades brasileiras. Rev Saúde Pública. 2001;35(5):415-20.
24. Gomes KRO, Moron AF, Souza e Silva R, Siqueira AAF. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez e relações com as características maternas. Rev Saúde Pública. 1999;33(3):246-54.
25. Chaves RG, Lamounier JA. Uso de medicamentos durante a lactação. J Pediatr. 2004;80(5 Supl):S189-S98.
26. Lamounier, JA, Cabral CM, Oliveira BC, Oliveira AB, Oliveira Júnior AM, Silva APA. O uso de medicamentos em púrpuras interfere nas recomendações quanto ao aleitamento materno? J Pediatr. 2002;78(1):57-61.
27. Yagiela JA. Anestésicos locais. In: Yagiela JA, Neidle EA, Dowd FJ. Farmacologia e terapêutica para dentistas. 4ª ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro; 2000.
28. Watanabe EM, Chiquito SA, Ribeiro TK, Ribeiro UJ. Metemoglobinemia induzida pela benzocaína. Rev Bras Otorrinol. 2005;71(4):12-4.
29. Castilho LS, Paixão HH, Perini E. Prescrição de medicamentos de uso sistêmico por cirurgiões-dentistas, clínicos gerais. Rev Saúde Pública. 1999;33(3):287-94.
30. Cotran RS, Kumar V, Collins T. Leucócitos, linfonodos, baço e timo. In: Robbins Patologia estrutural e funcional. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p.580-625.
31. Gilman AG, Hardman JG, Limbird LE. Goodman & Gilman: as bases farmacológicas da terapêutica. 10ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2003. p.1647.

Recebido em: 26/9/2008

Versão final reapresentada em: 13/4/2009

Aprovado em: 26/8/2009