

# Atendimento Odontológico À Gestante - Parte 2: Cuidados Durante A Consulta

## *Dental Assistance Of Pregnant Women – Part 2: Management During An Appointment*

SILVA, Francisco Wanderley Garcia de Paula e\*  
STUANI, Adriana Sasso\*  
QUEIROZ, Alexandra Mussolino de\*\*

### RESUMO

O objetivo do presente trabalho é descrever as principais recomendações relacionadas ao atendimento odontológico de gestantes, abordando tópicos como as principais características de cada trimestre da gestação, a prescrição de medicamentos e a execução do exame radiográfico.

### PALAVRAS-CHAVE:

Orientações. Atendimento Odontológico. Gestantes.

### INTRODUÇÃO

O atendimento odontológico de gestantes é um assunto bastante controverso, principalmente em função dos mitos que existem acerca do tratamento, tanto por parte das gestantes como por parte dos cirurgiões dentistas que não se sentem seguros em atendê-las (MAEDA *et al.*, 2004). Lydon-Rochelle *et al.* (2004), nos Estados Unidos, observaram que 58% das gestantes participantes do seu estudo não receberam tratamento odontológico durante a gestação e 21% dessa população de 2147 mulheres apresentavam problemas bucais. No Brasil, Scavuzzi *et al.* (1998) observaram que 32,6% das gestantes, na população estudada, não buscavam atendimento odontológico por medo dos procedimentos realizados pelo cirurgião dentista causarem algum dano aos seus bebês.

Para realizar o tratamento odontológico de gestantes, os cirurgiões dentistas devem conhecer as alterações sistêmicas de suas pacientes, bem como os principais cuidados no atendimento, a fim de instituir um plano de tratamento adequado. Dessa maneira, o objetivo do presente trabalho é descrever as principais recomendações relacionadas ao atendimento odontológico de gestantes, possibilitando ao cirurgião dentista prestar atendimento odontológico a esse grupo de pacientes com tranquilidade e segurança.

### Existe época oportuna para o atendimento odontológico?

Diferentemente do que se acredita, o atendimento odontológico pode ser realizado em qualquer período da gestação (American Dental Association (ADA), 1995), uma vez que é mais prejudicial para o bebê a manutenção de infecções na cavidade bucal da

mãe do que o tratamento instituído (ROTHWELL *et al.*, 1987; BARAK *et al.*, 2003). Atualmente, os trabalhos têm evidenciado que existe uma correlação positiva entre a presença de doença periodontal na mãe e a ocorrência do parto prematuro de bebês de baixo peso (OFFENBACHER *et al.*, 1996; OFFENBACHER; SLADE, 1998; LOPEZ *et al.*, 2002). A doença periodontal é capaz de elevar os níveis plasmáticos da prostaglandina, um mediador da inflamação, que é também responsável pela indução do parto (OFFENBACHER; SLADE, 1998). Cuidados odontológicos como raspagem, profilaxia e instrução de higiene bucal são bem menos agressivos ao bebê do que o aumento de prostaglandina devido a um foco infeccioso na cavidade bucal da gestante (ROTHWELL *et al.*, 1987; BARAK *et al.*, 2003).

O primeiro trimestre da gestação inicia-se com a fertilização e implantação do embrião. É considerado o período da organogênese, ou seja, o início da formação do feto e da diferenciação orgânica, que vai até do 18º ao 56º dia de gestação. É nessa fase que acontece a maior incidência de aborto e também quando existe maior risco de teratogenia, ou seja, a ocorrência de malformações pelo uso de alguns medicamentos (ADA, 1995). O tratamento odontológico deveria ser adiado nesse período em função de dificuldades da paciente, tais como os episódios recorrentes de náusea e vômito que dificultam o atendimento (MILLS; MOSES, 2004).

O segundo trimestre é considerado o período mais estável da gestação e por isso recomenda-se que as intervenções odontológicas sejam realizadas nessa época (BARAK *et al.*, 2003). Esse atendimento deve ser realizado com o objetivo de remover focos in-

fecciosos evitando quadros de dor (SCAVUZZI *et al.*, 1998).

No terceiro trimestre a mulher passa a apresentar frequência urinária aumentada, edema das pernas, hipotensão postural e se sente desconfortável em posição de decúbito dorsal, situações clínicas estas que não caracterizam esse período como favorável (MILLS; MOSES, 2004).

Em casos de urgência, o tratamento pode ser realizado em qualquer período, não sendo a gravidez uma contra-indicação (BARAK *et al.*, 2003), embora exista uma tendência, por parte dos cirurgiões dentistas, de postergar o atendimento odontológico para depois do parto em função dos receios existentes com relação à tomada radiográfica e à prescrição de medicamentos (GAJENDRA; KUMAR, 2004). Entretanto, essa conduta não deve ser utilizada como rotina, estando indicada apenas para os procedimentos cirúrgicos bucais e periodontais extensos e para as grandes reabilitações bucais (ANDRADE, 1999; BARAK *et al.*, 2003).

### Principais cuidados no atendimento odontológico à gestante

Algumas complicações podem surgir durante o atendimento odontológico, destacando-se dentre elas a hipoglicemia, o reflexo de vômito e a síndrome da hipotensão postural, sendo necessários alguns cuidados especiais durante o atendimento dessas pacientes (TARSITANO *et al.*, 1993; HOLDER *et al.*, 1999).

Preferencialmente as sessões clínicas deveriam ser curtas, principalmente para aquelas pacientes que tem algum receio com relação ao tratamento odontológico, evitando assim, situações de estresse (SURESH; RADFAR, 2004).

\* Alunos de Curso de Pós-graduação em Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto/USP

\*\* Professora Assistente do Departamento de Clínica Infantil, Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto/USP

É importante o monitoramento dos sinais vitais, como a frequência cardíaca, a pressão sanguínea e a temperatura corporal. Os valores considerados normais para a frequência cardíaca variam de 60 a 100 bpm (batimentos por minuto), a pressão sistólica menor que 140mmHg e a diastólica menor que 90mmHg (JAMES, NELSON-PIERCE, 2004). Devido ao risco de diabetes gestacional, deve-se medir o nível de glicose no sangue, sendo considerado normal se menor que 140mg/dL (FORBACH-SANCHEZ *et al.*, 2005).

Deve-se considerar, ainda, o risco de hipotensão postural por compressão da veia cava inferior que acontece quando a gestante permanece por períodos prolongados em posição supina, principalmente no terceiro trimestre da gestação (LITTLE *et al.*, 2002; BARAK *et al.*, 2003). Para prevenir a síndrome da hipotensão postural na cadeira odontológica, o cirurgião-dentista pode colocar uma almofada para elevar a parte direita do quadril de 10 a 12 cm ou a gestante ficar voltada para o lado esquerdo para impedir a compressão da veia cava inferior pelo útero (BARAK *et al.*, 2003; GAJENDRA; KUMAR, 2004). Numa situação ideal, durante o atendimento odontológico, as pacientes deveriam permanecer sentadas, em posição semi-supina (SURESH; RADFAR, 2004).

Náusea e vômito são situações que dificultam o atendimento odontológico. Para mulheres com êmese e hiperêmese, as consultas pela manhã deveriam ser evitadas. Elas devem ser advertidas também para evitar bebidas ácidas ou alimentos gordurosos, que causam desordens gástricas e dificultam o esvaziamento do estômago (KOCH, FRISSORA, 2003). Em caso de vômito, deve-se interromper o atendimento imediatamente e a paciente deve ser colocada em posição ereta. Após o episódio, a cavidade bucal deve ser lavada com água fria ou um enxaguatório bucal fluoretado (SURESH; RADFAR, 2004).

#### **Exame radiográfico**

O exame radiográfico não precisa ser evitado durante a gestação, uma vez que a quantidade de radiação que a mãe é exposta para uma tomada radiográfica periapical é muito menor que a dose necessária para ocasionar malformações congênitas, porque o feto recebe 1/50000 da exposição direta na cabeça da mãe (RICHARDS, 1968). Mesmo assim, alguns cuidados são recomendados como avaliar a real necessidade do exame, a proteção com avental de chumbo, o uso de filmes ultra-rápidos, que permitem menor tempo de exposição e evitar repetições (ADA, 1995; LITTLE *et al.*, 2002). Radiografias de rotina e exame periapical completo devem ser evitados se não estiverem relacionados à área de interesse e queixa principal (GAJENDRA; KUMAR, 2004).

As radiografias mais empregadas em Odontologia, como a panorâmica e a periapical, são seguras durante a gestação e importantes para o estabelecimento de um diagnóstico mais confiável e do plano de tratamento adequado (SURESH; RADFAR, 2004).

#### **Orientações relacionadas à higiene bucal e hábitos alimentares**

É importante conscientizar a paciente sobre as mudanças fisiológicas durante a gestação e enfatizar a necessidade de higiene bucal para o controle do biofilme dental (SURESH; RADFAR, 2004). A American Dental Association (1998) recomenda que as gestantes mantenham uma dieta balanceada, escovem os dentes com dentifrícios fluoretados pelo menos duas vezes ao dia, façam uso do fio dental pelo menos uma vez e agendem consultas periódicas para profilaxia profissional.

Os agentes antimicrobianos e dentifrícios não são contra-indicados nesse período, sendo a clorexidina um enxaguatório bucal seguro e eficaz no controle da gengivite durante a gestação (HOLDER *et al.*, 1999). Os dentifrícios, principalmente aqueles contendo triclosan, devem ser utilizados por apresentarem atividade antimicrobiana e pela capacidade de melhorar quadros de gengivite (PETER *et al.*, 2004).

As aplicações tópicas de flúor, os bochechos fluoretados e a utilização de materiais que liberam flúor devem ser indicados para prevenção e, sobretudo, controle da doença cárie (KONISH; KONISH, 2002).

Com relação à alimentação, os nutrientes, advindos da dieta, desempenham um importante papel para a nutrição da mãe e para o desenvolvimento do bebê (KONISH; KONISH, 2002). Como o desenvolvimento do paladar do bebê inicia-se por volta da 14<sup>a</sup> semana intra-uterina, se a gestante ingerir muito doce, o bebê pode desenvolver o paladar voltado para o açúcar, o que não seria interessante (MEDEIROS, 1993). O açúcar natural dos alimentos é suficiente para suprir as necessidades da mãe e do feto e assegurar o desenvolvimento do bebê (KONISH; KONISH, 2002).

#### **Cuidados terapêuticos**

Durante a gestação pode ser difícil manter os níveis plasmáticos terapêuticos dos medicamentos pelo aumento do volume sanguíneo, diminuição da concentração das proteínas plasmáticas, metabolização hepática e excreção renal aumentadas e diminuição da absorção gastrointestinal. A redução da quantidade de proteínas plasmáticas pode diminuir a ligação da droga, aumentando a quantidade de medicamento livre, permitindo que as drogas atravessem facilmente a placenta, atingindo a circulação fetal (FERREIRO *et al.*, 2004; ABBAS *et al.*, 2005).

Alguns medicamentos são conhecidos por

causarem aborto espontâneo, teratogenia e induzirem o parto prematuro de bebês de baixo peso (RATHMELL *et al.*, 1997; ABBAS *et al.*, 2005). Idealmente, nenhum medicamento deveria ser administrado no primeiro trimestre da gestação, exceto em casos de urgências (LITTLE *et al.*, 2002; MILLS; MOSES, 2004), porque os riscos de teratogenia são maiores durante o período da organogênese. Após esse período, os riscos são diminuídos e as drogas não causarão malformações, mas sim poderão afetar o crescimento e desenvolvimento do feto (FERREIRO *et al.*, 2004; SURESH; RADFAR, 2004).

A FDA (Food and Drug Administration) classificou os fármacos com relação ao risco de causarem malformações congênitas, oferecendo bases para a prescrição de drogas durante a gestação (Teratology Society Public Affairs Committee, 1994). Essas categorias são: Categoria A – estudos controlados em humanos não indicam risco aparente para o feto; Categoria B – estudos em animais não indicam risco para o feto e estudos bem controlados em humanos falharam em demonstrar risco; Categoria C – estudos em animais mostraram efeitos adversos no feto, mas não existem estudos em humanos; Categoria D – existe evidência de risco em humanos e Categoria X – o risco em mulheres grávidas claramente supera os benefícios.

Os fármacos classificados pela FDA como inclusos nas categorias A e B podem ser seguramente prescritos a gestante. Os medicamentos da categoria C e D deveriam ser utilizados somente em casos estritamente necessários e os da categoria X são proibidos (TERATOLOGY SOCIETY PUBLIC AFFAIRS COMMITTEE, 1994).

#### **Analgésicos e Antiinflamatórios**

O acetoaminofeno (categoria B) é o analgésico de escolha durante a gestação e lactação (MARTIN; VARNER, 1994; RATHMELL *et al.*, 1997; HAAS, 2002). Riscos de anemia e problemas renais, relatados no feto, foram observados apenas com altas doses do medicamento (MARTIN; VARNER, 1994; WASYLKO *et al.*, 1998). Os analgésicos opióides podem causar depressão do sistema nervoso fetal e vício no feto, devendo ser evitados (ACADEMY OF GENERAL DENTISTRY, 2005).

O uso prolongado de antiinflamatórios não-esteroidais tem gerado efeitos prejudiciais na circulação fetal (GAJENDRA; KUMAR, 2004; Academy of General Dentistry, 2005). O ácido acetilsalicílico e o ibuprofeno deveriam ser evitados no terceiro trimestre da gestação (ADA, 1995). O ácido acetilsalicílico, da categoria C, é um inibidor da prostaglandina, podendo levar a anemia, hemorragia e trabalho de parto prolongado (HAAS, 2002). Embora esses antiinflamatórios não estejam relacionados a malforma-

ções congênitas, podem causar aborto espontâneo (NIELSEN *et al.*, 2001).

Os corticosteróides pertencem a categoria C da FDA. A utilização de formas tópicas no tratamento de lesões inflamatórias bucais é segura para a gestante. Se usados sistemicamente, em altas doses e por curto período, atravessam a barreira placentária e são excretados no leite materno. Lactentes que fazem uso de altas doses de esteróides devem aguardar 4 horas para amamentar visando reduzir a quantidade do medicamento no leite (COMMITTEE ON DRUGS, AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1994).

#### **Anestésicos locais**

Os anestésicos locais atravessam a barreira placentária por difusão passiva, mas são considerados seguros e não teratogênicos (MOORE, 1998). Alguns anestésicos podem ser seguramente administrados, como a lidocaína, a prilocaína e a etidocaína (categoria B). Entretanto, a prilocaína, em altas doses, dificulta a circulação placentária e pode provocar metemoglobinemia. A metemoglobinemia é um distúrbio hematológico no qual a hemoglobina transforma-se em metemoglobina por meio de oxidação, tornando a molécula incapaz de transportar oxigênio (ANDRADE, 1999). A mepivacaína, bupivacaína e procaína (Categoria C) devem ser usadas com cautela durante a gestação (LITTLE *et al.*, 2002).

Com relação à presença do vasoconstritor no anestésico local, a adrenalina e a noradrenalina são consideradas seguras e não estão associadas a malformações fetais (MARTIN, VARNER, 1994). A felipressina é contra-indicada por diminuir a circulação placentária, dificultar a fixação do embrião no útero e induzir contrações uterinas. Entretanto, os estudos que mostraram esses efeitos adversos utilizaram altas doses do medicamento (HASS *et al.*, 2000).

As doses usuais de anestésicos locais são consideradas seguras para gestantes e lactentes, não existindo contra-indicação para o seu uso (DILLON *et al.*, 1997). Como medida de segurança pode-se utilizar, no máximo, 2 tubetes de lidocaína 2% por sessão de atendimento, realizando-se aspiração prévia e injeção lenta da solução (HAAS, 2002).

#### **Antibióticos**

Os beta-lactâmicos (penicilinas e cefalosporinas) são os antibióticos de primeira escolha nas infecções orofaciais. Pertencentes a categoria B da FDA, esses medicamentos atravessam a barreira placentária, mas são considerados seguros durante a gestação (DASHE; GILSTRAP, 1997). Os macrolídeos (eritromicina, clindamicina e azitromicina) (categoria B) também atravessam a barreira placentária, mas em pequenas quantidades e devem ser utilizados em pacientes alérgicos a penicilina (GAJENDRA; KU-

MAR, 2004; ACADEMY OF GENERAL DENTISTRY, 2005).

O metronidazol (categoria B) atravessa a barreira placentária e penetra na circulação fetal. Devido ao potencial de risco ainda desconhecido, não é recomendado para gestantes (MURPHY; JONES, 1994). Os aminoglicosídeos (estreptomicina e gentamicina) pertencem a categoria C e o uso deve ser restrito somente para aquelas situações em que os benefícios superam os riscos (DASHE; GILSTRAP, 1997).

O uso da tetraciclina (categoria D) é de risco para a mãe e o feto porque pode causar injúrias no pâncreas e fígado, atravessar a placenta e causar malformações e pigmentação dos dentes decíduos por meio da quebração com os íons cálcio, sendo também depositada no tecido ósseo do feto resultando em deficiência do crescimento ósseo (ACADEMY OF GENERAL DENTISTRY, 2005).

#### **Sedativos e hipnóticos**

O óxido nitroso (N<sub>2</sub>O) ainda não foi classificado pela FDA e seu uso durante a gestação é controverso. Os barbitúricos e benzodiazepínicos (categoria D) devem ser evitados durante a gestação e amamentação (SURESH, RADFAR, 2004).

#### **Aplicação de medidas preventivas às gestantes como forma de evitar a contaminação da cavidade bucal do bebê**

Altos níveis salivares maternos de *Streptococcus mutans* têm sido associados a colonização precoce da cavidade bucal do bebê e maior suscetibilidade a apresentar lesões de cárie na dentição decídua (GRIDENFJORD *et al.*, 1996; GÓMEZ *et al.*, 2001). Por isso muitos esforços têm sido realizados para prevenir a transmissão da doença cárie por meio de programas preventivos cujo alvo é a mãe (SÖDERLING *et al.*, 2001; ZANATA *et al.*, 2003).

Esses estudos têm avaliado se informações sobre saúde bucal, aconselhamento dietético, profilaxia, uso de agentes antimicrobianos, escavação e selamento em massa direcionados a mãe são capazes de prevenir a colonização da cavidade bucal do bebê por microrganismos cariogênicos (SÖDERLING *et al.*, 2001; ZANATA *et al.*, 2003). Embora alguns aspectos relacionados a transmissão da cárie dental ainda permaneçam indefinidos, o impacto desse conhecimento na prática odontológica pode ser sentido mostrando não só a menor prevalência de *S. mutans* nos filhos como também a diminuição da ocorrência de lesões de cárie na dentição decídua (GÓMEZ *et al.*, 2001; SÖDERLING *et al.*, 2001).

Assim, orientações direcionadas às gestantes com relação à saúde bucal são importantes para o estabelecimento de hábitos favoráveis, permitindo a manutenção da saúde bucal e impedindo ou, pelo menos, postergando a transmissão de microrganismos

para seus filhos.

#### **CONCLUSÃO**

O conhecimento por parte do cirurgião dentista sobre as principais características de cada trimestre gestacional e sobre as recomendações e cuidados a serem tomados durante o atendimento odontológico, incluindo a prescrição de medicamentos e o exame radiográfico, são importantes para possibilitar o tratamento da gestante com segurança e com menor risco de efeitos adversos para o bebê.

#### **ABSTRACT**

The aim of this study was to describe the main recommendations related to dental assistance during pregnancy, with topics as the main characteristics of each trimester of pregnancy, the prescription of medications, and the x-ray examination.

#### **KEYWORDS:**

Guidelines. Dental Assistance. Pregnant Woman.

#### **REFERÊNCIAS**

- ABBAS, A.E.; LESTERA, S.J.; CONNOLLY, H. Pregnancy and the Cardiovascular System. *Int. J. Cardiol.*, Amsterdam, v.98, p.179-189, 2005.
- ACADEMY OF GENERAL DENTISTRY. Disponível em: <http://agd.org/consumer/topics/pregnancy/pregnancy.asp>. Acesso em: 26 jul. 2005.
- AMERICAN DENTAL ASSOCIATION (ADA). **Pregnancy and Oral Health**, 1998.
- AMERICAN DENTAL ASSOCIATION COUNCIL ON ACCESS, PREVENTION, AND INTERPROFESSIONAL RELATIONS. **ADA Oral Health Care Series: Women's Oral Health Issues**. Chicago: American Dental Association, 1995.
- ANDRADE, E.D. **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia: Procedimentos Clínicos e Uso de Medicamentos nas Principais Situações na Prática Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 1999.
- BARAK, S.; et al. Common Oral Manifestations During Pregnancy: A Review. *Obstet. Gynecol. Surv.*, Baltimore, v.58, no.9, p.624-628, 2003.
- COMMITTEE ON DRUGS, AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. The Transfer of Drugs and Other Chemicals into Human Milk. *Pediatrics*, Springfield, v.93, p.137-150, 1994.

- DASHE, J.S.; GILSTRAP, L.C. Antibiotic Use in Pregnancy. **Obstet. Gynecol. Clin. North Am.**, Philadelphia, v.24, p.617-629, 1997.
- DILLON, D.E.; et al. Drug Therapy in the Nursing Mother. **Obstet. Gynecol. Clin. North Am.**, Philadelphia, v.24, p.675-696, 1997.
- FERRERO, S.; COLOMBO, B.M.; RAGNI, N. Maternal Arrhythmias During Pregnancy. **Arch. Gynecol. Obstet.**, München, v.269, p.244-253, 2004.
- FORSBACH-SANCHEZ, G.; TAMEZ-PEREZ, H.E.; VAZQUEZ-LARA, J. Diabetes and Pregnancy. **Arch. Med. Res.**, New York, v.36, p.291-299, 2005.
- GAJENDRA, S.; KUMAR J.V. Oral Health and Pregnancy: A Review. **New York State Dental Journal**, New York, p.44, 2004.
- GÓMEZ, S.S.; WEBER, A.A. Effectiveness of a Caries Preventive Program in Pregnant Women and New Mothers on Their Offspring. **Int. J. Paed. Dent.**, Oxford, v.11, p.117-222, 2001.
- GRINDEFJORD, M.; et al. Stepwise Prediction of Dental Caries in Children up to 3.5 Years of Age. **Caries Res.**, Basel, v.30 p.256-266, 1996.
- HAAS, D.A.; PYNN, B.R.; SANDS, T.D. Drug Use for the Pregnant or Lactating Patient. **Gen. Dent.**, Chicago, v.48, p.54-60, 2000.
- HAAS, D.A. An Update on Analgesics for the Management of Acute Postoperative Dental Pain. **J. Can. Dent. Assoc.**, Ottawa, v.68, p.476-482, 2002.
- HOLDER, R.; et al. Preventive Dentistry During Pregnancy. **Nurse Pract.**, Trenton, v.24, no.2, p.21-24, 1999.
- JAMES, P.R.; NELSON-PIERCY, C. Management of Hypertension Before, During, and After Pregnancy. **Heart**, London, v.90, p.1499-1504, 2004.
- KOCH, K.L.; FRISSORA, C.L. Nausea and Vomiting During Pregnancy. **Gastroenterol. Clin. North Am.**, Philadelphia, v.32, p.201-234, 2003.
- KONISHI, F.; KONISHI, R. Odontologia Intra-Uterina: um Novo Modelo de Construção de Saúde Bucal. In: CARDOSO, R.J.A.; GONÇALVES, E.A.N. **Odontopediatria: Prevenção**. Artes Médicas: São Paulo, 2002.
- LITTLE, J.W.; et al. **Dental Management of the Medically Compromised Patient**. 6. ed. St Louis: Mosby, 2002.
- LOPEZ, N.J.; SMITH, P.C.; GUTIERREZ, J. Periodontal Therapy May Reduce the Risk of Preterm Low Birth Weight in Women with Periodontal Disease: a Randomized Controlled Trial. **J. Periodontol.**, Chicago, v.73, p.911-924, 2001.
- LYDON-ROCHELLE, M.T.; et al. Dental Care Use and Self-Reported Dental Problems in Relation to Pregnancy. **Am. J. Public Health**, Washington, v.94, p.765-771, 2004.
- MAEDA, F.H.I.; IMPARATO, J.C.P.; BUSSADORI, S.K. Atendimento de Pacientes Gestantes: a Importância do Conhecimento em Saúde Bucal dos Médicos Ginecologistas-Obstetras. **RGO**, Porto Alegre, v.53, n.1, p.59-62, 2005.
- MARTIN, C.; VARNER, M.W. Physiologic Changes in Pregnancy: Surgical Implications. **Clin. Obstet. Gynecol.**, Hagerstown, v.37, p.241-255, 1994.
- MEDEIROS, U.V. Atenção Odontológica para Bebês. **Rev. Paul. Odontol.**, São Paulo, v.15, n.6, p.18-27, 1993.
- MILLS, L.W.; MOSES, D.T. Oral Health During Pregnancy. **M.C.N.**, New York, v.27, no.5, p.275-281, 2004.
- MOORE, P.A. Selecting Drugs for the Pregnant Dental Patient. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v.129, p.1281-1286, 1998.
- MURPHY, P.A.; JONES, E. Use of Oral Metronidazole in Pregnancy: Risks, Benefits, and Practice Guidelines. **J. Nurse-Midwifery**, New York, v.39, no.4, p.214-220, 1994.
- NIELSEN, G.L.; et al. Risk of Adverse Birth Outcome and Miscarriage in Pregnant Users of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs: Population Based Observational Study and Case-Control Study. **B.M.J.**, London, v.322, p.266-270, 2001.
- OFFENBACHER, S.; et al. Periodontal Infection as a Possible Risk Factor for Preterm Low Birthweight. **J. Periodontol.**, Chicago, v.67, no.10, p.1103-1113, 1996.
- OFFENBACHER, S.; SLADE, G. Role of Periodontitis in Systemic Health: Spontaneous Preterm Birth. **J. Dent. Education**, Washington, v.62, no.10, p.852-858, 1998.
- PETER, S.; et al. Antiplaque and Antigingivitis Efficacy of Toothpastes Containing Triclosan and Fluoride. **Int. Dent. J.**, London, v.54, p.299-303, 2004.
- RATHMELL, J.P.; VISCOMI, C.; ASHBURN, M.A. Management of Nonobstetric Pain During Pregnancy and Lactation. **Anesth. Analg.**, Baltimore, v.85, p.1074-1087, 1997.
- RAYBURN, W.F. Recommending Medications During Pregnancy: an Evidence Based Approach. **Clin. Obstet. Gynecol.**, Hagerstown, v.45, p.1-5, 2002.
- RICHARDS, A.G. Dental x-Ray Protection. **Dent. Clin. North Am.**, Philadelphia, p.631-641, 1968.
- ROTHWELL, B.R.; GREGORY, C.E.B.; SHELLER, B. The Pregnant Patient: Considerations in Dental Care. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v.7, no.3, p.124-129, 1987.
- SCAVUZZI, A.I.F.; ROCHA, M.C.B.S.; VIANNA, M.I.P. Percepção sobre Atenção Odontológica na Grávida. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, São Paulo, v.1, p.43-50, 1998.
- SODERLING, E.; et al. Influence of Maternal Xylitol Consumption on Mother-Child Transmission of Mutans Streptococci: 6-year Follow-up. **Caries Res.**, Basel, v.35, no.3, p.173-177, 2001.
- SURESH, L.; RADFAR, L. Pregnancy and Lactation. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, St. Louis, v.97, p.672-682, 2004.
- TARSITANO, B.F.; ROLLINGS, R.E. The Pregnant Dental Patient: Evaluation and Management. **Gen. Dent.**, Chicago, v.41, no.3, p.226-234, 1993.
- TERATOLOGY SOCIETY PUBLIC AFFAIRS COMMITTEE. FDA Classification of Drugs for Teratogenic Risk. **Teratology**, New York, v.49, p.446-447, 1994.
- WASYLKO, L.; et al. A Review of Common Dental Treatments During Pregnancy: Implications for Patients and Dental Personnel. **J. Canad. Dent. Assoc.**, Ottawa, v.64, no.6, p.434-439, 1998.

---

ZANATA, R.L.; et al. Effect of Caries Preventive Measures Directed to Expectant Mothers on Caries Experience in Their Children. **Braz. Dent. J.**, Ribeirão Preto, v.14, no.2, p.75-81, 2003.

**Endereço para correspondência:**

Alexandra Mussolino de Queiroz  
Departamento de Clínica Infantil, Odontologia Preventiva e Social  
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo  
Avenida do Café, s/n – Bairro Monte Alegre - CEP: 14040-904 – Ribeirão Preto – SP  
Telefone: (16) 3602-4116  
e-mail:  
amqueiroz@forp.usp.br(**Footnotes**)