

Analgesia em pacientes gestantes: revisão de literatura

Israel Cavalcante Lopes ¹, Diego Thiers Oliveira Carneiro ^{1,*}

¹ Curso de Odontologia, Universidade Ateneu, Fortaleza, CE, Brasil.

* Correspondência: diego_thiers@hotmail.com.

Resumo: A paciente gestante, fisiologicamente, passa por várias mudanças em seu corpo devido às ações hormonais. A cavidade oral não fica isenta dessas alterações e repercussões na saúde bucal também são identificadas. É essencial fornecer atendimento odontológico seguro e apropriado durante a gestação, levando em consideração o trimestre gestacional e a saúde geral da paciente. A analgesia em paciente gestante ainda se mostra um tabu para muitos profissionais, principalmente aos cirurgiões dentistas recém-formados. A utilização, no consultório, de anestésicos locais como controle da dor faz com que o procedimento aconteça de forma mais segura e eficiente. Quanto aos analgésicos administrados por via oral, o paracetamol é considerado o de primeira escolha com a dipirona figurando como segunda opção. As aspirinas, ibuprofeno e corticosteroides podem ser uma opção, mas seu uso deve ser racionalizado e quando os benefícios superam os riscos da manutenção da gestação e saúde materna. O uso da analgesia ou redução do protocolo de dor em uma paciente gestante no consultório pode ser realizado com lidocaína a 2% com epinefrina, pois é considerado seguro, mas certos anestésicos, como benzocaína e procaína, devem ser evitados sob riscos de metahemoglobinemia. Contudo, o profissional deve sempre eleger os riscos e benefícios do uso das medicações analgésicas para a gestante e o feto durante a escolha da medicação.

Citação: Lopes IC, Carneiro DTO. Analgesia em pacientes gestantes: revisão de literatura. Brazilian Journal of Dentistry and Oral Radiology. 2024 Jan-Dec;3:bjd40.

doi: <https://doi.org/10.52600/2965-8837.bjdor.2024.3.bjd40>

Recebido: 5 Abril 2024

Aceito: 30 Abril 2024

Publicado: 10 Maio 2024

Palavras-chave: Gravidez; Atendimento odontológico; Analgésico.

1. Introdução

O período da gestação representa um momento singular na vida de uma mulher, demandando atenção meticulosa, especialmente no que concerne ao controle da dor e à utilização de medicamentos. É crucial possuir conhecimento sobre a segurança e eficácia dos tratamentos, especialmente ao considerar a administração de analgésicos, anestésicos e outros medicamentos. Este desafio é agravado pela complexidade envolvida na tomada de decisões clínicas, onde é necessário ponderar sobre qual fator se destaca: os riscos potenciais ou os benefícios para a gestante e o feto [1, 2].

A gestante passa por diversas mudanças físicas e hormonais, e essas alterações fisiológicas facilitam o processo de dor, devido a alguns desses fatores associados [3, 4]. Cabe ao cirurgião-dentista apresentar o correto manejo da dor nesses pacientes para analgesia [5]. Quanto aos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), deve-se ter mais cautela ao prescrever para gestantes, pois apresentam maior risco em comparação aos analgésicos, segundo a Food and Drug Administration (FDA), especialmente no terceiro trimestre devido aos maiores riscos à saúde do feto [6]. Em relação aos opioides, geralmente utilizados para dores agudas, seu uso deve ser feito com cuidado, nas doses corretas e permitidas, para evitar possíveis efeitos adversos. Opioides como Codeína e Oxycodona são prescritos normalmente em combinação com paracetamol ou ácido acetilsalicílico [6, 7].

A utilização de anestésicos locais em procedimentos odontológicos durante a gravidez, visando à analgesia durante o atendimento odontológico, está diretamente relacionada à complexidade da tomada de decisões clínicas [8]. Outro ponto abordado neste estudo é a utilização de analgésicos, tendo em vista ser a primeira linha de escolha para o



Direitos autorais: Este trabalho está licenciado sob uma Licença Internacional Creative Commons Atribuição 4.0 (CC BY 4.0).

controle da dor. No entanto, é importante ressaltar que, primeiramente, deve-se identificar a causa da dor e, em seguida, tratá-la [6]. O atendimento odontológico a pacientes gestantes ainda é considerado complexo. Contudo, com a evolução da odontologia, do manejo da dor e dos estudos cada vez mais aprofundados, é uma questão de tempo para que esse tipo de atendimento seja normalizado.

É evidente que existe uma necessidade de orientações claras e atualizadas sobre o atendimento odontológico para gestantes, especialmente considerando as incertezas que cercam esse tema. Isso muitas vezes gera dúvidas, principalmente entre os dentistas recém-formados. Entendendo a importância dos cuidados adequados durante a gestação e reconhecendo a falta de informações consolidadas nessa área, propõe-se a continuidade e o aprofundamento dos estudos sobre analgesia em gestantes. Assim, este trabalho tem como objetivo preencher essa lacuna de conhecimento, oferecendo orientações embasadas e atualizadas.

O principal objetivo é contribuir para a construção de uma prática clínica mais informada e de alta qualidade no contexto do atendimento odontológico para gestantes. Acredita-se que é crucial fornecer diretrizes claras sobre a seleção e prescrição de medicamentos seguros, incluindo anestésias, opioides e anti-inflamatórios, para garantir a saúde materno-fetal durante o tratamento odontológico. Além disso, pretende-se abordar de maneira abrangente as possíveis interações medicamentosas que possam ocorrer durante o período gestacional. A proposta envolve o debate sobre as melhores práticas, levando em consideração a evolução constante da odontologia e as descobertas mais recentes em relação aos cuidados odontológicos durante a gravidez. Adotando uma abordagem colaborativa e multidisciplinar, busca-se estabelecer um consenso sólido e atualizado que beneficie não apenas os dentistas, mas também as gestantes, garantindo um atendimento seguro, eficaz e respaldado por evidências científicas. Em última análise, a proposta visa melhorar a qualidade do atendimento odontológico para gestantes.

2. Metodologia

Esta revisão da literatura narrativa teve como objetivo central reunir informações sobre analgesia e controle da dor em pacientes gestantes. A pesquisa foi conduzida por meio de bibliotecas virtuais nas bases de dados PubMed e ScienceDirect, utilizando as seguintes palavras-chave: "pregnancy", "dental care", "analgesic", seguidas do operador booleano AND. Para a seleção dos artigos, foram empregados os critérios de inclusão e exclusão especificados a seguir:

Critérios de inclusão: artigos completos, publicados nos últimos 10 anos, redigidos em inglês e português, que abordam o tema.

Critérios de exclusão: resumos expandidos, cartas ao editor, resumos que não se relacionassem com o assunto, trabalhos em animais e artigos duplicados nas bases de dados mencionadas.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 7 artigos na plataforma PubMed e 13 artigos na plataforma ScienceDirect.

3. Resultados

3.1 Alterações sistêmicas da gestante

Durante a gestação a mulher passa por mudanças por todo seu corpo tanto fisiológicas como hormonais, entres essas mudanças as principais estão relacionadas aos sistemas, endócrino, respiratório, cardiovascular, gastrointestinal e renal. Podendo causar distúrbios sistêmicos, conduzindo a possíveis alterações orais nas gestantes [4, 9], onde estas alterações irão definir o processo correto de prescrição e manejo do paciente [10]. Ao tratar pacientes grávidas, é crucial considerar adaptações na administração e prescrição de medicamentos, com ênfase na minimização de potenciais efeitos teratogênicos adversos. Durante a gestação, a decisão de prescrever medicamentos deve ser guiada pelo objetivo de proporcionar o máximo benefício à mãe, minimizando simultaneamente os riscos para o feto em desenvolvimento. Para avaliar os riscos associados ao uso de medicamentos nesse

contexto, a Food and Drug Administration (FDA) dos Estados Unidos categorizou os medicamentos com base nos níveis de risco que apresentam para o feto. A Tabela 1 resume as definições de fatores de risco de gravidez da FDA [6].

Tabela 1: Definição de fatores de risco para a gravidez da FDA.

Categoria	Definição
A	Estudos controlados com mulheres grávidas não conseguiram demonstrar risco para o feto no primeiro trimestre, não havendo evidência de risco nos trimestres posteriores. A possibilidade de dano fetal é improvável.
B	Ou os estudos de reprodução animal não demonstraram risco fetal e não foram realizados estudos controlados em mulheres grávidas, ou os estudos de reprodução animal demonstraram um efeito adverso (além da diminuição da fertilidade) que não foi confirmado em estudos controlados com mulheres no primeiro trimestre e não encontraram evidências de risco em trimestres posteriores.
C	Os estudos em animais revelaram efeitos adversos no feto (efeitos teratogênicos, embriocidas ou outros) e não foram realizados estudos controlados em mulheres, ou não estão disponíveis estudos em mulheres e animais. Os medicamentos só devem ser administrados se os benefícios potenciais justificarem o risco potencial para o feto.
D	Nenhuma evidência positiva de risco fetal humano foi encontrada, mas os benefícios do uso em mulheres grávidas podem ser aceitáveis apesar do risco (por exemplo, se o medicamento for necessário em uma situação de risco de vida ou para uma doença grave para a qual não podem ser usados medicamentos mais seguros). ou são ineficazes).
X	Estudos em animais ou humanos demonstraram anomalias fetais, ou foram encontradas evidências de risco fetal com base na experiência humana, ou ambas, e o risco do uso do medicamento em mulheres grávidas supera claramente qualquer possível benefício. O medicamento é contraindicado em mulheres que estão ou podem engravidar.

Fonte: Adaptado de [6].

3.2 Anestésicos locais

Deve-se analisar cuidadosamente a administração de anestésicos locais em gestantes, uma vez que a gestação pode afetar a sensibilidade dos nervos a esses anestésicos. Especula-se que o aumento nos níveis hormonais, como o da progesterona, contribua para o aumento da sensibilidade neural a esses anestésicos. Além disso, existem outros riscos, como a capacidade dos anestésicos locais de atravessar a barreira placentária, podendo representar mais um fator de risco para a toxicidade anestésica [11]. Para o manejo da dor na odontologia, os anestésicos são amplamente utilizados. Segundo a classificação da FDA, os anestésicos mais seguros para pacientes gestantes são a prilocaína e a lidocaína, que pertencem à categoria B, levando em consideração a situação completa da paciente [12].

A categoria C compreende medicamentos que devem ser utilizados com cautela, tais como bupivacaína, mepivacaína e articaína. Estudos realizados em animais após altas concentrações desses anestésicos da categoria C relatam bradicardia fetal. Além disso, foi observado que administrações subcutâneas de bupivacaína em doses consideráveis podem causar defeitos no desenvolvimento [6]. Lidocaína, da classe amida, é um dos anestésicos mais utilizados em consultórios. Os anestésicos mais empregados em gestantes são lidocaína e prilocaína, de acordo com a tabela de classificação de risco para gestantes da FDA. Ambos são classificados como B, sendo os únicos nessa categoria. Ao utilizar um anestésico em uma gestante, deve-se levar em conta suas alterações fisiológicas para escolher o anestésico mais adequado para a situação. É relatado que a lidocaína a 2%, com uma concentração de epinefrina de 1:100.000, é considerada segura para gestantes [13, 14].

A prilocaína, mesmo se enquadrando no grupo B pela classificação de risco da FDA e sendo considerada segura para uso na gestação [6], apresenta complicações quando administrada em gestantes. Muitas desenvolvem quadros hipóxicos, resultando em metemoglobinemia [15]. Ao ser metabolizada no fígado, a prilocaína, que inclui o tolueno em sua composição, converte-se em ortotoluidina. Essa substância tem a capacidade de oxidar o ferro ferroso para o estado férrico, o que impede o transporte eficiente de oxigênio para os tecidos [11]. Quanto aos anestésicos tópicos, é indicada a mistura eutética de anestésico local (lidocaína 2,5% e prilocaína 2,5%) para a mucosa bucal, sendo uma alternativa melhor do que a benzocaína, que pertence à categoria C e apresenta risco de metemoglobinemia [11].

3.3 Analgésicos

O uso de analgésicos é a principal forma de manejo contra a dor odontogênica [16]. O cirurgião-dentista deve controlar a dor da melhor maneira possível, visualizando suas opções e seguindo a escada analgésica da Organização Mundial da Saúde (OMS). Conforme a intensidade da dor do paciente, no primeiro degrau, em casos de dor fraca, recomenda-se o uso de analgésico simples (por exemplo, paracetamol), adicionando anti-inflamatórios caso a dor persista. No segundo degrau, em casos de dor moderada, recomenda-se o uso de opioides fracos (por exemplo, codeína), adicionando analgésicos ou anti-inflamatórios, como no primeiro degrau, caso a dor persista. No terceiro degrau, em casos de dor intensa, recomenda-se o uso de opioides fortes (por exemplo, oxicodona), seguindo o mesmo esquema do segundo degrau, trocando apenas o opioide fraco por um forte [17]. Fazendo sempre uma prescrição segura, estará preservando ao máximo o paciente [10].

O paracetamol é o analgésico mais utilizado por gestantes no controle da dor, sendo considerado o analgésico de primeira escolha para gestantes. Está classificado como categoria B na tabela da FDA e atua inibindo a enzima ciclooxigenase, com sua ação ocorrendo no sistema nervoso central [18]. Frequentemente considerado o analgésico mais seguro durante a gestação devido à ausência de associação com teratogenicidade, o paracetamol tem sido objeto de estudos recentes que sugerem uma possível ligação ao aumento do risco de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em recém-nascidos. Embora conclusões definitivas ainda não tenham sido alcançadas e outros fatores possam ter influenciado os resultados dessas investigações, é importante notar que o uso prolongado do paracetamol pode estar associado a um risco relativamente pequeno [6]. Portanto, o uso seguro de paracetamol para mulheres grávidas é observado ao seguir as recomendações, que consistem em administrar 500–1000 mg a cada quatro horas, com uma dose máxima de quatro gramas por dia [6].

3.4 Opióides

Os opioides, quando conectados aos receptores corretos, produzem uma sensação de relaxamento, causando o efeito de analgesia, sendo utilizados no tratamento da dor aguda [19]. Se houver exposição prolongada de gestantes aos opioides, isso pode resultar em problemas na gestação. Dados de pesquisa em adultos mostram que não há resultados superiores com o uso de opioides [11]. A Oxicodona é considerada a opção mais segura devido à sua classificação como categoria B, enquanto a codeína, classificada como categoria C, está associada a um aumento do risco de malformações congênitas, como fenda labial, palatina e outras anomalias cardíacas e circulatórias. Embora seja preferível prescrever codeína durante o segundo ou terceiros trimestres, se necessário, e por um curto período, é importante destacar que o uso crônico de opioides está relacionado à dependência fetal, parto prematuro, depressão respiratória neonatal e atraso no crescimento [6].

3.5 AINEs

Mulheres gestantes devem evitar AINEs, pois podem causar contrações ineficazes durante o trabalho de parto e o fechamento prematuro do canal arterial, devido à redução na produção de prostaglandina. Se necessário, um analgésico pode ser utilizado para a dor

pós-operatória, e o paracetamol é considerado seguro dentro das doses recomendadas (até 4.000 mg por dia) durante toda a gestação. No entanto, devido ao risco de danos renais ou toxicidade hepática por sobredosagem, é preferível evitá-lo, se possível [20].

O ibuprofeno, inicialmente categorizado como Categoria B nos primeiros dois trimestres da gravidez, é reclassificado como Categoria D no terceiro trimestre, sendo desaconselhado nesse período. Isso se deve à evidência de que o uso de AINEs no final da gestação pode prolongar a duração do parto devido a contrações ineficazes. Além disso, existem preocupações relacionadas ao aumento do sangramento durante o parto e ao fechamento prematuro do canal arterial [6].

3.6 Corticoides

Um agente anti-inflamatório amplamente utilizado na prática endodôntica são os corticosteroides, frequentemente empregados no tratamento da dor ou crises pós-operatórias. Contudo, o emprego desses esteroides durante a gravidez tem gerado controvérsias devido a relatos divergentes acerca da associação entre o uso pré-natal e resultados adversos na gestação. Pesquisas indicaram que a utilização pré-natal de esteroides esteve relacionada a fissuras orais, baixo peso ao nascer, parto prematuro e restrição do crescimento fetal [11].

A administração de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e corticosteroides pode aumentar o risco de hemorragia gastrointestinal devido à interação de seus efeitos no trato gastrointestinal. A inibição das enzimas ciclo-oxigenases pelos AINEs diminui a produção de prostaglandinas protetoras, tornando a mucosa gastrointestinal mais suscetível a lesões. Paralelamente, os corticosteroides, com propriedades anti-inflamatórias e imunossupressoras, podem afetar a integridade da mucosa, criando um ambiente propício para o desenvolvimento de úlceras ou lesões, ampliando o risco de hemorragia. Portanto, a avaliação cuidadosa da relação risco-benefício e a implementação de medidas preventivas são cruciais ao prescrever esses medicamentos, especialmente a longo prazo, exigindo monitoramento próximo dos pacientes [20].

4. Conclusão

Cuidar da saúde bucal durante a gravidez é uma tarefa importante que requer uma abordagem cuidadosa na escolha e administração de medicamentos, especialmente analgésicos e anestésicos. A complexidade das decisões a serem tomadas realça a importância de estudos sobre a segurança de medicamentos. Os medicamentos citados foram colocados na classificação de risco da FDA. A educação contínua dos profissionais de saúde e o uso cauteloso de AINES em certas situações, são enfatizados. Em última análise, o atendimento odontológico durante a gravidez deve ser respeitoso e ponderado, levando em consideração não apenas a eficácia local dos medicamentos, mas também os possíveis impactos sistêmicos na saúde materno-fetal. A busca constante por evidências e a atualização profissional são fundamentais para garantir o melhor atendimento, para controle da dor durante a gravidez.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa: Nenhum.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Nenhum.

Materiais Suplementares: Nenhum.

Referências

1. Idzik S, Krauss E. Evaluating and managing dental complaints in primary and urgent care. *J Nurse Pract.* 2013;9(6):329-338.

2. Radha G, Sood P. Oral care during pregnancy: Dentists knowledge, attitude and behaviour in treating pregnant patients at dental clinics of Bengaluru, India. *J Pierre Fauchard Acad (India Section)*. 2013;27(4):135-141.
3. Allen RH, Micks E, Edelman A. Pain relief for obstetric and gynecologic ambulatory procedures. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2013;40(4):625-645.
4. McGuire B. Updates on evaluation and treatment of common complaints in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2023;50(3):535-547.
5. Duda PW, et al. A pregnant patient (first trimester) reporting for pain in relation to the maxillary left first molar was prescribed a full mouth series radiographs in the dental office. *Dent Clin North Am*. 2023;67(4):703-705.
6. Ouanounou A, Haas DA. Drug therapy during pregnancy: implications for dental practice. *Br Dent J*. 2016;220(8):413-417.
7. Rowe H, Baker T, Hale TW. Maternal medication, drug use, and breastfeeding. *Pediatr Clin North Am*. 2013;60(1):275-294.
8. Harris M, Chung F. Complications of general anesthesia. *Clin Plast Surg*. 2013;40(4):503-513.
9. Chmieliauskaite M, et al. A pregnant patient with gestational diabetes reports for scaling and root planning. *Dent Clin North Am*. 2023;67(4):707-709.
10. Teoh L, et al. To prescribe or not to prescribe? A review of the Prescribing Competencies Framework for dentistry. *J Dent*. 2023;137:104654.
11. Ather A, et al. Pharmacotherapy during pregnancy: An endodontic perspective. *J Endod*. 2020;46(9):1185-1194.
12. Agarwal R, Porter MH, Obeid G. Common medical illnesses that affect anesthesia and their anesthetic management. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2013;25(3):407-438.
13. Steinberg BJ, et al. Oral health and dental care during pregnancy. *Dent Clin North Am*. 2013;57(2):195-210.
14. Aliabadi T, et al. Antibiotic use in endodontic treatment during pregnancy: A narrative review. *Eur J Transl Myol*. 2022 Oct 20.
15. Perrin SL, et al. Local anesthetic drugs. *Anaesth Intensive Care Med*. 2023;24(1):65-70.
16. Ausmus J. Pain management and analgesia procedures and strategies in the emergency department. *Physician Assist Clin*. 2023;8(1):151-165.
17. Brinkman DJ, et al. Use of analgesics in oral care. *Ned Tijdschr Tandheelkd*. 2021 Sep 3;128(9):441-450.
18. Giovannitti JA Jr. Pharmacology of intravenous sedative/anesthetic medications used in oral surgery. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2013;25(3):439-451.
19. Bodnar RJ. Endogenous opiates and behavior: 2022. *Peptides*. 2023;169:171095.
20. Nagi R, et al. Clinical implications of prescribing nonsteroidal anti-inflammatory drugs in oral health care—a review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2015;119(3):264-271.