

SAÚDE BUCAL DAS GESTANTES: O QUE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PRECISAM SABER?

*Ana Carolina Cleto Borges
Paula Molina Nogueira
Mara Vasconcelos
Livia Guimarães Zina
Maria Inês Barreiros Senna
Raquel Conceição Ferreira*

1 Introdução

Tradicionalmente, no sistema de saúde brasileiro, tem-se priorizado o cuidado da mulher na sua fase reprodutiva com ênfase na atenção ao pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2016a). A elevada taxa de mortalidade materna no Brasil ainda é motivo de preocupação, exigindo a elaboração e a institucionalização de novos programas e estratégias em níveis federal, estadual e municipal que visam organizar e melhorar a assistência à saúde prestada às gestantes (BRASIL, 2011; MINAS GERAIS, 2016; BELO HORIZONTE, 2016). Nesse sentido, a Rede Cegonha foi instituída como uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada, à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Para que se consiga melhorar essa assistência prestada, a atuação de uma equipe multiprofissional favorece a integralidade do cuidado, de forma a ofertar ações e serviços que contribuam para o bem-estar das gestantes, evitando problemas e complicações durante a gravidez, parto e puerpério. Como parte dessa equipe multiprofissional, as políticas e programas de saúde bucal caminham para estabelecer, entre as suas diretrizes, garantias no cuidado integral à saúde das gestantes (BRASIL, 2004). A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada “Brasil Sorridente”, determina que devem ser executadas atividades de prevenção que englobam as ações educativo-preventivas com orientações sobre hábitos alimentares e higiene bucal. No que remete ao atendimento assistencial, devem ser executados: exames de tecidos mole; identificação de risco à saúde bucal; diagnósticos de lesões de cárie, gengivite e doença periodontal, seguido do tratamento curativo, quando necessário (BRASIL, 2004). Com o avanço das políticas públicas, em 2016, o Protocolo da Atenção básica – Saúde da Mulher reafirma as diretrizes da PNSB ao recomendar que todas as gestantes sejam acompanhadas pelos profissionais da saúde bucal durante o pré-natal (BRASIL, 2016).

Entretanto, observa-se que mesmo com as políticas de saúde bucal vigentes, ainda não existe, na prática, um pré-natal integral como propõe a promoção de saúde (REIS et al., 2010). Barreiras têm sido observadas no acompanhamento e atendimento das gestantes pelas equipes de saúde bucal: mitos e crenças de que o tratamento odontológico é prejudicial ao feto, baixa percepção sobre a necessidade de tratamento, medo do dentista, receio de sentir dor e desconforto, ruído da caneta de alta rotação e a recusa, por insegurança, de alguns cirurgiões-dentistas na execução de procedimentos clínicos em gestantes, bem como a falta de interação interdisciplinar entre os profissionais de saúde (SILVEIRA et al., 2016; MIER et al., 2013; ÖZEN et al., 2012; CODATO et al., 2011; ALVES et al., 2010; LEAL; JANNOTTI, 2009; MOIMAZ et al., 2007; FINKER et al., 2004). Contudo, foi demonstrado que, quando os ginecologistas encaminham as gestantes e fazem solicitações de contrarreferência da consulta odontológica, há um aumento na frequência de atendimento odontológico durante a gravidez (KOBYLÍŃSKA et al. 2018)

Nesse sentido, este capítulo destina-se aos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados à saúde da mulher no período gestacional. Foi elaborado com a finalidade de esclarecer sobre a importância do pré-natal odontológico e elucidar as questões relacionadas ao cuidado da saúde bucal da gestante que frequentemente geram dúvidas entre os profissionais e as próprias pacientes. Este capítulo poderá contribuir no aprendizado da equipe multidisciplinar de forma a atuarem como parceiros nos cuidados à saúde bucal das gestantes.

1.1 Alterações bucais durante a gestação

As alterações observadas durante a gestação representam processos fisiológicos normais decorrentes da preparação do organismo feminino para a geração do bebê. Durante o período gestacional, o débito cardíaco aumenta em cerca de 30% a 50% de seu total, quando comparado à paciente não gestante. Esse aumento ocorre a partir da 16^a semana de vida intrauterina e atinge seu pico por volta da 24^a semana. Após a 30^a semana, o débito cardíaco é parcialmente reduzido, devido ao volume aumentado do útero, podendo obstruir a veia cava inferior. O volume sanguíneo também aumenta proporcionalmente com o débito cardíaco, podendo alcançar a marca de 40% a mais durante toda a gestação, devido, principalmente, ao aumento da retenção de fluidos. Observa-se, também, uma anemia fisiológica, por deficiência de ferro, e hipercoagulabilidade, devido ao aumento da produção de fatores de coagulação (SHESSEL et al., 2013). Estas alterações acontecem, provavelmente, em decorrência de mudanças hormonais e protegem a mulher de hemorragia durante o parto, entretanto predispõem ao tromboembolismo (SATTAR et al., 1999).

As alterações hormonais também ocorrem durante a gestação, como o aumento da produção de gonadotrofina coriônica, estrogênios e progesterona (SILVA et al., 2006a). A progesterona e o estrogênio aumentam a vascularização, contribuindo assim para uma maior intensidade das respostas inflamatórias (DIAZ-GUZMAN; CASTELLANOS-SUAREZ, 2004).

Esse aumento nos níveis hormonais parece exacerbar a resposta gengival ao biofilme dental, podendo estar relacionada ao desenvolvimento e/ou agravamento da gengivite (SILVA et al., 2006a; GAJENDRA; KUMAR, 2004). Além dessas modificações, estão o aumento da prevalência de cáries dentárias e, em casos menos frequentes, o surgimento do granuloma gravídico (EBRAHIM et al., 2014; SILK et al., 2008). Dessa forma, como a cavidade bucal sofre alterações durante a gravidez, torna-se essencial o cuidado odontológico durante esse período.

1.2 Alterações gengivais

A elevação nos níveis de estrogênio aumenta a permeabilidade capilar e predispõem as gestantes à gengivite e hiperplasia gengival. Embora estes fatores não levem à gengivite ou à periodontite, eles podem piorar as condições pré-existentes (KURIEN et al., 2013). Para essas alterações gengivais, o tratamento aconselhável é a realização de procedimentos básicos em periodontia, tais como a eliminação dos

fatores irritantes locais e a motivação da gestante para os cuidados de higiene bucal (ANDRADE, 2014).

A prevalência da doença periodontal na gravidez, baseada em observações clínicas, tem variado de 35% a 100% (MOIMAZ et al., 2006). Estudo epidemiológico comprovou que durante a gravidez é observada uma significativa proliferação de microorganismos na cavidade oral, facilitando a colonização de periodontopatógenos (FUJIWARA et al., 2015). Há evidências científicas de que a doença periodontal na gestação atua como um dos fatores predisponentes para o parto prematuro, apesar de restrito a determinados grupos populacionais (SCHWENDICKE et al., 2015).

1.3 Granuloma gravídico

O granuloma gravídico é um tipo de lesão que pode surgir a partir do terceiro mês de gestação e sua incidência pode aumentar a partir do sétimo mês. O desenvolvimento desta lesão pode estar relacionado ao aumento dos níveis de estrogênio e progesterona com a evolução da gravidez. Trata-se de uma lesão gengival lobulada ou plana, pediculada com aspecto granuloso, semelhante a uma amora e sua cor pode variar de rosa ao roxo (ANDRADE, 2014). Pode regredir com a normalização dos níveis hormonais após a gravidez ou ser removido cirurgicamente no período gestacional. Se ele está sangrando excessivamente e/ou causando problemas na mastigação, recomenda-se a remoção com segurança durante a gravidez (ACHTARI et al., 2012)

1.4 Cárie dentária

Os fatores relacionados com o desenvolvimento da cárie no período gestacional são o acúmulo de placa bacteriana, alteração na microbiota bucal, mudanças nos hábitos alimentares e um descuido com a higiene bucal. O aumento do fluxo salivar nos primeiros meses da gestação e a hiperatividade das glândulas salivares é um fenômeno comum nesse período. O excesso de secreção salivar provoca náuseas e vômitos. Com as náuseas, muitas vezes a gestante passa a ter um descuido maior com a higiene bucal, associado ao aumento da frequência da ingestão de carboidratos e sacarose, contribuindo para o acúmulo de placa bacteriana (ZINA; VASCONCELOS, 2017). Pode ocorrer, ainda, a queda da capacidade tampão da saliva, fator importante no aumento do risco de desmineralização dental e desenvolvimento de cárie e lesões erosivas no esmalte dentário (RODRIGUES, 2002).

A dieta é o principal fator de risco para o desenvolvimento de lesões de cárie em pacientes de qualquer faixa etária ou condição de vida. A sacarose é considerada o carboidrato dietético mais cariogênico por ser fermentado por bactérias orais, e também funcionar como substrato para a síntese de polissacarídeos extracelulares e intracelulares da placa dentária (SHEIHAM; JAMES, 2015). Por isso, as gestantes devem ser orientadas por toda a equipe sobre o consumo e frequência de alimentos açucarados.

2 Mitos e crenças relacionados ao tratamento odontológico

As gestantes são consideradas um público de difícil adesão ao tratamento odontológico (SILVEIRA et al., 2016). Dentre os motivos, está à disseminação de mitos e crenças que relacionam de forma negativa a assistência odontológica e a gestação (MIER et al., 2013, ÖZEN et al., 2012; CODATO et al., 2008; LEAL; JANNOTTI, 2009, NASCIMENTO et al., 2012).

Estudo realizado com 312 gestantes no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, constatou que 56,7% acreditam que a gestação altera a saúde bucal. As principais crenças remetem ao aumento de sensibilidade dolorosa (53,5%), enfraquecimento dos dentes (49,0%) e a transferência de cálcio dos dentes da mãe para feto (41,7%). Metade (51,6%) acredita que não podem tomar anestesia, realizar procedimentos cirúrgicos (52,9%) e submeter-se ao exame radiográfico (51,2%). Além disso, 55,1% consideram que o exame radiográfico pode causar malformação fetal e 54,8% temem que a assistência odontológica prejudique o bebê (ALVES, 2010).

////////////////////////////////////
IMPORTANTE

Os profissionais da saúde têm papel fundamental na desmistificação das crenças que relacionam de forma negativa o tratamento odontológico e a gestação. Converse com a família-gestante e esclareça que o tratamento odontológico durante a gestação é seguro para o feto e benéfico para a mãe.

As estratégias educativo-preventivas dirigidas às gestantes podem desmistificar essas crenças, contribuindo para uma maior conscientização deste grupo quanto à adoção de atitudes favoráveis frente à adesão ao tratamento odontológico (ALVES et al., 2010), visto que, qualquer tipo de tratamento eletivo ou de urgência pode ser realizado durante a gestação. Não há evidências científicas que justifique essas crenças na perspectiva de impedir a realização do atendimento odontológico em gestantes (QUADRO 1) (VASCONCELOS; ZINA, 2017).

Quadro 1. Mitos e crenças do atendimento odontológico na gestação.

Mitos e crenças	Evidência científica	Autores
"a gestante perde cálcio dos dentes para formar os ossos do bebê"	a gestante não perde cálcio de seus dentes durante a gravidez porque os dentes não participam do metabolismo sistêmico do cálcio. O cálcio fica presente de forma estável nos dentes das gestantes. O cálcio necessário para o desenvolvimento do feto é o que a mãe ingere na dieta. Por isso é necessário a ingestão de cálcio, ferro, proteínas, fósforo e vitaminas A, C e D.	NASCIMENTO et al., 2012
"a cada gestação se perde um dente"	a perda dentária ocorre em função de vários fatores, tais como: ingestão frequente de carboidratos, higienização deficiente, mudanças nos hábitos alimentares e acesso aos serviços de saúde	XAVIER; XAVIER, 2004; MOIMAZ et al., 2007; MOIMAZ et al., 2009; SILVA, 2013;
"a gengiva sangra e dá hemorragia"	na gravidez ocorre uma maior vascularização da gengiva em função das alterações hormonais típicas (altos níveis de estrogênio e progesterona, deficiências nutricionais), o que pode propiciar o sangramento quando há presença do biofilme dentário	NASCIMENTO et al., 2012; KIM et al., 2012; FUJIMURA et al., 2015;
"na gravidez existe aumento da cárie dentária"	as principais causas de cárie durante a gravidez são a mudança na dieta, apetite exóticos, higiene bucal negligenciada, mudança na microbiota bucal e maior possibilidade da ocorrência de vômitos e náuseas	MILL; MOSES, 2002; MOIMAZ et al., 2009; FAGONI et al., 2014;
"o exame radiográfico pode prejudicar o feto"	as tomadas radiográficas desde que realizadas sob as condições de segurança para a proteção da mãe e do feto não apresentam contraindicação para o seu uso durante a gravidez. A quantidade de radiação usada nas radiografias dentárias é muito abaixo da dose limiar.	SURESH; RADFAR, 2004; CODATO et al., 2011; NASCIMENTO et al., 2012; SHESSEL et al., 2013;
"a gestante não pode tomar anestesia do dentista"	a gravidez não representa nenhuma contraindicação para o emprego de anestésicos locais desde que observadas as doses terapêuticas e as condições sistêmicas da gestante	HAAS et al., 2000; MARTINEZ-ORTEGA et al., 2004; YAGIELA, 2011;

Fonte: Adaptado de ZINA; VASCONCELOS, 2017; NASCIMENTO et al., 2012; MOIMAZ et al., 2006; MOIMAZ et al., 2009.

3 Educação em saúde durante a gestação

O período da gestação é considerado uma etapa favorável para a promoção de saúde. As mulheres tornam-se emocionalmente mais sensíveis à incorporação de novas atitudes, comportamentos e mudanças de hábito, pois esse período remete a uma série de dúvidas que podem estimular a gestante a buscar informações e, desta forma, adquirir novas e melhores práticas de saúde (CODATO et al., 2008; MIRANDA et al., 2004).

As reuniões e consultas do pré-natal são espaços para promover educação em saúde. Os profissionais de saúde devem exercer o seu papel orientando as gestantes sobre as diversas mudanças que ocorrem neste período e reforçar a importância dos cuidados com a saúde bucal nesta fase (TREVISAN; PINTO, 2013). Isso porque estudos têm demonstrado que as orientações recebidas durante a gestação têm influência sobre o início da higienização bucal dos filhos, primeira consulta ao dentista, redução de cárie severa na primeira infância, comportamentos de higiene, além da amamentação e auto percepção das condições de saúde e de higiene bucal (KHAMIS et al., 2017; RIGO et al., 2016; MARINHO et al., 2016; CHERYL et al., 2015).

////////////////////////////////////

IMPORTANTE

É essencial abordar assuntos relacionados a saúde bucal nos encontros de gestante, a fim de reforçar os cuidados bucais da mãe, desmistificar o tratamento odontológico e iniciar as orientações para o bebê.

Apesar da existência de diversas fontes de informações para este público, a seleção e, conseqüentemente, o uso de tais recursos estão relacionados com a capacidade de suprir as demandas informacionais das gestantes (GRIMES et al., 2014). No setor público, evidencia-se a baixa adesão das gestantes em atividades de educação em saúde. De acordo com a percepção dessas mulheres, os grupos operativos são voltados apenas para o cuidado da criança, o que tem contribuído para o baixo interesse das gestantes em utilizar esses espaços para se informar sobre a gestação (HERVAL, 2015). Os profissionais de saúde, apontados como fonte mais confiável, nem sempre dispõem de tempo suficiente durante as consultas de pré-natal para o esclarecimento de todas as dúvidas e curiosidades das pacientes. Estas, ainda, acreditam que livros e cartilhas apresentam um conteúdo disponível limitado e com grandes possibilidades de se encontrarem desatualizados (LAGAN et al., 2011).

Alternativas no processo de educação em saúde podem, também, ser desenvolvidas para buscar maior adesão ou interação deste público com os profissionais de saúde. Com avanço tecnológico nas duas últimas décadas, a internet tem constituído uma importante ferramenta na divulgação de informações. Vários estudos têm constatado que as mulheres no período gestacional têm buscado em tal mídia informações sobre os cuidados durante a gestação (LAGAN et al., 2010; LAGAN et al.,

2011; BERT et al., 2013; HUBERTY et al., 2013; BJELK et al., 2015; HOLTZ et al., 2015; SCAIOLI et al., 2015).

////////////////////////////////////

IMPORTANTE

Profissionais de saúde podem otimizar a utilização da internet, rompendo barreiras geográficas e de acesso, explorando os espaços virtuais para traçar estratégias de educação em saúde para as suas pacientes que forneçam informações confiáveis, acessíveis e de qualidade.

4 Vigilância à saúde da gestante

A caderneta da gestante foi elaborada pelo Ministério da Saúde em conjunto com as secretarias de saúde estaduais, municipais e do distrito federal e constitui um importante instrumento de vigilância. A partir desta, os profissionais de saúde registram as informações sobre a gestante durante as consultas, como resultados de exames realizados, vacinas aplicadas, informações sobre o peso, tipo e risco da gravidez, data da última menstruação, data provável do parto, acompanhamento nutricional, idade gestacional, batimento cardíaco fetal, se a gestante visitou a maternidade de referência e se participou ou não de atividades educativas durante o pré-natal (BRASIL, 2016b).

Além desta finalidade de disponibilizar as informações individuais, a caderneta divulga importantes orientações para as gestantes: as dúvidas de saúde mais frequentes nesse período, os direitos da mulher antes e depois do nascimento da criança; descreve o desenvolvimento fetal; fornece dicas sobre cuidados entre o período da gestação e o pós-parto e abarca, ainda, instruções de como fazer o registro de nascimento da criança e a importância de tal documento (BRASIL, 2016b).

A caderneta contempla campos específicos de saúde bucal que devem ser preenchidos pelo cirurgião-dentista durante o pré-natal odontológico. Disponibiliza o odontograma para descrição clínica da condição dentária da gestante na primeira consulta, apresenta campos específicos sobre as alterações gengivais/periodontais e a elaboração do plano terapêutico, assim como os procedimentos realizados (FIGURA 1). Quanto às recomendações sobre a saúde bucal neste período, fornece orientações sobre: higiene oral; ingestão de açúcares; desmistifica associação entre gestante-processo carioso; relata sobre a importância da amamentação na prevenção de problemas dentários no bebê; enfatiza sobre as causas da gengivite e dicas de como evitá-la. Ao explanar sobre o desenvolvimento fetal entre o 4º e o 6º mês, é ressaltado que este é o período mais favorável para a realização do tratamento odontológico. Informa, ainda, sobre a importância do pré-natal odontológico, bem como, os benefícios proporcionados para a saúde da mulher e do futuro bebê (BRASIL, 2016b).

Assim, para a caderneta funcionar como um instrumento que favorece o acompanhamento multiprofissional, é fundamental que a primeira consulta odontológica

da gestante aconteça tão logo à mulher inicie o seu pré-natal, para que ela seja avaliada pela equipe de saúde bucal e, quando necessário, receba o tratamento adequado, favorecendo, dessa forma, a assistência integral à saúde.

Consulta odontológica

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Legenda

* – Mancha branca ativa	Ca – Lesão cavitada ativa	PF – Prótese fixa
O – Mancha branca inativa	CI – Lesão cavitada inativa	RE – Restauração estética
A – Ausente	E – Extraído	SP – Selamento provisório
Ae – Abrasão/erosão	H – Higido	T – Traumatismo
Am – Amálgama	M – Restauração metálica	X – Extração indicada

Presença de gengivite/periodontite NÃO SIM data / /

Plano de tratamento (por consulta):
 Ex odontológica: pode ser realizada no segundo trimestre, desde que a gestante utilize ovental de chumbo.

Tratamento realizado (para o cirurgião dentista)

Data	Dente	Procedimentos realizados	Ass. CD

Necessidade de encaminhamento para referência (para o cirurgião dentista)

Espediente	Tratamento necessário	Encaminhamento	Retorno	Plano cuidada (para-ativa)
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	

Figura 1. Caderneta da gestante. Espaço destinado à consulta odontológica. Fonte: BRASIL, 2016b.

5 Atendimento clínico

5.1 Trimestre gestacional

Durante o primeiro trimestre (da concepção até 14^o semana de vida intrauterina), recomenda-se a avaliação odontológica da gestante pela equipe de saúde bucal, para que esta seja orientada acerca das mudanças esperadas durante a gravidez, e sobre como evitar o surgimento dos problemas advindos destas alterações. Alguns autores sugerem que os procedimentos odontológicos sejam restritos neste período por algumas razões: as gestantes podem apresentar indisposição com enjoos matutinos, preocupações de expor o feto a teratógenos durante a organogênese e pelo fato de que, neste trimestre, o risco de abortos espontâneos é cinco vezes mais frequente (NAYAK et al., 2012). Entretanto, a maioria dos obstetras (94%) afirma que o tratamento pode ser realizado em qualquer período, mas preferencialmente entre a 16^a e a 32^a semana de gestação (ZANATA et al., 2008).

////////////////////////////////////

IMPORTANTE

Os atendimentos de urgência odontológica podem ser realizados em qualquer trimestre gestacional, a fim de se realizar o alívio da dor, evitando estresse e automedicação.

No segundo trimestre (14^a. – 28^a. semanas), a organogênese está concluída e as chances de um aborto espontâneo é menor. O tamanho do bebê não gera desconforto quanto ao posicionamento da mãe na cadeira odontológica. O tratamento odontológico pode ser realizado de maneira relativamente segura (ANDRADE, 2014).

Para o terceiro trimestre (29^a. – 40^a. semanas), a preocupação é quanto ao risco do nascimento do bebê, edema das pernas, hipotensão postural e o desconforto da gestante em posição de decúbito dorsal (ANDRADE, 2014). O Quadro 2 apresenta as recomendações e condutas a serem realizadas de acordo com cada período gestacional.

Quadro 2. Recomendações e condutas durante o atendimento odontológico da gestante.

Trimestre gestacional	Recomendações
Primeiro	Atividades de educação em saúde Orientações de higiene para controle de placa, preferencialmente Tratamento eletivo, em caso de necessidade
Segundo	Atividades de educação em saúde Orientações higiene oral e controle de placa Raspagem, polimento e curetagem, se necessário Tratamento eletivo (exodontias, controle de doenças orais) Indicar tomadas radiográficas quando realmente for necessário
Terceiro	Atividades de educação em saúde Orientações higiene oral e controle de placa Raspagem, polimento e curetagem, se necessário Tratamento eletivo até a segunda metade do trimestre Indicar tomadas radiográficas quando realmente for necessário

Fonte: Adaptado de SURESH; RADFAR, 2004.

Principalmente no terceiro trimestre, quando a gestante está em decúbito dorsal, o útero pode pressionar a veia cava inferior e impedir o retorno venoso ao coração, o que pode levar à Síndrome Hipotensiva Supina (SHS). Esta condição manifesta-se como uma queda repentina da pressão arterial, com náusea, tontura e desmaio. Para evitar este problema durante o atendimento odontológico, as mulheres grávidas devem manter o quadril direito ligeiramente levantado (10 - 12 cm) ou inclinado para a esquerda (HEMALATHA et al., 2013) (FIGURA 2).

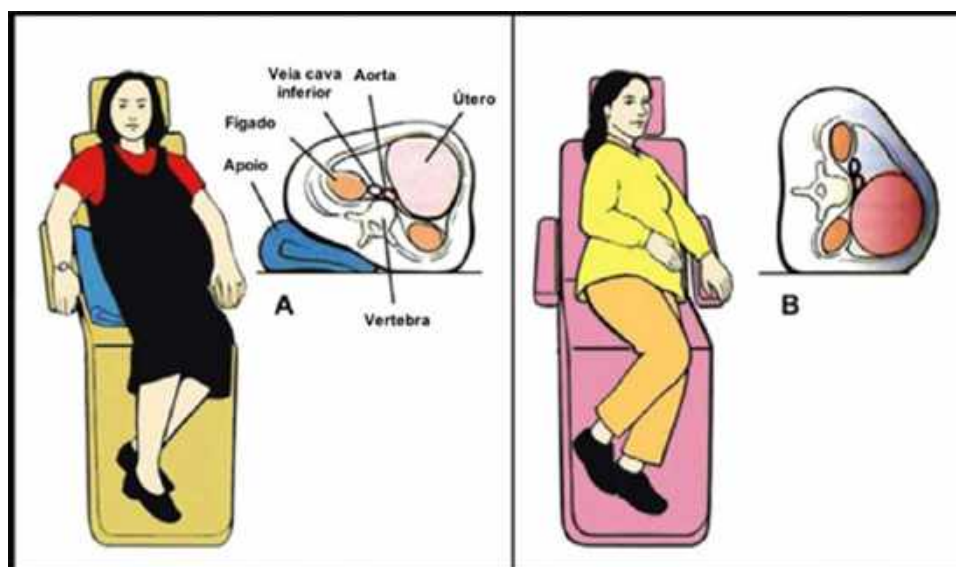


Figura 2. Posicionamento adequado para gestante na cadeira odontológica com deslocamento da posição do útero em relação a veia cava inferior (A e B). Fonte: Adaptado de NASEEM et al., 2016.

////////////////////////////////////

IMPORTANTE

A prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças bucais são procedimentos que devem ser realizados durante a gravidez. O risco fetal ou materno durante o atendimento é inferior quando comparados com a ausência de cuidados adequados.

5.2 Exposição radiográfica

As tomadas radiográficas são seguras para serem realizadas durante a gestação, desde que as radiografias sejam solicitadas conforme indicação e que medidas protetoras como uso de filmes ultrasensíveis, avental de chumbo e colar de tireoide sejam usados (SILVA et al., 2006b). Exposição fetal abaixo de 5 rad não foi associada a um aumento de anomalias ou perda de gravidez (ACOG, 2004) e para se atingir essa dose limite no feto, seriam necessários 500.000 exames radiográficos (TOPPENBERG et al., 1999). A radiação ionizante recebida pela paciente a partir de uma radiografia dentária é menor que a radiação cósmica adquirida diariamente (POLETTTO et al., 2008). Por esses motivos, os exames radiográficos não precisam ser adiados após a gestação, tais exames proporcionam um diagnóstico mais confiável e um plano de tratamento adequado.

5.3 Prescrição medicamentosa durante a gestação

A terapêutica medicamentosa durante a gravidez deve ser criteriosa, devido aos efeitos adversos que alguns fármacos podem causar à mãe e ao bebê (AMADEI et al., 2011). Ao prescrever ou administrar uma droga para uma gestante, o profissional de saúde responsável, deverá identificar a classificação do medicamento, regulamentada pela Food and Drug Administration (FDA), de acordo com o risco de injúria fetal (FDA, 2008) (QUADRO 3).

Quadro 3: Classificação dos fármacos de acordo com a FDA.

Categoria	Definição
A	Estudos em mulheres grávidas não demonstraram aumento no risco de anomalias fetais se administrado durante a gravidez. Se esta droga for usada durante a gravidez, a possibilidade de dano fetal parece remota;
B	Estudos de reprodução animal não revelaram evidência de fertilidade prejudicada ou dano ao feto. Não existem, no entanto, estudos adequados e bem controlados em mulheres grávidas. Como os estudos de reprodução animal nem sempre são preditivos da resposta humana, esse medicamento deve ser usado na gravidez somente se for claramente necessário;
C	Foi demonstrado efeito teratogênico ou outro efeito adverso em animais ou estudos de reprodução animal não foram realizados. Não existem estudos adequados e bem controlados em mulheres grávidas. O fármaco deve ser usado durante a gravidez somente se o benefício justificar o risco potencial para o feto;
D	Fármaco pode causar danos fetais quando administrado a uma mulher grávida. Se este medicamento for usado durante a gravidez, ou se o paciente engravidar enquanto estiver tomando este medicamento, a paciente deve ser informada sobre o risco potencial para o feto. Contudo, os benefícios potenciais do uso da droga em mulheres grávidas podem ser aceitáveis, apesar de seus riscos potenciais;
X	Fármaco pode causar dano fetal quando administrado a uma mulher grávida, sendo contraindicado em mulheres que estejam ou possam engravidar. Se esta droga é usada durante a gravidez, ou se a paciente engravidar enquanto estiver tomando este medicamento, a paciente deve ser informada sobre o perigo potencial para o feto.

Fonte: Adaptado de *Food and Drug Administration* (FDA, 2008).

5.3.1 Analgésicos e anti-inflamatórios

O paracetamol é o analgésico usualmente indicado pelos dentistas durante a gravidez (NAVARRO et al., 2008; AMADEI et al., 2011). É considerado seguro desde que não esteja associado a outros medicamentos, especialmente a codeína (MOORE, 1998; YAGIELA, 2011; ANDRADE, 2014). Indica-se a prescrição de 500-750 mg, a cada 6 h, respeitando o limite máximo de três doses diárias (ANDRADE, 2014). A indústria farmacêutica não recomenda a prescrição de dipirona no último trimestre gestacional. Associam a sua utilização com a possibilidade de fechamento prematuro do ducto arterial e de complicações perinatais devido a alterações na agregação plaquetária da mãe e do bebê (ANDRADE, 2014). O ibuprofeno, analgésico e anti-inflamatório não esteroide, deve ser utilizado com cautela em gestantes. Este fármaco pode causar alterações na circulação sanguínea fetal. Além disso, o ibuprofeno e a aspirina inibem a síntese de prostaglandinas, podendo ocasionar o fechamento do ducto arterial e como consequência a hipertensão pulmonar e morte fetal (MOORE, 1998; YAGIELA et al. 2011).

5.3.2 Antibióticos

As recomendações para o tratamento de uma infecção bucal em gestantes correspondem às mesmas orientações no atendimento de mulheres que não estejam grávidas. Busca-se, inicialmente, descontaminar a região por meio da instrumentação periodontal, da instrumentação do sistema de canais radiculares ou da drenagem de abscessos pela incisão com bisturi (ANDRADE, 2014). A descontaminação do local deve ser complementada com a prescrição de antibióticos, quando apresentar os seguintes sinais (linfadenite, trismo e celulite) e sintomas (febre, prostração, taquicardia).

O antibiótico de primeira escolha são as penicilinas (categoria B). Para as alérgicas a amoxicilina, indicam-se os macrolídeos: eritromicina, clindamicina e azitromicina (ANDRADE, 2014). A eritromicina sob a forma de estearato é mais indicada, uma vez que o estolato apresenta maior potencial hepatotóxico para a gestante (CHAI, NGEOW, 1998; GIGLIO et al., 2009).

O metronidazol é um fármaco indicado para infecções causadas por bactérias anaeróbicas gram-negativas (abscesso dentário) e para o tratamento periodontal (CHAI, NGEOW, 1998). No tratamento de infecções mais graves, pode-se associar o metronidazol (categoria B) à amoxicilina, nas dosagens habituais. Para as gestantes alérgicas às penicilinas, indica-se a clindamicina (categoria B) (ANDRADE, 2014).

A tetraciclina (categoria D) é contraindicada durante a gestação uma vez que inibe o crescimento ósseo e está associada a outras anormalidades esqueléticas. Além disso, provoca uma coloração acastanhada nos dentes, assim como hipoplasia do esmalte, devido a sua interação com a hidroxiapatita (ANDRADE, 2014)

Quadro 4. Classificação das drogas utilizadas na prática odontológica de acordo com as categorias de risco fetal da FDA.

Classe	Fármaco	Categoria de risco	Observações
Antibióticos	Amoxicilina	B	Mínimo
	Cefalosporina	B	Mínimo
	Eritromicina (*exceto Estolato de eritromicina - Ilosone®)	B*	Mínimo (*risco de hepatite colestática)
	Azitromicina	B	Mínimo
	Clindamicina	B	Mínimo
	Tetraciclina	D	Manchamento dental; Inibição do desenvolvimento ósseo na criança
	Cloranfenicol	X	Toxicidade materna; Risco de morte fetal
	Metronidazol	B	Usar com cautela
Analgésicos	Acetaminofeno	B*	Mínimo (*consumo elevado pode levar a lesões hepáticas e renais na mãe e no feto)
	Codeína	C	Malformações do aparelho respiratório
	Aspirina (ácido acetilsalicílico)	C	Inibe a síntese de prostaglandina
	Ibuprofeno (após 1º trimestre e por 24-72 horas apenas)	B	Após 3º trimestre, inibe a síntese de prostaglandina
	Dipirona	B*	*1º trimestre: malformação do feto; *3º trimestre: risco de fechamento prematuro do ducto arterial e de complicações perinatais devido ao prejuízo da agregação plaquetária da mãe e do recém-nascido
Antiinflamatórios	Cetoprofeno	D	Após 3º trimestre, inibe a síntese de prostaglandina
	Diclofenaco de sódio	D	Inibe a síntese de prostaglandinas; prolonga a gravidez.
	Naproxeno	D	Após 3º trimestre, inibe a síntese de prostaglandina
Anestésicos locais	Lidocaína	B	Risco mínimo
	Prilocaina	B*	*Risco de metemoglobinemia
	Articaína	C*	*Risco de metemoglobinemia
	Mepivacaína	C	Possível associação com teratogênese em estudos com animais
	Bupivacaína	C	Possível associação com teratogênese em estudos com animais
Agente adrenérgico	Epinefrina	C	Podé reduzir o fluxo de sangue uterino e a contratilidade
Sedativos, ansiolíticos e antidepressivos	Diazepam	D	Malformações cardiovasculares, fenda palatina, lábio leporino
	Lorazepam	D	Risco de síndrome de abstinência fetal, lábio leporino
	Fluoxetina	B	Risco de síndrome de abstinência fetal
	Amitriptilina	D	Taquicardia fetal, abstinência fetal, efeitos anticolinérgicos fetais, retenção urinária, obstrução intestinal, risco mínimo de teratogenicidade
Antimicrobianos	Clorexidina	B	Risco mínimo
Anticoagulantes	Warfarina	X	Hemorragia fetal e risco de aborto
Antiviral	Aciclovir	C	Não há estudos controlados
Antifúngico	Cetoconazol	C	Possível associação com teratogênese em estudos com animais, reduz produção de cortisol
Protetores gástricos	Omeprazol	C	Não há estudos controlados
	Ranitidina	B	Risco mínimo

Fonte: Adaptado de ZINA; VASCONCELOS, 2017; HAAS et al., 2000; FERBRASGO, 2003; SHESSEL et al., 2013.

5.3.3 Anestésicos Locais

Os anestésicos locais atravessam a placenta por meio de difusão passiva e, quando administrados com prudência, são considerados seguros para a gestante e o feto (YAGIELA, 2011, ANDRADE, 2014). O seu potencial de toxicidade deve ser considerado, quando disponíveis em altas concentrações na circulação fetal, alterando o tônus muscular uterino ou deprimindo o sistema respiratório e cardiovascular da mãe (MICHALOWICZ et al., 2008).

O tamanho da molécula e o grau de ligação do anestésico com as proteínas plasmáticas determinam a transferência placentária dos anestésicos. Quanto maior é a molécula e o grau de ligação às proteínas, menor é a concentração do anestésico na circulação fetal (POLETTO et al., 2008; ANDRADE, 2014).

A prilocaína (categoria B) e a mepivacaína (categoria C) não são consideradas seguras durante a gravidez, pois são rapidamente absorvidas. A alta concentração, devido à ausência do vasoconstritor, no caso da mepivacaína, eleva seu potencial tóxico. A administração da prilocaína, ao final do terceiro trimestre gestacional, pode causar um fenômeno denominado metemoglobinemia no recém-nascido. O risco de desencadear tal doença restringe, também, a utilização da articaína (categoria C) e benzocaína (categoria C) em gestantes (YAGIELA, 2011). A metemoglobinemia é uma doença grave que ocorre devido à incapacidade de a molécula de hemoglobina transportar o oxigênio ao ser oxidada do seu estado ferroso (Fe^{2+}) para seu estado férrico (Fe^{3+}) causando a cianose no bebê (ANDRADE, 2014). No Brasil, os anestésicos locais com base anestésica de prilocaína contêm como vasoconstritor a felipresina. Esta possui semelhança estrutural à ocitocina, podendo induzir à contração uterina quando administrada em altas doses, sendo aconselhável evitá-la durante a gestação (ANDRADE, 2014).

A lidocaína (categoria B) é considerada o anestésico de escolha entre as gestantes. Recomenda-se a utilização máxima de dois tubetes anestésicos (3,6 mL), por sessão de atendimento, injeção lenta, seguida da aspiração negativa (YAGIELA, 2011, ANDRADE, 2014).

5.3.4 Flúor durante a gestação

A suplementação de flúor para gestantes não é indicada devido à falta de evidências científicas de que ela traga benefícios adicionais aos dentes do feto (POLETTO et al., 2008; SILVA et al. 2006; LOSSO; RAMALHO, 2001).

A literatura atual revela que a ação tópica do flúor é a mais relevante, e, por isso, não se recomenda a ingestão de flúor sistêmico (ZINA; VASCONCELOS, 2017). Dessa forma, a gestante deve ser orientada para utilizar o flúor na forma de dentífrico, e nos locais onde há fluoretação da água de abastecimento público, ingerir a água fluoretada, com o objetivo de prevenir a si mesma contra a doença cárie.

////////////////////////////////////

IMPORTANTE

Vale destacar que o flúor isoladamente não impede a doença cárie, os profissionais da saúde devem reforçar a importância dos hábitos alimentares saudáveis, com restrição no consumo de alimentos açucarados e do controle da placa bacteriana por meio da escovação e uso do fio dental.

6 Considerações Finais

A difusão de conhecimentos acerca da saúde bucal por parte dos profissionais de saúde é fundamental no sentido de propagar as orientações sobre o pré-natal odontológico, desmistificando as crenças e mitos que constituem barreiras para o cuidado bucal das gestantes. Para tanto, a atuação multiprofissional da equipe precisa acontecer e fazer parte da rotina das unidades de saúde, a fim de propiciar um pré-natal integral e de qualidade. Por isso, torna-se importante sensibilizar as gestantes quanto à importância de se realizar o acompanhamento odontológico, esclarecer as dúvidas que surgem e abordar os assuntos pertinentes a saúde bucal nas ações coletivas e individuais de educação em saúde.

REFERÊNCIAS

ACHTARI, M.D.; GEORGAKOPOULOU, E.A.; AFENTOULIDE N. Dental care throughout pregnancy: what a dentist must know. **Oral Health Dent. Manag.**, Foster City, v. 11, n. 4, p. 169-76, dec. 2012.

ACOG Committee Opinion (The American College of Obstetricians and Gynecologists). Guidelines for diagnostic imaging during pregnancy. **Obstet. Gynecol.**, New York, v.104, n.3, p. 647-651, set. 2004.

ALVES, R.T. et al. Perfil epidemiológico e atitudinal de saúde bucal de gestantes usuárias do serviço público de Juiz de Fora, MG. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 10, n. 3, p. 413-21, 2010.

AMADEI, S.U. et al. Prescrição medicamentosa no tratamento odontológico de grávidas e lactantes. **Rev. Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v.59, suplemento 0, p. 31-37, jan.-jun. 2011.

ANDRADE, E.D. **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia**. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo Pré-natal e Puerpério**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2016. 90p.

BERT, F. et al. Pregnancy e-health: a multicenter Italian cross-sectional study on internet use and decision-making among pregnant women. **J Epidemiol Community Health**, London, v. 67, p. 1013-1018, 2013.

BJELKE, M. et al. Using the Internet as a source of information during pregnancy - A descriptive cross-sectional study in Sweden. **Midwifery**, v. 40, p. 187-91, 2016. DOI: 10.1016/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 3ª edição.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 1.459**, de 24 de jun. de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso: 20 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 230 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

CHAI, W.L.; NGEOW, W.C. Dental Care for Pregnant Patients: A Reappraisal. **Annals Dent. Univ.** Malaya, v.5, n.5, p.24-28, 1998.

CHERYL, A.V. et al. Oral health promotion interventions during pregnancy: a systematic review. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 43, p. 385-396, 2015.

CODATO, L.A.B. et al. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2297-2301, 2011.

DIAZ-GUZMAN, L.M.; CASTELLANOS-SUAREZ, J.L. Lesiones de la mucosa bucal y comportamiento de la enfermedad periodontal en embarazadas. **Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal**, Valencia, v.9, p.430-437, 2004.

EBRAHIM, Z.F. et al. Tratamento Odontológico em Gestantes. **Science in Health**, v. 5, n.1, p. 32-44, jan.-abr. 2014.

FAGONI, T.G. et al. Dental treatment for the pregnant patient. **Braz. Dent. Sci.**, v. 17, n. 3, p. 3-10, 2014.

FDA (Food and Drugs Administration). **Content and Format of Labeling for Human Prescription Drug and Biological Products; Requirements for Pregnancy and Lactation Labeling**. Proposed rule. Federal Register, v. 73, n. 104, p. 30831-30868, 2008.

FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia). **Drogas na Gravidez: Manual de orientação**. São Paulo: Ponto; 2003.

FELDEN, E.G. et al. A Percepção dos Médicos Obstetras a Respeito da Saúde Bucal da Gestante. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 5, n. 1, p. 41-46, 2005.

FINKLER, M.; OLEINISKI, D.M.B.; RAMOS, F.R.S. Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representações sociais com gestantes. **Texto Contexto Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 360-8, jul-set. 2004.

FUJIWARA, N. et al. Significant increase of oral bacteria in the early pregnancy period in Japanese women. **J. Investig. Clin. Dent.**, v. 8, n. 1, p. 1-8, 2015.

GAJENDRA, S.; KUMAR, J.V. Oral Health and Pregnancy: A Review. N. Y. **State Dent. J.**, New York, p.40-44, 2004.

GIGLIO, J.A. et al. Oral Health Care for the Pregnant Patient. **J. Can. Dent. Assoc.** v. 75, n.1, p.43-8, feb. 2009.

GRIMES, H.A.; FORSTER, D.A.; NEWTON, M.S. Sources of information used by women during pregnancy to meet their information needs. **Midwifery**, v. 30, n. 1, p. 26-33, jan. 2014.

HAAS, D.A.; PYNN, B.R.; SANDS, T.D. Drug use for the pregnant or lactating patient. **Gen. Dent.**, v. 48, n.1, p. 54-60, 2000.

HEMALATHA, V.T. et al. Dental considerations in pregnancy – A critical review on the oral care. **J. Clin. Diagn. Res.**, v. 7, n. 5, p. 948-53, 2013.

HERVAL, A.M. **Percepção de gestantes e mães de crianças menores de um ano sobre as ações de educação em saúde bucal.** 2015. 101f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

HOLTZ, B.; SMOCK, A.; REYES-GASTELUM, D. Connected Motherhood: Social Support for Moms and Moms-to-Be on Facebook. **Telemed. J. E. Health**, v. 21, n. 5, p. 415-21, may 2015. DOI: 10.1089/tmj.2014.0118.

HUBERTY, J. et al. Describing the Use of the Internet for Health, Physical Activity, and Nutrition Information in Pregnant Women. **Matern. Child. Health J.**, v.17, n. 8, p.1363-1372, 2013. DOI: 10.1007/s10995-012-1160-2.

KHAMIS, S.A. et al. The effect of dental health education on pregnant women's adherence with toothbrushing and flossing – A randomized control trial. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 45, n. 5, p. 469-477, 2017.

KIM, A.J. et al. Scaling and root planing treatment for periodontitis to reduce pre-term birth and low birth weight: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **J. Periodontol.**, v. 83, n. 12, p.1508-19, 2012.

KOBYLIŃSKA, A. et al. The role of the gynaecologist in the promotion and maintenance of oral health during pregnancy. **Ginekologia Polska**, vol. 89, n. 3, p.120-124, 2018.

KURIEN, S. et al. Management of Pregnant Patient in Dentistry. **J. Int. Oral Health**, v. 5, n. 1, p. 88-97, 2013.

LAGAN, B.M.; SINCLAIR, M.; KERNOHAN, W.G. Internet use in Pregnancy Informs Women's Decision Making: A Web-Based Survey. **Birth**, v.97, n. 2, p. 106-115, 2010.

LAGAN, B.M.; SINCLAIR, M.; KERNOHAN, W.G. What is the impact of the Internet on decision-making in pregnancy? A global study. **Birth**, v. 38, n.4, p. 336-45, 2011.

LEAL, N.P.; JANNOTTI, C.B. Saúde Bucal da Gestante atendida pelo SUS: práticas e representações de profissionais e pacientes. **Femina**, v. 37, n. 8, p. 413-421, 2009.

LOSSO, E.M.; RAMALHO, G.M. Avaliação de prescrição de suplementos de flúor no pré-natal em Curitiba e região metropolitana. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 23, n. 6, p. 391-395, 2001.

MARINHO, A.M.C.L. et al. Conditions and Perceptions of Oral Health in Brazilian Pregnant Women. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 16, n. 1, p. 257-268, 2016.

MARTINEZ-ORTEGA, M.; BARRIENTOS, S.S.; MORENO ABELLO, G.C. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la paciente embarazada que requiere tratamiento endodóntico. **Fed. Odontol.** Colomb., v. 9, n. 35, p. 207-208, 2004.

MICHALOWICZ, B.S. et al. Examining the Safety of Dental Treatment in Pregnant Women. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 139, n. 6, p. 685-95, 2008.

MIER, I.M.Y. et al. Conocimiento sobre salud buco-dental de las embarazadas. **Gac. Méd. Spirit.**, n. 15, v. 1, p. 20-29, jan.-abr. 2013.

MILLS, L.W.; MOSES, D.T. Oral health during pregnancy. **MCN Am. J. Matern. Child. Nurs.**, v. 27, n. 5, p. 275-280, 2002.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção à saúde da gestante. **Critérios para estratificação de risco e acompanhamento da gestante**. Belo Horizonte: Autentica Ed. 2016. 21p.

MIRANDA, G.E.; MAIA, F.B.F.; VALE, M.P.P. A Atuação dos cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte, frente à orientação da gestante, em relação à saúde bucal de seu bebê. **Arqu Odontol.**, Belo Horizonte, v. 40, n. 4, p. 329-339, out./dez. 2004.

MOIMAZ, S.A.S. et al. Condição periodontal durante a gestação em um grupo de mulheres brasileiras. **Ciênc. odontol. Bras.**, São José dos Campos, v. 9, n. 4, p. 59-66, 2006.

MOIMAZ, S.A.S. et al. O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 39-45, 2007.

MOIMAZ, S.A.S.; SALIBA, N.A.; GARBIN, C.A.S. **Odontologia para gestante: guia para o profissional de saúde**. Araçatuba: Programa de pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social – FOA/UNESP, 2009.

MOORE, P.A. Selecting drugs for the pregnant dental patient. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 129, n. 9, p. 1281-85, 1998.

NASCIMENTO, E.P. et al. Gestantes frente ao tratamento odontológico. **Rev. Bras. Odontol.**, v. 69, n. 1, p. 125-30, 2012.

NASEEM, M. et al. Oral health challenges in pregnant women: Recommendations for dental care professionals. **The Saudi Journal for Dental Research**, v. 7, p. 138-146, 2016.

NAVARRO, P.S.L et al. Prescrição de medicamentos e anestesia local para gestantes: conduta de cirurgiões-dentistas de Londrina, PR, Brasil. **Rev. Fac. Odontol.**, v. 49, n. 2, p. 22-27, maio/ago. 2008.

NAYAK, A.G.; DENNY, C.; VEENA, K.M. Oral health care considerations for the pregnant woman. **Dent. update.**, v. 39, n. 1, p. 51-54, 2012.

ÖZEN, B. et al. Turkish Women's Self-Reported Knowledge and Behavior towards Oral Health during Pregnancy. **Med. Princ. Pract.**, v. 21, n. 4, p. 318-322. 2012.

POLETTTO, V.C. et al. Atendimento odontológico em gestantes: uma revisão de literatura. **Stomatol.**, v. 14, n. 26, p. 64-75, 2008.

REIS, D.M. et al. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 269-76, 2010.

RIGO, L.; DALAZEN, J.; GARBIN, R.R. Impacto da orientação odontológica para mães durante a gestação em relação à saúde bucal dos filhos. **Einstein**, v. 14, n. 2, p. 219-25, 2016.

RODRIGUES, E.M.G.O. **Promoção da saúde bucal na gestação**: revisão da literatura. Monografia (Especialização) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2002.

SATTAR, N. et al. A Longitudinal Study of the Relationships Between Haemostatic, Lipid and Oestradiol Changes During Normal Human Pregnancy. **Thromb. Haemost.**, Stuttgart, v.81, p.71-75, 1999.

SCAIOLI, G. et al. Pregnancy and Internet: sociodemographic and geographic differences in e-health practice. Results from an Italian multicenter study. **Public Health**, v. 29, p. 1258- 1266, 2015.

SCHWENDICKE, F. et al. Periodontal treatment for preventing adverse pregnancy outcomes: a meta- and trial sequential analysis. **Plos One**, v. 10, n. 6, p. 1-12, 2015.

SHEIHAM, A.; JAMES, W.P. Diet and dental caries: the pivotal role of free sugars re-emphasized. **J. Dent. Res.**, v. 94, n. 10, p. 1341-7, oct. 2015.

SHELSEL, B.A. et al. Dental treatment of the pregnant patient: literature review and guidelines for the practicing clinician. **Today's FDA**, v. 25, n. 6, p.26-9, 2013.

SILK, H. et al. Oral health during pregnancy. **Am. Fam. Physician.**, v. 77, n. 8, p. 139-44, apr. 2008.

SILVA, F.W.G.P.; STUANI, A.S.; QUEIROZ, A.L. Atendimento odontológico a gestante - parte 1: Alterações sistêmicas. **R. Fac. Odontol.** Porto Alegre, v. 47, n. 2, p. 19-23, 2006a.

SILVA, F.W.G.P.; STUANI, A.S.; QUEIROZ, A.L. Atendimento odontológico a gestante - parte 2: A consulta. **R. Fac. Odontol.** Porto Alegre, v. 47, n. 3, p. 5-9, 2006b.

SILVA, S.Z.O. **Pré-natal odontológico: a importância da educação em saúde para a promoção da saúde bucal no período gestacional**. Monografia (Especialização em atenção básica em saúde da família) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

SILVEIRA, J.L.G.C.; ABRAHAM, M.W.; FERNANDES, C.H. Gestação e saúde bucal: significado do cuidado em saúde bucal por gestantes não-aderentes ao tratamento. **Rev. APS.**, v. 19, n. 4, p. 568-574, out.-dez. 2016.

SURESH, L.; RADFAR, L. Pregnancy and lactation. Oral Surg. **Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, v. 97, n. 6, p. 672-82, 2004.

TOPPENBERG, K.S.; HILL, D.A.; MILLER, D.P. Safety of radiographic imaging during pregnancy. **Am. Fam. Physician**, v. 59, n. 7, p. 1813-8, apr. 1999.

TREVISAN, C.L.; PINTO, A.A.M. Fatores que Interferem no Acesso e na Adesão das Gestantes ao Tratamento Odontológico. **Arch. Health Invest.**, v. 2, n. 2, p. 29-35, 2013.

XAVIER, H.S.; XAVIER, V.B.C. **Cuidados odontológicos com a gestante**. São Paulo: Santos; 2004.

YAGIELA, J.A. **Farmacologia e terapêutica para dentistas**. 6a. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.

ZINA, L.G.; VASCONCELOS, M. Pré-natal odontológico. In: URBANETZ, A.A.; LUZ, S.H. (Org.). **PROAGO Programa de atualização em Ginecologia e Obstetrícia: Ciclo 14**. 1ed. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2017. v. 3, p. 99-143.