

PROMOÇÃO DE SAÚDE ODONTOLÓGICA EM GESTANTES

ANA MARIA MOREIRA DA SILVA¹
ADRIANO BATISTA BARBOSA²
ROSECLER CANOSSA FURLANETTO³

RESUMO: Na literatura fica claro que os cuidados bucais são de suma importância para contribuir com a saúde geral do organismo em seu estado ideal. No período gestacional não poderia ser diferente, porém grande parte das futuras mães desconhecem a importância do pré-natal odontológico, por diversos fatores, que incluem: aspectos econômicos, baixa idade e nível de escolaridade. Conclui-se que neste período de extrema importância para a saúde reprodutiva da mulher, são inúmeras as dúvidas acerca da gestação que surgem pela inexperiência e até mesmo por relatos de outras gestantes ou familiares. Na gestação o corpo sofre diversas alterações, assim como o meio bucal, o qual acaba se tornando mais propenso a doenças bucais, as quais afetam a gestante e o filho. Faz-se importante que cirurgiões-dentistas se capacitem para que possam conduzir o processo educacional e assistencial das gestantes de maneira mais eficiente e segura. Essa pesquisa trata de uma revisão narrativa de literatura cujo intuito de agrupar informações sobre prevenção, conhecimento e importância da saúde bucal na fase gestacional. A pesquisa de artigos se deu a partir da utilização das principais plataformas de busca dados como *SciElo*, PubMed, *Scholar Google* e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Todos os materiais foram selecionados por atender os objetivos do estudo.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal; Gravidez; Saúde Bucal.

PROMOTION OF DENTAL HEALTH IN PREGNANT WOMEN

ABSTRACT: In the literature it is clear that oral care is of paramount importance to contribute to the general health of the organism in its ideal state. In the gestational period it could not be different, but most future mothers are unaware of the importance of dental prenatal care, due to several factors, which include: economic aspects, low age and level of education. It is concluded that in this period of extreme importance for women's reproductive health, there are countless doubts about pregnancy that arise due to inexperience and even reports from other pregnant women or family members. During pregnancy, the body undergoes several changes, as well as the oral environment, which ends up becoming more prone to oral diseases, which affect the pregnant woman and the child. It is important that dentists train themselves so that they can conduct the educational and care process for pregnant women in a more efficient and safe way. This research is a narrative literature review that aims to gather information about prevention, knowledge and importance of oral health during pregnancy. The search for articles was based on the use of the main data search platforms such as *SciElo*, PubMed, *Scholar Google* and the Virtual Health Library (VHL). All materials were selected because they met the objectives of

¹ Acadêmica de Graduação, Curso Odontologia, Centro Universitário Fasipe – UNIFASIFE. Endereço eletrônico: anam.odontologia@gmail.com

² Professor Especialista, em Saúde Pública, Curso de Odontologia, Centro Universitário Fasipe – UNIFASIFE. Endereço eletrônico: adriano.b.b@hotmail.com

³ Professora Mestra em Agronomia. Curso Odontologia, Centro Universitário Fasipe – UNIFASIFE. Endereço eletrônico: rosescafu@gmail.com



the study.

Keywords: Prenatal Care; Pregnancy; Oral Health.

1. INTRODUÇÃO

Segundo Trentin *et al.* (2007) a gravidez pode ser definida como um acontecimento que implica diversas mudanças no corpo da mulher, são citadas além de mudanças psicológicas e sociais, sobretudo variações em seu estado físico. Essa condição leva à implementação de cuidados voltados somente para essa fase da mulher, porém eles podem ser negligenciados por diversos fatores que envolvam a gestante.

É necessário que o cirurgião dentista saiba como administrar todas as informações sobre procedimentos que são necessários nessa fase, como uso de anestésicos locais, tempo de exposição radiográfica, tempo e posicionamento da gestante na cadeira, medicações e também o melhor momento para a intervenção odontológica. Tendo em vista que é o melhor período para promoção de saúde bucal, pois as gestantes se mostram mais receptivas a novas informações que possam beneficiar a mãe e o bebê (BOTELHO *et al.*, 2019).

Tendo em vista a dificuldade no pré-natal odontológico, o vínculo entre cirurgião dentista e gestante tem grande valia, pois auxilia na diminuição das dúvidas, medos e também no estresse que pode ser gerado durante a consulta ou procedimento odontológico, pois isso poderia afastar a gestante e aguçar suas dúvidas e medos (NASCIMENTO *et al.*, 2021).

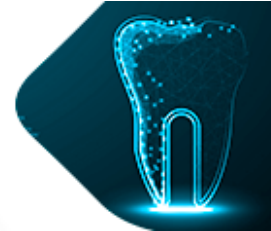
Mesmo que a agregação entre doenças bucais e resultados negativos da gestação, como: mortalidade perinatal, prematuridade e/ou baixo peso ao nascer e pré-eclâmpsia tem sido analisada por diversos autores. Reconhece-se que as doenças bucais, embora não sejam capazes de provocar isoladamente tais resultados, geralmente estão associadas com precárias condições de vida (MIGUEL *et al.*, 2019).

O suporte odontológico no período gestacional, ainda se mostra desafiador, para ambas as partes, levando em consideração que se trata de um grupo prioritário, por razões de alterações fisiológicas e também psicológicas. Além das alterações citadas, por parte da futura mãe, podem haver outras condições que impeçam a ida ao cirurgião dentista, podendo ser por falta de informação necessária acerca de todo o protocolo e medo dos procedimentos e o que pode suceder durante e após o tratamento. Fatores os quais podem ser os responsáveis por fazer com que a gestante negue a ida ao dentista, ocasionando, assim, diversos agravantes a saúde bucal (BOTELHO *et al.*, 2019).

A gestante deve ser atendida sempre que buscar ajuda em postos de saúde ou consultórios particulares, mas também são importantes programas de prevenção à saúde bucal da mãe, e esclarecimento sobre quadros crônicos que possam, de alguma forma, afetar o período gestacional e o feto. Ações educativas e preventivas em gestantes, precisam ser normalizadas, para que, desse modo, procedimentos odontológicos em gestantes possam ser cada vez mais comuns e de fácil acesso na sociedade, e principalmente nos programas públicos de saúde, nos quais se encontra a maioria da população (REIS *et al.*, 2010).

Segundo Silva *et al* (2020), o tema se mostra significativo, diante dados e pesquisas que apontam a baixa procura de pré-natal odontológico, por inúmeros motivos e crenças. O que se evidencia ainda mais, a necessidade de ampliar fontes de informações a respeito do pré-natal odontológico e também, a realização de um trabalho de qualidade do dentista e de sua equipe.

Nesta revisão de literatura, os nomes “bebê, feto, criança” ou qualquer termo que esteja se referindo a eles, estão sendo utilizados conforme seu emprego nos artigos em estudo sem,



aqui, atentar-se para eventuais diferenças de sentido, ou tratados como sinônimos. Foram localizadas pesquisas que discutem o tema nas plataformas *SciElo*, *PubMed*, *Scholar Google* e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Pré-natal odontológico

O pré-natal odontológico tem como objetivo prevenir e tratar eventuais problemas bucais que se desenvolvam no período gestacional, complementado ao pré-natal, com objetivo de colaborar com a saúde da gestante, e consequentemente evitando possíveis problemas com os filhos no futuro, e que possam crescer destituído da doença cárie, ou periodontal, sendo as mais prejudiciais à saúde bucal. Sendo assim, o cirurgião dentista deve ter conhecimento das alterações, manejos e técnicas, trabalhando em conjunto com uma equipe multidisciplinar. (SOARES *et al.*, 2009)

Toda gestante deve ter a possibilidade de acompanhamento pré-natal, e o cirurgião dentista está incluído na atenção primária, para que possa impedir, constatar ou até mesmo interceder, quando necessário. Também orientando no parto, pós-parto e cuidados com a higiene bucal do recém-nascido até a infância, auxiliando inclusive, nas orientações e práticas do aleitamento materno (KONISHI; ABREU E LIMA, 2002).

Dentre os benefícios para a saúde bucal a partir da amamentação, está o auxílio no desenvolvimento da face, pois é durante a amamentação, que os côndilos e mandíbula são estimulados simultaneamente e bilateralmente, o que contribui para a oclusão normal. Auxilia na diminuição dos índices de cárie de mamadeira (por não haver contato com outros alimentos), auxilia na deglutição, fonação, respiração. Sendo assim, no pré-natal odontológico a gestante pode obter todas as informações referentes ao tema, debater com o cirurgião dentista os benefícios da amamentação, e também os malefícios da não realização dessa prática (DOS SANTOS ANDRADE; DA SILVA NOGUEIRA; SOUZA, 2014).

Segundo Konishi e Abreu e Lima (2002), o pré-natal odontológico é feito a partir de consultas, podendo elas serem preventivas ou interceptativas. Através de anamnese, e o exame clínico, podendo ainda ser solicitado exame de imagem. São analisadas estruturas dentais e de tecidos moles, para verificar se condizem com a normalidade esperada, dentro do período em que a paciente se encontra. Caso se façam necessários, procedimentos básicos e de baixo risco, como restaurações, profilaxia em conjunto a raspagem, endodontia ou até mesmo exodontias simples, podem ser realizados em alguns casos. O que irá definir o modo de tratamento, é o estado geral em que a mesma se encontra, e sua idade gestacional. (SOARES *et al.*, 2009)

Nesse período, se faz necessário uma atenção particularizada, como por exemplo priorizar o atendimento no segundo trimestre, levando em consideração eventuais casos de urgência que possam surgir antes ou depois do período recomendado. Sendo assim, a prevenção, e promoção de saúde odontológica voltada para a gestante, pode auxiliar a fim de evitar procedimentos de urgência e emergência. A melhoria de hábitos alimentares e principalmente de higiene bucal, tendem a contribuir para a saúde da mesma, do bebê e sublimar seu conhecimento acerca de problemas bucais que possam afetá-la (MATSUBARA; DEMETRIO, 2017).



2.1.1 Desafios que cercam o pré-natal odontológico

No ano de 2000 foi implementado o programa de humanização do pré-natal e nascimento, porém, notou-se o baixo alcance por parte de gestantes, por diversos motivos como: falta de leitos, dificuldade financeira, de insumos e também de mão de obra. Então no ano de 2011 foi lançado o programa Rede Cegonha com intuito de trazer novos conceitos de atenção à saúde da gestante e da criança (CASSIANO *et al.*, 2014).

Diante de diversos desafios com a assistência ao pré-natal odontológico, em 2011, o ministério da saúde instituiu, o programa Rede Cegonha do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de qualificar a assistência prestada a gestantes, visto a dificuldade em que enfrentavam em todo âmbito gestacional, sendo pré-natal, parto, pós-parto, amamentação e também assistência à criança até 02 anos de idade, também sendo incluído o pré-natal odontológico, tendo em vista que conta com uma equipe multidisciplinar (BERNARDI; MASIEIRO; DE OLIVEIRA, 2019).

Contudo, a criação desses programas não se torna completamente eficaz, visto que existem outros fatores que tendem a afastar gestantes dos consultórios (LEMOS; DUQUE; MACHADO, 2019). A procura de atendimento odontológico durante o pré-natal relacionou-se aos anos de estudo da gestante. A baixa escolaridade é considerada um dos principais fatores associados a não utilização dos serviços de saúde em geral (RODRIGUES *et al.*, 2018).

O medo se torna um dos principais fatores, levando em consideração que ao menos 40% da população adulta sente medo ou desconforto durante a visita ao dentista, e cerca de 3% a 5% relatam ter fobia extrema. Fobia essa, que pode se exteriorizar de diversas formas, desde se evadir de consultas até mesmo vergonha da situação em que se encontra o meio bucal (LEMOS; DUQUE; MACHADO, 2019).

São indicados também, fatores que impõem limitação na procura para o tratamento odontológico, como a dificuldade de agendamento no SUS, falta de insumos, ou até falta do profissional prestador de serviços na rede. E no âmbito privado, relatam alto custo no tratamento, o qual muitas gestantes não apresentam condições financeiras de custear o tratamento necessário. Além dos problemas de acessibilidade e transporte, há a interferência do ciclo de vida, muitas vezes o trabalho não permite a saída para o tratamento, ou até mesmo mães que tem outros filhos menores e não contam com rede de apoio (DE OLIVEIRA CUNHA; LEITE, 2021).

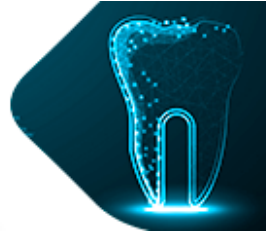
2.2 Doenças bucais que acometem gestantes

A gravidez é um evento, no qual ocorrem inúmeras mudanças fisiológicas e de adaptações, as quais preparam o corpo para o parto, e principalmente para a amamentação. São esperadas variadas mudanças nessa fase, todavia algumas podendo gerar desconfortos e até mesmo sintomatologias dolorosas, tais mudanças envolvem múltiplos hormônios, os quais podem causar perturbações, inclusive no meio bucal, e conseqüentemente alterações do mesmo (MANN *et al.*, 2009).

A alteração hormonal, em conjunto com a má escovação, podem ser a porta de entrada para variadas patologias na cavidade bucal. Também, em relatos de gestantes, diziam desconhecer o pré-natal odontológico, e ainda, outras relataram nunca terem recebido instrução de higiene oral (FONTES, 2018).

2.2.1 Cárie

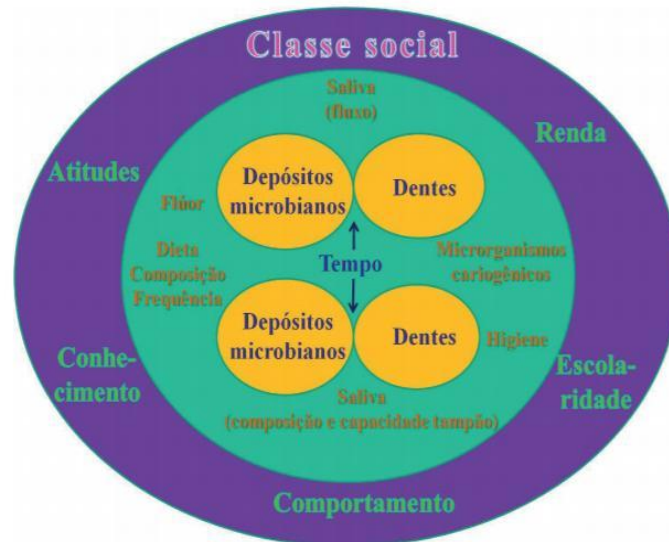
A cárie é uma doença multifatorial, de caráter crônico e que produz a desmineralização dos tecidos dentários (LIMA, 2007), para que haja seu desenvolvimento na cavidade oral, fatores como, higiene, hábitos alimentares, colonização bacteriana e composição da saliva são



fundamentais para a mesma. Pode apresentar vários tamanhos e formas, e seu tratamento será condizente com o estágio que se encontra (LEITES; PINTO; SOUZA, 2006).

Assim, pode-se afirmar que para o desenvolvimento da doença cárie, são necessários vários fatores externos (classe social, renda, escolaridade, conhecimento) e internos (saliva, dieta associada a composição e frequência, higiene, microrganismos cariogênicos), como é proposto pelo diagrama de Fejerskov e Manji (1990), para explicar os fatores etiológicos determinantes da doença, ilustrado na figura 01.

Figura 1: Diagrama de Fejerskov e Manji (1990)



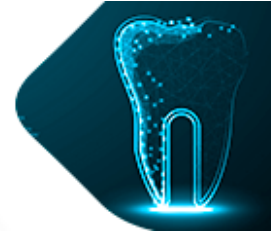
Fonte: Torres (2022)

Segundo Moreira *et al.* (2015) esses riscos devem ser analisados individualmente, tendo em vista também a quantidade de açúcar ingerido, principalmente na gestação, em que a mãe pode adquirir a Síndrome da perversão do apetite, onde a gestante ocasionalmente pode ter preferência por alimentos açucarados.

Em gestantes também, é levado em questão, o aumento súbito de enjoos (emese gravídica) o que é comum no início do período gestacional que conseqüentemente aumenta a acidez do meio bucal. Porém, cerca de 0,3 a 2% podem apresentar a forma mais grave, intitulado como hiperemese gravídica, ocasionando o aumento súbito e frequente de vômitos (LEAL *et al.*, 2013). Fator esse, que pode ocasionar a perda do cálcio no tecido ósseo do suporte alveolar da gestante, fazendo com que o ácido clorídrico da mucosa gástrica ataque o esmalte, o que contribui intimamente com a desmineralização do elemento dentário, causando assim erosões na estrutura dentária (MOREIRA *et al.*, 2015).

Os ácidos gástricos corroem o esmalte na superfície interna do elemento dentário, ocorre mais comumente nos dentes centrais. Erosão que pode ser controlada também, com alguns cuidados paliativos como, aconselhar as pacientes a enxaguar muito bem a boca após os episódios de vômito, com uma solução que contenha em sua composição de bicarbonato de sódio ou flúor, para auxiliar na pausa da desmineralização (SANTOS; DA CUNHA PEREIRA, 2020).

Também associado a cárie, tem-se o aumento do volume uterino, causando assim a compressão do estômago, o que automaticamente diminui seu volume, fazendo com que a gestante se alimente em quantidade menor, porém com mais frequência. A mesma, que associada a má higiene, eleva também a probabilidade da doença cárie no período gravídico (GUIMARÃES *et al.*, 2021).



A saliva é um líquido claro, neutro e produzido por glândulas presentes na cavidade oral, responsável por umedecer a cavidade, proteger mucosa e dentes, e para regulação do pH do meio bucal. Sendo assim, é possível verificar que na maioria das gestantes há a incidência da Xerostomia (diminuição do fluxo salivar). Ocorrendo assim, a alteração da microbiota bucal, e auxilia no processo da doença cárie, e caso não tratada no tempo correto, pode ocasionar a perda do elemento (ALEIXO *et al.*, 2021).

A xerostomia pode ser definida como a sensação de boca seca, que se associa a diminuição da função da glândula salivar. As alterações hormonais da gestação são as possíveis causas, porém, há estudos que apontam que a xerostomia em gestantes não se difere de pacientes não gestantes, o que aponta basicamente o mesmo número. Pode-se utilizar métodos paliativos para o alívio, como: consumir água regularmente, utilizar gomas de mascar com sacarose e que contenham xilitol (auxilia na diminuição do ressecamento da cavidade) (MIGUEL *et al.*, 2019).

Sendo assim, a cárie pode ter ligação com a alteração salivar na gestação e em outros períodos, mas na gestação essas alterações salivares estão ligadas a mudanças metabólicas e hormonais. A xerostomia pode ser classificada como a impressão de boca seca, não retrata somente a não funcionalidade das glândulas salivares, mas pode também estar ligada a desidratação ou condições sistêmicas que necessitem de cuidados paliativos (LEAL *et al.*, 2013).

2.2.2 Gengivite

Durante o período gestacional, o corpo sofre diversos processos fisiológicos, os quais são extremamente importantes para a formação do feto. Algumas dessas, podendo aumentar a suscetibilidade de inflamações, ou ainda intensificar processos inflamatórios pré-existentes. Algumas das alterações estão ligadas intimamente a maior proliferação de bactérias, ocasionando problemas bucais. A gengivite e a periodontite são manifestações que ocorrem pelo mesmo motivo, porém mostram estágios diferentes, e em conjunto com a cárie dentária, são as doenças que mais acometem a cavidade bucal, da maioria da população, inclusive gestantes (FONTES, 2018).

A gengivite é denominada como o estágio inicial da doença gengival, e é ocasionada a partir do biofilme dentário, que é descrito como uma película viscosa e sem coloração formada por bactérias, em região de gengiva e principalmente dentes. A qual produz toxinas que causam irritabilidade na mucosa, em conjunto com os níveis de estrogênio e progesterona aumentados, repercutem e atuam no crescimento de espécies e subespécies que habitam na cavidade oral (proliferação aumentada, devido a alimentação e fatores hormonais, próprios da gestação (FONTES, 2018).

Na imagem abaixo, é apresentada a gengivite, em gestantes pode se expressar devido a alterações hormonais em conjunto com hábitos de higiene, o que leva a inflamação local, como mostra na figura 02.

**Figura 2:** Doença gengival no período gestacional**Fonte:** Ocaña, 2019

Na fase inicial da gengivite, alterações clínicas já são visíveis, bem como alteração da cor da gengiva, de rosa para um tom avermelhado, inchaço, sangramento, pode causar dor e mudança no hálito. Seu tratamento é feito de forma mecânica, é mais aceito por ser eficiente e de baixo custo (SEIXAS *et al.*, 2010).

A remoção do biofilme, pode ser feita em consultório, mas não substitui a correta higiene bucal em casa. O uso de dentifrícios e soluções para bochecho, são válidas e em conjunto com a escovação e uso do fio dental, trazem um resultado eficiente. A partir dos corretos cuidados com a higiene bucal nesse período, há a prevenção de adesão do biofilme. (SEIXAS *et al.*, 2010)

Após o período gestacional, os sintomas tendem a ser reduzidos, porém se faz necessária consultas preventivas, para remoção de possíveis fatores de retenção. A gengivite gestacional normalmente se manifesta desde o primeiro trimestre caso não tratada, tem se a periodontite. Ambas são focos de patógenos infecciosos, que podem se espalhar pela via hematogênica e prejudicar o feto (DE CARVALHO *et al.*, 2019).

2.2.3 Periodontite

A periodontite, é a fase avançada e severa, de uma gengivite não tratada, sendo ocasionada pela proliferação, e colonização nos tecidos duros e do ligamento periodontal. Na alteração hormonal ocasionada pela gravidez, há o crescimento de bactérias anaeróbicas, em resposta ao aumento do estrogênio e progesterona em decorrência gestação, e a partir dessas alterações, há o surgimento de bolsas periodontais que servem como receptáculo para bactérias (FONTES, 2018).

Quando não removidos periodicamente, os agentes infecciosos tendem a atingir o suporte alveolar da estrutura dentária, podendo ocorrer o estímulo de reabsorção por meio de reação inflamatória. Presente nas bolsas periodontais, pode-se encontrar diversos patógenos, e muito deles Gram-negativos. Ligadas a periodontia, em gestantes, pode-se notar que há mais chances de: pré-eclâmpsia, partos prematuros e bebês com baixo peso (MIGUEL *et al.*, 2019).

Apresentando a mesma sintomatologia da gengivite, porém com algumas alterações, como: retração gengival (tem se a impressão de dentes maiores), mobilidade ou espaço entre eles, mau hálito recorrente, e em alguns casos pode apresentar aftas, e até mesmo secreção purulenta entre os dentes e na gengiva, ou até perca do elemento (FONTES, 2018).

O tratamento deve ser feito apenas em consultório, se trata de uma raspagem minuciosa, podendo até mesmo ser realizadas pequenas cirurgias, o cirurgião dentista, pode também fazer



a prescrição de enxaguantes bucais, anti-inflamatórios, e em alguns casos antibiótico. Para que haja sucesso no tratamento, necessita-se da colaboração do paciente (TUNES, 2014).

Na Figura 03, pode-se verificar a presença de cálculo, deiscência gengival, fazendo com que o paciente tenha perda de estética e principalmente de função.

Figura 3: Periodontite em estado avançado



Fonte: Adaptado de Martins *et al.*, 2016

Infecções estão ligadas ao parto prematuro, pois, bactérias em conjunto com toxinas presentes na boca, podem chegar ao útero via corrente sanguínea, e ao comunicar-se com as paredes uterinas, produzem substâncias inflamatórias que aceleram os estágios da gestação, promovendo dilatação cervical, contração do músculo uterino, e conseqüentemente o trabalho de parto prematuro (SOUZA *et al.*, 2012).

2.2.4 Granuloma gravídico

Em gestantes é denominado granuloma gravídico ou tumor gravídico, seu início se dá no período gestacional, em conjunto a outros fatores já citados. Pode surgir devido a altos níveis hormonais, como também ao uso de contraceptivos orais. A depender da avaliação da lesão, o granuloma é somente monitorado, pois tende a regredir após o parto, mas a partir do momento que possa interferir na qualidade de vida da gestante (mastigação, fala, deglutição), pode ser sugerido sua remoção cirúrgica (KRÜGER *et al.*, 2013).

Ocorre de 1% a 25% em mulheres grávidas, sugerindo assim que haja alguma alteração hormonal para o surgimento do mesmo. Se refere a uma resposta tecidual acentuada, onde há a proliferação excessiva de tecido conjuntivo e endotelial. Independentemente do nome, não se caracteriza como um granuloma verdadeiro, pois é um processo reacional hiperplásico (MENEZES *et al.*, 2014).

É caracterizado como um nódulo, não apresenta suporte e é pediculado, sua apresentação pode ser única ou multilobulado. Sua cor, irá depender do estágio em que se encontra: vermelho caracteriza uma lesão recente, acastanhada ou purpura são lesões que sofreram algum tipo de trauma, e por fim rósea, que representa uma lesão envelhecida (MENEZES *et al.* 2014).



Figura 4: Granuloma gravídico, com apresentação na região gengival, em arcada inferior.



Fonte: Krüger *et al.* (2013)

Segundo Krüger *et al.* (2013), no granuloma gravídico apresentado na Figura 04, a paciente não relata queixa dolorosa, porém relata crescimento de tecido excessivo no local, que ao toque causava sangramento e mobilidade nos dentes da região em que o mesmo se encontrava. Ao exame clínico tinha consistência fibrosa e haviam áreas recobertas por membrana necrótica. Por meio de exame histopatológico o granuloma gravídico foi confirmado.

2.3 Doenças de transmissão vertical e como se manifestam em cavidade oral

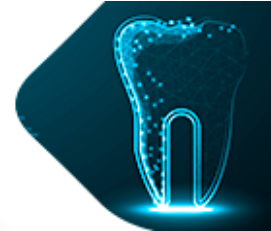
A microbiota existente na cavidade oral é de ampla escala, nela se encontram bactérias, fungos e vírus. As mais conhecidas que abrangem a cavidade oral é a *Streptococcus* e também o fungo *Candida*, são eles os primeiros colonizadores da cavidade bucal, logo após o nascimento (DE CARVALHO *et al.*, 2019).

Outras doenças bucais podem ter manifestações após o nascimento do bebê, estas são conhecidas como de transmissão vertical, ou seja, passam da mãe para o feto via placenta. O papiloma vírus humano (HPV), é um vírus que se evidencia em região genital e também cavidade oral. Em meio oral, se manifesta como Hiperplasia epitelial focal, carcinoma de células escamosas ou carcinoma verrucoso. Em crianças, os locais que são mais afetados são face, em meio bucal a língua é o mais frequente, podendo também ser evidenciado em outras regiões (CASTRO *et al.*, 2004).

A sífilis congênita também se denomina como uma doença de transmissão vertical, uma parte dos nascidos vivos não apresentam sintomas da mesma, enquanto outros variam a depender da gravidade em que se encontra (SONDA *et al.*, 2013).

Em todos os estágios da sífilis congênita, são observadas evidências. Em sua primeira fase apresenta o cancro (lesão papular endurecida), no próximo estágio apresenta disfunções sistêmicas (linfadenopatia, dor de garganta e outros sintomas), em sua fase terciária apresenta complicações graves que envolvem sistema cardiovascular e até nervoso, porém não é identificado em bebês ou crianças. (SOERGER *et al.*, 2021)

A hepatite B também é considerada uma doença de transmissão vertical, até que em 2005, o HBsAg (antígeno de superfície) passou a ser recomendado pelo ministério da saúde como um importante marcador de infecções durante o período gravídico (KUPEK; OLIVEIRA, 2012,). Há indícios de pesquisas sobre alterações bucais causadas pela hepatite B, porém não há relatos de pesquisas que se enquadram em idade infantil (RODRIGUES; DE SOUZA, 2021).



2.4 Fatores e crenças que levam as gestantes ao retrocesso do pré-natal odontológico

O tratamento odontológico, na maioria das pessoas, é considerado como uma condição amedrontadora, e principalmente na gestação, que envolve não só diversos fatores, mas também uma vida em pleno desenvolvimento. Mas, não depende somente da aceitação e colaboração da gestante, o cirurgião dentista deve ter o conhecimento necessário, para proceder o tratamento de forma correta e segura (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

O medo da gestante, pode ser decorrente a traumas passados em relação a tratamentos odontológicos, comentários negativos das pessoas que a cercam, e até mesmo antipatia com o profissional responsável. O medo do tratamento pode se agravar ainda mais na gestação, por também envolver o filho, o que pode muitas vezes levar a alguma dificuldade sobre o protocolo (DE OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Inclusas diversas mudanças na gestante como um todo, doenças bucais também são frequentes empecilhos que estão presentes nesse período, no passado a gravidez era considerada um impedimento para tratamento odontológico, já nos dias atuais, através de pesquisas, mostrou-se que, quando realizados no tempo correto, com a preparação e conhecimento do cirurgião dentista e também colaboração da gestante, podem-se obter bons resultados diante de prevenções, e quando houver procedimentos a serem feitos, os mesmos podem ser realizados, desde que estejam dentro dos parâmetros estabelecidos (POLETTI, *et al.*, 2008).

2.5 Trimestres do período gestacional e suas particularidades

2.5.1 Primeiro trimestre

O primeiro trimestre gestacional é marcado por diversas mudanças, e também de importância para o desenvolvimento embrionário, e se adequa como o tempo ideal para implementação de informações e prevenções de diversos problemas que possam vir a acometer mãe e bebê, principalmente os que acometem a cavidade oral (MATSUBARA; DEMETRIO, 2017).

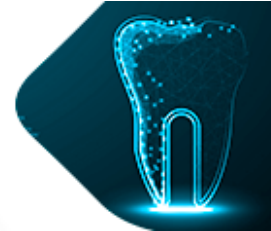
Educação em saúde, orientações sobre aleitamento materno, sobre higiene bucal, cárie e também o consumo de alimentos não apropriados para a gestação e que podem acarretar prejuízos à saúde bucal, podem ser repassados à gestante, sendo interessante também a realização de escovação supervisionada e demonstrativo de uso do fio dental, auxiliando assim o cirurgião dentista a direcionar a gestante na melhoria da saúde bucal, acarretando benefícios à gestante em todos os aspectos (MATSUBARA; DEMETRIO, 2017).

No início da gestação (treze primeiras semanas), a gestante passa por diversas mudanças, poucas físicas, porém várias fisiológicas. Aumento de produção de hormônios, elevação do fluxo sanguíneo (levando os órgãos vitais a aumentarem seu tempo de trabalho), alterações em aspectos de humor, enjoos, e diversos outros sintomas. (DA SILVA *et al.*, 2022)

Sendo assim, segundo Da Silva *et al.* (2022) para garantir o bem-estar da gestante, nesse período deve-se evitar procedimentos de alta complexidade. Presando por avaliações clínicas dos elementos dentais, dos tecidos moles e de toda a boca em um aspecto geral, como também raspagens supra gengivais e profilaxia para controle da placa bacteriana podem e devem ser feitos em qualquer período.

2.5.2 Segundo trimestre

O segundo trimestre gestacional (14 a 27 semanas) é o tempo com maior segurança para realização de procedimentos necessários na cavidade da gestante, Exodontias não complexas, tratamentos endodônticos, restaurações, e instalações de próteses. Pelo fato da completa



organogênese e o feto já desenvolvido, sendo então um período de grande estabilidade entre gestante e bebê (DA SILVA *et al.*, 2021).

Após a tragédia da talidomida iniciaram-se pesquisas acerca da placenta e sua função, então após anos de estudos chegou-se à conclusão de que a placenta não protege o feto de perigos farmacológicos, e sim, tem como uma das principais funções a nutrição e passagem de oxigênio para o feto. Sendo assim, agentes teratogênicos são os contribuintes para que altere irreversivelmente a estrutura do feto (EBRAHIM *et al.*, 2014).

Segundo Ribeiro *et al.* (2013) cabe ao cirurgião dentista saber acerca dos protocolos a serem seguidos durante o atendimento. Como a classificação de medicamentos que não trazem riscos à gestante, utilização de anestésicos locais e seus possíveis riscos. Dentre a escolha, sempre deve se prezar pelo medicamento que não apresente danos a gestante e ao bebê.

Sendo assim, são observadas todas as informações acerca da escolha dos medicamentos, como riscos e benefícios, dose recomendada, via de administração, tempo de ação, experiências prévias com o mesmo, dentre outras informações que se façam necessárias (RIBEIRO *et al.*, 2013).

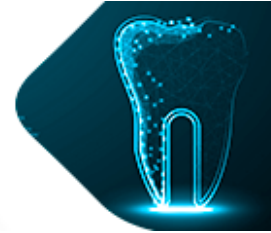
Na gestação, são consumidas diversas vitaminas em forma de cápsulas (medicamentos), porém, o uso irracional de medicamentos deve ser evitado. Quando prescrito, o profissional sempre deve se atentar a possíveis consequências e duplicar o cuidado quanto à prescrição, tipo de medicamento e posologia utilizada, assim se faz importante o conhecimento de riscos e benefícios do medicamento (AMADEI *et al.*, 2011).

Como se observa, existem classificações medicamentosas, que são utilizadas na gestação, e são utilizadas para identificar seus riscos, são eles: classe A, não há risco em seu uso; Classe B, não há estudos em gestantes, mas em animais não apresentou riscos; Classe C, em animais, resultou em efeitos adversos, mas não há estudos em gestantes; Classe D, há hipótese de risco fetal, porém quando se faz necessário, seu uso pode ser justificado; e Classe X, são contraindicados na gestação, seu uso e malefícios ao feto estão documentados. Nesses casos, o cirurgião deve esclarecer dúvidas sobre os medicamentos, seus benefícios ou malefícios, e o tempo de uso (MELO *et al.*, 2009).

O analgésico de escolha deve ser Paracetamol, antibiótico podemos citar amoxicilina isolada ou combinada com clavulanato, cefalexina, azitromicina, sendo as comumente utilizadas. Antivirais recomenda-se Aciclovir, bem como os anti-histamínicos como Dramin. (MELO *et al.*, 2009)

Contudo, a indicação de anti-inflamatórios não esteroideais (AINEs) e ácido acetilsalicílico deve ser cauteloso durante o terceiro trimestre principalmente, pois podem ocasionar sangramento na mãe e no feto, e além disso, inibe a síntese de prostaglandinas que se relaciona as contrações uterinas, portanto, no último trimestre de gravidez, o uso de AINEs pode ocasionar partos prolongados, e sua utilização deve ser feita quando o benefício supera o risco. Podemos citar como exemplo o Ibuprofeno ou Naproxeno, e o antibiótico Tetraciclina. (PEREIRA *et al.*, 2021).

Muito utilizado em diversos procedimentos, principalmente na odontologia para bloquear estímulos nervosos, e evitando assim a dor o que o torna indispensável, e automaticamente medos e traumas que possam ser adquiridos durante os procedimentos, o uso de anestésicos locais em gestantes também é considerado um tabu a ser quebrado, tendo em vista em pesquisas que apresentam ampla segurança em sua utilização, se atentando a alguns cuidados (técnica correta, dosagem correta, e sendo necessário o conhecimento do cirurgião). (MATSUBARA; DEMETRIO, 2017).



Quando administrado incorretamente, os anestésicos locais podem afetar o feto de maneira direta (altas concentrações na circulação fetal) ou indiretamente (altera o tônus muscular uterino, ou deprimindo o sistema circulatório e respiratório da mãe). E é através da cadeia de intermediária que os mesmos são classificados, em agentes do tipo ÉSTER (cocaína, procaína, tetracaína, benzocaína e clorocaína) e tipo AMIDA (lidocaína, prilocaína, dibucaína, mepivacaína, bupivacaína). Uma distinção de grande utilidade para auxílio a escolha, visto que os do tipo éster tem maior potencial alérgico, sendo os de preferência o tipo amida. A recomendação é que sejam utilizados no máximo dois tubetes por atendimento, administrando-o lentamente e sempre verificando a aspiração da carpule, deve-se atentar para as características dos tecidos moles da paciente (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

A velocidade e quantidade de anestésico que atravessam a barreira placentária da mãe dependem do tamanho da molécula e o grau de ligação plasmático do fármaco na circulação materna e nos tecidos da mãe. Assim, quanto maior o grau de ligação do anestésico as proteínas plasmáticas, maior é o grau de proteção ao feto. O que se leva a concluir, que se deve dar preferência a anestésicos com maior capacidade de ligação plasmática, sendo eles: Bupivacaína, Mepivacaína e Lidocaína, visto que esses terão uma menor passagem placentária, e consequentemente menor concentração no feto (RODRIGUES *et al.*, 2017).

O Quadro 1 apresenta as classificações dos anestésicos locais mais utilizados na odontologia, e a segurança durante gestação e período de amamentação.

Quadro 1: Classificação dos anestésicos em dois períodos

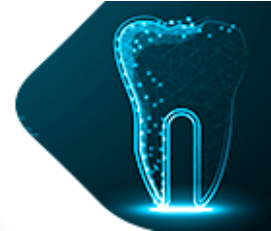
AGENTE	CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO FDA	SEGURANÇA NO USO DURANTE GRAVIDEZ	SEGURANÇA NO USO DURANTE AMAMENTAÇÃO
Articaína	C	Uso com cuidado	Uso com cuidado
Bupivacaína	C	Uso com cuidado	Sim
Lidocaína	B	Sim	Sim
Mepivacaína	C	Uso com cuidado	Sim
Prilocaína	B	Uso com cuidado	Sim
Benzocaína (tópica)	C	Uso com cuidado	Uso com cuidado
Lídocaína (tópica)	B	Sim	Sim
Tetracaína (tópica)	C	Uso com cuidado	Uso com cuidado

Fonte: Rodrigues *et al.*, 2017

Apesar da Bupivacaína prover um alto grau de ligação as proteínas plasmáticas da mãe, o seu longo tempo de duração, inibe sua escolha para procedimentos clínicos do dia a dia, contudo alguns autores a recomendam, por evitar com que o paciente tenha sintomas dolorosos após o procedimento, evitando assim que a mesma necessite optar pelo uso do analgésico. A mepivacaína deve ser evitada durante o período, pois devido a imaturidade do sistema hepático do bebê, dificulta sua metabolização, além de que, quando utilizada sem vasoconstritor, necessita-se de uma quantidade maior de anestésico (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Na articaína os metabólitos presentes, podem levar ao desenvolvimento da metamoglobinemia tanto na mãe, quanto no feto. Já a prilocaína, quando metabolizada no fígado transforma-se em ortotoluidina, que pode acarretar a oxidação do ferro ferroso para seu estado férrico, o que resulta na dificuldade na transportação do oxigênio para os tecidos. Sobre a aplicação de anestésicos tópicos, como benzocaína e tetracaína devem ser evitadas, uma vez que são responsáveis pela diminuição da circulação placentária. (RODRIGUES *et al.*, 2017)

Os vasoconstritores são importantes componentes nas soluções anestésicas, auxiliam a potencializar o efeito da anestesia, pois promovem um bloqueio mais duradouro, diminuir a



quantidade de anestésico utilizado, auxiliando assim na sua menor toxicidade. Na concentração de adrenalina, pode-se optar pela escolha de 1:100.000, pois não foram apresentados resultados significativos de risco, quando utilizada sua menor concentração de 1:50.000. A epinefrina, em sua concentração de 1:100.000 pode ser bem aceita, e apresentou mais benefícios do que riscos para as gestantes (DE ALMEIDA PAIVA; CAVALCANTI, 2005).

Radiografias em conjunto com a avaliação clínica são necessárias para concluir o diagnóstico e assim melhor planejá-lo, visto que sua utilização é segura, tomando as precauções necessárias. Estudos comprovam que exposições inferiores a 50 mGy (unidade de medida para dose absorvida, *miligray*) não são associadas a abortos ou anomalias fetais. Porém, quando ultrapassa a 250 mGy pode causar riscos ao feto, e isso acontece quando são realizados vários exames radiográficos no mesmo dia ou momento, por isso a dose total deve ser sempre calculada, e se necessário os exames devem ser divididos em dias diferentes (D'IPPOLITO; MEDEIROS, 2005).

O uso de exames radiográficos traz receio a dentistas e gestantes, sua utilização deve ser evitada no primeiro trimestre gestacional. Após esse período, devem ser tomadas precauções, como: uso de avental plumbífero, regulação de dose e de tempo de exposição. Deve-se dar-se preferência a filmes ultrassensíveis, deve-se sempre utilizar a técnica correta, protegendo o abdômen com o avental. Deve-se evitar também repetir tomadas radiográficas, mesmo tendo em vista que a quantidade de radiografia emitida é consideravelmente menor, do que, a que pode causar manifestações fetais (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

2.5.3 Terceiro trimestre

Com os devidos cuidados e protocolos, desde que não seja um procedimento que coloque a gestante e o bebê em risco, pode ser realizado. Optando por consultas com o menor tempo possível, posição confortável, sempre monitorar os sinais vitais e entrar em acordo com a gestante, qual horário do dia ela se sente mais disposta a colaborar com o procedimento proposto. Para assegurar um tratamento de sucesso, são recomendados exames laboratoriais de rotina, para determinantes de glicemia, o que são considerados pacientes de alto risco, quando em jejum, as taxas de glicose no sangue são superiores a 250mg/dl (DE PAULA *et al.*, 2006)

Consultas no período da manhã são aconselháveis, e deve-se instruir a gestante a se alimentar normalmente, para que os riscos de uma crise hipoglicêmica seja diminuída. Consultas de curta duração devem ser priorizadas, para redução do possível estresse, e quando há necessidade de longa duração, devem ser feitas pausas para descanso, ida ao banheiro, e caso necessário, um lanche (CLEMETE; XIMENES; BOTELHO, 2019).

Segundo Ebrahim *et al.* (2014) a posição da gestante na cadeira odontológica se faz importante, visto que a depender da posição pode gerar desconforto, assim atrapalhando o sucesso do tratamento. No último período da gestação (terceiro trimestre), quando a gestante se deita de costas, o útero pode comprimir a veia cava inferior, impedindo o retorno venoso ao coração. Ocasionalmente a síndrome da hipotensão supina, síncope ocasionada pela circulação sanguínea paravertebral insuficiente ou reflexo vasovagal, podem ocorrer em 15% a 20% das gestantes.

Por isso, durante o tempo de trabalho, é recomendado a posição semi-reclinada, e estimulando sempre a mudança de posição, ou o posicionamento de um travesseiro ou rampa na região das costas, para elevar o útero e evitar a compressão da veia cava (EBRAHIM *et al.*, 2014).



3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desta revisão de literatura, percebe-se que as gestantes expressam baixa procura pelo pré-natal, por diversos fatores onde o medo, insegurança, condições socioeconômicas desfavoráveis, fragilidade assistencial da rede pública e até mesmo limitações relativas ao deslocamento são os mais apontados. Percebe-se também, que o cirurgião-dentista necessita de um preparo adequado para o atendimento dessa clientela especial, destacando a importância de conhecer e seguir um protocolo assistencial reconhecidamente recomendado e seguro. No campo clínico, há de se considerar ainda o esclarecimento sobre procedimentos intervencionistas, que poderão ser executados, considerando sempre o período gestacional, os conhecimentos específicos em relação aos medicamentos, soluções anestésicas, exposição radiográfica e até mesmo o posicionamento durante o atendimento odontológico, sempre à disposição simultânea da segurança do feto e da gestante.

Além disso, é importante frisar que nessa época a mulher se mostra mais suscetível a receber informações que possam auxiliar na sua qualidade de vida e também na do bebê, enfatizando assim, o papel das ações de educação e promoção de saúde bucal, que podem ser efetivadas por meio de palestras, escovação supervisionada, aplicação de flúor, avaliação clínica de tecidos moles e demais elementos dentários. As informações sobre as doenças bucais mais prevalentes nesse período, bem como seu tratamento, e como podem acometer e prejudicar a gestante, e o bebê em caso de contaminação cruzada, deverão ser amplamente discutidas.

Pode-se então concluir o presente, destacando o protagonismo de um pré-natal de qualidade e bem conduzido para a segurança da maternidade e da infância.

REFERENCIAS

ALEIXO, R.Q. *et al.* Alterações bucais em gestantes. **Saber Científico (1982-792X)**, v. 1, n. 1, p. 68-80, 2021.

BERNARDI, C.; MASIEIRO, A.V.; DE OLIVEIRA, J.B.. Assistência odontológica à gestante: conhecimento e prática de dentistas da rede pública e seu papel na rede cegonha. **Arquivos em Odontologia**, v. 55, 2019.

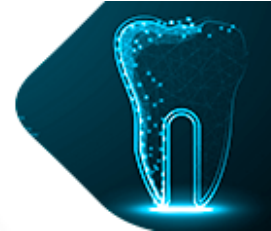
BOTELHO, D.L.L. *et al.* Odontologia e gestação: a importância do pré-natal odontológico. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 18, n. 2, 2019.

CASSIANO, A.C.M. *et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, v. 65, n. 2, p. 227-244, 2014.

DA SILVA, B.F.R. *et al.* Conscientização do Cirurgião Dentista sobre a importância do pré-natal odontológico. **E-Acadêmica**, v. 2, n. 3, p. e182369-e182369, 2021.

DE ALMEIDA PAIVA, L.C.; CAVALCANTI, A.L. Anestésicos locais em odontologia: uma revisão de literatura. **Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 11, n. 2, 2005.

DE CARVALHO, G.M. *et al.* Saúde Bucal na gestação e suas implicações para a gestante e



feto: perspectivas do enfermeiro durante o pré-natal. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 5, p. 4345-4361, 2019.

DE OLIVEIRA CUNHA, R.; LEITE, I.C.G. Condição de saúde bucal e percepção sobre atenção odontológica de gestantes. **HU Revista**, v. 47, p. 1-8, 2021.

DE OLIVEIRA, E.C. *et al.* Atendimento odontológico a gestantes: a importância do conhecimento da saúde bucal. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 4, n. 1, 2014.

DE PAULA, F.W.G. *et al.* Atendimento odontológico à gestante-parte 2: cuidados durante a consulta. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 47, n. 3, 2006.

D'IPPOLITO, G.; MEDEIROS, R.B. Exames radiológicos na gestação. **Radiologia Brasileira**, v. 38, p. 447-450, 2005.

DOS SANTOS ANDRADE, E.; DA SILVA NOGUEIRA, D.; SOUSA, S.L.G. Amamentação e saúde bucal. **Journal of Orofacial Investigation**, v. 1, n. 1, p. 40-45, 2014.

EBRAHIM, Z.F. *et al.* Tratamento odontológico em gestantes dental treatment during pregnancy. **Science**, v. 5, n. 1, p. 32-44, 2014.

FONTES, N.M.. Efeitos da deficiência de higiene oral na gravidez: revisão de literatura. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 6, n. 16, p. 45-58, 2018.

GUIMARÃES, K.A. *et al.* Gestação e Saúde Bucal: Importância do pré-natal odontológico. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e56810112234-e56810112234, 2021.

KONISHI, F.; ABREU E LIMA, F.. Odontologia intra-uterina: a construção da saúde bucal antes do nascimento. **Rev. bras. odontol**, p. 294-295, 2002.

KRÜGER, M.S.M. *et al.* Granuloma gravídico-relato de caso. **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, v. 12, n. 4, p. 293-295, 2013.

LEAL, A.O. *et al.* Estudo dos parâmetros salivares de gestantes. **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, v. 12, n. 1, p. 39-42, 2013.

LEITES, A.C.B.R.; PINTO, M.B.; SOUSA, E.R. Aspectos microbiológicos da cárie dental. **Salusvita**, v. 25, n. 2, p. 239-52, 2006.

LEMO, P.G.S.; DUQUE, M.A.M.; MACHADO, C.N. Componentes que afetam o medo no tratamento dentário em adultos: um estudo seccional. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 1, n. 4, p. 41-54, 2019.

MANN, L. *et al.* Gravidez: um estado de saúde, de mudanças e adaptações. **Revista Digital 14.139** (2009).



MATSUBARA, A.S.; DEMETRIO, A.T.W. Atendimento odontológico às gestantes: revisão da literatura. **Uningá Review**, v. 29, n. 2, 2017.

MELO, S.C.C.S. *et al.* Uso de medicamentos por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, p. 66-70, 2009.

MENEZES, R.E.R. *et al.* Patogênese e aspectos clínicos do granuloma gravídico: Relato de caso e revisão de literatura. **Salusvita**, v. 33, n. 1, p. 111-127, 2014.

MIGUEL, A.J.S. *et al.* Importância do pré-natal odontológico para o diagnóstico de alterações bucais em gestantes. **Ciência Atual–Revista Científica Multidisciplinar do Centro Universitário São José**, v. 13, n. 1, 2019.

MOREIRA, M.R. *et al.* Pré-natal odontológico: noções de interesse. **J Manag Prim Health Care**, v. 6, n. 1, p. 77-85, 2015.

NASCIMENTO, A.L.C. *et al.* A importância do pré-natal odontológico na saúde do infante: Uma revisão de literatura. **Revista Uningá**, v. 58, p. eUJ3566-eUJ3566, 2021.

PEREIRA, P.R. *et al.* Pré-natal odontológico: bases científicas para o tratamento odontológico durante a gravidez. **Archives of Health Investigation**, v. 10, n. 8, p. 1292-1298, 2021.

POLETTO, V.C. *et al.* Atendimento odontológico em gestantes: uma revisão da literatura. **Stomatos**, 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. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 269-276, 2010.

RIBEIRO, A.S. *et al.* Risco potencial do uso de medicamentos durante a gravidez e a lactação. **Rev. Infarma**, v. 25, n. 1, p. 62-67, 2013.

RODRIGUES, F. *et al.* Anestesia local em gestantes na odontologia contemporânea/Local anesthesia in pregnant women in contemporary dentistry/La anestesia local en mujeres embarazadas en la odontología contemporánea. **Journal Health NPEPS**, v. 2, n. 1, p. 254-271, 2017.

RODRIGUES, L.G. *et al.* Pré-natal odontológico: assistência às gestantes na rede pública de atenção básica em saúde. **Arquivos em Odontologia**, v. 54, 2018.

SANTOS, C.G.; DA CUNHA PEREIRA, D.P.. A Importância da Odontologia no Cuidado da Gestante: Revisão de Literatura/The Importance of Dentistry in the Care of Pregnant Women: Literature Review. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 14, n. 50, p. 1212-1230, 2020.

SEIXAS, A.R. *et al.* Prevenção e tratamento da gengivite na prática do técnico em saúde bucal. **Revista Gestão & Saúde**, v. 1, n. 2, p. 37-41, 2010.

SILVA, C.C. *et al.* Acesso e utilização de serviços odontológicos por gestantes: revisão



integrativa de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 827-835, 2020.

koniSOARES, M.R.P.S. *et al.* Pré-natal odontológico: a inclusão do Cirurgião Dentista.

Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais-Animais e Humanos Interdisciplinary

Journal of Experimental Studies, v. 1, n. 2, 2009.

TORRES, E.S. Protocolo terapêutico da cárie dentária por meio do Tratamento Restaurador Atraumático (ART). **Revista Cathedral**, v. 4, n. 1, p. 25-41, 2022.

TRENTIN, M.S. *et al.* Doença periodontal em gestantes e fatores de risco para o parto prematuro. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 12, n. 1, 2007.

VASCONCELOS, R.G. *et al.* Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. **Revista brasileira de odontologia**, v. 69, n. 1, p. 120, 2012.