UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
LAYZA FARIAS DE MEDEIROS BORTOLATTO

IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO

TUBARÃO
2020

LAYZA FARIAS DE MEDEIROS BORTOLATTO

IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade do Sul de Santa Catarina como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Esp. Aires Antônio de Souza Junior.

TUBARÃO

2020

LAYZA FARIAS DE MEDEIROS BOTOLATTO

IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de Bacharel em Odontologia e aprovado em sua forma final pelo Curso de Odontologia, da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Tubarão, 06 de julho de 2020.

Professor e orientador Aires Antônio de Souza Junior
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof.ª Sandra Teixeira Bittencourt
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof.ª Gina Casagrande
Universidade do Extremo Sul Catarinense

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, que meu deu saúde e forças para superar todos os momentos difíceis que me deparei ao longo da minha graduação.

Dedico este trabalho ao meu filho Arthur, meu maior amor, que por muitos momentos precisei estar ausente, porém meu coração sempre esteve junto dele.

Agradeço ao meu marido, Arthur Buss Bortolatto, companheiro de todas as horas, por sempre me proporcionar o melhor para que pudesse concluir os estudos, e principalmente, por ter me auxiliado muitas vezes com sua experiência profissional, ao qual me espelho todos os dias, meu amor e gratidão.

Agradeço a minha mãe Cida e a meu irmão Ricardo, por todo amor e apoio ao longo destes anos, principalmente por me incentivarem a nunca desanimar frente às circunstâncias da vida. Por todo cuidado, carinho e compreensão, minha amada mãe e meu irmão, vocês são a minha base e jamais conseguirei expressar em palavras o amor que sinto por vocês.

Agradeço a minha sogra, Gisela, por todo o apoio e carinho dispensado. Por inúmeras vezes ouvir meus desabafos e sempre ter uma palavra de conforto e perseverança. Gratidão a Deus por você ter entrado e permanecido em minha vida, esbanjando paciência e transbordando amor.

Agradeço a cuidadora do meu filho, Marcilene, por inúmeras vezes cuidar do meu filho mesmo em horários tardios ou em finais de semana. Pelo zelo e carinho dispensados a ele, que tanto lhe adora e admira.

Agradeço a minha amiga e dupla da faculdade, Cristina, por todo companheirismo, pelas longas horas de estudo e principalmente por toda paciência que teve comigo durante estes anos. Por sempre estar a meu lado, compartilhando momentos difíceis e alegres.

Agradeço ao meu orientador, Aires, que sempre, muito paciente, me apoiou desde o início do trabalho, compreendendo por muitas vezes minha ausência, apoiando-me e encorajando-me a seguir em frente. Minha eterna gratidão por ter me dado a oportunidade de ser sua orientanda, e contribuído com o meu aprendizado.

Agradeço a minha banca, por aceitarem participar do meu trabalho e todo conhecimento passado. Agradeço a todos os professores que desempenharam com dedicação as aulas ministradas.

RESUMO

O período gestacional é o momento em que a mulher está mais apta e disposta para adquirir melhores práticas em saúde, promovendo seu autocuidado a fim de gerar bons hábitos que refletirão no desenvolvimento e nascimento do futuro filho. O atendimento do cirurgião-dentista no pré-natal odontológico é fundamental na prevenção de possíveis complicações na gravidez, a fim de proteger a saúde do binômio mãe e filho. As gestantes, por se tratarem de pacientes de risco odontológico temporário por conta das mudanças hormonais criam condições adversas no meio bucal. Durante a gravidez, o alto consumo de alimentos ricos em carboidrato e açúcares se tornam maior. Algumas gestantes, por sua vez, negligenciam com as escovações dentárias diárias e outros artifícios para higiene oral, o que faz com que doenças bucais pré-existentes potencializem e outras consequentemente surjam, como: cáries, gengivite e doença periodontal. Para que se possa prevenir complicações por condições patológicas que levem a um possível parto prematuro e baixo peso ao nascer do bebê. O objetivo deste trabalho é estabelecer a importância de um atendimento odontológico pré-natal na prevenção de doenças bucais presentes na mãe e no filho. A pesquisa foi realizada por uma abordagem qualitativa a partir de uma revisão de literatura e terá como finalidade, elucidar a importância do pré-natal odontológico do binômio mãe e filho e o conhecimento sobre o que acarreta a falta de incentivo e tratamento adequado de patologias do meio bucal no período gestacional. A pesquisa foi realizada a partir das bases de dados: PUBMED MEDLINE e GOOGLE ACADÊMICO, onde foram consultados artigos originais e de revisão sobre o tema referente a este trabalho. Foram utilizadas as palavras chaves: tratamento odontológico em gestantes, doença periodontal na gestação, na língua portuguesa e inglesa.Os cuidados preventivos realizados no pré-natal odontológico podem ser efetuados em quaiquer estágios da gravidez. As radiografias realizadas expõem minimamente a gestante em relação a radiação, porém, quando necessário, devem-se utilizar filmes ultrarrápidos, filmes de alumínio, localizadores e avental de chumbo. A medicação de primeira escolha para alivio da dor é o paracetamol. O uso de anti-inflamatórios deve ser evitado e quando necessário a utilização de antibióticos opta-se pelo grupo das penicilinas. O anestésico de escolha baseado nas evidências de baixa toxicidade é a lidocaína 2% associado com vasoconstritor. Adotando-se todos os cuidados necessários durante os atendimentos, não existem contraindicações relacionadas aos procedimentos executados durante o período gestacional.

ABSTRACT

The gestational period is the moment that the woman is more likely and willing to acquire better health practices, promoting her selfcare in order to generate good habits that will reflect on the development and birth of the future child. The attendance of the dentist in dental prenatal care is fundamental in preventing possible complications in pregnancy, in order to protect the health of the mother and child. The pregnant women are patients at temporary dental risk and due to hormonal changes create adverse conditions in the oral cavity. During pregnancy the high consumption of foods rich in carbohydrates and sugars becomes higher, some pregnant women, in turn, neglect daily tooth brushing and other devices for oral hygiene, what potentiates pre-existing oral diseases and others consequently arise, such as: cavities, gingivitis and periodontal disease. In order to prevent complications due to pathological conditions that lead to possible premature birth and low birth weight of the baby. The objective of this work is to establish the importance of prenatal dental care in the prevention of oral diseases present in the mother and child. The research was carried out by a qualitative approach based on a literature review and will aim to elucidate the importance of dental prenatal care between mother and child and the knowledge about what causes the lack of incentive and adequate treatment of pathologies of the oral cavity during pregnancy. The research was carried out from the databases: PUBMED MEDLINE and GOOGLE ACADÊMICO, where original and review articles on the topic related to this work will be consulted. The keywords were used: dental treatment for pregnant women, periodontal disease during pregnancy, in Portuguese and English. Preventive care performed during dental prenatal care can be performed at any stage of pregnancy. The radiographs performed expose the pregnant woman minimally to radiation, however, when necessary, ultra-fast films, aluminum film, locators and lead apron should be used. The first choice medication for pain relief is paracetamol, the use of anti-inflammatory drugs should be avoided and when necessary the use of antibiotics is chosen by the group of penicillins. The anesthetic of choice based on evidence of low toxicity is 2% lidocaine associated with vasoconstrictor. Adopting all the necessary care during the consultations, there is no contraindication related to the procedures performed during the gestational period

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 8
2 OBJETIVOS 10
2.2 OBJETIVOS GERAIS 10
2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 10
3 METODOLOGIA 11
4 REVISÃO DE LITERATURA 12
4.1 GESTANTES 12
4.2 RELAÇÃO GESTAÇÃO X HORMÔNIOS 16
4.3 MITOS E MEDOS DURANTE A GRAVIDEZ 18
4.4 RISCOS RAIO X 20
4.5 ANESTÉSICOS 22
4.6 MEDICAMENTOS 24
4.7 MUDANÇAS NUTRICIONAIS E BONS HÁBITOS 27
4.8 DOENÇAS BUCAIS PRÉ-EXISTENTES 30
4.9 DOENÇA CÁRIE 32
4.10 GENGIVITE E DOENÇA PERIODONTAL 35
4.11 IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO 38
5 DISCUSSÃO 41
6 CONCLUSÃO 45
REFERÊNCIAS 46

1 INTRODUÇÃO

As gestantes constituem pacientes de temporário risco odontológico devido às mudanças psicológicas, físicas e hormonais, que criam condições adversas no meio bucal. (VASCONCELOS, *et al.,* 2012).

A relação das doenças do meio bucal e suas repercussões negativas sobre a vida do lactante e da gestante, motivam a necessidade de um pré-natal odontológico. A crença de que o tratamento odontológico durante a gravidez prejudica o desenvolvimento do feto ainda é parte da cultura de algumas mulheres e dificulta o cuidado com a saúde bucal na gestação. (MARTINS, *et al.,* 2013).

Durante a gravidez, as mudanças da composição do biofilme subgengival e a concentração de hormônios sexuais responsáveis por alterar a reação imunológica, como o estrógeno e a progesterona, são fatores que influenciam a resposta do periodonto, e reduzem a capacidade do organismo em reparar e preservar os tecidos gengivais. (GAFIIELD *et al.,* 2001)

Pelo fato da valorização à saúde bucal ser transmitida da mãe para o filho, é importante que trabalhos multidisciplinares, envolvendo obstetras, médicos pediatras, enfermeiros e odontopediatras, sejam realizados com programas direcionados às gestantes desde o período pré-natal, fase na qual as mães estão altamente receptivas para novos conhecimentos. Tais atitudes prepararíam o ambiente em que a criança vai se desenvolver de forma adequada com relação à possibilidade de prevenção de cárie. (TORRES *et al.,* 1999; LIMA *et al.,* 2002) *apud* (RAMOS, *et al.,* 2006).

A doença periodontal mais prevalente na gravidez é a gengivite. Atinge entre 60 a 75% das gestantes e manifesta-se como uma inflamação da gengiva marginal, enquanto a periodontite afeta cerca de trinta por cento das gestantes. (SILK *et al.,* 2008).

Uma vez que a cavidade bucal sofre importantes modificações durante a gravidez é essencial o acompanhamento odontológico nessa fase. Sabe-se que as alterações hormonais, físicas e psicológicas podem influenciar e contribuir para o desenvolvimento de doenças bucais como cárie, gengivite e periodontite. Quando tais doenças estão associadas a outros fatores, algumas pesquisas relatam que podem induzir o parto prematuro ou o baixo peso ao nascer. (CECHINEL, *et al,* 2016).

Portanto, torna-se necessário desenvolver atividades profissionais esclarecendo e incentivando estas gestantes sobre a importância da realização de tratamento odontológico durante a gestação, tal como o desenvolvimento e a prática de protocolos de pré-natal odontológico por parte dos profissionais dentistas. (REIS, *et al.,* 2010).

Desta forma, a verificação do conhecimento e atitudes dos cirurgiões-dentistas a respeito do atendimento odontológico a gestantes constitui etapa fundamental para a elaboração de programas de capacitação profissional, a fim de subsidiar uma reorganização da atenção odontológica pré-natal, para que o profissional de odontologia, integrado com os demais membros da equipe de saúde, possa intervir de forma positiva nos processos educativo, preventivo e curativo, minimizando os efeitos negativos que as doenças de origem bucal possam causar nas gestantes e nos seus respectivos filhos.

2 OBJETIVOS

2.2 OBJETIVOS GERAIS

- Estabelecer a importância de um atendimento odontológico pré-natal na prevenção de doenças bucais do binômio mãe e filho.

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estabelecer a inter-relação do período gestacional com o surgimento de doenças bucais na gestante;

- Identificar as principais manobras preventivas e interceptativas aplicáveis durante o pré-natal odontológico;

- Apresentar os possíveis reflexos (imediatos e mediatos) de um eficiente pré-natal odontológico, na saúde bucal da gestante e da criança que está sendo gestada.

3 METODOLOGIA

Este trabalho caracteriza-se por ser uma pesquisa de abordagem qualitativa a partir de uma revisão de literatura e terá como finalidade elucidar a importância do pré-natal odontológico do binômio mãe e filho. O conhecimento sobre o que acarreta a falta de incentivo e tratamento adequado de patologias do meio bucal no período gestacional, baseado em descrições de vários autores através de artigos científicos pesquisados no período de agosto de 2019 até maio de 2020, encontrados a partir das bases de dados como: PUBMED MEDLINE e GOOGLE ACADÊMICO.

Foram utilizadas as palavras-chaves: tratamento odontológico em gestantes, doença periodontal na gestação, na língua portuguesa e inglesa.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 GESTANTES

A gravidez é uma condição para a sobrevivência da vida humana, sendo indispensável à renovação geracional, e representa o período de formação de um novo ser. Este período da vida da mulher, que se inicia no momento da concepção, se estende por um período de cerca de 40 semanas, e termina com o parto. (COUTINHO, et al., 2014)

Junior et at (2007) remete a gestação como um momento em que a saúde bucal deve ser acompanhada com muito cuidado, já que, neste período, algumas alterações mórbidas podem se tornar mais prevalentes.

Em 2013, Martins et al. sugere que, a gestante neste período está disposta a adquirir novas e melhores práticas em saúde, o que permite aprimoramento, também, no autocuidado e na geração de bons hábitos para o futuro filho, já que, partindo da ideia de que os hábitos apresentados pela matriarca influenciam na geração e na perpetuação de bons hábitos por toda a família, a gestante informada e motivada sobre questões de saúde é uma grande fonte de ações para formação de pessoas também informadas e promotoras de autocuidado em relação a sua saúde e à prevenção de doenças, como as bucais.

Oliveira et al (2014) afirma que, o período gestacional é um estado único e valioso no ciclo de vida da mulher. Ele é bastante favorável para o desenvolvimento de ações visando à promoção de saúde bucal. Isto ocorre pela oportunidade de um acompanhamento em conjunto com o pré-natal ou até mesmo porque é um momento que faz aflorar uma série de dúvidas, que podem funcionar como estímulo para que a gestante busque informações e adquira melhores práticas de saúde.

As mães desempenham um papel fundamental como transmissoras do bom comportamento para a saúde bucal de seus filhos. Assim, quanto maior o conhecimento delas sobre atitudes positivas em relação a hábitos bucais, melhor a condição bucal das crianças. (RIGO; DALAZEN; GARBIN, 2016).

O conhecimento das alterações fisiológicas, por parte do Cirurgião Dentista, associado à coleta de dados sobre a história médica anterior e atual da gestante, por meio de uma anamnese bem realizada, é de fundamental importância

para que se estabeleça um plano de tratamento odontológico seguro e individualizado para a paciente. (BASTOS et a., 2014).

Baseado nos estudos de Piccinini et at (2012) a assistência pré-natal é uma modalidade de atendimento originada no século XIX, momento em que teve início a interferência do Estado nas questões relacionadas aos cuidados pré-natais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Esse serviço surgiu com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de um recém-nascido saudável e reduzir as elevadas taxas de mortalidade infantil que existiam. Estes objetivos continuam basicamente os mesmos atualmente, sem terem sido incluídos cuidados emocionais da gestação. A atenção pré-natal é fundamental na prevenção de complicações da gravidez, do parto e do puerpério, protegendo a saúde das mães e dos bebês. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a). O início precoce da assistência é indicado, a fim de que se façam possíveis diagnósticos, além da identificação de riscos ligados à saúde da mãe e do bebê. (COOK, SELIG, WEDGE & GOHN-BAUBE, 1999; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

Visando garantir o bem-estar da gestante e orientá-la quanto aos cuidados odontológicos, o Ministério da Saúde recomenda, em seu manual de assistência à saúde durante o pré-natal, que a gestante deve ser referenciada ao atendimento odontológico como uma ação complementar.

As gestantes constituem pacientes de risco odontológico temporário, devido às mudanças hormonais, físicas e psicológicas, que criam condições adversas no meio bucal. O atendimento odontológico dessa classe de paciente é um assunto bastante controverso, principalmente em função dos mitos que são baseados em crenças antigas, sem fundamentação científica, tanto por parte das gestantes quanto por parte dos cirurgiões-dentistas, que em geral não se sentem seguros ao atendê-las. (VASCONCELOS, *et al.,* 2012).

Finkler; Oleiniski; Ramos, (2004) afirma que, para que as mães possam efetivamente desempenhar seus papéis de promotoras de saúde necessitam, primeiramente, serem pessoas saudáveis. Entretanto, a alta prevalência de doenças bucais em gestantes está bem documentada pela literatura odontológica. É necessário reconhecer a mulher como ser integral que é, e não uma simples reprodutora, mas sujeito de sua saúde e de sua própria vida. Assim, a mesma será capaz de gerar e manter vidas igualmente saudáveis.

Cechinel et al. (2016), diz que uma vez que a cavidade bucal sofre modificações importantes durante a gravidez é essencial o acompanhamento

odontológico durante esta fase. Sabe-se que as alterações hormonais, físicas e psicológicas podem influenciar e contribuir para o desenvolvimento de doenças bucais como cárie, gengivite e periodontite. Se estas doenças forem associadas a outros fatores, algumas pesquisas relatam que podem induzir o parto prematuro ou o baixo peso ao nascer.

Os autores Lucisano et al (2013) definiram que uma gestação planejada deve incluir um acompanhamento odontológico antes de seu início. Vários estudos têm demonstrado que patologias gengivais comumente observadas durante a gravidez podem levar a nascimentos prematuros e com peso abaixo do normal, o que poderia trazer problemas à criança.

Tendo em vista que crianças nascidas prematuramente e de baixo peso apresentam defeitos na estrutura do esmalte dentário, Caixeta e Corrêa citados no estudo Diniz et al (2011), aconselham exames pós-natais periódicos e orientações por parte dos pediatras. Alterações orais em crianças prematuras e de baixo peso ao nascer: a importância da relação entre pediatras e odontopediatras relacionados a absorção de cálcio em prematuros, evitando-se, assim, comprometimentos futuros na fase de deposição e mineralização do esmalte dentário.

Diniz et al., (2011) diz que a etiologia relacionada ao nascimento de crianças prematuras e/ou com baixo peso é complexa e multifatorial, podendo envolver fatores genéticos, obstétricos, estado nutricional, infecções, exposição tóxica, cuidados durante o pré-natal, problemas sociais, econômicos e ambientais. A literatura tem mostrado um grande aumento na incidência de defeitos de esmalte, como hipoplasia e hipomineralização, aumento na incidência de cárie dentária, atraso do desenvolvimento e na erupção da dentição decídua e má-formação dentária e do palato.

Conforme citado por Tarsitano; Rollings, 1993 apud Rios, (2006), mencionado no estudo de Oliveira et al (2014), na gestação o organismo da mulher sofre uma série de alterações, que têm como objetivo desenvolver o feto e preparar o corpo da gestante para o parto e amamentação.

A promoção da saúde bucal das gestantes deve ser entendido como parte dos cuidados pré-natais necessários, por considerar aspectos biológicos e clínicos como a recente associação entre doença periodontal em gestantes e nascimentos prematuro e de baixo peso, bem como a relação positiva entre a experiência de cárie da mãe e a de seu filho , desencadeada pela transmissibilidade bacteriana precoce e

pelo compartilhamento de fatores culturais, comportamentais e sócio-econômicos do ambiente familiar. (FINKLER; OLEINISKI; RAMOS, 2004)

Moimaz et al. (2011) relata que a mãe é considerada, para a criança, a principal fonte de microrganismos relacionados à cárie dentária. Portanto, a promoção de saúde bucal da mãe é uma importante medida preventiva relacionada à saúde bucal da criança após o seu nascimento, sendo que as medidas preventivas da mãe já devem ser estabelecidas durante a gestação.

Rigo; Dalazen; Garbin, (2016) citaram no seu estudo que segundo Bijella, a educação em saúde bucal significa aquisição de conhecimentos (informação) e desenvolvimento de habilidades (instrução), favorecendo a mudança de comportamento e atitudes do indivíduo, criando novos valores que beneficiam a própria saúde do paciente e/ou a de seus pais (motivação). Observa-se a necessidade do estabelecimento de estudos sobre os conhecimentos prévios dos responsáveis/mães, com relação aos cuidados com sua própria saúde bucal e a de seus filhos.

Lopes et al (2016), sugere em alguns estudos, a associação entre prematuridade e (ou) baixo peso ao nascer e a doença periodontal. O baixo peso ao nascer e (ou) prematuridade representam não somente um dos maiores problemas obstétricos, como também podem comprometer o desenvolvimento do bebê, além do maior risco de apresentarem alterações bucais como hipoplasia do esmalte dental e cárie precoce na infância. (BASTIANI, 2010).

O estudo de Martins et al. (2013) aponta que o pré-natal odontológico é algo que foi introduzido recentemente, não devendo ser negligenciado pelos clínicos que devem atuar através de palestras de educação em saúde bucal, anamnese detalhada e quebra de paradigmas existentes na paciente, como mitos e adágios populares.

As gestantes devem ser consideradas um grupo populacional prioritário para a atenção odontológica, considerando diversos fatores próprios desta etapa: (1) podem apresentar algumas alterações bucais próprias do período gestacional; (2) têm necessidades acumuladas que podem comprometer a saúde materna e da criança; (3) devem ser alvo de programas de educação em saúde porque elas são multiplicadoras de atitudes na rede familiar, com influência nos hábitos alimentares e de higiene da família; (4) e por fim, constituem um grupo de fácil acesso. (RIGO; DALAZEN; GARBIN, 2016).

Ainda seguindo a linha de pensamento de Martins et al. (2013), que julga este aspecto da gestação favorável para a promoção de saúde bucal, sendo um momento que para a mulher se mostra mais receptiva ao aprendizado de novos conceitos e de alterações comportamentais e hábitos que possam ser benéficos ao desenvolvimento do seu futuro filho.

A mãe exerce um papel importante no núcleo familiar e é uma formadora de opiniões, determinando muitos dos comportamentos que seus filhos terão. O atendimento às necessidades de tratamento na gravidez deve receber atenção especial, com o intuito de promover a saúde bucal e a motivação e, consequentemente, contribuir para minimizar a provável transmissibilidade de microrganismos bucais patogênicos para a criança, obtendo assim, prevenção primária das principais doenças bucais. (MELO et al., 2007).

Considerando que a educação em saúde bucal deveria iniciar-se logo após o nascimento da criança, torna-se importante uma abordagem integrada interdisciplinar entre pediatras e odontopediatras, com integração entre saúde bucal e geral. Uma vez que os pediatras são os primeiros da equipe de saúde a terem contato com os bebês, eles devem atuar na conscientização das famílias quanto aos possíveis problemas bucais, principalmente a cárie dentária. (DINIZ, et al., 2011)

O acompanhamento da paciente grávida por um cirurgião-dentista (CD) durante todo o período gestacional é necessário, uma vez que muitas gestantes negligenciam sua higiene bucal devido a diversos fatores, entre os quais a falta de recursos financeiros, a limitada compreensão da população quanto à importância da saúde bucal, crenças infundadas a respeito do tratamento dentário na gestação e náuseas que dificultam o autocuidado oral. (EBRAHIM et al., 2014).

4.2 RELAÇÃO GESTAÇÃO X HORMÔNIOS

A influência das alterações hormonais chama a atenção na boca devido à íntima relação do surgimento de mudanças no periodonto com o crescimento fetal. (BASTOS et al., 2014).

Segundo Reis et al. (2010), as possíveis alterações da cavidade oral das gestantes podem ser explicadas pelo desequilíbrio da atividade metabólica ocasionada pela elevação e liberação de taxas hormonais, inclusive a progesterona. Os hormônios esteróides específicos são capazes de influenciar a microbiota normal

e induzir alterações na ecologia subgengival. Sendo assim não é o período gestacional o responsável por tais alterações, mas pode agravar inflamação gengival preexistente, principalmente se houver negligência da higiene bucal já existente.

As alterações hormonais durante a gestação podem levar a uma modificação na ecologia subgengival, favorecer o aparecimento de determinados microrganismos periodontopatogênicos e estimular a síntese de citocinas inflamatórias. Além disso, o sistema imune materno é deprimido, o que sugere um aumento na suscetibilidade para desenvolver inflamações. (BASTOS et al., 2014).

Martins et al*.* (2013), descreve que a maioria das enfermidades bucais nas gestantes podem ser tratadas mediante eliminação de fatores etiológicos presentes, por meio de procedimentos preventivos e curativos simples. Dessa forma, mostra-se de extrema importância o controle periódico pelo cirurgião-dentista, que deve informar à gestante sobre as causas e consequências das doenças e motivá-la para um comportamento preventivo.

Segundo Carvalho et al (2019), para Moimaz (2006) a gestante torna-se uma cliente com risco temporário, maior que o normal para o desenvolvimento de complicações periodontais. Além do aumento nos níveis hormonais que altera a permeabilidade vascular, também são observadas alterações na microbiota bucal e no metabolismo celular. Somando-se a isto, a produção de prostaglandina é estimulada, possibilitando exacerbação do processo inflamatório gengival. A produção de prostaglandina, por sua vez, eleva a possibilidade de ocorrer parto prematuro e de baixo peso ao nascer, devido à sua associação com desencadeamento das contrações uterinas. (CARVALHO et al, 2019).

Outra questão importante durante a gestação são as doenças periodontais. A gravidez, por si só, não causa gengivite. A gengivite na gravidez é ocasionada pela placa bacteriana da mesma forma que em mulheres não-grávidas. No entanto, a gravidez acentua a resposta gengival para a placa e altera o quadro clínico resultante. As alterações no periodonto também podem estar associadas às mudanças hormonais. (CAMARGO et al., 2014).

As doenças bucais, especialmente a doença periodontal (DP), estão associadas a diversas condições patológicas durante e após o período gestacional, tais como o parto prematuro e a ocorrência de baixo peso ao nascer, através de um mecanismo indireto, envolvendo mediadores inflamatórios, ou direto, pelo ataque bacteriano ao âmnio. A higiene oral deve ser enfatizada durante a gestação, de modo

a prevenir os riscos à gestante e ao bebê, garantindo melhor saúde sistêmica e qualidade de vida. (EBRAHIM et al., 2014).

4.3 MITOS E MEDOS DURANTE A GRAVIDEZ

Durante o período gestacional, as mulheres frequentemente apresentam certa resistência frente ao tratamento odontológico, por muitas vezes acreditarem em diversos mitos e crendices associados à gravidez. As futuras mães relatam receio de que o atendimento odontológico possa trazer algum tipo de risco para a vida do bebê. No entanto, muitas delas reconhecem que a gestação possa implicar alguns problemas bucais, como a cárie e a gengivite. (BASTINI et al., 2010).

Durante toda a vida nos deparamos com histórias, relatos transmitidos de gerações a gerações, que vão construindo uma representação da gravidez. Devido esse momento trazer satisfação, felicidade ou medo e angústia, isso facilita a incorporação dos mitos. Existem práticas cotidianas que refletem uma herança em relação aos mitos e esses acabam por persistir e se manifestar durante a gravidez e no primeiro ano de vida da criança. (SILVA et al., 2015).

Oliveira et al. (2014) relata que atualmente o conhecimento científico comprova que qualquer tratamento odontológico pode ser realizado durante a gravidez. Todavia, o atendimento exige que sejam selecionados os agentes mais seguros, com limites de duração do tratamento e minimizando dosagens, a fim de se obter um processo seguro.

Nascimento et al (2012) relata que dúvidas por parte das gestantes sobre a possibilidade de atenção odontológica durante o período gestacional podem estar relacionadas à insegurança quanto à indicação dessa prática e também à baixa percepção de necessidade, entre as quais a falta de interesse, o comodismo, o esquecimento e o fato de não gostar de dentista ou nem pensar em ir ao dentista durante a gravidez.

No processo educacional da gestante há a promoção da saúde, e esse processo favorece o aprendizado e o desenvolvimento pessoal através de trocas de experiências. Essas trocas de experiências devem ser feitas entre as grávidas e profissionais da saúde, e é neste momento que ocorre o recebimento de informações científicas sobre o período gestacional. Isso contribui para a diminuição do medo e da

ansiedade. O profissional atua como um facilitador para tirar as dúvidas dessas mulheres usando o seu conhecimento científico. (SILVA et al., 2015).

No artigo de Lopes et al (2016) o autor afirma que apesar do sangramento gengival estar entre os sintomas bucais comuns às grávidas, dados mais recentes indicam que aproximadamente 50% das mulheres grávidas não visitam um dentista, mesmo quando percebem a necessidade de tratamento. Várias razões têm sido citadas como barreiras à procura de serviços de saúde bucal, entre as quais o medo e a ansiedade provocados pelo tratamento, baixa percepção de problemas dentários e de necessidade de tratamento, e equívocos sobre os efeitos adversos do tratamento dental no desenvolvimento do feto.

Oliveira et al (2014) citou texto do autor Scavuzzi (1999) que, durante o atendimento do cirurgião dentista, o mesmo pode e deve questionar durante a anamnese todas as pacientes de qualquer idade sobre a possibilidade de gravidez, pois muitas vezes está só é perceptível fisicamente após os primeiros dois meses, correndo-se o risco de administrar procedimentos e medicamentos contraindicados no início deste período.

Nascimento et al (2012) diz que a insegurança por parte dos cirurgiões-dentistas em atender pacientes grávidas, muitas vezes se sobrepõe às necessidades de tratamento, prejudicando-as. A postergação do atendimento até o nascimento do bebê, ao invés de sanar o problema odontológico ao ser diagnosticado, pode ocasionar um dano maior em função do desenvolvimento da doença. (MASCARENHAS et al, 2012).

Segundo os estudos de Martins et al., (2013) a maioria dos profissionais pesquisados realizam atendimento em gestantes mesmo que não possuam conhecimento acerca de pré-natal odontológico. Entretanto percebe-se a carência de informações sobre o tratamento exercido pelo profissional, o que dificulta a conscientização da paciente sobre a importância de tal tratamento.

Bastini et al (2010) recomenda que a maioria dos procedimentos odontológicos durante a gravidez, seja realizado obedecendo alguns cuidados: planejando sessões curtas, adequando a posição da cadeira e evitando consultas matinais, já que neste período as gestantes têm mais ânsia de vômito e risco de hipoglicemia. As exodontias não complicadas, tratamentos periodontal e endodôntico, restaurações dentárias, instalação de próteses e outros tipos de procedimentos devem ser realizados com segurança, de preferência no segundo trimestre.

Tratamentos seletivos como as reabilitações bucais extensas e as cirurgias mais invasivas podem ser programados para o período de pós-parto.

Altos níveis de ansiedade da gestante associados com a gravidez podem intensificar o estresse com a consulta odontológica. Consultas curtas, evitando prolongadas posições supinas, instrução de higiene oral e dieta e uso judicioso de radiografias podem ser suficientes para facilitar o atendimento. A cronometragem do tratamento dentário e modificações no tratamento durante a gravidez são importantes. Agentes farmacológicos, radiológicos e influências ambientais, precisam ser avaliadas e considerados durante a gravidez. (SCAVUZZI, 1999).

Apesar de a prevenção ser priorizada, quando houver necessidade curativa, o tratamento deve ser instituído, uma vez que os problemas da cavidade bucal podem ter influência tanto para a mãe quanto para o feto, especialmente quando se compromete a nutrição e contribui-se para a infecção e disseminação de patógenos no sangue. O período ideal e mais seguro para o tratamento odontológico é durante o segundo trimestre da gestação. No entanto, os casos que necessitam tratamento de urgência devem ser solucionados sempre, independentemente do período gestacional. (BASTIANI et al., 2010).

4.4 RISCOS RAIO X

Segundo Bastos et al (2014), o exame radiográfico deve ser realizado quando realmente for necessário, utilizando-se os meios disponíveis para proteção da mãe e do feto, como o uso de filmes ultrarrápidos, filtro de alumínio, localizadores e avental de chumbo. Deste modo, é possível garantir a segurança da mãe e do feto uma vez que a quantidade de radiação empregada é pequena, o tempo de exposição é curto assim como o tamanho do feixe de raios-X e não sendo este direcionado para o abdome.

A quantidade de radiação usada nas radiografias dentárias é bem abaixo da dose limiar e a quantidade que o feto recebe é minúscula. A radiação ionizante recebida pela paciente vinda de uma radiografia dentária é menor que a radiação cósmica adquirida na base diária. Por esta razão, o diagnóstico através de radiografias não deve ser recusado durante a gravidez. Apesar dessa informação, a maioria das gestantes avaliadas relata possuir medo referente à exposição aos raios X durante o tratamento odontológico. (NASCIMENTO et al., 2012).

Os exames radiográficos são um procedimento seguro para gestantes, devido à quantidade de raios-X e ao tempo de exposição serem pequenos, bem como devido ao fato da radiação se restringir à área exposta. O exame radiográfico pode ser realizado durante todo o pré-natal, quando se mostrar necessário, devendo-se recorrer a todos os métodos de proteção, como filme ultrarrápido, diafragma, filtro de alumínio, localizador, avental de chumbo e protetor de tireoide de chumbo. (BOTELHO et al., 2019).

Cabe ao profissional ser responsável pelo atendimento eficaz e seguro à gestante, e mais, elaborar um protocolo preventivo, que crie condições de manutenção da saúde bucal com suas principais alterações e qual a melhor forma de preveni-las. Deve, ainda, preocupar-se com a segurança do feto, de modo que tanto o odontólogo como a paciente sintam-se tranquilos com qualquer tratamento proposto. (BRASIL, 2006).

> A utilização de radiografias deve ser evitada no primeiro trimestre de gestação, visto que a organogênese é um momento crítico. Porém, se todas as medidas de precaução, tais como uso de avental plumbífero (protegendo o abdômen), regulação da dose, uso de filmes rápidos e curto tempo de exposição dos raios X forem realizadas, o exame radiográfico não precisa ser deixado para após o parto, principalmente em casos de urgência. A quantidade radiação que o feto recebe é minúscula. Portanto nenhuma tomada radiográfica deve ser negligenciada em pacientes gestantes se adotada todas as medidas de precaução, principalmente se esse exame complementar implicar em um diagnóstico e tratamento adequado. A quantidade radiação usada nas radiografias dentárias é bem abaixo da dose limiar. (MATSUBARA E DEMETRIO, 2017).

Observa-se que o medo e apreensão quanto às exodontias e ao Raio-X dentário nesse período não procede, pois a partir do quinto mês as probabilidades de intercorrência são mínimas. (OLIVEIRA et al., 2014).

O exame radiográfico na visão de estudo de Bastini et al (2010) deve ser realizado, quando realmente necessário, em qualquer trimestre da gestação pois, desde que medidas protetoras sejam tomadas (uso de filmes ultrarrápido e avental de chumbo) uma exposição radiográfica não afeta o desenvolvimento fetal. É necessário uma exposição de 5 rads para existir a possibilidade de má-formação ou aborto espontâneo, sendo que uma tomada radiográfica intrabucal equivale a 0,01 milirads de radiação, menos que a radiação cósmica adquirida diariamente.

No estudo de Ebrahim et al (2014) o autor deixa claro que, as radiografias devem ser utilizadas sempre que necessárias para concluir diagnósticos e estabelecer planos de tratamento. Como prática padrão, o profissional de saúde bucal deve

fornecer proteção contra a exposição à radiação para abdômen e pescoço da gestante, devendo-se colocar os braços sobre a barriga como proteção ao peso do avental de chumbo. Uma nova tecnologia dental radiográfica que também é segura durante a gravidez é a radiografia digital, cuja radiação é menor que as proporcionadas por radiografias convencionais.

4.5 ANESTÉSICOS

Os anestésicos locais são definidos como drogas que têm por função bloquear temporariamente a condução nervosa em parte do corpo, determinando perda das sensações sem ter perda da consciência. Estas substâncias produzem a abolição de funções autonômicas e sensitivas motoras, pois o comprometimento das fibras periféricas obedece à seguinte sequência: primeiro as autonômicas, depois as responsáveis pela sensibilidade térmica, dolorosa e tátil, a seguir as relações de pressão e vibração e por último as proprioceptivas e motoras. A recuperação de tais funções se dá pela ordem inversa. (CARVALHO et al., 2013).

No estudo de Oliveira et al. (2014) os autores Brasil, 2006; e Albuquerque, et al. (2004) relatam que se percebe que o medo mais comum das gestantes em relação ao tratamento dentário é do efeito do anestésico em relação ao bebê, fazendo com que as mesmas, muitas vezes, preferem a postergação do mesmo para depois da gravidez.

Ainda no estudo de Carvalho et al (2013), o mesmo afirma que como propriedades essenciais para um bom anestésico deve-se considerar que o mesmo tenha baixa toxicidade, não irritar os tecidos e não lesionar as estruturas nervosas. Além disso, sua ação deve ter início rápido, duração eficaz para o procedimento e ser reversível.

De acordo com o estudo de Navarro et al (2008) para determinar os riscos associados com o uso de drogas durante a gestação, a Food and Drug Administration (FDA), classificou os medicamentos segundo o risco de injúria fetal. Desta forma, as drogas foram dispostas em cinco categorias: A, B, C, D, X. As medicações classificadas como A foram estudadas em mulheres e as evidências não mostraram nenhum risco ao feto e sua utilização é segura, com possibilidade remota de dano fetal. As drogas da categoria B foram analisadas em estudos em animais com resultados negativos para risco fetal, porém não há estudos controlados em mulheres

grávidas e assumiu-se um leve aumento de risco ao feto quando utilizadas. As medicações que se enquadram na classificação C apresentaram potenciais efeitos adversos ao feto em estudos com animais e a ocorrência de teratogênese não pode ser descartada, portanto, para a sua utilização, os benefícios devem justificar os riscos. A categoria D inclui medicamentos que demonstraram evidências positivas de risco para fetos humanos, mas o benefício de seu uso pode ser aceito em casos de risco de morte para a mãe ou uma grave doença em que drogas mais seguras não poderiam ser utilizadas ou seriam ineficientes. Finalmente, as drogas da categoria X demonstraram anormalidades fetais e evidências de risco fetal baseadas em experiências em seres humanos; os riscos claramente sobrepuseram os benefícios, portanto, estas drogas não devem ser utilizadas por gestantes. (NAVARRO et al, 2008).

Ainda no mesmo estudo de Navarro et al (2008) os autores Hilgers; Douglass; Mathieu, (2003) relatam que as drogas que pertencem às categorias A e B podem ser administradas com segurança em gestantes. Entretanto, somente 20% do total de drogas classificadas pela FDA pertencem a essas categorias.

Os tipos de vasoconstritores mais utilizados são a adrenalina/epinefrina, a noradrenalina/noraepinefrina, a fenilefrina e o octapressin/felipressina, os quais são definidos como substâncias químicas associadas aos sais anestésicos que têm como função a absorção lenta deste sal, redução da sua toxicidade, aumento no tempo de duração da anestesia e aumento da eficácia do bloqueio anestésico. (CARVALHO et al., 2013).

Em 2012, Vasconcelos et al. revela em seus estudos que os anestésicos locais apresentam plena segurança de uso durante todo o período de gestação, não havendo contraindicações do seu uso. A maioria é classificada pela FDA na categoria B, com exceção da mepivacaína e bupivacaína (categoria C). Embora tenham a capacidade de atravessar a barreira placentária, não estão relacionados a efeitos teratogênicos. A solução anestésica mais empregada é a lidocaína a 2% com epinefrina na concentração de 1:100.000. A presença do vasoconstritor na solução anestésica é essencial e também não apresenta contraindicações. (VASCONCELOS et al, 2012).

O artigo publicado por Martins et al (2013) observa que a maioria dos profissionais pesquisados opta pela lidocaína sem vasoconstritor como anestésico de

escolha para gestantes. Entretanto, a literatura aponta a lidocaína a 2% associada ao vasoconstritor adrenalina a considerada mais segura solução anestésica para pacientes gestantes saudáveis, respeitando-se a dosagem adequada, já que com vasoconstritor a solução é absorvida mais lentamente, permite maior tempo de duração do efeito anestésico e conforto para a paciente. (MARTINS et al, 2013).

Carvalho et al (2013) afirmou que o anestésico mais seguro para gestantes é a lidocaína a 2%, pois tem a adrenalina 1:100.000, sendo utilizada no máximo 2 tubetes por atendimento.

A benzocaína (presente em anestésicos tópicos) e a prilocaína não devem ser administradas, uma vez que estes fármacos diminuem a circulação placentária e apresentam o risco de metemoglobinemia e hipóxia fetal. O uso de soluções contendo felipressina na composição deve ser feito com cautela, uma vez que este vasoconstritor, quando em doses elevadas, pode estimular as contrações uterinas, devido à sua semelhança estrutural com a ocitocina. (VASCONCELOS et al., 2012).

4.6 MEDICAMENTOS

Atualmente, sabe-se que a maioria dos fármacos atravessa a placenta e atinge a corrente sanguínea do feto, devendo o tratamento farmacológico durante a gestação ser administrado com cuidado e conhecimento do profissional. (EBRAHIM et al., 2014).

O princípio que norteia a escolha da terapêutica a ser utilizada para gestantes é baseado nos riscos e benefícios para o feto e à mãe. Na realidade, o ato de medicar qualquer mulher jovem, em idade fértil, deve sempre levar em conta o risco de uma possível gravidez, já que o período de maior vulnerabilidade fetal aos fármacos é, justamente, o início gestacional, quando ainda não foi constatado. E, mesmo após o período inicial da gestação, o feto permanece suscetível ao efeito dos medicamentos. (BASTOS et al., 2014).

De acordo com os estudos de Navarro et al (2008) citado por Haas; Rynn; Sands, (2000) os medicamentos podem afetar os tecidos maternos com efeitos indiretos sobre o feto ou podem ter um efeito direto sobre as células do embrião resultando em anormalidades específicas. O feto é mais suscetível a possíveis ações teratogênicas das drogas entre o décimo quinto e nonagésimo dia de gestação, período no qual ocorre a organogênese fetal. (NAVARRO et al, 2008).

A síndrome de abstinência neonatal é um efeito colateral comum do uso prolongado de analgésicos, como o paracetamol associado à codeína, hidrocodona, meperidina e morfina. Desse modo, analgésicos comumente prescritos na Odontologia devem ser utilizados por curtos períodos de forma a se prevenirem efeitos adversos. (EBRAHIM et al., 2014).

> Em relação aos anti-inlfamatórios não-esteroidais (AINES), são representados por um grande número de fármacos, dentre estes, o ácido acetilsalicílico, diclofenaco, ibuprofeno, naproxeno, indometacina, rofecoxib, que são prescritos com frequência pelo cirurgião-dentista. Contudo, em geral, não se recomenda o uso de qualquer AINE às gestantes. Se for necessária, a utilização de um desses fármacos durante a gravidez, o ácido acetilsalicílico em pequenas doses é provavelmente o mais seguro. De qualquer modo, o ácido acetilsalecílico e outros AINES devem ser interrompidos antes da época prevista do parto, a fim de evitar complicações como prolongamento do trabalho de parto, maior risco de hemorragia pós-parto e fechamento intra-uterino do canal arterial. (AMADEI et al., 2011).

O emprego de anti-inflamatórios não esteroides (AINES) e ácido acetilsalicílico (AAS) deve ser feito com extrema cautela durante a gravidez, devido à tendência de causarem hemorragias na mãe e no feto, inércia uterina (contração insuficiente do útero durante ou após o parto) e fechamento prematuro dos canais arteriais do feto, além de interferir na agregação plaquetária (risco de hemorragia). Além disso, de forma geral, o uso dos AINES no último trimestre da gravidez está associado ao prolongamento do trabalho de parto, devido à inibição da síntese de prostaglandinas relacionadas às contrações uterinas. (MATSUBARA E DEMETRIO, 2017).

Segundo Bastos et al. (2014),

> em geral não se recomenda o uso de qualquer AINE às gestantes. Se usados, devem ser administrados nas menores doses eficazes, e retirado oito semanas antes do dia previsto para o parto. Esses medicamentos bloqueiam a síntese de prostaglandinas, podendo constringir o ducto arterioso intrauterino, causar hipertensão pulmonar sustentada no recém-nascido, alterações hemostáticas, além de prolongar a gestação e o trabalho de parto. (BASTOS et al. 2014).

No estudo de Vasconcelos et al (2012), os autores demostram que o emprego de anti-inflamatórios não esteroides (AINES) e ácido acetilsalicílico (AAS) deve ser feito com extremo cuidado durante a gravidez, devido à tendência de causarem hemorragias na mãe e no feto, inércia uterina (contração insuficiente do útero durante ou após o parto) e fechamento prematuro dos canais arteriais do feto. Além disso, de forma geral, o uso dos AINES no último trimestre da gravidez está associado ao prolongamento do trabalho de parto, devido à inibição da síntese de

prostaglandinas relacionadas às contrações uterinas. O uso dos AINES também não é recomendável devido aos seus efeitos adversos relativamente comuns, que também podem ocorrer na gestante, a exemplo das complicações gastrointestinais. (VASCONCELOS et al, 2012).

O analgésico mais amplamente prescrito pelo cirurgião-dentista sem dúvida é o paracetamol (Dôrico®, Tylenol®), podendo ser prescrito também a pacientes gestantes e lactantes. Enquanto a dipirona sódica (Novalgina®) é o analgésico de segunda escolha, podendo provocar agranulocitose, ou seja, a redução do número de granulócitos no sangue periférico (neutropenia), podendo predispor o indivíduo às infecções. (AMADEI et al., 2011).

Vasconcelos et al. (2012) compartilham do mesmo raciocínio que os autores acima, sendo que o paracetamol é um analgésico (categoria B) que, quando empregado em doses terapêuticas, não apresenta efeitos teratogênicos, podendo ser empregado com segurança no tratamento de dor suave a moderada, em qualquer estágio da gestação. Sendo assim, é o analgésico mais indicado para pacientes grávidas, entre os disponíveis no mercado. Sobre os fármacos com finalidade analgésica, Amadei et al. e Caneppele et al. afirmaram no estudo de Vasconcelos et al (2012) que a dipirona sódica é o analgésico de segunda escolha, tendo como desvantagem o risco de agranulocitose, o qual pode predispor a gestante a infecções. (VASCONCELOS et al, 2012).

> O paracetamol é um analgésico (categoria B) que, quando empregado em doses terapêuticas, não apresenta efeitos teratogênicos, podendo ser empregado com segurança no tratamento de dor suave à moderada e mediador da febre, em qualquer estágio da gestação. Sendo assim, é o analgésico mais indicado para pacientes grávidas, entre os disponíveis no mercado. (MATSUBARA E DEMETRIO, 2017).

Relacionado à utilização de antibióticos Amadei et al (2011) diz que o clínico deve considerar cuidadosamente a relação entre benefício e risco, quando indica o uso de antibióticos para gestante. As tetraciclinas, quando administradas até a segunda metade da gravidez causam hipoplasia dos dentes e dos ossos do feto e foram associadas à ocorrência de cataratas congênitas. Em casos de real necessidade, pode ser utilizada a amoxicilina (Amoxil®), benzilpenicilina benzatina (Benzetacil®), eritromicina (Pantomicina®), fenoximetilpenicilina potássica (Pen-Ve-Oral®). O metronidazol (Flagyl®), outro antibiótico amplamente prescrito pelo cirurgião-dentista não deve ser administrado durante a gestação e lactação, pois é tido como potencialmente teratogênico para seres humanos. (AMADEI et al, 2011).

As Penicilinas são amplamente utilizadas em grávidas e apresentam grande margem de segurança para a mulher e o feto. Em geral, todas estão na categoria B. As Penicilinas são os antibióticos mais indicados durante a gestação, pois agem na parede celular (estrutura exclusiva das bactérias), não oferecendo toxicidade aos organismos materno e fetal. Outra vantagem é que as Penicilinas, assim como as Cefalosporinas e Eritromicinas, apresentam-se em pouca ou nenhuma quantidade no leite materno, podendo ser utilizadas com segurança também durante a lactação. (BASTOS et al., 2014).

Para a prevenção e tratamento de infecções orais durante a gestação, os antibióticos de primeira escolha são as penicilinas. Por apresentarem ação específica contra substâncias da parede celular das bactérias, não causam danos ao organismo materno ou ao feto, sendo praticamente atóxicas. Dentre as mais indicadas, estão a amoxicilina e a ampicilina (categoria B). Outras opções, também da categoria B, são as cefalosporinas e macrolídeos mais comumente empregadas em pacientes alérgicos às penicilinas. A eritromicina na forma de estolato não deve ser administrada devido ao seu caráter hepatotóxico. É contraindicado o uso das tetraciclinas (categoria D), uma vez que estes antibióticos atravessam com facilidade a membrana placentária, quelando-se ao cálcio dos tecidos dentários do feto durante a mineralização, causando má-formações no esmalte e descoloração dentária. (VASCONCELOS et al., 2012).

4.7 MUDANÇAS NUTRICIONAIS E BONS HÁBITOS

A gestação é o momento no qual a mulher se mostra receptiva às mudanças e ao processamento de informações que possam ser revertidas em benefício do bebê. Assim, as atitudes e escolhas maternas certamente refletirão no desenvolvimento e nascimento de um bebê saudável. A mulher tem o papel-chave dentro da família, zelando pela sua saúde e de seus entes, tornando-se multiplicadora de informações e ações que possam levar ao bem-estar do núcleo familiar e consequentemente à melhora da qualidade de vida. A aquisição de hábitos e escolhas saudáveis implica diretamente a mudança de comportamento, levando à promoção e manutenção de saúde do indivíduo. (REIS et al., 2010).

Durante a gestação, além das alterações fisiológicas que podem refletir nas escolhas alimentares, a mulher está sujeita a novos aspectos, saberes ou crenças,

sejam eles familiares, culturais, biomédicos ou de outra fonte, mas que são incluídos no comportamento, escolhas e hábitos alimentares. Ou seja, pode-se pressupor hábitos alimentares com algumas diferenças quando as mulheres estão gestantes, comparadas quando não estão no período gestacional. (GOMES et al., 2019).

Nesse período, a gestante passa por mudanças na sua relação com o alimento e com a própria alimentação. Essas mudanças podem ser diferentes de uma gestação para a outra, ocorrendo na mesma mulher. A gestante tem mudanças no gosto e no cheiro de alguns alimentos. Isso pode ser explicado pelo fato de ocorrer alterações metabólicas, modificações no gosto e sensibilidade olfatória, que estão juntos da grávida. (SILVA et al., 2015).

São muitos os fatores que podem interferir na evolução da gravidez, sendo o estado nutricional um dos principais, pois interfere na promoção da saúde materna e infantil. Assim, torna-se importante para as gestantes esclarecer dúvidas e serem incentivadas a uma alimentação saudável, principalmente, durante as consultas de pré-natal. (SILVA et al., 2018).

Neste sentido, a dieta das gestantes deve ser constituída por alimentos variados, utilizando como referência as recomendações dos guias alimentares, considerando os hábitos alimentares individuais, buscando alcançar as necessidades energéticas e nutricionais e seu bem estar. Sendo que, no Brasil, a assistência pré-natal tem como uma de suas ações relacionada aos hábitos alimentares o acompanhamento e o monitoramento do ganho de peso no período gestacional e o oferecimento de orientações nutricionais direcionadas às mulheres do início da gravidez até o final da amamentação. (GOMES et al., 2019).

Durante a gravidez, é necessário fazer um acompanhamento nutricional e isso deve ocorrer durante as consultas de pré-natal. Para que a gestação ocorra de forma saudável, a mulher não deve exagerar nas quantidades de calorias, gorduras, sódio e açúcares. (SILVA et al., 2015).

Segundo Melo et al (2007), mudanças teciduais da mãe, o desenvolvimento do feto e da placenta ainda com o aumento da atividade metabólica levam a um consumo de nutrientes adicionais de 15% em relação ao estado não gestacional. Ainda, a ingestão de alimentos aumenta em quantidade e frequência diária, principalmente aqueles do grupo dos carboidratos. Deste modo, pode-se relacionar o período da gravidez com uma maior incidência de lesões cariosas.

Durante as consultas de pré-natal, é fundamental que a equipe multiprofissional informe às gestantes sobre alimentação e hábitos de vida saudáveis, de acordo com as necessidades de cada mulher, realizando um monitoramento mensal do estado nutricional delas. É na consulta do pré-natal que se tem a oportunidade de fornecer maior conhecimento à gestante sobre seu estado gestacional, diante da influência que o estado nutricional materno pode apresentar sob o desenvolvimento fetal e sob a saúde da gestante, faz-se necessária uma investigação do consumo alimentar das gestantes durante a assistência pré-natal. (SILVA et al., 2018).

É de grande importância conhecer os hábitos alimentares das gestantes para que se possa direcionar as orientações no pré-natal odontológico, sendo uma estratégia para a melhora nos resultados de saúde materno-infantil. (GOMES et al., 2019).

Silva et al (2018) salienta em seu estudo que é de grande importância a avaliação e registro do estado nutricional durante o pré-natal de baixo risco e que esta é uma forma importante para detectar possíveis alterações que atrapalhem o percurso da gravidez.

Segundo Faria (1996) citado no estudo de Alves e Bezerra (2005), apesar de as gestantes representarem um grupo especial de risco, pouquíssimos serviços de saúde que realizam pré-natal consideram a saúde bucal das gestantes inalienável da saúde geral. Esse mesmo autor relata ainda que médicos, enfermeiras e dentistas ainda não se conscientizaram da necessidade de integração interdisciplinar. (ALVES E BEZERRA 2005).

Scavuzzi et al. (1999) é citado no texto de Oliveita et al. (2014) onde explica que, instruções quanto à higiene bucal, limpeza dentária no consultório e a aplicação tópica de flúor podem ser realizadas em qualquer época do período gestacional sem oferecer perigos ao feto.

Moimaz et al (2007) diz que é essencial a importância e a introdução de métodos educacionais no período gestacional, almejando substituir o medo e a ansiedade, geralmente com auxílio de CDs, por meio de informações e motivação e para a promoção de saúde bucal. Essas gestantes podem ser adequadamente motivadas sendo de grande importância a sua introdução na ação de agentes multiplicadoras de hábitos saudáveis a seu bebê e à sua família.

O acompanhamento da mulher na gravidez, do ponto de vista da odontologia, tem como objetivo manter ou resgatar a saúde bucal por meio de medidas preventivas, curativas e de promoção de saúde proporcionando a melhoria da auto-estima da gestante, contribuindo para uma gravidez tranquila e uma melhor qualidade de vida. (ALVES E BEZERRA 2005).

Ao contrário do que se pensa, durante a gravidez deve-se visitar o dentista com mais frequência. O atendimento nessa fase envolve desde procedimentos como profilaxia, aplicação de flúor (de acordo com as necessidades da futura mamãe) e remoção de irritações locais que possam estar agredindo a gengiva, até o aconselhamento preventivo para a saúde bucal da mãe e do bebê. (OLIVEIRA et al., 2014).

Deve ser estimulado evitar ou diminuir o consumo de açúcar refinado. A partir do quarto mês de gestação, o feto já está desenvolvendo o paladar, e o uso do açúcar pela mãe pode determinar que a criança, ao nascer, já demonstre preferência pelo sabor doce quando comparado com outras cujas mães não utilizaram açúcar durante a gravidez. (SÃO PAULO, 2007; BRASIL, 2013b). (CARVALHO et al., 2019).

É sabido que a gestação se apresenta para a mulher como um período propício à sensibilização, modificação e a aquisição de bons hábitos para o seu bem-estar e o bom desenvolvimento fetal. E os profissionais de saúde da área obstétrica podem resolver problemas de saúde bucal materna, provavelmente, reduzindo o risco de eventos adversos da gestação por meio de medidas preventivas disponíveis, diagnóstico precoce e de gestão adequada referindo a gestante a um dentista. (ZANATTA et al., 2007). Desse modo, a gestante deve procurar o atendimento odontológico não apenas quando percebe alguma alteração, mas baseada na manutenção e prevenção de alterações bucais. (CARVALHO et al., 2019).

No estudo de Oliveira et al. (2014), o autor cita Melo et al. (2007) que afirma que as mudanças na dieta (introdução de mais carboidratos e/ou maior frequência alimentar), as mudanças na higiene oral (desatenção e/ou dificuldades na escovação devido a ânsias de vômito) e ainda a maior ocorrência de vômitos podem desequilibrar o meio bucal, aumentam do risco nas gestantes de desenvolver cáries. Esse desequilíbrio do meio bucal, se não for acompanhado de cuidados especiais, pode causar uma descalcificação da estrutura dental, que leva à cárie.

4.8 DOENÇAS BUCAIS PRÉ-EXISTENTES

Rosell (1999) diz que as condições em que a grande maioria das mulheres chega à gravidez, no que se refere a características biológicas e psicossociais, além dos limitados conhecimentos sobre as técnicas de higiene bucal constituem-se nas causas das patologias orais de maior frequência, ou seja, a cárie e a doença periodontal. Tal fato constitui-se em alerta e direciona os esforços preventivos do profissional e de sua equipe de educadores para a fase que antecede ao nascimento do bebê.

Como descrito no estudo de Rosell et al (1999), a mãe é considerada a principal fonte de infecção de microrganismos relacionados tanto à cárie como à doença periodontal, devendo este fato ser considerado, principalmente se a mesma apresentar alto risco para quaisquer destas enfermidades.

A gengivite e a cárie dentária têm no biofilme dental (placa bacteriana), um importante componente etiológico comum. O biofilme dental pode ser entendido como uma comunidade diversificada de micro-organismos que se desenvolve sobre a superfície dentária, embebido por uma matriz extracelular de polímeros, oriunda dos micro-organismos e do hospedeiro. A higiene bucal adequada com a desorganização constante e eficaz deste biofilme é necessária para prevenção de patologias. (GARCIA et al., 2010), (GOMES et al., 2019).

Os dentifrícios têm a função de potencializar a ação mecânica da escova dentária e, normalmente são apresentados comercialmente em diversas formas físicas, tais como: pasta, pó e gel, destacando a pasta como a formulação mais popular, seguida na atualidade pelo gel. Indiscutivelmente, o controle mecânico do biofilme bacteriano através da escovação dentária, fio dental e outros meios complementares é amplamente conhecido e comprovado. (GUSMÃO et al., 2004).

> A escolha da escova, assim como a técnica da escovação dental, deve ser parte das orientações profissionais. A escova deve alcançar os dentes do fundo, ter cerdas macias, arredondadas, da mesma altura para não traumatizar os tecidos bucais moles e um cabo reto para um bom apoio no momento da escovação. Idealmente a escovação dentária deverá ocorrer sempre após as refeições, não sendo fundamental o número de vezes que se escova os dentes, mas a sua eficiência em remover as placas. Nesse sentido, uma escovação eficiente deve levar cerca de cinco a 10 minutos. (CARVALHO et al., 2019).

No estudo de Ebrahim et al (2014) o mesmo afirma que:

> Uma saúde bucal adequada protege a saúde da mulher, melhora sua qualidade de vida e tem o potencial de reduzir a transmissão de bactérias

> patogênicas da mãe aos filhos. Além disso, tanto a doença periodontal quanto as cáries são tipicamente assintomáticas por longos períodos, ocorrendo exacerbações dolorosas conforme as doenças progridem sem intervenção adequada. (EBRAHIM et al, 2014).

4.9 DOENÇA CÁRIE

Soares et al. (2012) defini a cárie como uma patologia localizada nos tecidos duros dos dentes, resultante do acúmulo bacteriano, formando o biofilme, e de seu metabolismo nas superfícies dos dentes. É caracterizada pela desmineralização da porção inorgânica (esmalte) e pela degradação das substâncias orgânicas (dentina). Consiste em um processo intermitente que pode evoluir através de repetidas fases de remissão e reincidências, e pode resultar na completa destruição do dente afetado, quando a doença não é tratada.

Diante do estudo de Garcia et al. (2010) o mesmo defini a cárie dentária multifatorial está relacionada a um desequilíbrio entre a estrutura dentária e o meio bucal, onde microbiota, dieta e hospedeiro são responsáveis pelo início e progressão da doença. Atualmente, são acrescidos fatores sociais e comportamentais do indivíduo. (GOMES et al., 2019).

De acordo com Jeremias et al. (2010) as gestantes são uma importante fonte de doenças infecciosas dos micro-organismos relacionados às principais doenças bucais, cárie, gengivite e doença periodontal. A cárie tem etiologia multifatorial, na qual os fatores hospedeiro susceptível, microbiota, dieta estão inter-relacionados. Além desses, outros fatores como, o tempo, condições sócio-econômico-culturais, saúde geral e comportamento podem influenciar a manifestação da mesma.

Reis et al (2010) ainda classifica a doença cárie em uma série de fatores, por ser uma doença de natureza infecciosa. Pode ser primária (dieta, micro-organismos, hospedeiro, tempo); secundária (saliva, flúor, higiene bucal) e terciária (sexo, idade, raça e nível socioeconômico).

A incidência da cárie dentária não está diretamente ligada à gestação, mas a fatores como a menor capacidade estomacal, que faz com que a gestante diminua a quantidade de ingestão de alimentos durante as refeições e aumente sua frequência, levando ao incremento de carboidratos na dieta que, associados ao descuido com a higiene bucal, ocasionam doença cárie ativa. (EBRAHIM et al., 2014).

Com os avanços das pesquisas na área de cariologia e a melhor compreensão da dinâmica do processo saúde/doença, ficou evidente a necessidade de se implementar a atenção odontológica para o binômio mãe/criança, pois a ciência já comprovou que a transmissão da microbiota cariogênica se processa também de forma vertical e que os estreptococos cariogênicos estabilizam-se na cavidade bucal durante a fase de irrompimento dos primeiros dentes decíduos. Em decorrência dos fatos abordados, inúmeros programas de assistência materno-infantil foram implementados, tornando a importância do atendimento odontológico precoce um fato consolidado e indiscutível. (RIGO; DALAZEN; GARBIN, 2016).

De acordo com alguns relatos, a gravidez não é responsável pelo aparecimento de cáries e nem pela perda de minerais dos dentes da mãe, mas o aumento da atividade cariogênica está relacionado com a alteração da dieta e com a presença da placa bacteriana, causada pela limpeza inadequada dos dentes. O aumento de cáries na mulher grávida é provavelmente determinado por possíveis negligências com a higiene bucal; maior exposição do esmalte ao ácido gástrico (vômitos); alterações de hábitos alimentares resultantes do fato de estar grávida; aumento da frequência das refeições (com a compressão do feto, diminui a capacidade volumétrica do estômago e, consequentemente, a gestante alimenta-se em pequenas quantidades, porém mais vezes, incluindo alimentos cariogênicos). (REIS et al., 2010).

Melo et al (2007) ressalta em seu estudo que as condições predisponentes à cárie e às doenças periodontais tem sido observadas na gestação sendo algumas delas a negligência na higienização bucal, alterações na dieta, hiperacidez no meio bucal e alterações hormonais que favorecem a ocorrência de náuseas e vômitos. Esses fatores, unidos, demostram que a paciente gravida encontra-se em uma situação especial e requer cuidados redobrados dos profissionais de saúde em relação à higiene e às doenças bucais, principalmente pelo cirurgião-dentista.

Muitas gestantes acreditam na hipótese de que seus dentes ficam mais fracos e propensos à cárie dentária por perderem minerais, como o cálcio, para os ossos e dentes do bebê em desenvolvimento. Este conceito deve ser continuamente esclarecido, já que o cálcio dos dentes está em forma de cristais, não estando disponível à circulação sistêmica. O cálcio necessário para o desenvolvimento do feto é o que a mãe ingere em sua dieta, sendo essencial a ingestão de uma dieta rica em vitaminas A, C e D, proteínas, cálcio e fósforo, durante o primeiro e segundo trimestres

de gestação, período em que os dentes decíduos do bebê estão em formação e calcificação. (BASTIANI et al., 2010).

Estreptococos do grupo mutans são geralmente apontados como os principais agentes etiológicos da cárie dentária, sendo esta uma doença infectocontagiosa, de caráter multifatorial, consequência do desequilíbrio entre os fatores de desmineralização e remineralização, desenvolvendo-se a partir da dissolução submicroscópica dos cristais de hidroxiapatita e podendo chegar até a destruição total do elemento dentário (RAMOS, *et al.,* 2006).

Pereira (2010), descreve em seu estudo que de todas as bactérias cariogênicas (capazes de colonizar, produzir ácidos e induzir cáries), que o Steptococcus mutans é o principal agente responsável pela cárie dentária. Trata-se de uma bactéria extracelular, anaeróbia facultativa, acidogênica, não hemolítica, capaz de produzir polissacáridos intra e extracelulares.

Em 2004, Finkler et al esclarece que não existe uma relação direta de causa-efeito entre a gravidez e cárie. O que ocorre neste grupo são mudanças hormonais que diminuem o pH do meio bucal e a capacidade tampão da saliva, sendo por conta de possíveis mudanças na alimentação pelo aumento do consumo de alimentos açucarados nesse período e possíveis mudanças nos hábitos de higiene bucal, além da também possível presença frequente de ácidos provenientes de vômitos. Juntos estes fatores favorecem a atividade da doença cárie.

Vasconcelos et al (2012) relata que a indicação de suplementos fluorados surgiu na época onde se acreditava que o efeito anticariogênico do flúor era sistêmico, portanto, indispensável durante a odontogênese in útero. Porém, com os avanços dos estudos, hoje se sabe que o efeito sistêmico (aumento da concentração de flúor na cavidade bucal) estaria relacionado apenas com a melhora da saúde bucal da gestante pela prevenção da doença cárie e que este flúor não interfere na saúde dos dentes em formação no concepto. (VASCONCELOS et al, 2012).

Bastini et al (2010) diz que o mecanismo de ação do fluoreto tem seu efeito predominantemente tópico, ocorrendo principalmente na interface placa/esmalte, através da remineralização de lesões de cárie iniciais e da redução da solubilidade do esmalte dentário. Sabe-se que o fluoreto capaz de interferir nos processos de desmineralização e remineralização do esmalte é aquele presente constantemente, na cavidade bucal em pequenas quantidades.

Os autores Deutsch e Gedalia, quando citados no texto de Lucisano et al (2013), após terem estudado a concentração de fluoreto no esmalte de fetos humanos, afirmaram que a utilização de suplementos fluoretados durante a gestação teria pouco ou nenhum efeito na prevenção de cárie dental do bebê. (LUCISANO et al., 2013).

Lucisano et al (2013) também afirma que o efeito do fluoreto durante a gestação para a prevenção da doença cárie nos dentes do futuro bebê é praticamente nula, já que as áreas susceptíveis se mineralizam após o nascimento.

Independente do meio de utilização, o mecanismo de ação do fluoreto é sempre o mesmo, em que frente aos processos de desmineralização e remineralização dental, o importante para prevenção é a disponibilidade do íon na cavidade bucal. (LUCISANO et al., 2013).

Sendo assim, Rigo; Dalazen; Garbina, (2016) reconhecem que a cárie dentária é considerada um problema de saúde pública, uma vez que a doença acomete crianças em fase inicial do irrompimento dos dentes e pode ser influenciada pelo hábito de amamentação noturna, pelo alto consumo de carboidratos e açúcares, e pela falta de higiene bucal adequada. Dessa forma, muitos estudos associam o alto índice de cárie dentária nas crianças, a falta de conhecimento das mães sobre a saúde bucal de seus filhos, o nível socioeconômica baixo e o reduzido nível de escolaridade materna.

A cárie dentária é uma doença bacteriana transmitida de mãe para filho, sendo as crianças infectadas muito cedo em seu desenvolvimento. A prevenção primária de cárie precoce na infância deve começar no período pré-natal e deverá ser endereçada à saúde tanto da mãe quanto da criança. (TORRES *et al.,* 1999) *apud* (RAMOS, *et al.,* 2006).

4.10 GENGIVITE E DOENÇA PERIODONTAL

Doença periodontal é um nome genérico que engloba uma série de alterações patológicas que ocorrem no periodonto. O periodonto é a denominação dada aos tecidos que circundam o dente; salientam-se entre eles as gengivas, o osso alveolar, o cemento e o ligamento periodontal (fibras que unem as gengivas e o osso alveolar ao cemento). Embora existam inúmeras doenças periodontais, elas podem ser agrupadas em dois grandes grupos: gengivite e periodontite. (LOURO et al., 2001).

De acordo com Camargo et al. (2016), a doença periodontal é uma infecção crônica produzida por bactérias gram-negativas, em níveis elevados, causada por acúmulo de componentes microbianos do biofilme dental que se acumulam no interior dos tecidos do periodonto. Trata-se de doença sítio-específica, que evolui continuamente com períodos de exacerbação e de remissão, resultando em resposta inflamatória e imune do hospedeiro à presença do biofilme dental. (SILVA et al., 2015).

Junior et al (2007) demonstra que as principais consequências causadoras de infecções, independente da relação topográfica, têm potencial de acometer outras regiões, principalmente pela corrente sanguínea, mas, mesmo assim, ainda não se tem certeza de que as bactérias presentes em infecções periodontais são realmente perigosas para a gestação.

Nascimento et al (2010) descreve que, durante a gravidez, com muita frequência as inflamações gengivais, pré-existentes tendem a se agravar, e muitas vezes se tornar mais perceptíveis frente à presença de irritantes locais. Durante esta fase, as modificações do periodonto estão relacionadas a fatores como deficiências nutricionais, altos níveis de estrógeno e progesterona, presença de placa bacteriana, assim como o estado transitório de imunodepressão do organismo.

Em 2007, Junior et al, afirma de que é comumente aceita a teoria de que o brusco aumento dos hormônios femininos circulantes durante a gestação é responsável pela exacerbação da reação inflamatória gengival, principalmente por sua ação vasodilatadora. Apesar de a gestação intensificar a reação inflamatória no tecido gengival, o biofilme dentário ou acúmulo de bactérias no dente, é de fundamental importância para o desenvolvimento desta afecção, sendo que seu controle por meio de escovação apropriada parece evitar inflamação e sangramento. (JUNIOR et al, 2007).

Em 2001, Louro et al. relata que na gengivite, apenas os tecidos moles da gengivas são alterados. Na periodontite, além dos tecidos moles também os tecidos duros (osso, ligamento periodontal e cemento) são alterados. Quando é permitido que microorganismos adiram ao dente, junto às gengivas, a principal alteração que ocorre é a inflamação da gengivas. (LOURO et al., 2001).

Segundo Bastiani et al (2010) a gengivite gravídica é caracterizada por uma resposta exacerbada à presença de placa dentária e sua prevalência varia entre 35 e 100% das gestantes. Esta condição periodontal é clinicamente semelhante a uma

gengivite induzida por placa, com gengiva de coloração avermelhada, edemaciada, com sangramento ao simples toque ou durante a escovação.

A gengivite é a mais comum complicação bucal que pode ocorrer na gravidez, afetando cerca de 100% das mulheres e pode ser identificada a partir do segundo mês de gestação. A maior susceptibilidade se deve, primeiramente, aos altos níveis de progesterona, que levam à maior permeabilidade dos vasos sanguíneos gengivais, tornando a área mais sensível aos irritantes locais. Também devido à presença de certas bactérias associadas ao processo de inflamação gengival e pela presença de irritantes locais oriundos principalmente da placa dental. (REIS, *et al.,* 2010).

Jeremias et al (2010), afirma que durante a gravidez é frequente o relato de alterações gengivais com aumento e agravamento da gengivite, ocasionando hiperemia, edema e sangramento gengival. Essas alterações estão relacionadas com deficiências nutricionais, altos níveis hormonais, presença de placa bacteriana, assim como o estado transitório de imunodepressão.

Junior et al (2007), sugere que também existe forte relação entre a doença bucal e outras alterações, que estão comprovadamente relacionadas com a presença e aumento das citocinas, como parto prematuro, recém-nascidos de baixo peso e pré-eclâmpsia.

Ebrahim et al (2014) cita que alguns estudos mostram que mães com saúde gengival satisfatória apresentam menor risco de parto prematuro e bebês de baixo peso, o que ressalta a hipótese de que bactérias periodontopatogênicas, principalmente anaeróbios gram-negativos, podem servir como fonte de endotoxinas e lipopolissacarídeos, aumentando mediadores inflamatórios locais e sistêmicos, levando à ocorrência de parto prematuro.

4.11 IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é “acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal”. (ARAUJO et al., 2010).

Diante de todos os argumentos estabelecidos pelos autores, o estabelecimento precoce de hábitos saudáveis de higiene bucal e dieta alimentar devem ser enfatizados durante a gestação. Nesse sentido, consultas odontológicas e tratamento dental são necessários no decorrer do período pré-natal, não devendo ser interrompidos durante a gravidez e sim incentivados. (LOPES et al., 2016).

Cechinel et al (2016) afirma que o pré-natal odontológico torna-se importante e fundamental para introduzir bom hábitos desde cedo na vida da criança. Ao iniciar o pré-natal odontológico, o profissional deve orientar sobre o atendimento odontológico, examinar os tecidos bucais, buscando identificar riscos à saúde, como também instruir sobre hábitos alimentares, a ingestão de açúcar e a importância da instrução de higiene oral.

Araújo et al. (2020) cita em seu estudo que segundo Neto et al. (2008, p. 596), a assistência pré-natal odontológica deve cobrir toda a população de gestantes, assegurando o acompanhamento e a continuidade do atendimento, tendo como objetivo prevenir, identificar ou corrigir as intercorrências maternais fetais, e também instruir à gestante quanto à gravidez, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido.

Desse modo, uma mulher que está planejando ter filhos, deve antes consultar um cirurgião-dentista e tratar seus problemas bucais. O caráter preventivo, a manutenção de uma higiene bucal adequada, uma alimentação equilibrada e visitas periódicas ao cirurgião-dentista são medidas que ajudam a reduzir os problemas odontológicos que poderiam estar presentes durante a gestação. (LUCISANO et al., 2013).

O primeiro trimestre, é o período menos adequado para tratamento odontológico. A organogênese ocorre durante essa fase e é propensa ao risco de teratógenos. Também aumenta o risco de abortos espontâneos e instabilidade emocional. No segundo trimestre, o organismo materno estabiliza-se fisiologicamente frente ao aumento do trabalho físico e metabólico e corresponde ao período mais

estável no aspecto emocional, constituindo, portanto, a época mais propícia ao tratamento. No terceiro trimestre é apropriado realizar procedimentos odontológicos de curta duração, pois não há risco significativo para o feto. No entanto, há um risco e aumento de desconforto para a mãe (existe possibilidade da ocorrência da síndrome da hipotensão supina, hipertensão, anemia e de partos prematuros), que pode ser reduzido pelo posicionamento adequado elevando-se quadril direito em 10 a 12 cm, de modo que a pressão sobre a veia cava seja reduzida ou colocando a paciente em uma inclinação de 5 a 15% em seu lado esquerdo. (CARVALHO et al., 2019)

Sendo assim, perante situações de urgência odontológica, como nos casos de dor decorrente de pulpite ou pericementite, pericoronarite, abscesso agudo, ou outros, o tratamento necessário deve ser realizado, independentemente do período no qual a gestante se encontra, tomando-se os devidos cuidados e orientando a mesma da importância do cuidado da saúde bucal mesmo estando saudável. (EBRAHIM et al., 2014).

Desse modo, uma mulher que está planejando ter filhos, deve antes consultar um cirurgião-dentista e tratar seus problemas bucais. O caráter preventivo, a manutenção de uma higiene bucal adequada, uma alimentação equilibrada e visitas periódicas ao cirurgião-dentista são medidas que ajudam a reduzir os problemas odontológicos que poderiam estar presentes durante a gestação. (LUCISANO et al., 2013).

Conforme o estudo de Felden et al. (2005) uma prática médica e odontológica baseada na promoção de saúde, pressupõe a interdisciplinaridade entre as áreas da saúde relacionadas com o bem-estar da mãe e do bebê. O cirurgião-dentista é o profissional da área da saúde responsável e capacitado para estabelecer este enfoque educativo e preventivo para a gestante, transformando a futura mãe num vetor insubstituível da promoção de saúde bucal em seu núcleo familiar.

Neste sentido, ações educativas e preventivas com gestantes tornam-se fundamentais para que a mãe cuide de sua saúde bucal e possa introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança. É fundamental ressaltar que esforços combinados da equipe de saúde são importantes para obtenção do sucesso de tais ações. (REIS et al., 2010).

Os profissionais da saúde têm a responsabilidade de atuar na prevenção de doenças, minimizando riscos e promovendo condições favoráveis para que se torne possível alcançar e manter a saúde bucal. Por outro lado, os pacientes também

precisam ser conscientizados sobre o seu papel nos cuidados com a saúde. Um dos principais e mais comuns desafios na prevenção em saúde bucal é o controle de placa dentária e, consequentemente, o controle da cárie dentária e da inflamação gengival. Métodos mecânicos como a utilização de escova dentária e fio dental, quando aplicados de forma eficiente, conseguem promover um correto controle de placa. O cirurgião-dentista exerce papel fundamental na orientação e motivação dos pacientes para que a correta higienização bucal possa ser realizada de maneira frequente e eficaz. (BARDAL et al., 2011).

5 DISCUSSÃO

Junior et at (2007), Martins et al (2013), Oliveira et al (2014) Bastos et al (2014) de maneira similar, conceituam a gestação como um momento de grande importância e em que a saúde bucal deve ser acompanhada com muito cuidado, bem como as orientações que serão repassadas a mãe em relação a saúde.

Vasconcelos et al (2012), Finkler; Oleiniski; Ramos, (2004), Cechinel et al. (2016), e Lucisano et al (2013), concordam que" as gestantes são pacientes de risco odontológico devido alterações fisiológicas e hormonais, enfatizando assim, o acompanhamento odontológico".

Diniz et al., (2011), Finkler; Oleiniski; Ramos, (2004), Moimaz et al. (2011) e Lopes et al (2016) seguem a mesma linha de pensamento, ao afirmarem que a inflamação no periodonto da mãe pode provocar consequências negativas para crianças que está sendo gerada, como a partos prematuros ou baixo peso ao nascer, necessitando então, de medidas preventivas ou tratamentos de doenças já instaladas. Esses autores também afirmam que a mãe é considerada, para a criança, a principal fonte de microrganismo patogênicos, possíveis de serem transmitidos após o nascimento.

Tanto Bastos et al., (2014), como Reis et al. (2010), Camargo et al., (2014), Ebrahim et al., (2014), relataram que existe grande influencias de alterações hormonais durante o período gestacional induzindo alterações na microbiota bucal, por isso, a higiene oral deve ser enfatizada durante a gestação, prevenindo riscos a gestante e ao bebê.

Em relação aos medos por parte dos dentistas e gestantes, Bastini et al., (2010), Silva et al., (2015) Nascimento et al (2012) concordam que existe uma certa resistência e receio destes profissionais e mães com os atendimentos odontológicos, porém, é o momento que as mães estão mais receptivas a compreender a importância da saúde bucal.

Oliveira et al. (2014), Bastini et al (2010), Scavuzzi, (1999)., concordam que procedimentos odontológicos podem ser realizados durante o período gestancional, respeitando alguns cuidados como planejar sessões curtas, adequar a posição da cadeira e evitar consultas matinais. Bastini et al (2010), enfatiza que o período ideal e mais seguro é o segundo trimestre de gestação.

Relacionado aos exames radiográficos, Bastos et al (2014), Nascimento et al., (2012), Botelho et al., (2019) Matsubara e Demetrio, (2017), Bastini et al (2010), afirmaram com que podemos realizar o exame em qualquer período da gestação, pois a quantidade de radiação empregada é pequena, os autores enfatizam os cuidados que devem ser tomados como: filme ultrarrápido, diafragma, filtro de alumínio, localizador, avental de chumbo e protetor de tireoide de chumbo.

Vasconcelos et al. (2012), Martins et al (2013), Carvalho et al (2013), concordam que o anestésico de escolha para realizar procedimentos odontológicos é a solução anestésica lidocaína a 2% com epinefrina/adrenalina na concentração de 1:100.000, pois sabe-se que os vasoconstritores associados aos sais anestésicos tem como função a absorção lenta do sal, reduzindo assim, sua toxicidade.

Carvalho et al (2013) afirmou que o anestésico mais seguro para gestantes é a lidocaína a 2%, pois tem a adrenalina 1:100.000, sendo utilizada no máximo 2 tubetes por atendimento.

Entretanto, Vasconcelos et al (2012) ressalta que a mepivacaína e bupivacaína se enquadram na categoria C onde apresentam maiores potenciais de efeitos adversos. O mesmo autor, afirma ainda, que a benzocaína presente em anestésicos tópicos e a prilocaína não devem ser administradas, pois diminuem a circulação placentária, apresentando assim, o risco de metemoglobina e hipóxia fetal.

Em relação aos anti-inlfamatórios não-esteroidais (AINES), Amadei et al., (2011), Matsubara e Demetrio, (2017), Bastos et al. (2014), Vasconcelos et al (2012), afirmam que durante o período gestacional deve ser evitado o uso, e quando utilizado, deve ser administrado com extrema cautela, pois está associado ao prolongamento do trabalho de parto, devido à inibição da síntese de prostaglandinas relacionadas às contrações uterinas.

Segundo Amadei et al (2011) se for necessária a utilização de algum fármaco anti-inflamatório no período gestacional, o ácido acetilsalicílico em pequenas doses é provavelmente o mais seguro.

Amadei et al., (2011), Vasconcelos et al. (2012), Matsubara e Demetrio, (2017), relatam que o analgésico de escolha é o Paracetamol sendo este não apresenta efeitos teratogênicos.

Vasconcelos et al (2012) afirma ainda que, “o Paracetamol pode ser empregado com segurança no tratamento de dor suave a moderada, em qualquer estágio da gestação”.

Amadei et al (2011), sugere que “a Dipirona Sódica é o analgésico de segunda escolha, porém, ressalta que o mesmo pode provocar agranulocitose”.

Relacionado a utilização de antibióticos Amadei et al (2011), Bastos et al., (2014), Vasconcelos et al., (2012), consideram “os antibióticos de primeira escolha as penicilinas pois agem na parede celular (estrutura exclusiva das bactérias), não oferecendo toxicidade aos organismos materno e fetal”.

Amadei et al (2011) cita que “em real caso de necessidade, pode ser utilizado a benzilpenicilina benzatina (Benzetacil®), eritromicina(Pantomicina®), fenoximetilpenicilina potássica (Pen-Ve-Oral®). Ressalta também, que as tetraciclinas quando utilizadas até a segunda metade da gravidez causam hipoplasia dos dentes, e que o medicamento metronidazol não deve ser administrado durante a gestação e lactação, pois é tido como potencialmente teratogênico para seres humanos”.

Bastos et al (2014) afirma que “as penicilinas assim como as cefalosporinas e eritromicinas, apresentam-se em pouca ou nenhuma quantidade no leite materno, podendo ser utilizada com segurança também durante a lactação”.

Vasconcelos et al (2012) diz que, “em casos de pacientes alérgicos a penicilinas, o uso de cefalosporinas e macrolídeos são empregados. O mesmo autor contra indica a utilização das tetraciclinas”.

Reis et al., (2010), Gomes et al., (2019), Silva et al., (2018), Gomes et al., (2019), salientam a importância dos hábitos nutricionais das gestantes, demostrando a importância das boas práticas nutricionais. (OLIVEIRA et al.,2014),

Segundo Melo et al (2007), durante a gravides a ingestão de alimentos aumenta em quantidade e frequência diária, principalmente aqueles do grupo dos carboidratos propiciando uma maior incidência de lesões cariosas, esta afirmação completa o pensamento de Oliveira et al. (2014), que acrescenta uma maior ocorrência de vômitos podendo desequilibrar o meio bucal, aumentando o risco nas gestantes de desenvolver cáries.

Os autores, Gomes et al., (2019), Silva et al (2018), Alves e Bezerra (2005), Carvalho et al., (2019), concordam que o atendimento pré-natal odontológico é de suma importância para que evite complicações para gestante e o feto em

desenvolvimento, realizando tratamentos essenciais bem como, orientando as mesmas com os cuidados e prevenções da saúde bucal.

Jeremias et al. (2010), Rosell (1999), Junior et al (2007) concordam que a mãe é considerada a principal fonte de infecção de microrganismos patógenos, como: cárie, gengivite, doença periodontal.

Bardal et al., (2011), afirma que os profissionais da saúde têm a responsabilidade de atuar na prevenção de doenças, minimizando riscos e promovendo condições favoráveis para que se torne possível alcançar e manter a saúde bucal.

Segundo Bastiani et al (2010), (REIS, *et al.,* 2010), Jeremias et al (2010), corroboram o pensamento de que a gengivite é a mais comum complicação bucal que pode ocorrer na gravidez.

Lopes et al., (2016), Cechinel et al (2016), Araujo et al. (2020), Lucisano et al., (2013), afirmam que o acompanhamento do pré-natal odontológico é importante para que a mãe estabeleça hábitos de higiene bucal saudáveis e dieta alimentar adequada, para que não tenha prejuízos na sua gestação e que a mesma seja instruída para estabelecer bons hábitos desde o princípio da vida do bebê.

Reis et al., 2010), ressalta que esforços combinados da equipe de saúde são importantes para obtenção do sucesso de tais ações.

6 CONCLUSÃO

- O pré-natal odontológico é de suma importância para que se estabeleça uma saúde bucal adequada à mãe evitando consequências no parto e ao futuro bebê. Devem ser observados alguns aspectos em relação a paciente gestante, orientando-a do quanto é necessário a ida precoce ao cirurgião-dentista a fim de minimizar ou evitar os problemas associados a este período da gravidez.

- As gestantes possuem uma alta prevalência de doenças bucais, portanto o tratamento e a manutenção da saúde bucal no período gestacional deve ser compreendido como parte dos cuidados pré-natais essenciais. Algumas doenças passam a ser associadas como: doença periodontal, gengivites e cáries, o que, consequentemente pode gerar danos à gestante.

- As prevenções são as visitas regulares ao dentista, a fim de minimizar possíveis danos causados decorrentes da gestação, onde serão realizadas medidas profiláticas e orientações referentes à higienização bucal, bem como o acompanhamento constante pelo profissional e o auto cuidado da saúde oral da mãe. Se medidas interceptativas necessitarem ser tomadas, o cirurgião-dentista avaliará os tratamentos que devem ser realizados garantindo a segurança em qualquer procedimento que a gestante será submetida, optando por sessões curtas, utilizando anestésicos específicos, assim como as medicações que necessitem ser administradas.

- O atendimento no pré-natal odontológico visa orientar as gestantes sobre a importância da saúde bucal na tentativa de motivá-las e sensibilizá-las para que tenham um cuidado especial com a higiene oral e o reflexo dos hábitos de higiene dos futuros filhos. Sendo assim, se a gestante tiver uma saúde bucal deficiente, pode acarretar complicações durante este período ocasionando um possível parto prematuro ou baixo peso ao nascer do bebê que está sendo gestado.

REFERÊNCIAS

ALVES, Carmelina de Sousa *et al*. Atenção Odontológica No Pré- Natal:: A Percepção Das Gestantes Do Bairro Padre Palhano. **Sobral-Ce**, Sanare, ed. 6, p. 61-68, Jan/Jun 2005. Disponível em: file:///C:/Users/lilia/Downloads/180-335-1-SM.pdf. Acesso em: 20/04/20

AMADEI, Susana Ungaro et al.Prescrição medicamentosa no tratamento odontológico de grávidas e lactantes. RGO, **Rev. gaúch. odontol.** 2011, vol.59, p. 31-37. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372011000500005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em:25/05/20

ARAUJO, Suelayne Martins *et al*. A Importância Do Pré-Natal E A Assistência De Enfermagem. **Veredas Favip**, Revista Eletrônica de Ciências, v. 3, ed. 2, p. 61-67, jul/dez 2010. Disponível em: file:///C:/Users/lilia/Downloads/98-627-1-PB.pdf. Acesso em:25/05/20

BARDAL, Priscila Ariede Petinuci *et al*. Educação e motivação em saúde bucal: prevenindo doenças e promovendo saúde em pacientes sob tratamento ortodôntico. **Dental Press J Orthod**: 16(3), Scielo, n. 3, ed. 16, p. 95-102, Maio / Junho 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/dpjo/v16n3/a12v16n3.pdf. Acesso em:17/05/20

BASTIANI, Cristiane et al.Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. Odontol. Clín.-Cient. 2010, vol.9, n.2, pp. 155-160. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-38882010000200013&script=sci_arttext. Acesso em:22/05/20

BASTOS, Reuja Diany Santos. Desmistificando O Atendimento Odontológico À Gestante. **Revista Bahiana de Odontologia**, ed. 5(2):, p. 104-116, Ago 2014. Disponível em: file:///C:/Users/lilia/Downloads/272-1471-2-PB.pdf. Acesso em: 16/04/20

BOTELHO, Diana Larissa Leitão *et al*. **Odontologia e Gestação:** A Importância Do Pré-Natal Odontológico, Sanare, v. 2, p. 69-77, jul/dez 2019. Disponível em: file:///C:/Users/lilia/Downloads/1376-3737-1-PB%20(1).pdf. Acesso em: 24/04/20

CARVALHO, Bárbara, et al. O emprego dos anestésicos locais em Odontologia: Revisão de Literatura. **Rev. Bras. Odontol.** vol.70, n.2, Rio de Janeiro. p 178-181. Jul/Dez, 2013. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722013000200016. Acesso em:01/06/20

CARVALHO, Geraldo Mota de. Saúde Bucal na gestação e suas implicações para a gestante e feto:: perspectivas do enfermeiro durante o pré-natal. **Brazilian Journal of Health Review**, BJHR, v. 2, 2019. Disponível em: https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/3677. Acesso em:22/05/20

CECHINEL, D.B, et al. Sistematização de um protocolo de atendimento clínico odontológicos a gestantes em um município sul catarinense. **Rev. Odontol**. Univ. Cid. São Paulo., v 28, v.1, p. 6-16, abr, 2016.

DINIZ, Michele Baffi et al. Alterações orais em crianças prematuras e de baixo peso ao nascer: a importância da relação entre pediatras e odontopediatras. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo , v. 29, n. 3, p. 440-453, Setembro. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822011000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:10/05/20

EBRAHIM Z.F, et al. Tratamento Odontológico em Gestantes. **Science in Health**. jan-abr 2014; 5(1): 32-44. Disponível em: http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/new/revista_scienceinhealth/13_jan_abr_2014/Science_05_01_32-44.pdf. Acesso em:10/05/20

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.360-368, set, 2004.

GAFFIELD, M.L, et al. Oral health during pregnancy: an analysis of information collected by the pregnancy risk assessment monitoring system. **J Am Dent Assoc.**, v.132, n.7, p.1009-1016, jul, 2001.

GOMES, Caroline de Barros et al . Hábitos alimentares das gestantes brasileiras:revisão integrativa da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2293-2306, June 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602293&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:12/06/20

GUSMÃO, Estela Santos *et al*. Controle mecânico-químico do biofilme dental supragengival: ensaio clínico comparativo com dois dentifrícios, herbal e convencional. **International Journal of Dentistry**, [*s. l.*], n. 2, ed. 3, p. 345-348, jul/dez 2004. Disponível em: file:///C:/Users/lilia/Downloads/13833-35496-1-PB.pdf. Acesso em: 22/05/20

JÚNIOR, Renato Passini *et al*. Doença periodontal e complicações obstétricas:: há relação de risco?. **Rev Bras Ginecol Obstet**., v. 7, ed. 29, p. 372-373, 26 jun. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n7/a08v29n7.pdf. Acesso em:01/06/20

LOURO, Paulo M. et al. Doença periodontal na gravidez e baixo peso ao nascer. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 77, n. 1, p. 23-28, fevereiro de 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572001000100008&lng=en&nrm=iso>. acesso em:25/05/20

LUCISANO, Renata Valdívia et al . Interações sociais de crianças pré-escolares com Síndrome de Down durante atividades extracurriculares. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 1, p. 116-122, Feb. 2013 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:22/05/20

MARTINS, L.O, et al. Assistência odontológica à gestante: percepção do cirurgião-dentista. **Rev.Pan-Amaz Saude**., v. 4, n4. p. 11-18, 2013.

MASCARENHAS, Vinícius Ibiapina et al . Correlação entre saúde periodontal e idade gestacional. **Rev. odontol. UNESP**, Araraquara , v. 41, n. 6, p. 408-414, Dec. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772012000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:28/04/20

MATSUBARA, Ana Silvério; Demetrio, Aline Tieme Watanabe. Atendimento Odontológico Às Gestantes: Revisão Da Literatura. **Revista Uningá Review**, [S.l.], v. 29, n. 2, fev. 2017. ISSN 2178-2571. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1959>. Acesso em:18/06/20

MELO, Norma Suely Falcão O et al. Hábitos alimentares e de higiene oral influenciando a saúde bucal da gestante. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 12, n. 2, nov. 2007. ISSN 2176-9133. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/9824/6735>. Acesso em: 11/06/20

MOIMAZ, S.A.S et al. Prevalência de cárie dentária em gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde em município paulista. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.32, n.1, p. 44-48, jun, 2011.

NAVARRO, Patricia da Silva Lopes *et al*. Prescrição de Medicamentos e anestesia local para gestantes:: condutas de cirurgiões-dentistas de Londrina,. PR, Brasil., **Rev. Fac. Odontol,** Porto Alegre, v. 49, ed. 2, p. 22-27, Maio/Ago 2008.

NASCIMENTO, Érica Pereira *et al*. Gestantes frente ao tratamento odontológico. **Rev. bras. odontol**, Rio de Janeiro, v. 69, ed. 1, p. 125-130, jan/jun 2012. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v69n1/a28v69n1.pdf. Acesso em:05/05/20

OLIVEIRA, Eliana Cristina de *et al*. Atendimento Odontológico A Gestantes: a importância do conhecimento da saúde bucal. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 4, n. 1, p. 11-23, 2014. Disponível em: file:///C:/Users/lilia/Downloads/1550-4198-1-PB.pdf. Acesso em: 15/04/20

RAMOS, T.M, et al. Condições bucais e hábitos de higiene oral de gestantes de baixo nível sócio-econômico no município de Aracaju-SE. **Pesq Bras Odontoped Clin Integ.,** v. 6, n. 3, p. 229-235, dez, 2006.

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, jul, 2010.

RIGO, Lilian; DALAZEN, Jaqueline; GARBIN, Raíssa Rigo. Impacto da orientação odontológica para mães durante a gestação em relação à saúde bucal dos filhos. **Einstein,** São Paulo , v. 14, n. 2, p. 219-225, Junho 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082016000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:10/06/20

SILK, H, et al. Oral health during pregnancy. **Am Fam Physician**., v.77, n.8, p. 1139-1144, abr, 2008.

SILVA, Luzenilda Sabina da et al. Análise Das Mudanças Fisiológicas Durante A Gestação:. Desvendando Mitos, **Revista Faculdade Montes Belos**, v. 8, ed. 1, p. 1-16, 2015. Disponível em: http://faculdademontesbelos.com.br/wp-content/uploads/2017/11/11-39-1-PB.pdf. Acesso em: 11/06/20

SILVA, Maria Giselda da *et al*. Estado Nutricional e Hábitos Alimentares de Gestantes Atendidas na Atenção Primária de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [*s. l.*], v. 24, ed. 4, p. 349-356, 2018. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964056/35688-97569-1-pb.pdf. Acesso em: 02/06/20

VASCONCELOS, R.G. *et al.* Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. **Rev. Braz. Odontol**., v.69, n.1, p.120-124, jun, 2012.