CENTRO UNIVERSITÁRIO CENTRAL PAULISTA
UNICEP SÃO CARLOS
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

Beatriz Laureano de Souza

O papel do cirurgião-dentista no atendimento à gestante:

Revisão de Literatura

São Carlos
2023

Beatriz Laureano de Souza

O papel do cirurgião-dentista no atendimento à gestante:

Revisão de Literatura

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Central Paulista – UNICEP São Carlos - como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.
Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Gonçalves Duvra Salomão

São Carlos

2023

SOUZA, Beatriz Laureano de

O papel do cirurgião-dentista no atendimento à gestante: Revisão de Literatura / Beatriz Laureano de Souza – São Carlos: Unicep, 2023. 33 páginas.

Orientadora: Fernanda Gonçalves Duvra Salomão

Monografia (Conclusão de Curso) – Centro Universitário Central Paulista, Unicep, Odontologia, 2023.

1. Gestante 2. Prevenção 3. Odontologia
I. Atendimento odontológico à gestante

Beatriz Laureano de Souza

O papel do cirurgião-dentista no atendimento à gestante

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de "Bacharel em Odontologia" e aprovado em sua forma final pelo Curso de Odontologia do Centro Universitário Central Paulista – UNICEP São Carlos.

São Carlos, 17 de novembro de 2023.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Fernanda Gonçalves Duvra Salomão
Orientadora
UNICEP

Profa. Ms. Patricia Eriko Tamae
Avaliadora
UNICEP

Profa. Dra. Mariana Aline Cominotte
Avaliadora
UNICEP

Dedicatória

Este trabalho é dedicado aos meus amados pais, meus irmãos, minhas sobrinhas e à minha companheira de vida.

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento deste trabalho contou com a ajuda de diversas pessoas, dentre as quais agradeço:

Primeiramente a Deus, pois sem Ele nada seria possível.

Aos meus pais, Maria e Roberto, agradeço por me apoiarem, acreditarem no meu sonho e serem a minha fortaleza, fonte de inspiração e razão da minha vida.

Aos meus irmãos, Roberto Júnior e Carolina, por me incentivaram a chegar até aqui e serem meus amores incondicionais.

Às minhas sobrinhas, Helena e Aurora, por serem a minha alegria e ponto de paz.

À minha companheira, Paula, agradeço por toda compreensão, por estar sempre comigo, me apoiar, me incentivar, me inspirar e acreditar em mim durante todo esse tempo.

Ao Bruno, minha dupla da faculdade, agradeço por ter sido meu parceiro, que me ensinou, me ajudou, me divertiu e me inspirou durante esses 5 anos.

À Daiane e Carolina, amigas que fiz durante a graduação, por toda ajuda e incentivo durante este ciclo.

Aos professores do curso de Odontologia da UNICEP, que através dos seus ensinamentos permitiram que eu pudesse hoje estar concluindo este trabalho, em especial, à professora Fernanda, por aceitar o convite em ser minha orientadora e por desempenhar com maestria esse papel tão importante, e às professoras Patricia e Mariana, por aceitarem fazer parte da minha banca.

RESUMO

A gestação é uma fase extremamente sensível que demanda atenção especial em relação à alimentação, controle de peso, cuidados com a saúde geral e bucal, uso de medicamentos, exposição a riscos ambientais, gerenciamento de aspectos emocionais, entre outros. Na odontologia, o atendimento de gestantes ainda é cercado por mitos e crenças, tanto por parte das mães como dos dentistas, o que pode resultar em pacientes que não buscam tratamento odontológico ou não recebem o atendimento adequado durante a gravidez. Além disso, outros profissionais da saúde, como médicos e enfermeiros, também seguem a premissa de que a mulher grávida não deve passar por atendimento odontológico nesse período, não recomendando as consultas. No entanto, é importante reconhecer que, durante o tempo de gestação, essas pacientes fazem parte de um grupo de risco, uma vez que as alterações hormonais, físicas e psicológicas podem contribuir para um desequilíbrio na saúde bucal das mulheres. Atualmente, existem muitas evidências científicas sobre a segurança e importância dos procedimentos odontológicos nesse período, bem como estudos que mostram o risco do não tratamento a esse público, como o parto prematuro e o baixo peso do bebê ao nascer. Todo tratamento odontológico pode ser realizado durante a gravidez, e apesar de não existirem meses proibitivos para esse atendimento, dá-se preferência para o segundo trimestre de gestação. Além disso, durante a gravidez, as mulheres estão mais receptivas a novos conhecimentos e adoção de novos hábitos que impactam a sua saúde e a dos seus filhos, além de desempenharem importantes papéis familiares, difundindo comportamentos e informações que promovam a qualidade de vida, a saúde e o bem-estar de toda a família. Em favor da atenção integral à saúde da mãe e do feto, a interação entre a área médica e a odontologia é necessária para que a gestante possa ser considerada como um todo. O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica baseada na literatura especializada através de consultas a artigos científicos selecionados, utilizando os bancos de dados online do Scielo, Pubmed, LILACS, Google Acadêmico e BVS Odontologia, além de cartilhas e livros sobre o tema, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, publicados entre os anos 1985 a 2023.

Palavras-chave: 1. Gestante 2. Odontologia 3. Protocolos Clínicos

ABSTRACT

Pregnancy is an extremely sensitive phase that requires special attention in relation to diet, weight control, general and oral health care, medication use, exposure to environmental risks, management of emotional aspects, among others. In dentistry, care for pregnant women is still surrounded by myths and beliefs, both on the part of mothers and dentists, which can result in patients not seeking dental treatment or not receiving adequate care during pregnancy. Furthermore, other health professionals, such as doctors and nurses, also follow the instructions that a pregnant woman should not undergo dental care during this period, not recommending appointments. However, it is important to highlight that, during pregnancy, these patients are part of a risk group, since hormonal, physical and psychological changes can contribute to an imbalance in women's oral health. Currently, there is a lot of scientific evidence about the safety and importance of dental procedures during this period, as well as studies that show the risk of non-public treatment, such as premature birth and low birth weight. All dental treatment can be carried out during pregnancy, and although there are no prohibitive months for this treatment, preference is given to the second trimester of pregnancy. Furthermore, during pregnancy, women are more receptive to new knowledge and the adoption of new habits that impact their health and that of their children, in addition to playing important family roles, disseminating behaviors and information that promote quality of life, health and well-being of the entire family. In favor of comprehensive care for the health of the mother and fetus, interaction between the medical field and dentistry is necessary so that a pregnant woman can be considered as a whole. The present study is a bibliographical review based on specialized literature through consultations of selected scientific articles, using the online databases of Scielo, Pubmed, LILACS, Academic Google and BVS Odontologia, in addition to cards and books on the topic, in Portuguese, English and Spanish, published between 1985 and 2023.

Keywords: 1. Pregnant 2. Dentistry 3. Clinical Protocols

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Ilustração do posicionamento correto da gestante na cadeira odontológica.....18
Figura 2 – Gestante posicionada em decúbito lateral esquerdo.....19
Figura 3 – Medicamentos de escolha para prescrição durante a gravidez de acordo com indicação em odontologia.....26

SUMÁRIO

1 22**2** 11**3**

12**4** 134.1

ALTERAÇÕES SISTÊMICAS E BUCAIS NA GESTAÇÃO..... 13

4.2 ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA À GESTANTE.....16

4.3 POSICIONAMENTO DA GESTANTE NA CADEIRA ODONTOLÓGICA..... 18

4.4 EXAME RADIOGRÁFICO..... 19

4.5 ANESTÉSICOS LOCAIS..... 20

4.6 SUPLEMENTAÇÃO DE FLÚOR..... 23

4.7 PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA..... 24

5

27**REFERÊNCIAS.....**

..... 28

1 INTRODUÇÃO

A gestação é o processo de fertilização de um óvulo por um espermatozoide (BRASIL, 2023). De acordo com o *American College Of Obstetricians And Gynecologists And The Society For Maternal-Fetal* (2013), a gravidez tem duração de, em média, 40 semanas (280 dias) desde o primeiro dia da última menstruação até a data estimada do parto.

O período gestacional também pode ser dividido em trimestres, sendo o primeiro trimestre de 0 a 13 semanas, o segundo trimestre de 14 a 26 semanas e o terceiro trimestre de 27 a 40 semanas (BRASIL, 2023).

A saúde geral é iniciada pela boca, por isso, como a gravidez é marcada por alterações físicas, sistêmicas e psicológicas, a cavidade oral também é modificada, sendo a assistência pré-natal multidisciplinar essencial para uma gestação segura (ALEIXO *et al.*, 2010).

Livingston *et al.* (1998), trazem a problemática de que alguns dentistas relutam em tratar pacientes grávidas devido à incerteza e à falta de conhecimento sobre os possíveis riscos ao corpo da mãe e ao feto, sendo esse um obstáculo presente até os dias de hoje.

Segundo Teixeira *et al.* (2021), reduzir o risco de gestantes desenvolverem doenças orais, além de exercer um papel importante na prevenção e promoção à saúde da mulher, acarreta em uma melhora nas condições de nascimento da criança, posto que a presença de disfunções orais são capazes de contribuir negativamente durante este acontecimento, como o parto prematuro e o baixo peso ao nascer. Souza *et al.* (2021), relatam que se a infecção permanecer na boca da mãe, poderá causar mais danos ao bebê do que qualquer tratamento teria causado.

Considerando que a gravidez é um período natural, importante e único na vida da mulher, o atendimento odontológico não deve ser adiado (MARTINELLI, 2020).

Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo principal apresentar, por meio de revisão da literatura, a importância e segurança do tratamento odontológico em gestantes, bem como trazer, baseado em evidências científicas, esclarecimentos sobre as condutas clínicas.

2 PROPOSIÇÃO

O objetivo deste trabalho é revisar a literatura acerca do atendimento odontológico à gestante, esclarecer as inverdades que circundam o presente tema, apresentar a importância da consulta odontológica nessa fase, além de abordar os protocolos clínicos adequados, visando trazer maior conhecimento e segurança para os cirurgiões-dentistas, bem como desfazer os mitos que estão presentes em toda a sociedade, desde as próprias grávidas até profissionais da saúde em geral.

3 METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado através de uma revisão de literatura acerca do tema "Atendimento odontológico às gestantes". Para a construção deste trabalho foram utilizados 39 artigos das bases de dados PubMed, Scielo, Google Acadêmico, LILACS e BVS Odontologia, bem como livros e cartilhas, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, publicados entre os anos 1985 a 2023. Foram utilizados na busca dos artigos os seguintes descritores: "gestantes", "gestação", "pré-natal odontológico", "gravidez", "odontologia", "medicação gestante", "anestesia gestante". Não foram incluídos artigos científicos, livros ou cartilhas que não respeitassem a delimitação do tema e o objetivo do estudo.

4 REVISÃO DA LITERATURA

A gravidez é um momento de grandes mudanças para a mulher, seu (sua) companheiro (a) e toda a família. Durante a gestação, o corpo muda lentamente em preparação para o parto e a maternidade (BRASIL, 2011).

Teixeira *et al.* (2021); Elias *et al*. (2018); Martinelli *et al*. (2020), relatam haver muitas crenças e tabus sobre a segurança do atendimento odontológico durante a gestação, além do receio da mãe de que o procedimento cause dor. Porém, o medo e os mitos não ficam restritos apenas às gestantes, mas também acometem os profissionais da saúde que, por conta do despreparo e desconhecimento, encaram o atendimento desse público como arriscado e, muitas vezes, postergam a consulta para o período pós-natal.

Em prol da atenção integral à saúde, faz-se necessária a informação a esses profissionais e a conscientização das mulheres sobre a importância da utilização adequada dos serviços odontológicos, como uma atuação essencial que pode e deve ser realizada durante o pré-natal.

4.1 ALTERAÇÕES SISTÊMICAS E BUCAIS NA GESTAÇÃO

Como qualquer outro sistema, a cavidade oral apresenta diversas alterações durante a gravidez e, portanto, requer atenção dos profissionais de odontologia.

Segundo Silva *et al.* (2020), durante o período gestacional há um aumento dos hormônios estrógeno e progesterona, os quais oferecem suporte nutricional para os microrganismos presentes na cavidade bucal. Sendo assim, bactérias acidogênicas, como o *Streptococos sp*, se desenvolvem com maior facilidade, o que pode ser um dos fatores causais da cárie dental em gestantes.

Outro ponto importante relatado por Moreira *et al.* (2015), é que durante a gestação pode ocorrer alterações no fluxo salivar, em decorrência de fatores hormonais. A salivação em excesso provoca vômitos e náuseas, ocorrendo a diminuição da capacidade tampão da saliva, favorecendo a desmineralização dentária.

Considerando a cárie uma doença de etiologia multifatorial, essa questão não deve ser vista de forma isolada. A acidificação da cavidade oral associada ao descontrole do biofilme, resultado de uma precária higienização bucal, alterações na alimentação - como aumento na frequência das refeições devido à diminuição da capacidade fisiológica do estômago - dieta cariogênica, maior exposição do esmalte ao ácido gástrico - por conta de náuseas e vômitos - o

que também contribui para a diminuição do pH salivar, são condições que predispõem o desenvolvimento de lesões cariosas na gestante (MOREIRA *et al.,* 2015).

Outro problema recorrente durante a gravidez é relacionado à saúde periodontal. A gengivite e periodontite atingem parte significativa das mulheres desde os primeiros meses de gravidez devido aos altos níveis de hormônios, como a progesterona, que elevam a permeabilidade dos vasos sanguíneos gengivais e tornam a área mais suscetível a microrganismos patogênicos presentes no biofilme (MARTINS *et al.*, 2013).

De acordo com Elias *et al.* (2018); Moreira *et al*. (2015), muitas vezes são observadas alterações no aspecto gengival das pacientes, com tendência à exacerbação da inflamação gengival, que pode resultar na chamada "gengivite gravídica". Esse agravamento da resposta inflamatória está associado ao aumento dos níveis plasmáticos dos hormônios progesterona e estrogênio e a ligação destes receptores específicos, o que resulta em uma ampliação na permeabilidade vascular e edema dos tecidos gengivais.

Outro ponto abordado por Moreira *et al.* (2015), é que casos de gengivite gravídica também podem ser associados às alterações do sistema imunológico materno, pois há uma diminuição na resposta dos tecidos gengivais contra fatores excitatórios locais.

Uma vez identificada a gengivite ou a periodontite em uma mulher grávida, o tratamento deve ser imediato e correlacionado com a educação em saúde oral, uma vez que a doença periodontal não tratada pode aumentar os níveis plasmáticos de prostaglandinas, que são consideradas mediadoras da inflamação e indutoras do parto, por isso, muitos estudos apresentam que grávidas com doença periodontal não tratada são mais propensas a parto prematuro, baixo peso do bebê ao nascer e pré-eclâmpsia (PINHO & DUARTE, 2018).

Uma pesquisa realizada por Offenbacher *et al.* (1996), mostrou que a presença de infecção na mãe durante o desenvolvimento do feto estimula a ocitocina, hormônio responsável pelo estímulo das contrações uterinas, o que pode acarretar o parto prematuro e o baixo peso do bebê ao nascimento. Se a paciente desenvolver doença periodontal durante a gestação, as chances de o feto nascer precocemente e com baixo peso aumentam 7,5 vezes comparado a uma mãe com periodonto saudável.

Muitos autores trazem a problemática mencionada acima, pois o parto prematuro e o baixo peso ao nascimento estão relacionados à elevada taxa de mortalidade no período pós-natal. Segundo o Ministério da Saúde (2022), aproximadamente 340 mil bebês nascem prematuramente anualmente, o que representa pelo menos 930 por dia ou 6 a cada 10 minutos, no Brasil.

Sendo assim, é fundamental conscientizar as mulheres grávidas sobre a relevância do acompanhamento odontológico pré-natal como uma estratégia de orientação e prevenção do parto pré-termo.

Braga *et al.* (2019), trazem que, em razão do aumento da produção de glicose durante a gravidez, há também um aumento na produção de insulina, tornando a gestante mais suscetível ao diabetes mellitus gestacional, que é caracterizado por qualquer nível de intolerância à glicose que se desenvolve durante a gestação.

De acordo com Clemente *et al.* (2019), a fisiopatologia do diabetes gestacional está estreitamente relacionada ao aumento dos hormônios contrarreguladores da insulina durante este período. Atualmente, é reconhecido que os níveis de hormônios que promovem a hiperglicemia, como o cortisol, o estrogênio, a progesterona e a prolactina, podem estar envolvidos, uma vez que afetam o metabolismo de glicose da gestante.

Considerando que os tecidos periodontais são particularmente afetados pela diabetes, as mulheres grávidas tornam-se mais propensas ao desenvolvimento da doença periodontal, o que pode agravar o controle da glicose em seus corpos. Portanto, é fundamental abordar a importância do tratamento periodontal. Caso a doença bucal não seja tratada, a glicemia da gestante pode ficar descompensada, prejudicando a eficácia do tratamento da diabetes. Nesse contexto, destaca-se a relevância da orientação médica e odontológica para reduzir o risco de diabetes e da subsequente doença periodontal. Isso pode resultar em um melhor controle dos níveis de glicose no sangue e em uma higiene bucal apropriada, minimizando a ocorrência de gengivite e periodontite (ALVES *et al.*, 2007).

Além disso, de acordo com Degasperi, Dias & Boleta-Ceranto (2021), a diabetes também eleva a acidez bucal, a viscosidade da saliva e diminui o fluxo salivar. Esses fatores são considerados riscos para o desenvolvimento de doenças na cavidade oral, sendo as mais comuns em gestantes: xerostomia (sensação de boca seca), glossodínia (ardor na língua), eritema (inflamação da mucosa oral), distúrbios no paladar e alterações na microbiota bucal. Um destaque importante vai para o predomínio de Candida albicans, um fungo que pode resultar em candidíase oral.

É relevante observar que a gestação, por si só, não é a causa direta do desenvolvimento de problemas bucais, como cáries e doença periodontal. No entanto, as alterações hormonais e comportamentais que ocorrem durante a gravidez podem contribuir para agravar condições já existentes (MOREIRA *et al*., 2015).

A importância dos cirurgiões-dentistas se empenharem em fornecer informações precisas às pacientes sobre esse assunto é crucial, visto que uma parcela significativa da população acredita, ou deseja acreditar, que a gestação é a causa de seus problemas bucais (BASTIANI *et al.*, 2010).

Bastiani *et al.* (2010), constataram em sua pesquisa que a maioria das gestantes entrevistadas considera normal ter cárie durante a gravidez e 35% delas acreditavam que os dentes das grávidas enfraqueciam devido à transferência de cálcio da mãe para o bebê. Além disso, embora metade delas afirmasse ter algum conhecimento sobre doença periodontal, ainda não sabiam como evitá-la.

Por esse motivo, é fundamental garantir a saúde de forma integral durante a gravidez, de modo que os problemas bucais, resultantes da falta de cuidado e da falta de visitas ao dentista, não possam predispor a futuras doenças bucais.

4.2 ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA À GESTANTE

Teixeira *et al*. (2012) trazem que, embora vários fatores possam complexamente afetar a busca e o acesso aos serviços odontológicos durante a gravidez - tais como condições fisiológicas, medo e ansiedade em relação ao tratamento, falta de priorização da saúde bucal, estigma negativo associado à odontologia, restrições de mobilidade e segurança, desafios financeiros, restrições e disponibilidade de tempo, suporte social e familiar, falta de informação, obstáculos apresentados por profissionais de saúde e crenças e mitos sobre a segurança do tratamento -, é importante ressaltar que a gravidez, por si só, não contraindica o acompanhamento odontológico, sendo preferencialmente aconselhado que ocorra durante o segundo trimestre. Entretanto, em situações de emergência, a gestante pode receber atendimento odontológico em qualquer estágio da gravidez (CLEMENTE *et al.*, 2019; LYRA *et al*., 2021; MOREIRA *et al*., 2015).

É essencial enfatizar que a persistência de uma condição dolorosa e infecciosa é mais prejudicial para a saúde tanto da mãe quanto do bebê do que qualquer tratamento odontológico realizado de forma responsável pelo cirurgião-dentista (OLIVEIRA & HADDAD, 2018).

Todavia, reabilitações extensas e procedimentos cirúrgicos não urgentes devem ser adiados até depois do parto, a fim de evitar o desconforto de passar longos períodos na cadeira odontológica (ELIAS *et al*., 2018).

Moreira *et al*. (2015) trazem que durante o procedimento odontológico a ser realizado durante a gravidez é importante a adesão de alguns cuidados. Isso inclui a programação de

sessões curtas, o ajuste da posição da cadeira e evitar consultas pela manhã, uma vez que as gestantes tendem a experimentar mais náuseas e correm maior risco de hipoglicemia nesse período. Procedimentos como extrações dentárias simples, tratamentos periodontais, tratamentos endodônticos, restaurações dentárias, colocação de próteses e outras intervenções similares podem ser realizados com segurança, preferencialmente durante o segundo trimestre da gravidez.

Existem algumas crenças que limitam o acesso ao atendimento odontológico, levando as futuras mães a acreditar que perder dentes durante a gravidez é algo comum, porque pensam que o cálcio presente nos dentes é transferido para o bebê. Portanto, é essencial desmistificar a ideia de que os dentes enfraquecem durante a gravidez. Na verdade, o cálcio presente nos dentes está em uma forma cristalina e estável, não sendo disponível para ser absorvido pelo sistema circulatório. Portanto, o cálcio que o bebê necessita deve ser obtido a partir da dieta da mãe ou de seus próprios ossos (OLIVEIRA & GONÇALVES, 2009).

Contudo, Martins *et al.* (2013), realizaram uma pesquisa com 138 cirurgiões-dentistas que atuavam nas unidades municipais de saúde da Cidade de Belém, capital do Estado do Pará, Brasil, no ano de 2011, a fim de entender a percepção do profissional acerca da assistência odontológica prestada à gestante usuária do Sistema Único de Saúde.

Este estudo revelou que a maioria dos cirurgiões-dentistas entrevistados já prestou atendimento odontológico à gestantes. No entanto, 12,3% dos profissionais admitiram não ter conhecimento sobre o pré-natal odontológico, apesar de atenderem gestantes.

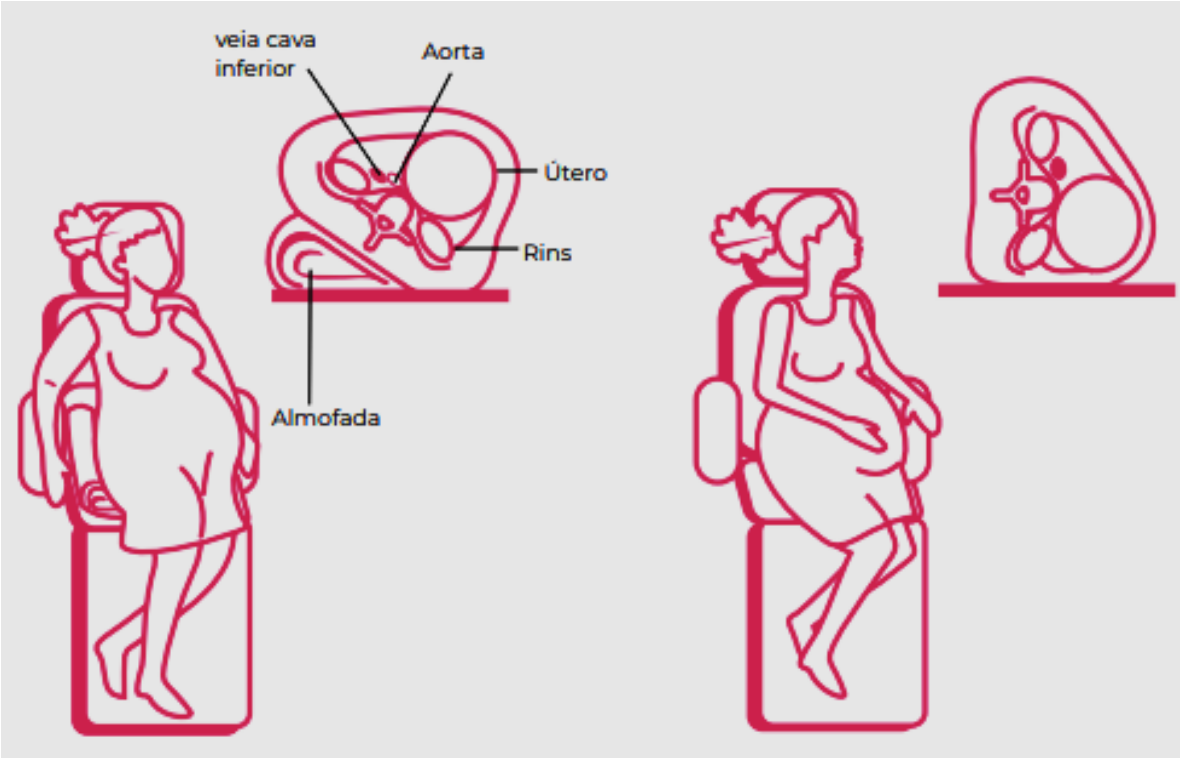
De acordo com Codato *et al*. (2011), outra razão para muitos cirurgiões-dentistas adiarem o atendimento odontológico de gestantes é o medo de serem responsabilizados por possíveis complicações que possam ocorrer com o bebê no futuro. Nessas situações, frequentemente se procura atribuir culpa, e os próprios dentistas, por vezes, se sentem inseguros diante desses mitos, talvez devido à falta de experiência na área da saúde bucal da gestante durante sua formação acadêmica.

Como consequência, torna-se evidente a importância de investir em educação voltada para os profissionais de saúde, tanto em nível de graduação quanto pós-graduação. Isso ocorre porque o conhecimento e a atualização relacionados à prática em questão seriam fundamentais para melhorar o atendimento prestado a esse grupo de gestantes (MARTINS *et al.* 2013).

4.3 POSICIONAMENTO DA GESTANTE NA CADEIRA ODONTOLÓGICA

Segundo o Ministério da Saúde (2022), especialmente durante o terceiro trimestre da gravidez, devido ao aumento do peso fetal e ao risco de compressão da veia cava inferior e hipotensão resultante disso, é aconselhável que a gestante seja posicionada em decúbito lateral esquerdo. Alternativamente, pode-se colocar uma almofada ou suporte confortável nas costas da gestante no lado direito, o que ajuda a aliviar o deslocamento do peso fetal para o lado esquerdo, conforme mostram as imagens a seguir.

Figura 1 – Ilustração do posicionamento correto da gestante na cadeira odontológica.



Fonte: Ministério da Saúde (2022).

Figura 2 - Gestante posicionada em decúbito lateral esquerdo.

Fonte: Araújo *et al*. (2022).

A posição de decúbito dorsal em 90 graus no terceiro trimestre da gravidez não é recomendada, especialmente na ausência de suporte do lado direito. Portanto, procedimentos eletivos devem ser realizados preferencialmente entre o quarto e o sétimo mês de gravidez, período em que a gestação apresenta maior estabilidade. No entanto, dor e infecção devem ser tratadas a qualquer momento, com o objetivo de eliminar sua causa subjacente. Medidas preventivas, como profilaxia, controle da placa bacteriana e orientações sobre higiene bucal, fazem parte de uma rotina preventiva que pode e deve ser implementada em qualquer trimestre da gravidez (CHIODO & ROSENSTEIN, 1985; LIVINGSTON, DELLINGER & HOLDER, 1998; SCAVUZZI & ROCHA, 1999; COSTA, 2000; CASAMASSIMO, 2001).

4.4 EXAME RADIOGRÁFICO

Na pesquisa citada anteriormente, realizada por Martins *et al.* (2013), no que diz respeito aos métodos de diagnóstico, 54,7% dos profissionais realizam tomadas radiográficas, enquanto aqueles que optam por não realizar o procedimento (45,3%) justificam sua decisão devido a preocupações com possíveis efeitos teratogênicos, insegurança profissional e, por vezes, devido à recusa da paciente em se submeter a esse exame.

Souza *et al.* (2020); Moreira *et al.* (2015); Elias *et al.* (2018), trazem que radiografias frequentemente utilizadas em Odontologia, como as panorâmicas e periapicais, são seguras durante a gestação e desempenham um papel importante no estabelecimento de um diagnóstico preciso e na formulação de um plano de tratamento adequado.

Não é necessário evitar exames radiográficos durante a gravidez, pois a exposição à radiação materna durante uma radiografia periapical é significativamente menor do que a dose necessária para causar malformações congênitas. O feto recebe apenas cerca de 2% da radiação que é direcionada diretamente para a cabeça da mãe (ELIAS *et al.*, 2018).

Segundo o British Columbia Ministry and Nuclear Regulatory Commission, a quantidade de radiação que o feto pode absorver com segurança não deve exceder 5 rads. Para alcançar essa quantidade de radiação, seria necessário realizar cerca de 500 mil radiografias odontológicas, incluindo radiografias periapicais e interproximais. O Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia reconhece que exposições limitadas a raios X para fins de diagnóstico médico não representam um risco significativo para o feto.

A avaliação da real necessidade do exame é fundamental. Além disso, ao realizar radiografias durante a gravidez, é importante adotar medidas de segurança, como: Direcionar o feixe de raios X diretamente para a região bucal, evitando a exposição desnecessária da barriga; Recomendar o uso de avental de chumbo e protetor de tireóide para minimizar os efeitos da radiação; Optar por filmes de alta sensibilidade, permitindo um tempo de exposição curto (geralmente de 0,2 a 0,3 segundos), o que reduz a quantidade de radiação recebida; Utilizar o colimador do feixe de raios X, que limita o campo de incidência da radiação, garantindo que somente a área de interesse seja exposta à radiação; Evitar repetições desnecessárias, garantindo que cada imagem radiográfica seja obtida de forma eficiente e precisa (SOUZA *et al.*, 2020; ELIAS *et al.*, 2018).

4.5 ANESTÉSICOS LOCAIS

A anestesia local refere-se a um bloqueio reversível da condução nervosa, resultando na perda de sensações sem afetar o nível de consciência. A molécula de um anestésico local é composta por duas partes distintas: um grupo lipofílico, que geralmente é um anel de benzeno, e um grupo hidrofílico, que normalmente é uma amina terciária. Esses grupos são separados por uma cadeia intermediária que contém uma ligação éster ou amida. O grupo lipofílico, que é solúvel em gordura, é essencial para que a molécula possa atravessar a membrana da célula nervosa, enquanto o grupo hidrofílico, que é ionizável, interage com os receptores celulares.

Essa combinação de propriedades permite que o anestésico local exerça seu efeito bloqueador nas fibras nervosas, impedindo a transmissão de sinais de dor (MENDIA, CUDDY & MOORE, 2012).

As mudanças fisiológicas que ocorrem durante a gravidez afetam a maneira como o corpo absorve, distribui, metaboliza e elimina medicamentos. Isso significa que a escolha do esquema terapêutico e a definição do medicamento devem ser cuidadosamente consideradas, uma vez que a maioria dos medicamentos, incluindo os anestésicos locais, têm a capacidade de atravessar a barreira placentária e alcançar o feto. Isso aumenta o risco de possíveis efeitos teratogênicos, que são mais comuns durante o primeiro trimestre da gravidez (RODRIGUES *et al*. 2017).

Os anestésicos locais são as substâncias mais frequentemente utilizadas na Odontologia e representam a forma mais eficaz de controle da dor em pacientes que passam por tratamentos odontológicos. Eles podem ser usados com segurança durante a gravidez, desde que sejam aplicados com uma técnica adequada e o volume da substância seja cuidadosamente controlado. Portanto, a avaliação da real necessidade do uso de anestésicos é o primeiro passo necessário, como destacado por Barbosa (2003). Isso garante que os anestésicos locais sejam utilizados de forma sensata e segura, atendendo às necessidades do paciente e minimizando qualquer risco potencial.

Os anestésicos locais são substâncias solúveis em gordura e, portanto, têm a capacidade de atravessar a membrana placentária com facilidade. Eles são classificados pela Food and Drug Administration (FDA), que é uma agência reguladora de medicamentos nos Estados Unidos, nas categorias B e C.

No sistema de classificação de fármacos na gravidez, os medicamentos são classificados em cinco categorias com base em seu risco potencial para causar danos ao feto durante a gestação. As categorias são:

Categoria A: Geralmente considerados seguros com base em estudos em humanos.

Categoria B: Sem evidências de risco em estudos em animais, embora não existam estudos suficientes em humanos.

Categoria C: Riscos potenciais não podem ser descartados; estudos em animais podem ter mostrado riscos, mas os benefícios podem superar os riscos em humanos.

Categoria D: Há evidências positivas de risco em estudos em humanos; os benefícios só podem justificar o uso em situações de risco potencial.

Categoria X: Riscos superam os benefícios; o medicamento não deve ser usado durante a gravidez.

A escolha do anestésico local durante a gestação deve priorizar o conforto da gestante. Portanto, sempre que viável, as soluções anestésicas devem incluir um vasoconstritor. Isso ajuda a minimizar o risco de absorção sistêmica do anestésico, proporcionando maior segurança tanto para a mãe quanto para o feto (OLIVEIRA & HADDAD, 2018).

O uso de vasoconstritores tem o efeito de retardar a absorção do sal anestésico na corrente sanguínea. Isso resulta em uma prolongação da duração da anestesia, o que, por sua vez, reduz o risco de toxicidade tanto para a mãe quanto para o bebê. Além disso, esses vasoconstritores também possuem ação hemostática, o que significa que ajudam a controlar o sangramento durante procedimentos odontológicos (VASCONCELOS, R., VASCONCELOS, M. & MAFRA, 2012; ANDRADE, 2014).

A utilização de anestésicos sem vasoconstritor deve ser reservada para procedimentos minimamente invasivos e de curta duração, de acordo com a orientação de Elias *et al.* (2018).

Com base em evidências científicas, o anestésico mais indicado durante a gestação é a lidocaína a 2% com adrenalina na concentração de 1:100.000. O limite máximo recomendado para utilização por sessão é de 2 tubetes, o que corresponde a 3,6 ml do anestésico.

Conforme observado por Brunton *et al.* (2006) e Rodrigues *et al.* (2017), a mepivacaína deve ser evitada durante o período de gestação e lactação. Isso se deve à imaturidade do sistema enzimático hepático do feto e do bebê, o que dificulta a metabolização eficaz do anestésico. Além disso, a mepivacaína é rapidamente absorvida e geralmente é fornecida em uma solução mais concentrada quando utilizada sem vasoconstritor, o que pode aumentar o risco de exposição sistêmica ao anestésico. Portanto, a precaução é necessária ao considerar o uso da mepivacaína em gestantes e lactantes.

Já Elias *et al.* (2018) sugerem que, no que diz respeito à mepivacaína, sejam realizadas mais pesquisas, uma vez que os riscos específicos para o feto ainda não foram bem descritos na literatura. Devido a essa falta de informações claras, o uso da mepivacaína é desaconselhado pelos autores, como medida de precaução.

De acordo com Caneppele *et al.* (2011), o uso de prilocaína próximo ao parto pode resultar em cianose devido à diminuição dos níveis de oxigênio no sangue do recém-nascido. Portanto, a administração de prilocaína nesse momento deve ser realizada com extrema cautela, tendo em vista os potenciais riscos para o bebê.

A administração do anestésico local deve ser realizada por meio de uma injeção lenta da solução, com a devida aspiração prévia para evitar a injeção intravascular. Além disso, a técnica anestésica apropriada deve ser empregada para minimizar a necessidade de repetições (VASCONCELOS, R., VASCONCELOS, M. & MAFRA, 2012; ANDRADE, 2014).

4.6 SUPLEMENTAÇÃO DE FLÚOR

Antigamente, havia a crença de que o flúor administrado de forma sistêmica tinha um efeito anticariogênico, pois se incorporava ao esmalte dentário durante o processo de mineralização. Isso resultava na formação de fluorapatita em vez de hidroxiapatita, tornando o esmalte dentário mais resistente à desmineralização, e assim, mais resistente à cárie dentária.

A abordagem em relação à suplementação de flúor durante o pré-natal passou por mudanças ao longo do tempo. Inicialmente, alguns pesquisadores defendiam seu uso para a prevenção da cárie dentária, alegando melhorias na anatomia das superfícies oclusais dos molares decíduos e dos primeiros molares permanentes. Além disso, relataram uma redução de até 99% no diagnóstico de cáries dentárias nas crianças cujas mães receberam suplementação de flúor durante a gravidez, como destacado por Lucisano *et al.* (2013).

Moreira *et al.* (2015); Vasconcelos *et al.* (2012), trazem que o conhecimento atual sobre o mecanismo de ação do fluoreto indica que seu efeito é predominantemente tópico. Isso significa que sua ação ocorre principalmente na interface entre o biofilme dental (placa bacteriana) e o esmalte dental, resultando na remineralização de lesões iniciais de cárie e na redução da solubilidade do esmalte dentário. É importante destacar que nem todo flúor ingerido é absorvido pelo organismo, e essa absorção pode depender de fatores como a presença de alimentos no estômago e o tipo de abrasivo presente na pasta de dente. Portanto, a eficácia da absorção do flúor pode variar de acordo com essas condições específicas.

Com base nessa compreensão, a prescrição de medicamentos fluoretados durante o período pré-natal não parece trazer benefícios que justifiquem sua recomendação, uma vez que o efeito do flúor é mais eficaz quando aplicado diretamente na superfície dos dentes. Isso é especialmente relevante ao considerar que, durante o desenvolvimento da dentição infantil, as áreas suscetíveis à cárie dentária só se calcificam após o nascimento, como destacado por Farias (2010).

4.7 PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA

Conforme Brum *et al.* (2011), a medicalização durante a gestação, aliada ao uso inadequado de medicamentos, representa um comportamento de alto risco. Isso se deve ao fato de que nenhum medicamento está isento de apresentar toxicidade tanto para a mãe quanto para o feto.

Portanto, a abordagem da terapêutica medicamentosa durante a gravidez deve ser realizada com extrema cautela, uma vez que alguns fármacos têm o potencial de causar sérios efeitos adversos tanto para a grávida quanto para o bebê. É fundamental observar que essa abordagem cautelosa deve ser mantida durante o período de amamentação, uma vez que a maioria dos medicamentos administrados às mulheres durante a lactação pode ser detectada no leite materno, como observado por Flores (2018).

Moreira *et al*. (2015) relatam que é de suma importância a avaliação cuidadosa dos possíveis riscos e benefícios associados à prescrição de qualquer substância terapêutica durante a gravidez, especialmente nos três primeiros meses, compreendendo o período de 18º ao 60º dia de gestação. Isso se deve ao fato de que durante essa fase ocorre a organogênese, um período crítico no qual os órgãos do feto estão em processo de desenvolvimento, tornando-os particularmente suscetíveis a efeitos teratogênicos. Além disso, no período fetal, que abrange do 60º dia até o término da gestação, quando ocorre o crescimento e aprimoramento das funções, alguns medicamentos também podem causar alterações funcionais em órgãos específicos. Portanto, a atenção especial a essas considerações é fundamental para a segurança da mãe e do feto.

De igual modo, a ausência de assistência qualificada pode incentivar a automedicação, uma prática que, embora seja arriscada para qualquer grupo populacional, pode ter consequências especialmente graves para as gestantes (ANDRADE, 2014).

De acordo com Justina *et al.* (2018), as malformações induzidas por medicamentos ainda ocorrem em uma taxa que varia de 5% a 10%. Elas estão entre as dez principais causas de mortalidade infantil em todo o mundo.

Como relatam Amadei *et al.* (2011); Moreira *et al*. (2015); atualmente, o analgésico mais comum prescrito pelos cirurgiões-dentistas é, sem dúvida, o paracetamol (conhecido comercialmente como Dôrico® ou Tylenol®), o qual pode ser recomendado também para pacientes grávidas e lactantes.

A dipirona sódica (conhecida comercialmente como Novalgina®) é uma alternativa de analgésico, porém, é considerada a segunda opção devido ao seu potencial de causar

agranulocitose, que se refere à redução do número de granulócitos no sangue periférico (neutropenia), aumentando a susceptibilidade do indivíduo a infecções.

Os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) compreendem uma extensa classe de medicamentos, que inclui o ácido acetilsalicílico, nimesulida, diclofenaco, ibuprofeno, naproxeno e outros, sendo esses fármacos frequentemente prescritos pelos cirurgiões-dentistas.

No entanto, em geral, desaconselha-se o uso de qualquer anti-inflamatório não esteroidal (AINE) durante a gravidez. Se for absolutamente necessário o uso de um desses medicamentos durante a gestação, o ácido acetilsalicílico em pequenas doses é possivelmente a opção mais segura. Independentemente disso, tanto o ácido acetilsalicílico quanto outros AINEs devem ser interrompidos antes da data prevista para o parto, a fim de prevenir complicações, como prolongamento do trabalho de parto, aumento do risco de hemorragia pós-parto e fechamento do canal arterial intrauterino.

Portanto, o uso do ácido acetilsalicílico, como a Aspirina®, deve ser realizado com extrema cautela. Além do potencial risco de prolongar o trabalho de parto, devido à inibição da síntese de prostaglandinas envolvidas na iniciação das contrações uterinas, existem também evidências de que, em doses muito elevadas, ele pode causar efeitos teratogênicos.

Segundo as afirmações de Fuchs *et al.* (2006), estudos indicaram que mulheres grávidas que fizeram uso significativo desse medicamento durante os primeiros 56 dias da gestação tiveram filhos com diversas malformações.

De acordo com Gusi *et al.* (2001), os corticosteroides, como dexametasona e betametasona, devem ser utilizados com extrema cautela, uma vez que, em doses elevadas, podem causar anormalidades na curva glicêmica da gestante, insuficiência das suprarrenais e a síndrome de Cushing. Essa síndrome, também conhecida como hipercortisolismo ou hiperadrenocorticismo, é uma desordem endócrina que pode ocorrer devido aos níveis elevados de cortisol no sangue induzidos pela administração deste medicamento.

Quanto aos antibióticos, o dentista deve ponderar minuciosamente a relação entre os benefícios e os riscos ao prescrever o uso desses medicamentos às gestantes.

As Tetraciclinas, quando administradas até a segunda metade da gravidez, podem resultar em hipoplasia dos dentes e dos ossos do feto, e também estão associadas à ocorrência de cataratas congênitas. Quando estritamente necessário, podem ser empregados medicamentos como a Amoxicilina, Azitromicina ou Clindamicina.

A maioria dos antibióticos administrados a mulheres durante a lactação pode ser detectada no leite materno. Por exemplo, as concentrações de Tetraciclina no leite materno

correspondem a cerca de 70% das concentrações séricas maternas. Portanto, o uso de altas doses por tempo prolongado pode afetar os dentes e o crescimento ósseo do lactente. Além disso, durante as primeiras semanas do pós-parto, a Tetraciclina pode induzir icterícia ou anemia hemolítica no bebê.

Segundo o Ministério da Saúde (2022), entre as medicações tópicas mais utilizadas por cirurgiões-dentistas, as seguintes não apresentam contraindicações: Nistatina, Triancinolona acetonida, Clorexidina e Fluoretos em suas diversas apresentações. No entanto, o uso de dexametasona, miconazol e fluconazol não é recomendado.

Figura 3 – Medicamentos de escolha para prescrição durante a gravidez de acordo com indicação em odontologia.

<table>
<tr><th>Controle
da Dor</th><th>Infecção
Odontogênica</th><th>Anestesia
local</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Paracetamol</td><td>1ª escolha:
Amoxicilina associada ou
não a clavulanato de potássio
(gestantes não alérgicas
a penicilinas)</td><td rowspan="2">1ª escolha:
lidocaína
+ adrenalina</td></tr>
<tr><td>2ª escolha:
Azitromicina ou Clindamicina
(gestantes alérgicas
a penicilinas)</td></tr>
</table>

Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

O cirurgião-dentista deve incluir perguntas sobre a possibilidade de gravidez durante a anamnese de todas as pacientes, independentemente da idade. Isso é crucial, uma vez que a gravidez muitas vezes não é visível fisicamente nos primeiros dois meses, evitando assim a administração de procedimentos e medicamentos contraindicados no início deste período.

5 CONCLUSÃO

Como resultado, fica clara a importância de investir em programas de educação destinados a profissionais de saúde, tanto em níveis de graduação quanto de pós-graduação. Esse investimento é essencial, uma vez que a aquisição de conhecimento e a atualização contínua em práticas clínicas contribuirão para um atendimento mais eficaz às gestantes, independentemente de seu risco gestacional. É fundamental lembrar que essas pacientes, devido à condição especial da gravidez, requerem uma atenção odontológica minuciosa.

A colaboração entre os campos médico e odontológico é fundamental para uma abordagem integral da saúde da gestante. Essa interação multidisciplinar é benéfica não apenas para os profissionais de saúde, mas, acima de tudo, para as próprias pacientes gestantes.

Sem dúvida, a parceria próxima entre ginecologistas, pediatras e dentistas desempenha um papel crucial na promoção da saúde geral da gestante e da criança. Essa colaboração é essencial para superar o receio dos dentistas em relação aos tratamentos em gestantes e para garantir que os médicos tenham conhecimento dos procedimentos odontológicos durante a gestação. Essa abordagem multidisciplinar visa proporcionar à gestante um cuidado integral que pode prevenir muitos problemas bucais que também afetam a saúde sistêmica da criança, especialmente considerando que as crianças costumam visitar o médico antes de consultar um odontopediatra.

Certamente, as consultas odontológicas durante a gravidez vão além da redução dos efeitos da cárie ou das doenças periodontais. Elas oferecem uma oportunidade valiosa para promover a saúde da gestante e de sua família de maneira abrangente.

REFERÊNCIAS

ALEIXO *et al*. ALTERAÇÕES BUCAIS EM GESTANTES. **Saber Científico (1982-792X)**, v. 1, n. 1, p. 68–80, 2021.

AMADEI, S. U. *et al*. Prescrição medicamentosa no tratamento odontológico de grávidas e lactantes. **RGO.Revista Gaúcha de Odontologia (Online)**, v. 59, p. 31–37, 2023.

ANDRADE, E.D. **Terapêutica medicamentosa em odontologia.** São Paulo: Artes Médicas,1999.

ANDRADE, M. I. de. *et al.* Importância da avaliação odontológica para a saúde bucal da gestante. In: FREITAS, G. B. L. de.. **Saúde da Mulher**: Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde. Irati: Pasteur, 2022. p.58-64.

ARAÚJO, L. P. DE . *et al.* Endodontic treatment during pregnancy: case series and literature review. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 70, p. e20220005, 1 jan. 2022.

BARBOSA, C. P. Uso de anestésicos locais em gestantes [monografia]. Maringá (PR): Centro Universitário de Maringá, 2003.

BERNARDI, C. B.; MASIEIRO, ANELISE VIAPIANA; OLIVEIRA,. Assistência odontológica à gestante: conhecimento e prática de dentistas da rede pública e seu papel na rede cegonha. **Arq. odontol**, p. 1–11, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual técnico: pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde: tratamento em gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Bucal da Gestante.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde bucal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRITO, G. M. de. *et al*. Percepção materna sobre a importância do pré-natal odontológico na estratégia de saúde da família. **Humanidad. med**, p. 386–406, 2022.

BRUNTON, L. L.; LAZO, J. S.; PARKER, K. L. **Goodman & Gilman: As bases farmacológicas da terapêutica.** Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil; 2006.

CANEPPELE, T. M. F. *et al.* Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o atendimento de pacientes especiais: hipertensos, diabéticos e gestantes. **Journal of Biodentistry and Biomaterials**, v. 0, n. 0, 2023.

CASAMASSIMO, P. S. Maternal oral health. **Dental clinics of North America**, v. 45, n. 3, p. 469-478, Jul. 2001.

CHIODO, G. T.; ROSENSTEIN, D. I. Dental treatment during pregnancy: a preventive approach. **Journal of the American Dental Association**, v. 110, n. 3, p. 365–368, 1 mar. 1985.

CONCEIÇÃO, V. S.; MOREIRA, M. B. A. Atuação de cirurgiã-dentista, com ênfase no pré-natal, na atenção primária: relato de experiência. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 199–212, 12 jan. 2023.

CORRÊA, E. M.; ANDRADE, E.D.V. Tratamento odontológico em gestantes. Escolha da solução anestésica local. **Rev ABO Nacional,** 2003; 11(2):107-110.

COSTA, I. C. Atenção odontológica na triangulação médico-dentista-paciente: os (des)caminhos desse cotidiano [Dissertação de Doutorado]. São Paulo: Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Araçatuba, UNESP, 2000.

Definition of Term Pregnancy. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2013/11/definition-of-term-pregnancy>. Acesso em: 8 nov. 2023.

DEGASPERI, J. U.; DIAS, A. J. W.; CERANTO, D. C. **Alterações orais e sistêmicas decorrentes da gestação e a importância do pré-natal médico e odontológico...** Disponível em:<https://www.researchgate.net/publication/349877146_Alteracoes_orais_e_sistemicas_decorrentes_da_gestacao_e_a_importancia_do_pre-

natal_medico_e_odontologico_para_reducao_das_complicacoes_gestacionais>. Acesso em: 8 nov. 2023.

ELIAS, R. C. F.; NOGUEIRA, P. M.; VASCONCELOS, M.; ZINA, L. G. Tratamento odontológico durante a gestação: conhecimentos e percepções de estudantes de Odontologia. **Revista da ABENO**, [S. l.], v. 18, n. 3, p. 114–126, 2018. DOI: 0.30979/rev.abeno.v18i3.553. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/553>. Acesso em: 8 nov. 2023.

FAGUNDES, D. Q.; OLIVEIRA, A. E.; SANTOS NETO, E. T. dos. Assistência odontológica no pré-natal e o baixo peso ao nascer. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, [S. l.], v. 16, n. 2, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/9287>. Acesso em: 8 nov. 2023.

FARIAS, D. M. F. Atendimento odontológico às gestantes [monografia]. Contagem (MG): Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

GALVAN, J. *et al*. Factors related to orientation of search for dental care in high risk pregnancy. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, n. 4, p. 1143–1153, 1 dez. 2021.

GANDHIMADHI, D.; MYTHILI, R. Periodontal infection as a risk factor for preterm low birth weight. **Journal of Indian Society of Periodontology**, v. 14, n. 2, p. 114–114, 1 jan. 2010.

GARCÍA-MARTÍN, J. M.; GONZÁLEZ-DÍAZ, A.; GARCÍA-POLA, M. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de la gestante. **Revista de salud publica**, v. 19, n. 2, p. 145–152, 1 mar. 2017.

Gravidez. ([s.d.]). Ministério da Saúde. Disponível em: < https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/gravidez> Acesso em: 8 nov. 2023.

JUSTINA, V. D.; GONÇALVES, J. S.; DAVID, F. L.; GIACHINI, F. R.; LIMA, V. V. Avaliação de prescrições medicamentosas para gestantes da Amazônia Legal. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v.18, n.4, p.745-754 out-dez., 2018.

Keshava A. *et al*, Periodontitis as a risk factor for preterm low birth weight infants: A clinico-epidemiological evaluation. **Journal of Basic and Clinical Reproductive Sciences**, 2014; vol 3:88-92.

KONZEN, D. J.; MARMITT, L. P.; CESAR, J. A.. Não realização de consulta odontológica entre gestantes no extremo sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 10, p. 3889–3896, out. 2019.

LIVINGSTON, H. M.; DELLINGER, T. M.; HOLDER, R. Considerations in the management of the pregnant patient. **Special Care in Dentistry**, v. 18, n. 5, p. 183–188, 1 set. 1998.

LOSSO, E. M.; RAMALHO, G. M.. Avaliação de prescrição de suplementos de flúor pré-natal em Curitiba e região metropolitana. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, n. 6, p. 391–396, jul. 2001.

LUCISANO, M. P. *et al*. Systemic fluoride supplement during pregnancy – indicate or not indicate? **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, v.9, n.2, p.18-26, 2013.

LYRA *et al*. A importância do tratamento odontológico no pré-natal. **e-Acadêmica**, v. 2, n. 3, p. e172370–e172370, 31 out. 2021.

MACEDO, H. T. A. de; SILVA JÚNIOR, A. J. da; COSTA, A. M. G. Impact of prenatal dental on maternal and children's health: a integrative review. Research, Society and Development, [S. l.], v. 10, n. 15, p. e411101522960, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i15.22960. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22960>. Acesso em: 8 nov. 2023.

MALAMED, S.F. **Manual de anestesia local.** 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 320p.

MARTINELLI, K. G. *et al.* Fatores associados ao cuidado de saúde bucal durante a gravidez. **Arq. odontol**, p. 1–9, 2020.

MARTINS *et al.* Assistência odontológica à gestante: percepção do cirurgião-dentista. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 4, n. 4, p. 11–18, 1 dez. 2013.

MATTOS, B. N. C.; DAVOGLIO, R. S. Saúde bucal: a voz da gestante. **RFO UPF**, v. 20, n. 3, p. 393–399, 2015.

MENDIA J., CUDDY M. A., MOORE P. A. Drug therapy for the pregnant dental patient. **Compendium of continuing education in dentistry (Jamesburg, N.J. : 1995)**, v. 33, n. 8, 2023.

MOREIRA *et al.* Pré-natal odontológico: noções de interesse. **JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care**, v. 6, n. 1, p. 77–85, 16 ago. 2016.

OFFENBACHER S. *et al.* Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. **J Periodontol**, 1996; 67:1103-13.

OLIVEIRA, J. F. M.; GONÇALVES, P. E. Verdades e Mitos sobre o Atendimento Odontológico da Paciente Gestante. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, v. 50, n. 3, p. 165–171, 1 jul. 2009.

OLIVEIRA, A. E. F. de.; HADDAD, A. E. **Saúde Bucal da Gestante: Acompanhamento Integral em Saúde da Gestante e da Puérpera.** São Luís: EDUFMA, 2018. p. 1-117.

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

RODRIGUES, L. G. *et al*. Pré-natal odontológico: assistência às gestantes na rede pública de atenção básica em saúde. **Arq. odontol**, p. 1–10, 2018.

SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. B. S. Atenção odontológica na gravidez: uma revisão. **Rev. Fac. Odontol. UFBA.** Salvador, v. 18, n.6 p. 46-52, jan./jun. 1999.

SILVA C. C. da. *et al*. Acesso e utilização de serviços odontológicos por gestantes: revisão integrativa de literatura. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 827–835, 1 mar. 2020.

SOUZA, G. *et al*. Atenção à saúde bucal de gestantes no brasil: uma revisão integrativa. **Rev. Ciênc. Plur**, p. 124–146, 2021.

SOUZA, L. *et al.* Abordagem Terapêutica e de Condutas para Atendimento Odontológico às Gestantes: Uma Revisão de Literatura / Therapeutic Approach and Dental Management of Pregnants Women: A Literature Review. **ID on line. Revista de psicologia**, 30 out. 2020.

TEIXEIRA *et al*. Saúde bucal na gestação: percepções e práticas da gestante na Estratégia Saúde da Família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 161–177, 14 set. 2022.

VASCONCELOS, A. A. *et al*. Perfil das gestantes em situação de vulnerabilidade acompanhadas pela estratégia Trevo de quatro folhas, Sobral/CE. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 19, n. 3, p. 100–108, 2017.

VASCONCELOS, R. G.; VASCONCELOS, M. G.; MAFRA, R. P. Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 120-4, jan./jun. 2012.