

# ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO ÀS GESTANTES: REVISÃO DA LITERATURA

## DENTAL CARE TO PREGNANT WOMEN: LITERATURE REVIEW

ANA SILVÉRIO MATSUBARA<sup>1\*</sup>, ALINE TIEME WATANABE DEMETRIO<sup>2</sup>

1. Acadêmica do curso de graduação em Odontologia do Centro Universitário Ingá – UNINGÁ - Maringá-PR; 2. Especialista em Odontologia Legal e Professora do curso de Odontologia/ Odontologia Legal e Deontologia do Centro Universitário Ingá – UNINGÁ - Maringá-PR.

\* Rua: Prof. João Candido Ferreira, 425, Centro, Apucarana, Paraná, Brasil. CEP: 86.800-100. [anamatsubara1990@gmail.com](mailto:anamatsubara1990@gmail.com)

Recebido em 20/09/2016. Aceito para publicação em 16/12/2016

### RESUMO

O período gestacional é uma fase que requer uma atenção diferenciada pelas mudanças hormonais, físicas e psicológicas que ocorrem, necessitando de uma atenção odontológica especial, já que o meio bucal passa por desequilíbrios temporários que influenciam tanto mãe quanto concepto. Algumas das alterações que se pode observar, incluem: erosão ácida do esmalte, doenças do periodonto, aumento de cárie dentária e perdas dentárias. Para tanto o profissional cirurgião-dentista, deve ter amplo conhecimento das alterações sistêmicas sobre a saúde das gestantes e promover a instrução sobre a saúde bucal, permitindo um amplo acesso aos serviços odontológicos e minimizando os riscos para a mãe e feto de uma condição bucal deficitária, além de tornar mais segura a relação entre paciente e profissional. Baseado em estudos científicos, qualquer tratamento odontológico pode ser realizado durante a gestação, sendo o segundo trimestre o período de preferência para os tratamentos dentários. Entretanto, para um atendimento seguro e eficaz torna-se necessário limitar a duração do tratamento e minimizar as dosagens de anestésicos e fármacos. Este artigo tem por objetivo revisar a literatura disponível, no período de 2004 a 2015, em bases de dados Lilacs, Scielo, Bireme entre outros, sobre o tratamento odontológico durante o período da gravidez.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gestantes, assistência odontológica, saúde bucal, periodontite, cárie dentária.

### ABSTRACT

The gestation period is a stage that requires special attention by the hormonal, physical and psychological changes that occur and require special dental care, since the oral environment undergoes temporary imbalances that affect both mother and fetus. Some of the changes can be observed include: acid erosion of enamel, periodontal disease, dental caries and tooth loss. Therefore the dentist professional must have extensive knowledge of systemic change on maternal health and promote education on oral health, allowing wide access to dental services and minimizing the risks to mother and fetus of an oral condition deficit, and make safer the relationship between patient and professional. Based on scientific studies, any dental treatment can be performed during pregnancy, the second

quarter the preferred time for dental treatments. However, for a safe and effective service it is necessary to limit the duration of treatment and minimum dosages of anesthetic drugs. This article aims to review the available literature in the period 2004-2015, in lilacs, Scielo, Bireme among others, on the dental treatment during the pregnancy period

**KEYWORDS:** Pregnant women, pregnancy, dental care, oral health, periodontitis.

### 1. INTRODUÇÃO

Segundo a Política Nacional de Ação Integral à Saúde da Mulher em seus princípios e diretrizes, o termo saúde não é limitado pela inexistência de doenças, mas deve ser compreendido como um conjunto de elementos que propiciem o bem-estar físico, mental e social; além do que a saúde deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida<sup>1</sup>. As gestantes constituem pacientes de temporário risco odontológico devido às mudanças psicológicas, físicas e hormonais, que criam condições adversas no meio bucal<sup>2,3,4</sup>.

O atendimento odontológico ainda é um tabu tanto por parte da gestante quanto dos profissionais odontólogos, que tendem a protelar o atendimento, não se sentindo seguros em realizar o atendimento devido à possíveis riscos tanto para a gestante quanto para o feto<sup>4</sup>. Grande parte dos medos e receios não tem suporte científico, porém, afastam a gestante do atendimento odontológico na gestação<sup>5</sup>. Muitas delas não buscam tratamento odontológico, chegando a interrompê-lo ao sabermos que estão grávidas<sup>6</sup>. A falta de conhecimento e acesso as informações inerentes às alterações bucais impedem a procura por tratamento especializado. Estudos científicos apontam que a atenção odontológica durante a gestação é indicada, pois, muitas mulheres apresentam perturbações orais decorrentes das alterações hormonais. Existem fortes evidências da associação entre a doença periodontal e a prematuridade e o baixo peso do bebê ao nascer<sup>6</sup>. Segundo Poletto (2008)<sup>3</sup> apenas 1% das máis formações congênicas estão relacionadas com drogas e exposições químicas durante o período

gestacional. Problemas relacionados com o parto e defeitos ao nascimento são mais comumente causados por nutrição pobre, fumo, consumo de álcool, doenças e predisposição genética<sup>5</sup>. Atualmente muitos profissionais da área odontológica tem procurado disseminar os conhecimentos de que manter uma excelente saúde oral é importante para a mulher que está grávida atualmente ou que está planejando ficar grávida<sup>7</sup>.

Sabe-se que qualquer tratamento odontológico pode ser executado durante o período gestacional, desde que realizado com segurança, limitando sua duração, com as menores dosagens de agentes farmacológicos, radiológicos e influências ambientais<sup>8</sup>. Tratamentos preventivos, emergenciais e procedimentos dentários de rotina são todos adequados durante as várias fases da gravidez, com algumas modificações<sup>9</sup>. Entretanto orienta-se que procedimentos mais invasivos (não emergenciais) devam ser postergados para pós-parto, já que sequelas de tratamento dentário nem sempre são previsíveis. Muitos problemas relacionados à cavidade bucal de gestantes poderiam ser minimizados com cuidados básicos de higiene, sendo essa a época ideal e propícia para criar um novo senso crítico sobre determinados assuntos, como a própria saúde, e assim desenvolver a habilidade para a aquisição de novos hábitos saudáveis, visando o bem-estar da própria gestante e de seu futuro bebê<sup>10</sup>.

Este artigo tem por objetivo revisar a literatura disponível sobre o tratamento odontológico durante o período da gravidez, de modo a possibilitar esclarecimentos para basear as condutas clínicas em evidências científicas.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Este artigo trata-se de uma revisão bibliográfica. Artigos nacionais, com data após o ano 2000, foram selecionados tendo como base os bancos de dados Pubmed e Google Acadêmico, usando-se as palavras-chave: gestantes, assistência odontológica, saúde bucal, periodontite. Os mesmos foram agrupados por assunto e utilizados na elaboração da revisão de literatura. Ao término do levantamento bibliográfico, foram utilizados 26 artigos, selecionados conforme o ano de publicação, qualidade e relevância com o tema proposto.

## 3. DESENVOLVIMENTO

### Atenção odontológica à gestante

O período gestacional merece uma atenção odontológica diferenciada, com uma abordagem especial, podendo realizar o atendimento em qualquer época e frente a qualquer necessidade da gestante; em especial no segundo trimestre<sup>11</sup>. Autores concordam com a necessidade de um programa de atenção odontológica voltado às gestantes considerando ser um grupo estratégico em ra-

ção do papel que as mães possuem na promoção de uma melhor saúde bucal para seus filhos. Para prestar uma atenção de qualidade, voltada à saúde bucal, é importante a integração entre os profissionais de saúde e equipe multidisciplinar<sup>12,13</sup>. Para se introduzir bons hábitos e conquistar uma saúde bucal desde o início da vida, fazem-se necessárias ações educativas e preventivas com as gestantes e ir além do acompanhamento da gestação, contribuindo para o conhecimento da futura mãe e aprimorando a sua evolução odontológica<sup>2,13</sup>. Realizar uma anamnese detalhada, ter uma boa comunicação com o médico da gestante, avaliar o estado de saúde geral da mesma são passos decisivos previamente a qualquer procedimento odontológico<sup>3</sup>.

Vários trabalhos defendem o tratamento odontológico para essa parcela populacional, entretanto é grande a resistência em torno do atendimento, tanto pelas próprias gestantes, quanto por parte dos cirurgiões-dentistas. Padrões comportamentais dessa natureza advêm de traços culturais repassados através de gerações, por isso, apresentam-se como pontos sensíveis e merecedores de tratamento cuidadoso<sup>12,10</sup>. O medo mais comum é do efeito do anestésico em relação ao bebê, devido esse receio a gestante prefere postergar o atendimento para depois da gravidez. Para facilitar o atendimento deve priorizar consultas curtas, evitar prolongadas posições supinas, instrução de higiene bucal e dieta, uso racional de radiografias e agentes farmacológicos<sup>14</sup>. Cabe ao profissional ser responsável pelo atendimento eficaz e seguro à gestante e ao feto, 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<sup>1</sup>.

### Alterações sistêmicas e bucais no organismo da gestante

As mudanças fisiológicas que ocorrem durante a gravidez incluem transformações sistêmicas e orais, inclusive sobre a cavidade e fisiologia bucais. Dentre as alterações observa-se: aumento da salivagem, náuseas e enjoos, alterações sobre o periodonto, excesso de peso, hipotensão postural, aumento da urina, restrição da função respiratória, potencial de hipoglicemia, hipertensão, diminuição ou aumento dos batimentos cardíacos e desmaios<sup>8</sup>. Essas alterações estão relacionadas a um desequilíbrio na atividade metabólica decorrentes das taxas hormonais (aumento nos níveis de estrógeno e progesterona), normalmente desconhecidas pela Equipe de Saúde Bucal<sup>11</sup>. Já as alterações bucais observadas acidificam o meio bucal, aumentando o número de bactérias circulantes<sup>15,16,17</sup>. Pode ocorrer uma maior atividade de cárie e alteração no periodonto nos casos em que houver alteração na dieta e acúmulo de placa bacteriana, ocasionadas por negligência da higiene bucal<sup>18</sup>. Os procedimentos normalmente realizados nessa fase incluem profilaxia,

aplicação de flúor e remoção de irritações locais que possam estar agredindo a gengiva, até o aconselhamento preventivo para a saúde bucal da mãe e do bebê<sup>6</sup>.

As principais alterações geralmente associadas à gravidez são: a gengivite gravídica, o tumor gravídico e a cárie dentária<sup>19,20</sup>. A gengivite gravídica é caracterizada por uma resposta inflamatória exacerbada (P intermédia) à presença de mínima quantidade de placa, em virtude da elevação dos níveis hormonais. Geralmente começa no segundo mês de gestação e só se desenvolverá se não houver controle de placa adequado<sup>19</sup>. A gengiva passa a apresentar uma coloração avermelhada, edemaciada e com sangramento ao simples toque ou durante a escovação. A margem da gengiva com a estrutura dental torna-se eritematosa e sangra frequentemente durante a escovação e mastigação, podendo ocorrer em 50 a 100% das pacientes gestantes. Cuidados simples como uma boa higiene bucal com escova e fio/fita dental, ou profilaxia profissional mensal ou trimestral, minimizam o quadro, sendo a qualidade desta limpeza mais importante do que a frequência<sup>12,10,19</sup>.

O tumor gravídico é uma lesão benigna, própria da gestação, surgindo na gengiva entre os dentes anteriores da maxila durante o segundo trimestre de gestação (entre o terceiro e oitavo mês). Clinicamente apresenta-se como uma lesão de forma nodular, séssil ou pediculado, que não ultrapassa 2 cm de tamanho, de coloração vermelho vivo, indolor, sangrante ao toque<sup>6</sup>. Sua etiologia está ligada a estímulos locais, como excesso de restaurações, impactione alimentar e acúmulo de placa. A remoção cirúrgica só é indicada em casos onde houver interferência na mastigação ou na execução da higiene bucal e em situações de ulceração; caso contrário, os irritantes locais devem ser removidos e o tumor preservado até o pós-parto, quando normalmente ocorre sua redução espontânea<sup>6</sup>.

A cárie dentária na gestação está relacionada com mudanças de hábitos de dieta, higiene bucal e presença de placa bacteriana. Se houver um controle efetivo dessa película de bactérias que gruda nos dentes, não haverá cáries<sup>12,10</sup>. Acreditava-se que ocorreria uma descalcificação dos dentes da mulher durante a gravidez para oferecer minerais no crescimento do feto, essa afirmação não tem suporte científico; o feto se forma à custa do cálcio ósseo e não do cálcio dentário<sup>5</sup>.

Outra alteração dentária é a erosão dentária, ou seja, ocorre a perda de estrutura dentária superficial devido à ação química de ácidos vindos do estômago, sem envolvimento de microrganismos<sup>19</sup>. Pode ocorrer devido às regurgitações que ocorrem, durante a gestação, principalmente no primeiro trimestre e no período da manhã, sendo diagnosticado com a observação da superfície lingual dos dentes anteriores<sup>19</sup>. A maioria das alterações bucais em gestantes é passível de prevenção, visto que a instalação de doenças periodontais pode ter implicações

na saúde do futuro bebê, devido à sua relação com a ocorrência de partos prematuros e bebês de baixo peso ao nascimento<sup>19</sup>.

### Medicação X Gestação

O período embrionário, compreendido da quarta à oitava semana, é considerado o de maior risco para os agentes teratogênicos, visto que se trata do período da organogênese, momento esse em que estão se formando os primórdios dos principais órgãos e sistemas, durante o primeiro trimestre da gestação. A terapêutica medicamentosa visa evitar os efeitos teratogênicos dos fármacos de atravessar a barreira placentária<sup>4</sup>. A gravidez induz a uma série de alterações orgânicas capazes de influenciar a cinética e a dinâmica dos fármacos<sup>11</sup>. O ideal é que nenhum medicamento fosse prescrito durante a gravidez, e mesmo quando indicados, devem ser utilizados somente nos casos de real necessidade. Felizmente, a maioria das drogas habitualmente utilizadas em Odontologia não tem contraindicações durante a gravidez, porém a terapia medicamentosa deve sempre que possível ser evitada<sup>3</sup>. Segundo Poletto<sup>3</sup> os efeitos prejudiciais dos medicamentos sobre o feto estão relacionados à época gestacional, dosagem, intensidade e duração, apresentando ao feto um risco maior durante os três primeiros meses de gestação.

Nos casos em que a mulher grávida tem dor oral, doença avançada ou infecção, o tratamento não deve ser retardado já que as consequências de não tratar uma atividade infecciosa durante a gravidez excedem o possível risco apresentado pela droga ou tratamento dentário.

A fim de determinar os riscos associados ao uso de drogas durante a gravidez, a FDA (*Food and Drug Administration*) classificou os medicamentos em cinco categorias de riscos<sup>4</sup>:

A) estudos controlados em humanos não indicam riscos aparentes para o feto;

B) estudos em animais não indicam risco para o feto, mas ainda sem estudos confiáveis com mulheres grávidas;

C) estudos em animais mostraram efeitos adversos para o feto, mas não existem estudos em humanos;

D) evidências positivas de risco fetal humano, mas cujos benefícios podem justificar o uso;

X) Evidências positivas de anormalidades fetais, com contraindicações tanto em mulheres grávidas quanto nas que querem engravidar, pois os riscos superam os benefícios<sup>4</sup>.

Baseados nesta classificação, os fármacos inclusos nas categorias A e B podem ser seguramente prescritos à gestante, devendo aqueles das categorias C e D serem prescritos apenas em casos estritamente necessários. Os fármacos classificados na categoria X, por sua vez, não devem ser utilizados em nenhuma hipótese. Informando assim a paciente sobre a melhor terapêutica a ser adotada

pelo cirurgião dentista<sup>4</sup>.

Um fator importante a ser ressaltado é a auto-medicação durante a gestação, sendo um evento frequente, pois o consumo de fármacos tem por motivos o tratamento de manifestações clínicas inerentes à própria gravidez (náuseas, vômito, pirose e refluxo gastroesofágico), infecções, dores, inchaços, hipertensão e diabetes, além de doenças crônicas, pré-existentes ao período gestacional<sup>21</sup>.

### **Anestésicos Locais X Gestação**

Os anestésicos locais apresentam plena segurança de uso durante todo o período de gestação, não havendo contra-indicações do seu uso, entretanto deve-se observar aspectos relacionados à: técnica anestésica; quantidade da droga administrada; uso de vasoconstritores; efeitos citotóxicos e possibilidade de problemas no feto<sup>3</sup>. A maioria é classificada pela FDA na categoria B, com exceção da mepivacaína e bupivacaína (categoria C)<sup>4</sup>. Embora tenham a capacidade de atravessar a barreira placentária, não estão relacionados a efeitos teratogênicos<sup>22</sup>.

A solução anestésica mais empregada é a lidocaína a 2% com epinefrina na concentração de 1:100.000, devendo-se utilizar no máximo dois tubetes (3,6 ml) por sessão de atendimento<sup>20</sup>. Não devem ser administrados a benzocaína (presente em anestésicos tópicos) e a prilocaína, uma vez que estes fármacos diminuem a circulação placentária e apresentam o risco de metemoglobinemia e hipóxia fetal<sup>4</sup>. O uso de vasoconstritores (adrenalina) na solução anestésica é rapidamente biotransformada, não sendo seus efeitos cumulativos, tendo como vantagens o aumento da concentração local dos anestésicos (reduzindo a toxicidade sistêmica), a ação hemostática e o prolongamento do seu efeito farmacológico<sup>20,22</sup>.

Na administração dos anestésicos locais, deve-se adotar como cuidado a injeção lenta da solução com aspiração prévia, para evitar injeção intravascular<sup>22</sup>.

### **Analgésicos, Anti-inflamatórios e Antibióticos X Gestação**

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)<sup>4</sup>. 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<sup>23</sup>.

No caso da necessidade de tratamento endodôntico ou cirúrgico emergencial, pode-se empregar corticóide

(betametasona ou dexametasona) em dose única de 4 mg. Os corticosteroides, classificados na categoria C da FDA, são considerados mais seguros que os AINES para o tratamento de lesões inflamatórias orais, quando administrados topicamente<sup>20</sup>.

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 medidor da febre, em qualquer estágio da gestação. Sendo assim, é o analgésico mais indicado para pacientes grávidas, entre os disponíveis no mercado<sup>4</sup>.

Os antibióticos de primeira escolha durante a gestação são as penicilinas. São utilizados na prevenção e no tratamento de infecções maternas e intrauterinas, portanto, atóxicas aos organismos materno e fetal em qualquer período gestacional. 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 contra-indicado o uso das tetraciclina (categoria D), uma vez que estes antibióticos atravessam com facilidade a membrana placentária<sup>23,4</sup>.

### **Fluorterapia X Gestação**

O flúor atua na prevenção da cárie dentária, porém suplementos fluoretados não são necessários para pacientes que bebem água encanada com flúor. Embora flúor tópico não seja contra-indicado na gravidez, seu efeito será sobre os dentes da mãe, e não sobre os dentes do bebê em formação<sup>3</sup>. A suplementação pré-natal é contra-indicada principalmente por meio de complexos vitamínicos que contêm cálcio.

Este reage com o flúor, diminuindo a absorção em 50% dos dois elementos. A diminuição da absorção de flúor não traz nenhuma consequência séria, mas a de cálcio sim, pois este é um elemento extremamente importante para a gestante e para o bebê. Diante disso organizações internacionais como a *American Dental Association* (ADA) e a *Food and Drug Administration* (FDA) defendem a proibição do emprego do flúor em medicamentos no pré-natal<sup>24</sup>. Esse mesmo autor demonstrou que se deve optar pelo flúor pós-eruptivo, em aplicações tópicas ou bochechos pois este participa do processo de mineralização da unidade dentária desmineralizada, aumentando a quantidade de fluorapatita na superfície do esmalte, e não sobre o dente em formação<sup>5</sup>.

### **Exames Radiográficos x Gestação**

É de geral consenso que a utilização de radiografias deve ser evitada no primeiro trimestre de gestação, visto que a organogênese é um momento crítico<sup>4</sup>. 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<sup>11</sup>. A quantia de radiação que o feto recebe é minúscula<sup>25</sup>. 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<sup>3</sup>. A quantia de radiação usada nas radiografias dentárias é bem abaixo da dose limiar.

#### 4. DISCUSSÃO

O objetivo primordial na área odontológica é atuar precocemente e preventivamente durante o período pré-natal, visando à promoção da saúde bucal e prevenção de doenças relacionadas à cavidade bucal<sup>16</sup>. Para Ebrahim<sup>9</sup> a prevenção do controle da placa faz-se através de apropriadas técnicas de higiene bucal.

Estudos demonstram uma relação entre infecções periodontais e o fator de risco para o parto prematuro e/ou baixo peso do bebê ao nascer<sup>6,26</sup>. Oliveira (2010)<sup>6</sup> e Bastiani (2010)<sup>26</sup> concluíram que 48,75% das gestantes achavam que era normal apresentar cárie dentária durante o período gestacional. Assim como Vasconcelos *et al.*<sup>4</sup> concluíram em seus estudos que 100% dos dentistas tinham algum tipo de dúvida sobre o atendimento às gestantes.

O tratamento odontológico pode ser realizado durante todo o período gestacional (com maior ênfase ao segundo trimestre). Alguns procedimentos como a avaliação da condição bucal da gestante, sua classificação de risco quanto às doenças bucais (doença periodontal, cárie e lesões de tecidos moles) bem como a realização de tratamento restaurador atraumático, raspagem e alisamento supra e subgingivais, deverão ser realizados imediatamente, e posteriormente, restaurações convencionais e procedimentos definitivos<sup>25</sup>.

Oliveira<sup>6</sup> referiu-se aos mitos de que no período da gestação, existem restrições ao tratamento odontológico, tanto gestantes, como os próprios odontólogos, não sabem quais tipos de intervenções são possíveis nesse período. As gestantes inseguras atribuem às exodontias o risco de hemorragias que podem prejudicar o bebê.

Na opinião de Piccirillo<sup>8</sup> essa crença de que o tratamento odontológico prejudica o feto está bastante consolidada e tem sua origem, possivelmente, na própria concepção do profissional. Há, portanto que se modificar esse pensamento, por meio da inserção de maiores informações sobre o assunto nos currículos de graduação e nos veículos de comunicação profissional, a fim de se alcançar uma ampla cobertura, desmistificando-se a crença e promovendo-se o aprendizado.

O papel do cirurgião dentista é de extrema importância no que concerne ao tratamento curativo, avaliando riscos à saúde bucal, hábitos orais inadequados e doen-

ças bucais, reforçando conceitos sobre a importância do aleitamento materno e uma alimentação saudável, efetivando sua participação no pré-natal multiprofissional<sup>5</sup>.

Verifica-se a necessidade da inserção do cirurgião-dentista na equipe pré-natal, para fornecer informações básicas na área de odontologia, agindo como uma equipe multidisciplinar de atendimento às gestantes através da utilização de métodos educativos e preventivos<sup>15</sup>. A promoção em saúde bucal no pré-natal deve ser considerada como parte da saúde integral da gestante e do bebê, minimizando a transmissão de micro-organismos bucais patogênicos, visando à transformação da gestante em agente educador, e uma atenção precoce à saúde das futuras gerações<sup>5</sup>.

#### 5. CONCLUSÃO

Conclui-se a partir da revisão literária, que a gestação é um período importante que requer cuidado conjunto de uma equipe multidisciplinar, visando englobar a saúde geral da paciente. O atendimento odontológico quando seguro, realizado com toda cautela (anamnese completa, prescrição medicamentosa, exames radiográficos) pode vir a ser realizado não somente no segundo trimestre, mas como em qualquer período gestacional, já que nenhuma necessidade deve ser negligenciada. Torna-se importante incentivar a parturiente a procurar por cuidados odontológicos no mínimo, uma vez no trimestre durante a gravidez, de modo a prevenir complicações futuras. Somado a isso, verifica-se a necessidade de educação em saúde bucal (ações educativas e preventivas) com mulheres gestantes para desmistificar crenças populares, possibilitando a inserção de novos hábitos que culminarão na promoção de saúde bucal da mulher e de seus futuros filhos.

#### REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Política Nacional de Ação Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- [2] Marina C, Maçaneiro AR, Bottanc ER, Vavassorid F. Percepção do atendimento odontológico: comparações entre grupos de gestantes adultas e adolescentes. Rev. de Atenção à Saúde, 2015; 13(46):65-71.
- [3] Poletto VC, Stona P, Weber JBB. Atendimento odontológico em gestantes: uma revisão de literatura. Stomatos, 2008; 14(26):64-75.
- [4] Vasconcelos RG, Vasconcelos MG, Mafra RP, Alves Júnior LC, Queiroz LMG, Barboza CAG. Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. Rev. bras. Odontol, 2012; 69(1):120-4.
- [5] Costa ICC, Saliba O, Moreira ASP. Atenção odontológica à gestante na concepção médico-dentista-paciente: representações sociais dessa interação. RPG Revista de Pós Grad. 2002; 9:232-243.
- [6] Oliveira EC, Lopes JMO, Santos PCF, Magalhães, SR. Atendimento odontológico a gestantes: a importância do

- conhecimento da saúde bucal. Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações. 2014; 4(1):11-23.
- [7] Camargo MC, Sakashita MS, Ferlin CR, Oliveira DTN, Bigliuzzi R, Bertoz FA. Atendimento e protocolo indicados na odontologia à gestante: revisão da literatura. Revista Odontológica de Araçatuba, 2014; 35(2):55-60.
- [8] Piccirillo NP. Atendimento odontológico da gestante: fundamentos e possibilidades. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.
- [9] Ebrahim ZF, Oliveira MCQ, Peres MPSM, Franco JB. Tratamento odontológico em gestantes. Science in Health. 2014; 5(1):32-44.
- [10] Moura LFD. *et al.* Apresentação do programa preventivo para gestantes e bebês. J. Bras Periodontia. 2001; 4(7):10-14.
- [11] Silva FWGP, Stuaní AS, Queiroz AM. Atendimento odontológico à gestante. Parte 2: Cuidados durante a consulta. Rev. Fac. Odontol. P Alegre, 2006; 47(3):5-9
- [12] Moreira PV, Chaves AMB, Nóbrega MSG. Uma atuação multidisciplinar relacionada à promoção de saúde oral materno-infantil. Pesq. Bras. Clin. Integr 2004; 4(3):259-264.
- [13] Pittner M, Bonassina M, Pittner E. Educação para a saúde bucal infantil: da gestação à idade pré-escolar. Uningá Review 2016; 27(2):22-29.
- [14] Silva FWGP, Stuaní AS, Queiroz AM. Atendimento odontológico à gestante: cuidados durante a consulta. Rev. Fac. Odontol., 2006; 47(3):5-9.
- [15] Sartorio ML, Machado WAS. A doença periodontal na gravidez. Rev. Bras. Odontol. 2001; 58(5):306-8.
- [16] Medeiros UV, Zevallos EFP, Rosângela K. Promoção da saúde bucal da gestante: garantia de sucesso no futuro. Rev. Cient. do CRO-RJ 2000; 2:47-57.
- [17] Rodrigues EMGO. Promoção da saúde bucal na gestação: revisão da literatura. [Dissertação]- Juiz de Fora: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2002.
- [18] Martins VFA. Importância da odontologia para gestantes. Jornal APCD. 2004; 8-9.
- [19] Rios D, Honório HM, Santos CF, Machado MAAM. Atendimento odontológico para gestantes. Rev ABO Nac 2006; 14(5):285-9.
- [20] Andrade ED. Terapêutica medicamentosa em Odontologia. São Paulo: Artes Médicas. 2001; 54-62.
- [21] Baraldo HM, Hayakawa LY. Automedicação entre gestantes assistidas em serviço público de saúde no município de floresta, Paraná. UNINGÁ Review 2016; 25(3):31-35.
- [22] Paiva LCA. Anestésicos locais em Odontologia: uma revisão de literatura. Ponta Grossa: UEPG, Ci. Biol. Saúde 2005; 11(2):35-42.
- [23] Amadei SU, Carmo ED, Pereira AC, Silveira VAS, Rocha RF. Prescrição medicamentosa no tratamento odontológico de grávidas e lactantes. Rev. Gauch. Odontol 2011; 59: 31-7.
- [24] Caneppele TMF, Yamamoto, EC, Sousa, AC. Conhecimento do cirurgião-dentista sobre o atendimento a pacientes especiais: hipertensos diabéticos e gestantes. Rev. Odontologia, 2011; 1:31-41.
- [25] Nascimento EP, Andrade FS, Costa AMDD, Terra FS. Gestantes frente ao tratamento odontológico. Rev. Bras. Odontol 2012; 69(1).
- [26] Bastiane C, Cota ALD, Provenzano MGA. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. [Acesso 30 ago. 2016]. Odontol. Clín.-Cient 2010; 9(2):155-160. Disponível em: [www.cro-pe.org.br](http://www.cro-pe.org.br).