



A Importância da Odontologia no Cuidado da Gestante: Revisão de Literatura

Clebia Gonçalves Santos¹; Daniela Porto da Cunha Pereira²

Resumo: A literatura considera as gestantes um grupo estratégico para o estabelecimento de hábitos mais saudáveis. Porém, a taxa de mulheres grávidas que frequenta o Dentista é menor que aquelas não gestantes. Diante deste quadro, o objetivo do presente estudo é revisar a literatura acerca da importância da Odontologia na saúde das gestantes. A pesquisa bibliográfica foi feita utilizando a ferramenta de busca Google Acadêmico e as bases de dados eletrônicas Pubmed, Cochrane Library e Scielo. Diante do exposto, foi possível observar que o Cirurgião-Dentista tem um papel de grande importância na gravidez, de forma que este profissional é capaz de favorecer uma boa gravidez, evitando com a sua atuação a disseminação sistêmica de patógenos e facilitando a promoção de saúde oral no bebê em formação, devido à conscientização e cuidado da sua mãe.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal; Educação pré-natal; Gestantes; Gravidez; Saúde Bucal.

The Importance of Dentistry in the Care of Pregnant Women: Literature Review

Abstract: The literature considers pregnant women a strategic group for the establishment of healthier habits. However, the rate of pregnant women attending the Dentist is lower than those who are not pregnant. Given this situation, the objective of the present study is to review the literature about the importance of Dentistry in the health of pregnant women. The bibliographic search was performed using the Google Scholar search tool and the electronic databases Pubmed, Cochrane Library and Scielo. Given the above, it was possible to observe that the Dental Surgeon has a very important role in pregnancy, so that this professional is able to favor a good pregnancy, avoiding with his performance the systemic spread of pathogens and facilitating health promotion oral in the baby in training, due to the awareness and care of his mother.

Keywords: Prenatal Care; Prenatal education; Pregnant women; Pregnancy; Oral Health.

Introdução

A gravidez é um estado fisiológico único que afeta quase todos os órgãos devido às mudanças hormonais que ocorrem neste período de vida. Essas alterações geralmente são reversíveis após o parto, embora possam ocorrer efeitos adversos resultantes das mesmas.

¹ Graduanda em Odontologia, Faculdade Independente do Nordeste/FAINOR. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.

² Especialista em Prótese Dentária, Faculdade Independente do Nordeste/FAINOR. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. danielaporto_vcba@hotmail.com

Neste sentido, a saúde oral é um dos campos que podem ser afetados com a gravidez, devendo esta interação ser explorada cientificamente (SURI et al., 2017).

A literatura considera as gestantes um grupo estratégico da população para a aplicação de programas educacionais, reconhecendo a gravidez como uma fase favorável para o estabelecimento de hábitos mais saudáveis para as gestantes e seus filhos (VILELLA et al., 2016). A saúde bucal da gestante tem sido apontada como um grande desafio da saúde, de forma que a mesma é estudada devido às possíveis interações sistêmicas e orais que podem afetar a gestante ou a criança em questão (LOPES et al., 2016).

O Ministério da Saúde, diante da necessidade de orientar as gestantes quanto ao cuidado odontológico, estimula que as mesmas realizem a manutenção de sua saúde oral junto ao Cirurgião-Dentista, favorecendo a assistência pré-natal odontológica. Assim, as consultas odontológicas devem ser incentivadas durante a gravidez, e não negligenciadas ou interrompidas (LOPES et al., 2016).

No entanto, não é isto que ocorre, pois a literatura demonstra que a taxa de mulheres grávidas que frequentam o consultório odontológico é menor que aquelas não gestantes, e mesmo quando as gestantes percebem a necessidade de ir ao Cirurgião-Dentista, ainda apresentam relutância em se submeter ao tratamento odontológico (LOPES et al., 2016).

A gravidez causa alterações hormonais que podem levar ao risco exacerbado de desenvolver doenças bucais. Nesse período, a condição oral materna tem sido associada a complicações da gravidez, como pré-eclâmpsia, parto prematuro e baixo peso ao nascer (SOUSA et al., 2016).

O tratamento odontológico das gestantes ainda é cercado por mitos, crenças e atributos negativos, fazendo com que as mesmas não procurem atendimento nesse período. Os principais motivos relatados para este acontecimento são a incerteza quanto ao tratamento durante a gravidez, os riscos relacionados à formação do feto e a baixa percepção das necessidades de tratamento, bem como a falta de acessibilidade que pode ocorrer na busca por este tratamento. Além disso, também são relatadas preocupações quanto ao medo do Cirurgião-Dentista. Todos esses são aspectos contributivos que dificultam a busca por tratamento odontológico (SOUSA et al., 2016; KIRKA, 2018).

Considerando a importância da saúde oral das gestantes, bem como a influência que a mesma pode ter sobre os seus respectivos filhos, faz-se necessária uma avaliação da influência da Odontologia nesta população, visando entender os benefícios da atuação do Cirurgião-Dentista em gestantes.

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi revisar a literatura acerca da importância da Odontologia na saúde das gestantes.

Material e Métodos

A pesquisa bibliográfica foi realizada *online*, utilizando a ferramenta de busca Google Acadêmico e as bases de dados eletrônicas Pubmed, Cochrane Library e Scielo, abordando estudos publicados dos anos 2010 a 2019. Foram realizadas buscas com as seguintes palavras-chave: “gravidez; grávida; saúde oral; odontologia; *pregnant; pregnancy; oral health; dentistry*”. Foram incluídos 29 artigos com base na leitura dos seus títulos e resumos e publicados em inglês e português, levando em conta aqueles que avaliaram questões sobre saúde oral em relação às gestantes.

Tabela 1 – Artigos utilizados nesta Revisão.

Autor(es)	Título/Periódico	Ano
AMIN, Maryam; ELSALHY, Mohamed.	Factors affecting utilization of dental services during pregnancy. Journal of periodontology , v. 85, n. 12, p. 1712-1721, 2014.	2014
BAMANIKAR, Sunita; KEE, Liew Kok.	Knowledge, attitude and practice of oral and dental healthcare in pregnant women. Oman medical journal , v. 28, n. 4, p. 288-291.	2013
BOUTIGNY, Herve et al.	Oral infections and pregnancy: Knowledge of gynecologists/obstetricians, midwives and dentists. Oral health & preventive dentistry , v. 14, n. 1, p. 41-47.	2016
DRAGAN, Irina F. et al.	Dental care as a safe and essential part of a healthy pregnancy. Compendium , v. 39, n. 2, p. 86-92, 2018. FERREIRA, A. et al. The Importance of Oral Health during Pregnancy and Among the Newborn. Matern Pediatr Nutr , v. 4, n. 1, p. 1-2.	2018
FONSECA-GONÇALVES, Andréa.	Dentistry for pregnant women is the next step. Revista Científica do CRO-RJ (Rio de Janeiro Dental Journal) , v. 3, n. 2, p. 1-1, 2018.	2018
HARTNETT, Erin et al.	Oral health in pregnancy. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing , v. 45, n. 4, p. 565-573.	2016
HASHIM, Raghad; AKBAR, Madiha.	Gynecologists' knowledge and attitudes regarding oral health and periodontal disease leading to adverse pregnancy outcomes. Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry , v. 4, n. supl. 3, p. S166-S172.	2014
HEMALATHA, V. T. et al.	Dental considerations in pregnancy-a critical review on the oral care. Journal of clinical and diagnostic research , v. 7, n. 5, p. 948-953, 2013.	2013
KANOTRA, Shikha; SHOLAPURKAR, Amar A.; PAI, Keerthilatha M.	Dental considerations in pregnancy. Archives of Oral Research , v. 6, n. 2, p. 161-165.	2010
KASHETTY, Meena et al.	Oral hygiene status, gingival status, periodontal status, and treatment needs among pregnant and nonpregnant women: A comparative study. Journal of Indian Society of Periodontology , v. 22, n. 2, p. 164-170, 2018.	2018
KIRCA, Nurcan.	The importance of oral-Dental health in pregnancy. Advances in Dentistry & Oral Health , v. 7, n.2, p. 1-3.	2018
KLOETZEL, Megan K.; HUEBNER, Colleen E.; MILGROM, Peter.	Referrals for dental care during pregnancy. The Journal of Midwifery & Women's Health , v. 56, n. 2, p. 110-117.	2011
KOMINE-AIZAWA, Shihoko; AIZAWA,	periodontal diseases and adverse pregnancy outcomes. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research , v. 45, n. 1, p. 5-12.	2019

Sohichi; HAYAKAWA, Satoshi.		
KURIEN, Sophia et al.	Management of pregnant patient in dentistry. Journal of international oral health: JIOH , v. 5, n. 1, p. 88-97, 2013.	2013
LOPES, Fernanda Ferreira et al.	Conhecimentos e práticas de saúde bucal de gestantes usuárias dos serviços de saúde em São Luís, Maranhão, 2007-2008. Epidemiologia e Serviços de Saúde , v. 25, p. 819-826, 2016.	2016
LÓPEZ, Begonya Chaveli; PÉREZ, María Gracia Sarrión; SORIANO, Yolanda Jiménez.	Dental considerations in pregnancy and menopause. Journal of Clinical and Experimental Dentistry , v.3 n.2, p. e135-e144, 2011.	2011
MARLA, Vinay et al.	The Importance of Oral Health during Pregnancy: A review. MedicalExpress , v. 5, p. 1-6, 2018.	2018
MÉNDEZ-MONGE, Joel A. et al.	The importance of pH, salivary flow and different dental caries risk factors in pregnant women. Journal of Dentistry and Oral Hygiene , v. 10, n. 3, p. 18-22, 2018.	2018
MONTEIRO, Maria de Fátima Vasques et al.	Access to public health services and integral care for women during the puerperal gravid period period in Ceará, Brazil. BMC health services research , v. 19, n. 1, p. 851-858, 2019.	2019
NASEEM, Mustafa et al.	Oral health challenges in pregnant women: Recommendations for dental care professionals. The Saudi Journal for Dental Research , v. 7, n. 2, p. 138-146, 2016.	2016
POMINI, Marcos Cezar et al.	The Profile Of High-Risk Pregnant Women In Prenatal Dental Care At A Teaching Hospital In Brazil. International Journal of Development Research , v. 8, n. 09, p. 22738-22743, 2018.	2018
RIGO, Lilian; DALAZEN, Jaqueline; GARBIN, Raíssa Rigo.	Impacto da orientação odontológica para mães durante a gestação em relação à saúde bucal dos filhos. Einstein (Sao Paulo) , v. 14, n. 2, p. 219-225, 2016.	2016
SILVA, Helbert Eustáquio Cardoso da et al.	Effect of intra-pregnancy nonsurgical periodontal therapy on inflammatory biomarkers and adverse pregnancy outcomes: a systematic review with meta-analysis. Systematic reviews , v. 6, n. 1, p. 197-208.	2017
SOUSA, Luciana Luz Araújo de et al.	Pregnant women's oral health: knowledge, practices and their relationship with periodontal disease. RGO-Revista Gaúcha de Odontologia , v. 64, n. 2, p. 154-163.	2016
STEINBERG, Barbara J. et al.	Oral health and dental care during pregnancy. Dental Clinics , v. 57, n. 2, p. 195-210, 2013.	2013
SURI, Varun; SINGLA, Rimpi; SURI, Vanita.	Oral health care in pregnancy: A review. Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research , v. 5, n. 5, p. 9-15.	2017
VILELLA, Karina Duarte et al.	The association of oral health literacy and oral health knowledge with social determinants in pregnant brazilian women. Journal of community health , v. 41, n. 5, p. 1027-1032, 2016.	2016
YENEN, Zeynep; ATAÇAĞ, Tijen.	Oral care in pregnancy. Journal of the Turkish German Gynecological Association , v. 20, n. 4, p. 264-268.	2019

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

Dos artigos selecionados, 1 foi de 2010; 2 de 2011; 4 de 2013; 2 de 2014; 7 de 2016; 2 de 2017; 2 de 2018 e 3 de 2019. Não houve artigos de 2012 ou 2015.

Revisão de Literatura

De acordo com o tema pesquisado, serão discutidas as alterações fisiológicas relevantes para o contexto odontológico, bem como as formas de atuação do Cirurgião-Dentista em gestantes.

Fisiologia da gravidez

A gravidez causa muitas mudanças na fisiologia da paciente. Neste contexto, ocorrem alterações nos sistemas cardiovascular, hematológico, respiratório, gastrointestinal, geniturinário, endócrino e orofacial. As mudanças que ocorrem são o resultado do aumento das exigências maternas e fetais para o crescimento do feto e o preparo da mãe para o parto. O aumento da secreção hormonal e o crescimento fetal induzem diversas alterações fisiológicas e físicas sistêmicas e locais em uma mulher grávida. Estas alterações ocorrem em diferentes partes do corpo, incluindo a cavidade oral, e podem representar vários desafios na prestação de atendimento odontológico à paciente grávida (KURIEN et al., 2013).

De acordo com este conhecimento, o estudo de Dragan et al. (2018) listou as relações entre os diversos sistemas fisiológicos e o atendimento odontológico, conforme pode ser observado no quadro 1:

Quadro 1: influência das condições sistêmicas no tratamento odontológico.

Sistema	Alterações observadas	Importância para o atendimento odontológico
Cardiovascular	Volume sanguíneo, a frequência cardíaca e o débito cardíaco aumentam. No segundo e terceiro trimestres, a síndrome de hipotensão supina pode ocorrer devido ao peso do feto e do útero que comprimem a veia cava inferior.	Deve haver o monitoramento da pressão arterial nestas pacientes. No segundo e terceiro semestres, deve-se inclinar as pacientes para aliviar a pressão na veia cava inferior.
Sistema respiratório	A hiperventilação, dispnéia e hipóxia.	esses efeitos podem ser exacerbados quando em decúbito dorsal.
Sistema gastrointestinal	Náuseas, refluxo gastroesofágico, sintomas de azia e vômitos.	O refluxo e o vômito aumentam o risco de erosão ácida. Para pacientes com enjôos matinais e náusea, pode ser útil permitir alguma flexibilidade no agendamento de consultas dentárias.
Sistema endócrino	Muitas alterações ocorrem com aumentos significativos de progesterona e estrogênios. Por exemplo, a sensibilidade à insulina pode diminuir, aumentando o risco de diabetes gestacional.	Os desejos alimentares e o aumento da ingestão podem ter origem hormonal e podem aumentar o risco de cárie e erosão ácida. O estrogênio elevado pode levar à permeabilidade vascular que se manifesta como aumento da inflamação gengival, combinada com um nível aumentado de patógenos periodontais.
Sistema renal	Um aumento da taxa de filtração glomerular pode levar a uma maior necessidade de urinar, o que pode ser exacerbado pela pressão do feto em desenvolvimento	Deve-se considerar a necessidade de micção frequente do paciente durante longas consultas odontológicas.
Sistema imunológico	O sistema imunológico se adapta para acomodar o feto e suas diferenças genéticas com a mãe.	Alterações no sistema imunológico podem ser responsáveis por uma resposta aumentada à placa manifestada como gengivite na gravidez ou granuloma piogênico.
Sistema metabólico	As necessidades nutricionais diárias aumentam para apoiar o crescimento fetal. O aumento do útero, da placenta e do desenvolvimento do feto, juntamente com o aumento de fluidos corporais e a deposição de gordura, contribuem para o aumento do peso corporal.	O aumento do apetite pode ser satisfeito com maiores quantidades e ingestão mais frequente de alimentos e bebidas que contêm açúcar, levando a um aumento do risco de cárie dentária.

Fonte: Dragan et al., 2018.

Alterações orais durante a gravidez

As alterações na boca ocorrem devido à alteração nos níveis de estrogênio e progesterona. Essa variação nos hormônios sexuais femininos causa aumento da permeabilidade tecidual oral e diminuição da imunidade do hospedeiro, tornando a gestante mais propensa a infecções orais. Os problemas orais comuns observados na gravidez são a gengivite na gravidez e o tumor da gravidez. A gengivite é uma inflamação da gengiva que é comumente vista em mulheres grávidas como uma resposta à placa presente devido ao aumento dos níveis circulantes de progesterona. Essa condição é efêmera e diminui após o parto. Uma boa higiene bucal pode ajudar na prevenção da gengivite durante a gravidez. O tumor da gravidez, ou granuloma gravídico, é observado em cerca de 1-5% das mulheres grávidas. Acredita-se que o aumento da angiogênese, associado à irritação gengival por fatores locais, como a placa, seja a causa desta lesão (KASHETTY et al., 2018; MARLA et al., 2018). A lesão apresenta-se como eritematosa, com superfície lisa e inchaço indolor lobulado, comumente observado no aspecto labial da papila interdental. Nenhum tratamento é necessário, a menos que ocorram complicações como sangramento no tumor ou dificuldade na mastigação. Nesses casos, o tumor pode ser removido cirurgicamente. A profilaxia oral, combinada com a boa educação do paciente e a higiene bucal, minimiza a frequência e a gravidade da lesão (KANOTRA et al., 2010).

É preciso salientar que se a mãe tiver sido diagnosticada com periodontite, a condição pode afetar o desenvolvimento e a saúde geral do feto como resultado de microrganismos da placa ou mediadores inflamatórios liberados pelos tecidos hospedeiros que podem entrar na circulação e atingir a placenta. Relata-se que as pacientes grávidas devem ser avaliadas para determinar sua condição periodontal e aquelas que apresentam sinais de gengivite ou granuloma na gravidez devem ser reavaliadas com maior frequência e receber profilaxia ou raspagem e planejamento radicular conforme necessário. Se essas condições não se resolverem após o parto, a referência a um Periodontista deve ser considerada. Além disso, o clínico pode reavaliar a necessidade de visitas de manutenção mais frequentes e fazer recomendações apropriadas em relação a futuros cuidados pessoais em casa e cuidados profissionais em consultório. Deve-se enfatizar a higiene bucal meticulosa quando doenças periodontais estão presentes durante a gravidez. Essas condições podem melhorar com instruções intensivas e o uso de auxiliares avançados de higiene bucal. Após o parto, a resolução pode ser observada em grande parte dos casos. Se a resolução completa não for alcançada, o encaminhamento periodontal deve ser realizado (DRAGAN et al., 2018).

Outro fator, que é a presença de ácido estomacal na boca, pode causar desmineralização da superfície do esmalte e da dentina, o que pode levar à erosão. Os ácidos gástricos corroem o esmalte na superfície interna dos dentes, mais comumente os dentes centrais. Esta erosão do esmalte pode ser controlada, e uma das formas de ser fazer isto é aconselhando as pacientes a enxaguar bem a boca após o vômito com uma solução que contenha bicarbonato de sódio ou flúor (KANOTRA et al., 2010).

Outra alteração oral de interesse diz respeito aos níveis de estrogênio salivar, que se mostram mais pronunciados nas mulheres que estão destinadas a ter bebês prematuros do que nas mulheres que têm partos normais. O estrogênio salivar aumenta a proliferação e descamação da mucosa oral e também aumenta os níveis de fluido subgengival do tubo vertebral. As células descamadas fornecem um ambiente adequado para o crescimento bacteriano, fornecendo nutrição, predispondo assim as mulheres grávidas à doença oral (HEMALATHA et al., 2013).

Há também um aumento na pigmentação facial, que é chamada de 'melasma' ou a "máscara da gravidez", que aparece como manchas marrons bilaterais no meio do rosto. Essas alterações faciais começam durante o primeiro trimestre e são observadas em até 75% das mulheres grávidas. A etiologia dessa condição é desconhecida, mas acredita-se que esteja relacionada a um aumento nos níveis séricos de estrogênio e progesterona. O melasma geralmente desaparece após o parto (LÓPEZ et al., 2011; HEMALATHA et al., 2013).

Quanto à relação entre gravidez e cárie, estima-se que o aumento da cárie em mulheres grávidas se deve a fatores cariogênicos locais. Entre essas mudanças estão a composição da saliva e a flora bucal, refluxo ácido, higiene deficiente e mudanças nos hábitos alimentares. Isso aumenta a vulnerabilidade às cáries. Além destes, a gestação possui fatores biopsicossociais que, se não considerados, podem produzir ou piorar a doença bucal (LOPEZ et al, 2011; MÉNDEZ-MONGE et al., 2018).

Observou-se que há um aumento do apetite em mulheres grávidas com consumo frequente de alimentos cariogênicos, o que ocasiona a queda do pH oral abaixo do valor crítico que leva ao desenvolvimento de cárie. A incidência de cárie é ainda mais acentuada pela ocorrência de enjôos matinais, que causa vômitos e refluxo, levando à erosão das superfícies dentárias. Salienta-se que, além do refluxo, a experiência de náusea também pode impedir as práticas rotineiras de higiene bucal. Um fator importante apontado é que as influências hormonais causam ressecamento na boca, levando a um fraco efeito de tamponamento da saliva. Conseqüentemente, a incidência geral de cárie em mulheres grávidas pode ser maior (MARLA et al., 2018).

Diretrizes de atendimento odontológico durante a gravidez

Para o diagnóstico de certas doenças bucais, são necessárias radiografias. Os raios X têm o potencial de ionizar qualquer matéria pela qual passem, causando danos às células e ao DNA. Portanto, a recomendação primária que as radiografias sejam evitadas no primeiro trimestre, pois os raios X podem causar danos ao feto em crescimento. No entanto, com o avanço dos filmes rápidos e o uso de aventais de chumbo e do escudo tireoidiano, é possível reduzir o risco para a mãe e o feto. Ademais, estudos demonstraram que a dose das radiografias dentárias é quase insignificante (KANOTRA et al., 2010).

Além disto, durante uma verificação odontológica de rotina, os Dentistas devem ter em mente que a organogênese geralmente ocorre no primeiro trimestre e é concluída durante o segundo trimestre. Portanto, todos os procedimentos odontológicos devem ser evitados no primeiro trimestre para evitar danos ao feto. No entanto, em caso de urgência, o tratamento dentário pode ser realizado a qualquer momento durante o período da gravidez. O maior desafio enfrentado pelo dentista para realizar qualquer procedimento odontológico é durante o terceiro trimestre, pois as gestantes podem desenvolver a síndrome hipotensora supina supracitada (KANOTRA et al., 2010).

Uma outra consideração relevante envolve as restaurações. Para o amálgama, não há evidências de efeitos nocivos dos estudos e análises de base populacional, e não deve haver risco adicional se forem usadas práticas padrão de amálgama seguras, incluindo a colocação de diques de borracha e o uso de sucção de alta intensidade. Para as resinas compostas, a atual base de evidências mostra que a exposição de curto prazo associada à inserção não apresenta nenhum risco à saúde. No entanto, faltam dados sobre os efeitos da exposição em longo prazo. Como no uso de qualquer material, as melhores práticas devem ser usadas para minimizar os riscos, como a colocação de diques de borracha e o enxágue imediato de superfícies tratadas para remover a camada não polimerizada (STEINBERG et al., 2013).

Durante o primeiro trimestre, recomenda-se que as pacientes sejam convocadas para avaliar sua saúde bucal, para informá-las das mudanças que devem esperar durante a gravidez e para discutir como evitar problemas dentários maternos que possam surgir com essas alterações. Não é recomendável que os procedimentos sejam realizados neste momento, de forma que a preocupação em realizar procedimentos durante o primeiro trimestre é dupla. Primeiro, a criança em desenvolvimento corre o maior risco, que é representado pelos teratógenos durante a organogênese. Segundo, durante o primeiro trimestre, sabe-se que até uma em cada cinco gestações sofre abortos espontâneos. Procedimentos odontológicos

realizados próximo ao momento do aborto espontâneo podem ser considerados a causa, o que leva a preocupações tanto do paciente quanto do profissional sobre a possibilidade de ter evitado o ocorrido. Assim, as recomendações atuais são (HEMALATHA et al., 2013; NASEEM et al., 2015):

1. Educar as pacientes sobre as alterações orais maternas que ocorrem durante a gravidez.
2. Enfatizar rigorosas instruções de higiene bucal e, assim, o controle da placa.
3. Limitar o tratamento odontológico apenas à profilaxia periodontal e tratamentos de urgência.
4. Evitar radiografias de rotina.

No segundo trimestre, a organogênese está completa e o risco para o feto é diminuído. A mãe também teve tempo de se adaptar à gravidez e o feto não cresceu para um tamanho potencialmente desconfortável que dificultaria a permanência da mãe por longos períodos em um consultório (STEINBERG et al., 2013).

As recomendações para este trimestre são (STEINBERG et al., 2013; NASEEM et al., 2015; YENEN e ATAÇAG, 2019):

1. Higiene oral, instruções e controle da placa.
2. A raspagem e alisamento radicular podem ser executados, se necessário.
3. O controle de doenças bucais ativas, se houver.
4. Atendimento odontológico eletivo se mostra mais seguro.
5. Evite radiografias de rotina. Use seletivamente e quando elas forem necessárias.

No terceiro trimestre, o crescimento fetal continua e o foco da preocupação agora é o risco para o próximo processo de nascimento e a segurança e conforto da mulher grávida. É seguro realizar um tratamento odontológico de rotina no início do 3º trimestre, mas a partir da metade deste período, os tratamentos dentários de rotina são evitados. O posicionamento das gestantes é importante, principalmente durante o terceiro trimestre. À medida que o útero se expande com o crescimento do feto e da placenta, ele passa a estar diretamente sobre a veia cava inferior, os vasos femorais e a aorta. Se a mãe estiver posicionada em decúbito dorsal para os procedimentos, o peso do útero gravídico poderá aplicar pressão suficiente para impedir o fluxo sanguíneo através desses vasos principais e causar uma condição chamada hipotensão supina. Nessa condição, a pressão sanguínea cai secundariamente ao fluxo sanguíneo impedido. Essa situação é facilmente melhorada por um posicionamento adequado da paciente no lado esquerdo e pela elevação da cabeceira da cadeira, para evitar a compressão dos principais vasos sanguíneos. O dentista não deve hesitar em consultar o obstetra da paciente, se surgir alguma

dúvida sobre a segurança de um procedimento, principalmente se houver circunstâncias especiais associadas à gravidez (HEMALATHA et al., 2013).

As recomendações para este trimestre são (HEMALATHA et al., 2013; NASEEM et al., 2015):

1. Higiene oral, instruções e controle da placa.
2. A raspagem e alisamento radicular podem ser executados, se necessário.
3. Evitar atendimento odontológico eletivo durante a 2ª metade do terceiro trimestre.
4. Evitar radiografias de rotina. É importante salientar que durante as primeiras duas

semanas após a concepção, a paciente pode não ter conhecimento de estar grávida. Neste caso, como um questionamento geral não fornece um diagnóstico definitivo sobre o status da gravidez e uma blindagem de chumbo deve ser usada para todas as mulheres em idade fértil. Usar um colete de chumbo sobre o abdômen do paciente, usar um feixe adequadamente colimado e usar um filme de alta velocidade, são fatores que podem reduzir a exposição fetal (HEMALATHA et al., 2013).

Quando ao uso de medicações, as mesmas devem ser prescritas com muita cautela às mulheres grávidas, pois alguns remédios causam aborto, teratogenicidade e baixo peso ao nascer do feto (KANOTRA et al., 2010). Segundo Kanotra (2010), algumas limitações e indicações podem ser levadas em conta na prescrição medicamentosa nestas pacientes, o que está ilustrado no quadro 2.

Quadro 2: medicações indicadas e contraindicadas nas gestantes.

Classe medicamentosa	Observações
Analgésicos	A aspirina deve ser evitada a qualquer custo, pois pode levar à constrição do canal arterial do feto, se prescrita durante o terceiro trimestre da gravidez. Analgésicos como o acetaminofeno são comumente prescritos durante a gravidez, pois este é comprovadamente um analgésico seguro e eficaz.
Antibióticos	Penicilina e cefalosporinas são os antibióticos mais comuns prescritos para infecções orais. Estes medicamentos são considerados seguros quando usados na gravidez. Para pacientes alérgicos à penicilina, podem ser prescritos macrolídeos como eritromicina e clindamicina
Anestésicos locais	A lidocaína é uma das anestésias locais mais comuns usadas durante o tratamento odontológico. A lidocaína juntamente com a adrenalina, quando usada na dosagem correta, é segura durante a gravidez
Esteroides	Os corticosteróides são comumente usados para reduzir a inflamação. Quando utilizados localmente, são seguros, mas seu uso sistêmico pode prejudicar a mãe e o feto e, portanto, deve ser evitado durante a gravidez
Sedação consciente	A sedação com diazepam e midazolam é particularmente perigosa e deve ser evitada no primeiro trimestre e no último mês do terceiro trimestre de gravidez. O uso de óxido nítrico na gravidez é considerado controverso e, portanto, deve ser evitado durante a gravidez.

Fonte: Kanotra et al., 2010.

A influência da condição oral na saúde da gestante e do bebê

Na última década, a importância da saúde bucal durante a gravidez chamou a atenção de formuladores de políticas, fundações, agências e prestadores de serviços de saúde que atendem mulheres grávidas e crianças pequenas. Organizações como o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, a Organização Mundial de Saúde e o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas reconheceram que a saúde bucal é parte integrante dos cuidados preventivos de saúde para mulheres grávidas e seus recém-nascidos (HARTNETT et al., 2016).

O papel do Cirurgião-Dentista é importante não só no esclarecimento de alterações orais que ocorrem na gravidez, mas também em como estas alterações podem afetar a mãe e o seu filho. Neste sentido, foi demonstrado que a gravidez envolve alterações físicas e hormonais complexas que têm um impacto significativo em quase todos os sistemas orgânicos, incluindo a cavidade oral. Os problemas bucais associados à gravidez incluem principalmente gengivite e infecção periodontal, que estão relacionados a aumento da vascularização gengival e à diminuição da resposta imune. Além disso, durante a gravidez, há aumento de alguns tipos de microrganismos, como as espécies *Prevotella*, que tendem a utilizar os hormônios esteróides da gravidez para o seu crescimento (HASHIM e AKBAR, 2014).

Neste contexto, é preciso saber que as condições odontológicas apresentadas pela gestante podem interferir não só na sua saúde, como também na saúde do seu filho. Assim, estudos realizados neste campo identificaram a periodontite materna como um fator de risco potencial para o nascimento prematuro e baixo peso ao nascer. Essa associação potencial entre periodontite materna e desfechos adversos da gravidez se torna uma preocupação importante, pois o nascimento prematuro e o baixo peso ao nascer é uma das principais causas de mortalidade infantil. Levando em conta este conhecimento, os Dentistas e médicos devem reconhecer os cuidados com a saúde bucal como parte integrante do pré-natal geral, pois uma gestante é atendida primeiramente por um profissional médico e ela só irá procurar um Dentista se for aconselhada a fazê-lo. Portanto, torna-se importante avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre periodontite e sua associação com resultados adversos na gravidez. Um estudo, seguindo esta lógica, demonstrou que os ginecologistas têm um grau de conhecimento relativamente alto em relação à relação da doença periodontal com o resultado da gravidez. Porém, estes profissionais apresentam conceitos que necessitam revisão, no que diz respeito ao tratamento odontológico durante a gravidez (HASHIM e AKBAR, 2014).

Outra investigação ressaltou que, embora tenha sido relatada uma correlação positiva entre doenças periodontais e baixo peso ao nascer, uma explicação causal entre estes fatores não foi encontrada em vários estudos de controle de casos em animais e humanos (HEMALATHA et al., 2013).

Ademais, a literatura relata que gestantes com gengivite e/ou diabetes mellitus gestacional (DMG) apresentavam altos níveis de proteína C reativa sistêmica. Esses achados indicaram que a gengivite é um problema de saúde em mulheres grávidas. Um estudo prévio relatou uma associação entre periodontite durante a gravidez e baixo peso ao nascer (BPN), pré-eclâmpsia e DMG. Neste contexto, ressaltou-se que a periodontite estava associada à DMG com uma razão ajustada de 2,6. É preciso salientar que muitos Dentistas não estão dispostos a cuidar de pacientes gestantes por causa de preocupações com a responsabilidade, mas podem enfrentar mais responsabilidades por não tratar pacientes grávidas do que por tratá-las (BAMANIKAR e KEE, 2013; HARTNETT et al., 2016).

A pesquisa sobre as associações entre doenças periodontais e várias doenças e condições sistêmicas crônicas tem crescido rapidamente nos últimos anos. Até o momento, foram encontradas associações entre doenças periodontais e condições como diabetes, doenças cardiovasculares, e distúrbios metabólicos, obesidade e desfechos adversos na gravidez. Neste contexto, as mulheres grávidas podem ser mais suscetíveis que outras mulheres à infecção: o aumento do volume total de sangue e a vasodilatação aumentam a disseminação de bactérias por todo o corpo. Além disso, a gravidez pode alterar a função imune mediada por células, resultando em uma resposta imune tardia à infecção (BOUTIGNYA et al., 2016).

A periodontite é uma doença inflamatória destrutiva crônica que afeta os tecidos de sustentação dos dentes, iniciada por placa dentária, um biofilme com predominância de microrganismos anaeróbios gram-negativos e mediada pela resposta inflamatória do hospedeiro. Episódios frequentes de bacteremia ou disseminação de endotoxinas bacterianas do foco periodontal podem induzir a ativação sistêmica da resposta inflamatória e intensa produção de citocinas pró-inflamatórias. Desta forma, o trânsito sistêmico de patógenos periodontais, citocinas pró-inflamatórias e prostaglandinas das bolsas periodontais para a unidade feto-placentária corrobora com uma hipótese plausível para a associação entre doença periodontal e complicações da gravidez, como partos prematuros e baixo peso ao nascer (SILVA et al., 2017).

Para explicar as possíveis interferências na gestante, foi discutido que, à medida que a gravidez progride, os níveis de citocinas inflamatórias no líquido amniótico, como TNF- α , IL-1 β e prostaglandina E2 (PGE2), aumentam naturalmente até um nível crítico, induzindo a ruptura das membranas dos sacos amnióticos, contração uterina, dilatação cervical, e entrega

do bebê. Além do parto normal ser controlado por sinalização inflamatória, esse mecanismo desencadeante pode ser modificado por estímulos externos, como infecção e estressores inflamatórios. Neste quesito, verificou-se que, imediatamente após o parto, os níveis de IL-1 β , IL-6, TNF- α e PGE2 do GCF e os níveis séricos de TNF- α e PGE2 aumentaram significativamente em mulheres com periodontite em comparação com mulheres periodontalmente saudáveis, corroborando com as afirmações apresentadas. Esses achados podem indicar que a inflamação periodontal afeta os níveis circulatórios de estimuladores do parto (AMIN e ELSALHY, 2014; SILVA et al., 2017).

Diante destas informações, os cuidados dentários se tornam mais aconselháveis, pois entende-se que os serviços preventivos e as intervenções terapêuticas para deter a cárie dentária e aliviar a doença periodontal melhoram a saúde bucal e a saúde geral da mulher grávida. Além disso, a literatura demonstra que a melhoria da saúde bucal materna diminui o risco de cárie na infância na próxima geração (KLOETZEL et al., 2011).

Segundo Komine-Aizawa et al. (2018), conhecimentos epidemiológicos prévios sugeriram que as doenças periodontais maternas estão associadas a um risco aumentado de várias condições, como nascimento prematuro, restrição de crescimento fetal, baixo peso ao nascer, pré-eclâmpsia e diabetes gestacional. No entanto, devido às dificuldades de pesquisa com esta população, estes são dados ainda considerados controversos. Assim, foi ressaltado que, para elucidar a causa das doenças periodontais na incidência de APO, são necessários ensaios clínicos randomizados e critérios de diagnóstico amplamente aceitos para doenças periodontais, além de estudos com alta qualidade metodológica (KOMINE-AIZAWA et al., 2018).

Outra informação relevante é que se relatou que a chance de uma mulher ter um parto prematuro é significativamente reduzida quando a mesma é submetida a procedimentos periodontais durante a gravidez, embora não haja conhecimento absoluto neste sentido (MARLA et al., 2018).

Quanto à influência da cárie, ressalta-se que esta não deve ser tratada apenas como uma infecção individual dos dentes, pois verificou-se que a boa higiene bucal de uma mãe grávida pode interferir na prevenção de cáries na infância. Além disto, foi demonstrado que há transmissão vertical de bactérias cariogênicas da mãe para a criança. O *Streptococcus Mutans* pode colonizar na boca do bebê desde o nascimento ou pode ser transferido pela saliva e é responsável pelo início da cárie dentária em um bebê (MARLA et al., 2018).

As complexas interações moleculares e celulares das relações sistêmico-orais são um desafio para discutir como recomendações clínicas concretas. No entanto, a boa saúde bucal e

a higiene dental são componentes críticos de uma gravidez saudável e podem reduzir a carga de carga bacteriana e inflamatória. mediadores, permitem evitar intervenções dentárias e ajudam a futura mãe e seu feto a manter o bem-estar geral. Além disso, a gravidez pode proporcionar um momento de aprendizado em que a futura mãe possa ter um interesse maior em saúde bucal, oferecendo assim à equipe odontológica a oportunidade de discutir o autocuidado ideal e o uso adequado dos serviços odontológicos tanto para ela quanto para o bebê (DRAGAN et al., 2018).

Além dos fatores citados, ressalta-se que a saúde bucal das mulheres grávidas é considerada quase sempre insatisfatória, principalmente entre as de baixo nível socioeconômico. Apesar disso, as futuras mães geralmente estão ansiosas por informações sobre os melhores cuidados para seus futuros bebês. Os dentistas, portanto, devem prestar atenção especial à gestante, implementando um programa odontológico pré-natal em sua área de trabalho, incentivando e orientando essas mulheres sobre sua própria higiene bucal e seu futuro bebê, visando a prevenção de doenças (FERREIRA et al., 2018; FONSECA-GONÇALVES, 2018).

Em saúde pública, as orientações odontológicas para as mães têm sido cada vez mais voltadas para a criança de baixa idade, havendo também orientações para vida intrauterina, visando promover dentições sadias futuramente. A primeira infância tem sido apontada como o período ideal para introduzir bons hábitos e adotar padrões de comportamento que possam permanecer profundamente fixados. Um comportamento de risco, com relação à dieta e/ou higiene bucal, estabelecido no primeiro ano da vida tende a se manter durante toda a infância (RIGO et al., 2016).

As gestantes devem ser consideradas um grupo populacional prioritário para a atenção odontológica, considerando diversos fatores próprios desta etapa (RIGO et al., 2016):

- Podem apresentar algumas alterações bucais próprias do período gestacional;
- Têm necessidades acumuladas que podem comprometer a saúde materna e da criança;
- 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;
- Constituem um grupo de fácil acesso, por frequentarem sistematicamente os serviços de saúde nesse período, o que é um facilitador importante e, além disso, elas podem ser enquadradas em programas de periodicidade programada, e não abordá-las seria uma oportunidade perdida.

No entanto, no Brasil, por muito tempo, o atendimento infantil esteve restrito à faixa etária escolar, recomendando-se também que mães e pais levassem seus filhos ao dentista após

os 3 anos de idade, pois acreditava-se que a criança só poderia cooperar a partir dessa idade. Hoje, a literatura nos mostra de forma incontestável que cárie não espera a idade “cooperativa da criança”, e que ela afeta, indistintamente, crianças de qualquer classe socioeconômica e grau de escolaridade, e com maior ou menor dificuldade de acesso à educação para a saúde e para o atendimento. Na área da Odontopediatria, atualmente, a assistência bucal está voltada em grande parte para a saúde da criança e da gestante. No entanto, para promover saúde bucal infantil, é essencial a inserção precoce dos responsáveis aos programas de orientação para hábitos saudáveis de higiene e alimentação voltados para a prevenção de doenças bucais (RIGO et al., 2016; POMINI et al., 2018).

Contudo, no Brasil ainda existe desigualdade no acesso aos serviços de saúde por mulheres grávidas e fragilidade de um atendimento completo, humanização, abrigo e vínculo. Neste aspecto, a literatura aponta que alguns fatores aumentam a dificuldade de atendimento integral, como: falta de comunicação e articulação entre estabelecimentos e setores de saúde; descontinuação dos cuidados de saúde e quantidade insuficiente de recursos humanos trabalhando no SUS (MONTEIRO et al., 2019).

Discussão

Diante do exposto, foi possível observar que o Cirurgião-Dentista tem um papel de grande importância na gravidez. Este indivíduo atuará tanto na mãe, pois foi demonstrado que a ausência de cuidados orais pode comprometer a gravidez ou a saúde da mesma, como também no seu filho, pois o processo saúde/doença da mãe é capaz de afetar o bebê ou de interferir na futura saúde bucal do mesmo. Assim, é de responsabilidade do Dentista conscientizar esta população da importância da Odontologia no período de gravidez.

Além disto, há consenso dos artigos apresentados de que há grande importância da atuação do Cirurgião-Dentista na gestante, pois as doenças orais, como a gengivite e periodontite, podem levar bactérias a nível sistêmico ou mesmo pode haver transmissibilidade vertical de doenças, como no caso da cárie e também dos patógenos das doenças periodontais (KLOETZEL et al., 2011; STEINBERG et al., 2013; BOUTIGNY et al., 2016; HARTNETT et al., 2016; SILVA et al., 2017; MARLA et al., 2018; POMINI et al., 2018). Embora haja na literatura a correlação do estado periodontal das pacientes e resultados adversos da gravidez, este ainda é considerado um assunto controverso, necessitando de estudos posteriores (BOUTIGNY et al., 2016; KOMINE-AIZAWA et al., 2018). Desta forma, o profissional de saúde oral deve saber como agir para tratar da melhor forma possível esta população.

Neste sentido, os diversos estudos abordados demonstraram que o tratamento odontológico varia conforme o trimestre da gravidez e o Cirurgião-Dentista deve entender estes momentos para, efetivamente, saber conduzir o cuidado oral da gestante. Neste contexto, houve consenso entre os estudos apresentados de que o primeiro trimestre é bastante crítico para o desenvolvimento fetal sendo, portanto, não recomendada a realização de tratamentos odontológicos neste período (KANOTRA et al., 2010; LÓPEZ et al., 2011; HEMALATHA et al., 2013; KURIEN et al., 2013; NASEEM et al., 2015; MARLA et al., 2018; YENEN e ATAÇAG, 2019).

O segundo trimestre é considerado mais seguro para a atuação odontológica, segundo os diversos estudos, podendo neste período serem realizados inclusive os procedimentos eletivos (KANOTRA et al., 2010; LÓPEZ et al., 2011; HEMALATHA et al., 2013; KURIEN et al., 2013; STEINBERG et al., 2013; AMIN e ELSALHY, 2014; HASHIM e AKBAR, 2014; DRAGAN et al., 2018; KIRCA, 2018; YENEN e ATAÇAG, 2019).

Quanto ao terceiro trimestre, revela-se que o tratamento odontológico eletivo pode ser realizado no seu início, mas não no final deste período, principalmente devido às dificuldades de posicionamento das pacientes ou à possibilidade de parto prematuro envolvida. Nestes casos, é salientado que a realização de procedimentos extensos e prolongados devem ser adiados para os momentos pós-parto. (KANOTRA et al., 2010; LÓPEZ et al., 2011; KLOETZEL et al., 2011; KURIEN et al., 2013; HEMALATHA et al., 2013; HASHIM e AKBAR, 2014; NASEEM et al., 2015; DRAGAN et al., 2018; MARLA et al., 2018; YENEN e ATAÇAG, 2019). Kirca (2018) apresenta divergências em relação a este conhecimento, orientando que os Cirurgiões-Dentistas não devem realizar tratamentos eletivos durante todo o terceiro trimestre.

No entanto, há uma concordância entre os autores de que o tratamento de urgências pode e deve ser realizado em qualquer período da gravidez (KANOTRA et al., 2010; LÓPEZ et al., 2011; KLOETZEL et al., 2011; HEMALATHA et al., 2013; KURIEN et al., 2013; AMIN e ELSALHY, 2014; NASEEM et al., 2015; HARTNETT et al., 2016).

Quanto à prescrição de medicações, Hartnett et al. (2016) relataram que as medicações comumente prescritas para gestantes pelos Dentistas estão classificadas como categoria B segundo a Administração para Alimentos e Drogas dos Estados Unidos (FDA) e não apresentam, portanto, riscos para o feto em desenvolvimento. Este conhecimento é reafirmado por outros estudos, porém os mesmos relatam que o uso de alguns medicamentos e anestésicos como Aspirina, Codeína, Gentamicina, Claritromicina, Fluconazol, Cetoconazol, Mepivacaína e Bupivacaína estão classificados como categoria C, devendo o seu uso ser realizado com cautela. YENEN e ATAÇAG (2019) complementam esta informação, relatando

que alguns medicamentos não devem ser utilizados no terceiro trimestre de gestação, entre eles o Ibuprofeno e o Ácido Acetil Salicílico.

Além disto, a Tetraciclina é contraindicada, por seu potencial teratogênico (HEMALATHA et al., 2013; KURIEN et al., 2013; STEINBERG et al., 2013; NASEEM et al., 2015; DRAGAN et al., 2018; YENEN e ATAÇAG, 2019). López et al. (2011) ressaltam que a polifarmácia é contraindicada e sinalizam que o uso medicamentoso em geral deve ser evitado no primeiro trimestre da gestação.

O uso de radiografias não apresenta consenso na literatura relatada. Neste quesito, a maioria dos estudos defendem que seu uso pode ser realizado em todos os períodos da gestação, desde que a proteção de chumbo seja utilizada (KLOETZEL et al., 2011; KURIEN et al., 2013; HASHIM e AKBAR, 2014; STEINBERG et al., 2013; NASEEM et al., 2015; DRAGAN et al., 2018). Hemalatha et al. (2013) corroboram com este conhecimento mas ressaltam que as radiografias somente sejam realizadas por necessidade e não por rotina. Kanotra et al. (2010) não entraram em consenso com estes autores e demonstraram que, devido à organogênese, as radiografias devem ser evitadas no primeiro trimestre.

Conclusões

Foi possível observar que o Cirurgião-Dentista é de grande relevância para o cuidado com a gestante, pois o cuidado que este profissional é capaz de oferecer favorece uma boa gravidez, pois evita a disseminação sistêmica de patógenos e também facilita a promoção de saúde oral no bebê em formação, devido à conscientização e cuidado da sua mãe.

Neste contexto, demonstrou-se que o Dentista pode e deve atuar em todos os trimestres da gestação, ressaltando as particularidades de cada um, e também pode utilizar de medicações, anestésicos e radiografias, desde que sejam observados os cuidados necessários de cada um para que a gravidez não seja afetada.

Referências

AMIN, Maryam; ELSALHY, Mohamed. Factors affecting utilization of dental services during pregnancy. **Journal of periodontology**, v. 85, n. 12, p. 1712-1721, 2014.

BAMANIKAR, Sunita; KEE, Liew Kok. Knowledge, attitude and practice of oral and dental healthcare in pregnant women. **Oman medical journal**, v. 28, n. 4, p. 288-291, 2013.

BOUTIGNY, Herve et al. Oral infections and pregnancy: Knowledge of gynecologists/obstetricians, midwives and dentists. **Oral health & preventive dentistry**, v. 14, n. 1, p. 41-47, 2016.

DRAGAN, Irina F. et al. Dental care as a safe and essential part of a healthy pregnancy. **Compendium**, v. 39, n. 2, p. 86-92, 2018.

FERREIRA, A. et al. The Importance of Oral Health during Pregnancy and Among the Newborn. **Matern Pediatr Nutr**, v. 4, n. 1, p. 1-2, 2018.

FONSECA-GONÇALVES, Andréa. Dentistry for pregnant women is the next step. **Revista Científica do CRO-RJ (Rio de Janeiro Dental Journal)**, v. 3, n. 2, p. 1-1, 2018.

HARTNETT, Erin et al. Oral health in pregnancy. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 45, n. 4, p. 565-573, 2016.

HASHIM, Raghad; AKBAR, Madiha. Gynecologists' knowledge and attitudes regarding oral health and periodontal disease leading to adverse pregnancy outcomes. **Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry**, v. 4, n. supl. 3, p. S166-S172, 2014.

HEMALATHA, V. T. et al. Dental considerations in pregnancy-a critical review on the oral care. **Journal of clinical and diagnostic research**, v. 7, n. 5, p. 948-953, 2013.

KANOTRA, Shikha; SHOLAPURKAR, Amar A.; PAI, Keerthilatha M. Dental considerations in pregnancy. **Archives of Oral Research**, v. 6, n. 2, p. 161-165, 2010.

KASHETTY, Meena et al. Oral hygiene status, gingival status, periodontal status, and treatment needs among pregnant and nonpregnant women: A comparative study. **Journal of Indian Society of Periodontology**, v. 22, n. 2, p. 164-170, 2018.

KIRCA, Nurcan. The importance of oral–Dental health in pregnancy. **Advances in Dentistry & Oral Health**, v. 7, n.2, p. 1-3, 2018.

KLOETZEL, Megan K.; HUEBNER, Colleen E.; MILGROM, Peter. Referrals for dental care during pregnancy. **The Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 56, n. 2, p. 110-117, 2011.

KOMINE-AIZAWA, Shihoko; AIZAWA, Sohichi; HAYAKAWA, Satoshi. Periodontal diseases and adverse pregnancy outcomes. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, v. 45, n. 1, p. 5-12, 2019.

KURIEN, Sophia et al. Management of pregnant patient in dentistry. **Journal of international oral health: JIOH**, v. 5, n. 1, p. 88-97, 2013.

LOPES, Fernanda Ferreira et al. Conhecimentos e práticas de saúde bucal de gestantes usuárias dos serviços de saúde em São Luís, Maranhão, 2007-2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 819-826, 2016.

LÓPEZ, Begonya Chaveli; PÉREZ, María Gracia Sarrión; SORIANO, Yolanda Jiménez. Dental considerations in pregnancy and menopause. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, v.3 n.2, p. e135-e144, 2011.

MARLA, Vinay et al. The Importance of Oral Health during Pregnancy: A review. **MedicalExpress**, v. 5, p. 1-6, 2018.

MÉNDEZ-MONGE, Joel A. et al. The importance of pH, salivary flow and different dental caries risk factors in pregnant women. **Journal of Dentistry and Oral Hygiene**, v. 10, n. 3, p. 18-22, 2018.

MONTEIRO, Maria de Fátima Vasques et al. Access to public health services and integral care for women during the puerperal gravid period period in Ceará, Brazil. **BMC health services research**, v. 19, n. 1, p. 851-858, 2019.

NASEEM, Mustafa et al. Oral health challenges in pregnant women: Recommendations for dental care professionals. **The Saudi Journal for Dental Research**, v. 7, n. 2, p. 138-146, 2016.

POMINI, Marcos Cezar et al. The Profile Of High-Risk Pregnant Women In Prenatal Dental Care At A Teaching Hospital In Brazil. **International Journal of Development Research**, v. 8, n. 09, p. 22738-22743, 2018.

RIGO, Lilian; DALAZEN, Jaqueline; GARBIN, Raíssa Rigo. Impacto da orientação odontológica para mães durante a gestação em relação à saúde bucal dos filhos. **Einstein (Sao Paulo)**, v. 14, n. 2, p. 219-225, 2016.

SILVA, Helbert Eustáquio Cardoso da et al. Effect of intra-pregnancy nonsurgical periodontal therapy on inflammatory biomarkers and adverse pregnancy outcomes: a systematic review with meta-analysis. **Systematic reviews**, v. 6, n. 1, p. 197-208, 2017.

SOUSA, Luciana Luz Araújo de et al. Pregnant women's oral health: knowledge, practices and their relationship with periodontal disease. **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 64, n. 2, p. 154-163, 2016.

STEINBERG, Barbara J. et al. Oral health and dental care during pregnancy. **Dental Clinics**, v. 57, n. 2, p. 195-210, 2013.

SURI, Varun; SINGLA, Rimpi; SURI, Vanita. Oral health care in pregnancy: A review. **Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research**, v. 5, n. 5, p. 9-15, 2017.

VILELLA, Karina Duarte et al. The association of oral health literacy and oral health knowledge with social determinants in pregnant brazilian women. **Journal of community health**, v. 41, n. 5, p. 1027-1032, 2016.

YENEN, Zeynep; ATAÇAĞ, Tijen. Oral care in pregnancy. **Journal of the Turkish German Gynecological Association**, v. 20, n. 4, p. 264-268, 2019.



Como citar este artigo (Formato ABNT):

SANTOS, Clebia Gonçalves; PEREIRA, Daniela Porto da Cunha. A Importância da Odontologia no Cuidado da Gestante: Revisão de Literatura. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, Maio/2020, vol.14, n.50, p. 1212-1230. ISSN: 1981-1179.

Recebido: 21/05/2020;
Aceito: 25/05/2020.