

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA

SAMIA Z. ORNELAS SILVA

**PRÉ NATAL ODONTOLÓGICO: A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO
EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO PERÍODO
GESTACIONAL**

TEOFILO OTONI/MG

2013

SAMIA Z. ORNELAS SILVA

**PRÉ NATAL ODONTOLÓGICO: A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO
EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO PERÍODO
GESTACIONAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

TEOFILO OTONI/MG

2013

SAMIA Z. ORNELAS SILVA

**PRÉ NATAL ODONTOLÓGICO: A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO
EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO PERÍODO
GESTACIONAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para Obtenção de Certificado de Especialista.

Orientadora: Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

Banca examinadora:

Prof.: Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira - Orientador

Prof.: Andréa Clemente Palmier -Examinador

Aprovada em Belo Horizonte : 14/09/2013

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira pela paciência e grande dedicação.

A minha filha, Ana Clara Ornelas Silva Carneiro por entender os momentos da minha ausência para elaboração desse trabalho.

E a minha mãe por me incentivar e cuidar da minha filha quando eu estive ausente durante o curso.

RESUMO

É fato que a saúde começa pela boca, e por saber que a gravidez provoca uma série de alterações no organismo da mulher, inclusive na cavidade bucal, é que se justifica a importância do acompanhamento do cirurgião-dentista durante a gestação. O objetivo do trabalho é discutir a importância da educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal no período gestacional. O conhecimento das principais alterações sistêmicas relacionadas à gestação, possibilitando o cirurgião dentista diferenciar as alterações fisiológicas daquelas consideradas patológicas e prestar atendimento odontológico, conhecendo as limitações de cada paciente assim como as principais características de cada trimestre. Para a elaboração do trabalho foi realizada uma revisão de literatura onde foram pesquisadas as bases de dados: **LILACS** (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde) e **SciELO** (Scientific Electronic Library online). Os livros lidos para complementar o estudo foram: **Cuidados Odontológicos com a Gestante** - Hamilton S. Xavier e Valéria B. C. Xavier, Editora Santos, 1ª Edição, 2004 e, **Tratamento Odontológico para Gestantes** - Sandra Echeverria e Gabriel Tilli Politano, 1ª Edição, 2011, Editora Santos. Trabalhar com as gestantes, incentivando sua participação, poderá motiva-las para aquisição e manutenção de hábitos positivos de saúde.

Palavras-chave: Gestantes, Odontologia em Saúde Pública, Odontologia Preventiva.

ABSTRACT

It is a fact that health starts in the mouth, and know that pregnancy causes a lot of changes in a woman's body, including the oral cavity, is it justified the importance of monitoring the dentist during pregnancy. The aim is to discuss the importance of health education as a strategy to promote oral health during pregnancy. Knowledge of major systemic changes related to pregnancy, allowing the dentist to differentiate between those considered pathological physiological changes and provide dental care, knowing the limitations of each patient as well as the main characteristics of each quarter. For the preparation of the work was carried out a literature review which were searched the databases: LILACS (Latin American and Caribbean Social Sciences and Health and SciELO (Scientific Electronic Library Online). Books read to complement the study were : Care Dental with pregnant - Hamilton S. Xavier and Valeria BC Xavier, Publisher Santos, 1st Edition, 2004 and Dental Treatment for Pregnant Women - Sandra Echeverria and Gabriel Tilli Politano, 1st Edition, 2011, Publisher Santos. Working with pregnant women, encouraging their participation, may motivate them to acquisition and maintenance of positive health habits.

Keywords: Pregnant Women, Public Health Dentistry, Preventive Dentistry.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-: Protocolo de Atendimento Odontológico	22
---	----

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo Geral	10
2.2 Objetivos Específicos	10
3 METODOLOGIA	11
4 REVISÃO DE LITERATURA	12
4.1 A gestante e as alterações sistêmicas.....	12
4.2 Alterações da cavidade bucal.....	12
4.3 Alterações odontológicas á gestante.....	13
4.4 Conscientização da gestante	15
4.5 Terapêuticas Medicamentosas na gravidez.....	16
4.6 Anestésias na gravidez.....	18
4.7 Exame radiográfico.....	20
5 PROCEDIMENTO DE INTERVENÇÃO	21
6 RESULTADOS ESPERADOS	23
7 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	24
8 CONCLUSÕES	25
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERENCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

É fato que a saúde começa pela boca; e por saber que a gravidez provoca uma série de alterações no organismo da mulher, inclusive na cavidade bucal, é que se justifica a importância do acompanhamento do cirurgião-dentista durante a gestação. O pré-natal odontológico traz como principal objetivo cuidar e educar a gestante para ter um bebê saudável, incluindo ações como a de desmitificar crenças e preocupações sobre a gravidez e o tratamento dentário, conscientizar sobre os principais problemas bucais, orientar sobre a importância do controle de placa, uso do flúor, amamentação, cuidados com o futuro bebê, bem como a importância da alimentação equilibrada, uma vez que os dentes necessitam de minerais e começam a se formar a partir da 6ª semana de gravidez. A gravidez é um período fisiológico complexo. Nele, além das mudanças físicas e emocionais, são sugeridos crenças e mitos envolvendo a saúde do bebê e da gestante. Neste contexto, a atenção odontológica é muitas vezes tida como prejudicial e contraindicada de um lado às crenças de que a mulher grávida não pode tratar dos dentes e de outro, a recusa por parte de alguns cirurgiões dentistas em prestar atendimento quando solicitados, baseados em argumentos sem fundamentação científica, mas reforçados pelo referido tabu segundo (CARVALHO, 1995).

Durante a gestação, as mulheres aumentam o cuidado com a saúde, mas é importante não esquecer a saúde bucal. As visitas ao dentista são importantes para prevenir e tratar problemas que podem afetar o bebê. Embora aconteça com frequência, o sangramento da gengiva não é um problema comum a todas as gestantes. Ao contrário do que a maioria das pessoas acredita o sangramento não é uma consequência direta da alteração hormonal que se dá durante a gravidez. A realidade é que a alteração hormonal apenas aumenta os sinais de uma inflamação já existente, resultando no sangramento. Mais preocupante que o sangramento é a possibilidade dos problemas bucais interferirem na gravidez. Além de inflamação na gengiva, as bactérias são capazes de provocar periodontite, que é a inflamação dos tecidos ao redor do dente. Com isso, pode ocorrer a liberação, na corrente sanguínea, de determinadas toxinas que podem alcançar a placenta e estimular a produção de citosinas e prostaglandinas. Pelo fato de essas substâncias induzirem às contrações uterinas, o parto prematuro é um risco que está associado também aos problemas bucais. No entanto, em estudo mais recentes, os autores ressaltaram que, quanto mais severa a doença periodontal, maior é o risco de ocorrer o parto prematuro e que o tratamento dessa doença leva a uma diminuição do percentual de partos prematuros segundo Rodrigues et al., (2004).

As consultas com o dentista são importantes para prevenir, diagnosticar e tratar esses problemas, evitando o comprometimento da gestação. A paciente deve comunicar a gravidez ao seu dentista, para que o profissional evite o uso de raios-X e substitua o anestésico comumente utilizado por outro que não ofereça riscos ao bebê. Neste período desenvolvem-se certas condições de saúde complexas que precisam ser conhecidas pelo cirurgião dentista a fim de que, como membro de uma equipe-multidisciplinar, possa orientar corretamente a gestante em relação ao seu estado de saúde geral (RODRIGUES et al., 2004).

Além disso, os cuidados com a higiene bucal também devem receber maior atenção. Os vômitos frequentes e a saliva mais ácida aumentam, facilitando o desenvolvimento de cáries. É importante realizar uma higiene bucal cuidadosa e fazer, regularmente, aplicação de flúor no consultório do dentista. É importante ressaltar que o fluxo salivar aumenta nos primeiros meses da gestação e a hiperatividade das glândulas salivares é um fenômeno sem causa definida. O excesso de secreção salivar provoca náusea e vômito e se, persistir até o final da gestação, provoca queda da capacidade tampão da saliva, fator importante no aumento do risco de desmineralização dental (RODRIGUES, 2002)

A estratégia de saúde da família possui uma equipe multiprofissional responsável e capaz de desempenhar esse importante trabalho com esse grupo tão especial e em tantos outros. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem um modelo de atenção básica baseada em ações curativas, preventivas e promocionais de saúde. Além disso, as gestantes podem ser consideradas um grupo especial para educação em saúde, pois estão prestes a desempenhar seu papel de mãe, podendo exercer papel importante na promoção da saúde bucal de seus filhos (COSTA et al., 1998; SCAVUZZI e ROCHA, 1999).

Esse trabalho será baseado em uma revisão de literatura que tem por objetivo divulgar a importância da educação em saúde na promoção de saúde bucal, da assistência odontológica durante o pré-natal e elaborar um protocolo de atendimento. Para tanto, serão abordados tópicos como as mudanças físicas que a mulher passa, destinadas prepará-la para o parto e amamentação; a atenção odontológica a mulher gestante; e os modelos de assistência à saúde.

2 OBJETIVOS

As dificuldades que existem para o atendimento odontológico às gestantes decorrentes de mitos acerca do tratamento odontológico, tanto por parte das gestantes, quanto por parte dos cirurgiões dentistas, que não se sentem seguros em atendê-las, desencadeiam um problema que pode ser superado de forma simples e seguro.

2.1 Objetivo Geral

O objetivo do trabalho é discutir a importância da educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal no período gestacional, descrevendo as principais recomendações e cuidados referentes ao atendimento odontológico de gestantes, possibilitando ao cirurgião dentista prestar atendimento a esse grupo de pacientes com tranquilidade e segurança.

2.2 Objetivos Específicos

- Implantar o atendimento às gestantes.
- Orientar sobre dieta e higiene bucal.
- Diminuir a transmissão precoce de micro-organismos responsáveis por essas doenças aos seus bebês.
- Tornar a gestação com menos riscos e com mais qualidade de vida.

3 METODOLOGIA

Na elaboração desse trabalho foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema proposto pré-natal odontológico.

Foram pesquisadas as seguintes bases de dados: o **LILACS** (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde) que foi acessado em 09 de fevereiro de 2013, onde foram encontradas as referências que foram selecionadas. Os artigos eliminados não estavam em português, critério de inclusão utilizado e não apresentavam conteúdo sobre as ações de saúde bucal com as gestantes. Foram filtradas também aquelas que tinham o texto completo disponível para leitura. Outra base de dados utilizada foi o **SciELO** (Scientific Electronic Library online), com acesso em 25 de março de 2013 onde foram utilizados os mesmos critérios de inclusão e exclusão. Foi realizada leitura criteriosa desses artigos sendo utilizada toda a literatura que atendia ao tema proposto (pré-natal odontológico) definido nesse estudo, publicadas no período de 2004 a 2011.

Os livros lidos para complementar o estudo foram: **Cuidados Odontológicos com a Gestante** - Hamilton S. Xavier e Valéria B. C. Xavier, Editora Santos, 1ª Edição, 2004 e, **Tratamento Odontológico para Gestantes** - Sandra Echeverria e Gabriel Tilli Politano, 1ª Edição, 2011, Editora Santos.

Os seguintes descritores foram utilizados: Gestantes, Odontologia em Saúde Pública, Odontologia Preventiva.

Foi feita a leitura de toda bibliografia selecionada sobre o tema para desenvolver o trabalho. Posteriormente foi realizada uma análise para se estabelecer uma compreensão e ampliar o conhecimento sobre o tema pesquisado e desenvolver o trabalho.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1. A gestante e as alterações sistêmicas

Durante o período gestacional, a mulher passa por uma série de mudanças físicas, destinadas a prepará-la para o parto e amamentação, como alargamento dos quadris e aumento do volume dos seios, alterações fisiológicas, como aumento na frequência cardíaca e respiratória, alterações hormonais, alterações psicológicas, na qual a gestante, guiada pelo instinto de proteção do futuro bebê, apresenta-se mais questionadora e duvidosa em relação a todo e qualquer procedimento proposto (ANDRADE, 1999).

Segundo Welgatch e Samalea (2008) as oscilações de humor, sono excessivo, desejos do paladar, aumento de peso, náuseas, enjôos, dificuldades de higienização bucal, constante sangramento gengival, dentes enfraquecidos ou até quebrados e o medo dos riscos das consultas odontológicas são características comuns durante a gravidez. Ressaltaram também que, estando as mulheres rodeadas por tantas mudanças e mitos, é compreensível o surgimento de dúvidas com relação ao tratamento odontológico.

É importante esclarecer à futura mamãe e aos demais familiares que a gravidez não é responsável pelo aparecimento de doenças e impossibilidade de tratamentos diante do surgimento destas, mas ao contrário, é uma fase ideal para o estabelecimento de bons hábitos, uma vez que a gestante está psicologicamente mais receptiva a adquirir novos conhecimentos e a mudar padrões que provavelmente terão influências no desenvolvimento da saúde do bebê (KONISHI, 2002).

4.2 Alterações da cavidade bucal

As alterações bucais durante a gravidez são oriundas, entre outros fatores, da hipersecreção das glândulas salivares, maior vascularização do periodonto, aumento no consumo de alimentos, tendência à êmese e o descaso ou mesmo dificuldade com a higienização bucal. Como consequências dessas alterações surgem a cárie e a doença periodontal. Dessa forma, torna-se imprescindível desfazer o mito de que o tratamento odontológico não é indicado para mulheres grávidas. Sendo assim, a gestante pode ser considerada uma paciente com risco temporário, maior e ou normal para desenvolver complicações periodontais, e gestante com periodontite podem estar sob um risco sete vezes maior de darem a luz a crianças prematuras e de baixo peso (MOIMAZ, 2007).

Oliveira (2002) verificou não haver relação entre cárie e gravidez e associou o aumento de cáries a possíveis negligências com a higiene bucal, maior exposição do esmalte dentário ao ácido gástrico em consequência dos frequentes episódios de êmese e alterações de hábitos alimentares associados a essa fase.

Considerando-se as alterações hormonais durante a gestação é lícito enfatizar que a cavidade bucal não está livre das consequências inerentes a essas variações fisiológicas. O aumento no nível circulante de estrógeno e progesterona, observado durante a gestação, causam uma maior vascularização do periodonto, deixando a gengiva com tendência ao sangramento e essa produção hormonal aumentada parece ter um efeito mais evidente na gengiva, quando comparado aos efeitos sobre as demais estruturas do periodonto (STEINBERG, 1999).

De acordo com Fejerskov (1994) pode-se observar no final da gestação um declínio na capacidade tampão da saliva, com mecanismos ainda desconhecidos, mas provavelmente relacionados a alterações hormonais, que aumentam o risco de desmineralizações. Estas, associadas aos episódios de êmese, o qual expõe os dentes constantemente ao ácido gástrico e a um descuido com a higiene bucal, aumentam a susceptibilidade das gestantes à cárie.

Independente do estado de gravidez vale ressaltar, que a hiperplasia gengival, a gengivite e a periodontite só ocorre na presença de placa bacteriana e a não adoção de medidas de higiene bucal poderá aumentar a ocorrência destas. Desta forma, essas inflamações podem ser controladas e/ou evitadas pela eliminação da placa bacteriana e de fatores locais. A profilaxia e a escovação supervisionada feita pela Equipe de Saúde Bucal (ESB), juntamente com orientações sobre higiene bucal e controle de placa bacteriana nas gestantes, diminuirão a frequência e intensidade da gengivite, e até mesmo evitar o seu aparecimento (ALVES, 2004).

4.3 Atenções odontológicas à gestante

O aconselhamento pré-natal somado a cuidados preventivos e educativos, controle da dieta alimentar e placa bacteriana, além de mudanças nas atitudes dos pais, visando hábitos favoráveis à saúde bucal do filho o mais precocemente possível, são os principais pontos que devem ser considerados na abordagem clínica e educativa da gestante (MEDEIROS, 1993).

As atividades de educação em saúde podem ser vistas como um mecanismo de interação entre o saber científico e o saber popular. Assim, possibilita, a médio e longo prazo, que o indivíduo exerça maior prevenção e controle de doenças que possam vir a instalar-se e que a coletividade seja um agente organizado de intervenção sobre os determinantes imediatos ou estruturais do processo saúde-doença (MASTRANTONIO et al.,2002)

Para a prevenção das doenças bucais, o controle da placa bacteriana assume um importante papel. Embora nos últimos anos tenham surgido substâncias químicas efetivas na redução ou eliminação da placa, o controle mecânico, através da escovação e uso do fio dental é reconhecidamente o método mais eficiente para a manutenção da saúde bucal (MASTRANTONIO et al., 2002).

A alimentação equilibrada da mãe na fase gestacional vai lhe assegurar mais saúde e o desenvolvimento saudável do bebê. Se existir deficiência na dieta da mãe o feto pode não se desenvolver adequadamente. A dieta ainda tem um papel importante durante a odontogênese. Os processos de formação e desenvolvimento dentário têm início por volta da sexta semana de gestação. A deficiência de vitaminas ou a falta de cálcio e fósforo pode influenciar no processo de maturação, na morfologia, na composição química, na física, no tamanho e no tempo de erupção. Os nutrientes são necessários tanto para o bebê, pois desempenham papel importante na divisão celular e desenvolvimento, quanto para a mãe que assegura a sua própria saúde bem como sua capacidade de produzir leite e amamentar o bebê (KONISHI e LIMA, 2002).

Outro aspecto que deve ser considerado é a formação do paladar do bebê. Os mecanismos para a degustação começam a se instalar por volta da décima quarta semana. O bebê fica em contato gustativo com o líquido amniótico. A alimentação da grávida modifica a qualidade do líquido para mais ou menos doce. O bebê pode ainda se acostumar com a alta taxa de glicose do sangue da mãe e, quando nasce, já pode ter o paladar mais voltado para o açúcar. Na verdade, o útero é uma escola onde o bebê aprende e ele vai gostar do que conheceu na vida intrauterina. O açúcar natural dos alimentos é suficiente para suprir as necessidades da mãe e do feto e assegurar o desenvolvimento integral do bebê (KONISHI e LIMA, 2002).

Vale ainda esclarecer que não existe uma relação direta de causa e efeito entre a gravidez e carie. O que ocorre de fato são mudanças hormonais que diminuem o pH do meio bucal e a capacidade tampão da saliva;possíveis mudanças na alimentação pelo aumento do

consumo de alimentos açucarados nesse período e possíveis mudanças de hábitos de higiene bucal além também possível frequência de ácidos provenientes de vômitos. Juntos estes fatores favorecem a atividade da doença carie.

O tratamento preventivo deve ser realizado durante os três trimestres de gestação, constando de procedimentos básicos como raspagem radicular, profilaxia, aplicação tópica de flúor além de medidas como controle bacteriano e instruções de higiene. (HORITA et al., s/d).

O tratamento deve ser realizado, preferencialmente, durante segundo trimestre de gestação, se necessário, porém, este pode ser feito a qualquer momento, desde que sejam tomadas as devidas precauções, além de evitar consultas prolongadas devido a possibilidade de vir a ocorrer hipotensão supina e hipóxia. Por outro lado deve-se considerar urgência, em qualquer período gestacional, intervenções que visem remover a dor e focos de infecção. Sabe-se que septicemia é teratogênica e potencialmente uma das principais causas do aborto espontânea (TIRELLI et al., 1999).

4.4 Conscientização da gestante

O período gestacional é uma excelente oportunidade para o profissional da saúde, nesse caso o dentista promove a saúde bucal tendo como maior foco a prevenção. É o momento em que a mãe está mais aberta a orientações e aprendizagem, mais sujeita a transformações quanto aos seus hábitos e, conseqüentemente, de sua família e da geração futura. O dentista deve aproveitar esse momento de questionamento da gestante para oferecê-la novas informações e melhorias na sua saúde bucal, na do bebê e na da sua família. Carie dentária e doença periodontal são as alterações mais comuns da cavidade bucal durante a gestação (MOIMAZ, 2007).

De acordo com Oliveira (2002) e Viegas (1967) a maior incidência de carie dentária nesse período acontece devido ao descuido da mulher nessa fase de mudanças, na qual ocorre uma modificação dos hábitos alimentares e maior exposição do esmalte dentário aos ácidos gástricos (vômitos).

Ocorrem também alterações gengivais nas pacientes, com maior tendência a gengivite quando há presença de irritantes locais. Hiperemia, edema e sangramento gengival estão relacionados a fatores como deficiências nutricionais, altos níveis hormonais, presença de

placa bacteriana, assim como o estado transitório de imunodepressão (AMAR e CHUNG, 1994).

Portanto é imprescindível que a futura mamãe conheça e entenda os malefícios que bactérias cariogênicas e periodontopatogênicas podem trazer para ela e para o seu bebê.

4.5 Terapêuticas Medicamentosas na gravidez

Para Tirelli (1999) a prescrição medicamentosa deve ser evitada durante a gestação e, mesmo os fármacos mais indicados para esse período, devem ser indicados somente em casos de real necessidade, avaliando-se o risco benefício. Em casos de dor de origem odontológica, geralmente o que resolve o problema é a intervenção clínica, sendo a prescrição de medicamentos praticamente dispensável.

Vários autores afirmam que quase todos os medicamentos atravessam a placenta, em maior ou menor grau, podendo eventualmente causar efeitos teratogênicos no embrião ou no feto. A teratogenia de uma droga depende basicamente de seu mecanismo de ação, da dose utilizada, da fase gestacional em que foi empregada e do tempo de utilização da droga.

Quando a grávida ingere ou recebe qualquer medicamento, tanto o seu organismo, quanto o do feto são afetados. Entretanto o feto está mais sujeito aos efeitos negativos, porque não tem a mesma capacidade de metabolizar substâncias (CARMO; NITRINI, 2004).

Durante o período da embriogênese os efeitos das drogas no feto podem ser significativos e mesmo prejudiciais causando desorganização de processo de desenvolvimento ou ainda, a morte do feto. No 2º ou 3º trimestre, o resultado pode ser funcionamento deficiente de um sistema orgânico específico (SILVA, 1990). A má formação congênita tem maior risco de acontecer quando o medicamento com potencial teratogênico é utilizado no 1º trimestre gestacional. Nos demais períodos, podem acontecer alterações na fisiologia materna, efeitos farmacológicos sobre o feto e interferências no desenvolvimento fetal (CARMO; NITRINI, 2004).

Deste modo, uma área de preocupação constante é a administração de medicamentos a gestante. Deve-se estar atento aos efeitos teratogênicos, tóxicos ou de outra forma lesivos para o feto em desenvolvimento. (SILVA, 1990).

Antes de prescrever um medicamento, o dentista deve verificar se ele é considerado seguro na fase gestacional em que se encontra a mulher, avaliar se a prescrição é realmente

indispensável, ou se pode ser substituída por um procedimento clínico (CORREA; ANDRADE; VOLPATO; 2003).

O profissional deverá conhecer profundamente o mecanismo de ação da medicação sobre o feto para que possa selecionar com critério (SILVA, 1990).

-Analgésicos e anti-inflamatórios

O acetaminofeno é o analgésico de escolha durante a gestação e lactação (MARTIN e VARNER, 1994; RATHMELL et al.,1997; HASS, 2002). Riscos de anemia e problemas renais foram observados apenas com altas doses de medicamento (MARTIN e VARNER, 1994; WASYLKO et al., 1998). Os analgésicos opióides podem causar depressão do sistema nervoso fetal e vício no feto, devendo ser evitados (ACADEMY OF GENERAL DENTISTRY, 2005).

O uso prolongado de antiinflamatórios não esteroidais tem gerado efeitos prejudiciais na circulação fetal (GANJEDRA e KUMAR, 2004; Academy of General Dentistry, 2005). O ácido acetilsalicílico e o ibuprofeno deveria ser evitado no terceiro trimestre (ADA, 1998). O ácido acetilsalicílico (AAS), é um inibidor da prostaglandina, podendo levar a anemia, hemorragia e trabalho de parto prolongado (HAAS, 2002). Embora esses antiinflamatórios não estejam relacionados a malformações congênitas, podem causar aborto espontâneo (NIELSEN et al.,2001).

Os corticosteróides pertencem à categoria de fármacos que em estudos com animais mostraram efeitos adversos no feto, mais não existem estudos em humanos. A utilização de formas tópicas no tratamento de lesões inflamatórias bucais é segura para as gestantes. Se usados sistematicamente, em altas doses e por curto período de tempo atravessam a barreira placentária e são excretados no leite. Lactentes que fazem uso de altas doses de esteróides devem aguardar 4 horas para amamentar visando reduzir a quantidade do medicamento no leite (COMMITTEE ON DRUGS, AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1994).

-Antibióticos

Os beta lactâmicos (penicilinas e cefalosporinas) são os antibióticos de primeira escolha nas infecções orofaciais. Esses medicamentos atravessam a barreira placentária, mas são considerados seguros durante a gestação (DASHE; GILSTRAP, 1997). Os macrolídeos (eritromicina, clindamicina, azitromicina) também atravessam a barreira placentária mais em

pequenas quantidades e devem ser utilizados em pacientes alérgicos a penicilina (GAJENDRA e KUMAR, 2004; ACADEMY OF GENERAL DENTISTRY, 2005).

O metronidazol atravessa a barreira placentária e penetra na circulação fetal. Devido ao potencial de risco ainda desconhecido, não é recomendado para gestantes (MURPHY; JONES, 1994). Os aminoglicosídeos devem ser usados somente para aquelas situações em que os benefícios superem o risco (DASHE e GILSTRAP, 1997).

O uso de tetraciclina é de risco para a mãe e o feto porque pode causar injúria no pâncreas e fígado, atravessar a barreira placentária e causar malformações e pigmentação nos dentes decíduos por meio da quelação com os íons cálcio, sendo também depositada no tecido ósseo do feto resultando em deficiência do crescimento ósseo (ACADEMY OF GENERAL DENTISTRY, 2005).

A utilização das sulfas no período gestacional deve ser prudente, porque no primeiro trimestre elas são reconhecidas como teratogênicas e quando prescritas próximas ao parto favorecem o aumento da bilirrubina fetal livre.

-Sedativos e hipnóticos

Os benzodiazepínicos são contra-indicados na gestação, quando administrados nos dois primeiros trimestres da gestação estão relacionadas à maior incidência de crianças com lábio leporino e/ou fenda palatina (SILVA, 2001).

O óxido nítrico ainda é controverso durante a gestação e ainda não foi classificado pela FDA (Food and Drug Administration).

Acredita-se que a utilização de suplementos fluorados em gestante não protege a dentição do bebê contra a cárie dentária, porque a maior parte da calcificação da dentição permanente se processa após o nascimento, e a dentição decídua exibe pouca calcificação nesse período (CAMPOS et al., 2000).

Por outro lado, o uso tópico de fluoretos é válido para a promoção de saúde da própria gestante, pois contribui com a prevenção e controle de cárie dentária (CAMPOS et al., 2000; FEJERSKOV et al., 1994; MEDEIROS, 1993).

4.6 Anestesia na gravidez

Os anestésicos locais atravessam a barreira placentária por difusão passiva, mas são considerados seguros e não teratogênicos (MOORE, 1998). Alguns anestésicos podem ser seguramente administrados na gestação, como lidocaína. A mepivacaina, bupivacaina e procaina devem ser usadas com cautela durante a gestação (LITTLE et al., 2002).

Há controvérsias sobre o uso ou não de anestésicos com vasoconstrictor. Para Armonia e Tortamano (1995) a lidocaína é o sal anestésico de escolha para a utilização em gestantes. Para esses autores, a noradrenalina é o vasoconstrictor de escolha, porque é a substância normalmente presente no organismo e só leva efeitos nocivos quando presente em altas concentrações no sangue materno.

Por outro lado, Correa, Andrade e Volpato (2003) recomendam o uso de lidocaína a 2% com vasoconstrictor na proporção de 1:100.000, desde que se faça aspiração previa, injeção lenta e dosagem adequada. Consideram a vasoconstrictora adrenalina mais segura que a noradrenalina porque, devido ao seu mecanismo de ação, a noradrenalina pode causar aumento acentuado na pressão arterial e de resistência vascular periférica, ocasionando bradicardia reflexa, efeito indesejável não apenas em gestantes mais em todos os indivíduos. Ainda segundo esses autores, dois tubetes são a dose máxima de anestésico segura para gestante, sendo que para um adulto normal, a dose aceita é de até sete tubetes de anestésico.

Correa, Andrade e Volpato (2003) defendem que o uso de vasoconstrictor aumenta a segurança da solução anestésica, pois sua função é tornar mais lenta a absorção dos anestésicos locais devido a:

- Menor toxicidade, porque a solução anestésica local é absorvida mais lentamente, leva níveis plasmáticos menores, diminuindo, assim, os riscos de reações adversas.
- Menor dosagem administrada porque, com uso de vasoconstrictores, as moléculas de anestésicos locais permanecem mais tempo em contato com a área anestesiada, o que permite anestesia mais profunda, leva o maior conforto e a diminuição do estresse para a gestante, devido a maior efetividade anestésica.

Durante muito tempo, o uso de vasoconstrictores em gestantes foi visto com desconfiança, porque se acreditava que a adrenalina adicionada às soluções anestésicas locais poderia reduzir a frequência e a duração das contrações uterinas, dificultando, desse modo, o parto. Sabe-se, entretanto, que ao entrar na corrente sanguínea a adrenalina é rapidamente biotransformada, não sendo seus efeitos acumulativos, assim, no momento do parto, não

haverá dose residual de adrenalina administrada pelo dentista (CORREA; ANDRADE; VOLPATO, 2003).

4.7 Exame Radiográfico

O exame radiográfico não precisa ser evitado durante a gestação, uma vez que a quantidade de radiação que a mãe é exposta para a tomada radiográfica periapical é muito menor que a dose necessária para ocasionar malformações congênitas, porque o feto recebe 1/50000 da exposição direta na cabeça da mãe (RICHARDS, 1968). Mesmo assim alguns cuidados são recomendados como avaliar a real necessidade do exame, a proteção com avental de chumbo, o uso de filmes ultra-rápidos, que permitem menor tempo de exposição e evita repetições (ADA, 1998; LITTLE et al., 2002). Radiografias de rotina e exame periapical completo devem ser evitados se não estiverem relacionados à área de interesse e queixa principal (GAJENDRA e KUMAR, 2004).

5 PROCEDIMENTOS DE INTERVENÇÃO

A primeira medida a ser tomada é a sensibilização de toda a Equipe de Saúde da Família envolvida. A saúde bucal precisará motivar a equipe sobre a importância do pré-natal odontológico para que todos possam exercer o papel de conscientização da gestante.

Após esse envolvimento, deverá ser organizada a assistência pré-natal através de um protocolo e um fluxograma de atendimento odontológico (QUADRO 1).

Após o pré-natal, geralmente realizado pelo médico/enfermeiro, serão solicitados e avaliados os exames de rotina, tais como o sumário de urina, o anti HIV I e II, o fator Rh, o grupo sanguíneo e a ultrassonografia obstétrica; serão prescritos os medicamentos necessários ao tratamento de algum problema e a será realizado o exame físico. A gestante, então, será encaminhada para o pré-natal odontológico.

O protocolo odontológico será constituído de anamnese, exame clínico, preenchimento do odontograma, orientações sobre higiene bucal, dieta, mitos e verdades sobre o atendimento odontológico, amamentação, hábitos de sucção não nutritivos, cuidados com o bebê, realização de escovação supervisionada e agendamento de retorno para realização do tratamento (QUADRO 1).

5.1 Cenário e sujeitos que poderão participar da intervenção

As gestantes que são atendidas nas Unidades Básicas de saúde da família deverão participar do pré-natal médico e odontológico.

Para isso estarão envolvidos os agentes comunitários de saúde, os enfermeiros, médicos, nutricionistas e cirurgião dentista.

QUADRO 1: Protocolo de Atendimento Odontológico

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO	
<i>GESTANTES:</i> Criar uma carteira para a gestante onde serão marcados os encontros. Adicionar nessa carteira informações de saúde bucal de acordo com os trimestres gestacionais.	
1º trimestre: Realizar procedimentos de caráter coletivo e individual.	
<i>Coletivo:</i> Reunir as gestantes de acordo com o dia das consultas pré-natal para orientações.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientações sobre a ocorrência de alterações fisiológicas de interesse odontológico, comuns do período gestacional; ▪ Orientações sobre hábitos alimentares saudáveis a fim de prevenir a cárie dentária; ▪ Orientações sobre higiene bucal;
<i>Individual:</i> na cadeira do dentista.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação da cavidade bucal para detecção de cáries e doenças gengivais; ▪ Tratamento preventivo por meio de profilaxia profissional; ▪ Tratamento curativo: Remoção de focos infecciosos e agendamento dos tratamentos para cárie e doença periodontal.
2º trimestre: Continuação dos tratamentos iniciados nas gestantes no 1º trimestre.	
<i>Individual:</i> na cadeira do dentista.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exames cínicos regulares para a detecção precoce de alterações da saúde bucal; ▪ Tratamento preventivo por meio de profilaxia profissional; ▪ Tratamento curativo: Restaurações em ionômero de vidro, raspagens de cálculo, remoção de focos infecciosos. Optar por realizar procedimentos eletivos (como tratamento de canal, restaurações grandes em resina e exodontias) após o nascimento da criança.
3º trimestre: Realizar procedimentos de caráter coletivo e individual.	
<i>Coletivo:</i> Organizar um grupo de gestantes de acordo com os dias de consulta da unidade de saúde para fornecer orientações.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientações sobre a importância da amamentação para o desenvolvimento funcional da criança; ▪ Orientar sobre hábitos alimentares saudáveis; ▪ Orientar sobre hábitos de higiene da mãe e do bebê; ▪ Orientar sobre hábitos de sucção – bico, mamadeira.
<i>Individual:</i> Em caso de urgência.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neutralização de processos inflamatórios, fraturas dentárias, urgências em geral.

Fonte: <http://odontodivas.com/2012/08/desmitificando-o-atendimento-odontologico-a-gestantesue.html>

6 RESULTADOS ESPERADOS

Com as ações propostas espera-se que o período gestacional gere melhores condições de saúde para a gestante e seu bebê devido ao planejamento e tratamento integral e multiprofissional, gerando uma mudança de hábitos comportamentais em relação a sua higiene bucal e dieta, bem como cuidados com o bebê. Junto a isso se espera a redução da transmissibilidade da doença carie das gestantes para os seus bebês.

Esclarecer e orientar todos os cirurgiões dentistas quanto ao tratamento odontológico no grupo das gestantes onde existem muitos tabus e receios.

7 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

O acompanhamento do pré-natal odontológico deverá ser avaliado mediante a comparação do número das gestantes que realizaram o pré-natal com medico/enfermeiro com o número que realizou o pré-natal odontológico e a quantidade de tratamentos iniciados e concluídos.

Os resultados positivos poderão ser notados no período do puerpério quanto ao benefício do pré-natal odontológico durante a gestação e com os cuidados com bebê.

8 CONCLUSÕES

Embora a gestação por si só não seja responsável pelo aparecimento de carie dentária, doença periodontal e outras manifestações bucais, faz-se necessário o acompanhamento odontológico no pré-natal visando identificar riscos à saúde bucal, a necessidade de tratamento curativo e a realizações de ações preventivas e educativas.

O conhecimento por parte do cirurgião dentista sobre as principais características de cada trimestre gestacional e sobre as recomendações e cuidados a serem tomados durante o atendimento são fundamentais para um tratamento seguro para gestante.

Trabalhar com as gestantes, incentivando sua participação, poderá motivá-las para aquisição e manutenção de hábitos positivos de saúde.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O período gestacional deve ser alvo de atenção por parte dos profissionais de saúde com vistas à promoção da saúde bucal e prevenção de doenças que afetam a cavidade bucal.

Muitos são os fatores que podem propiciar as manifestações de alterações bucais na gestação, destacando-se alterações hormonais e presença de placa bacteriana, devido à higiene bucal deficiente.

Varias são as manifestações de alterações bucais que podem ocorrer durante a gravidez, sendo a carie e doença periodontal as mais comuns. Mas, vale ressaltar que a gravidez não é determinante para o seu aparecimento.

A gengivite é a mais comum complicação bucal que pode ocorrer na gravidez afetando a maioria das mulheres e, pode ser identificada a partir do 2º mês de gestação. A maior suscetibilidade se deve, primeiramente, aos altos níveis de progesterona, que aumentam a permeabilidade dos vasos sanguíneos gengivais, tornando a área mais sensível aos irritantes locais. Também devido a presença de bactérias associadas ao processo de inflamação gengival e pela presença de irritantes locais oriundos da placa dental.

Uma higienização bem realizada ajuda no controle das doenças gengivais e diminui o risco a caries dentaria. Assim a gestante deve ser orientada para escovar os dentes diariamente e após as refeições, utilizando dentifrício fluoretado e fio dental.

Por tudo isso, a gestante requer atenção odontológica especial devido a alterações que ocorrem no período gravídico. É de fundamental importância o papel do cirurgião dentista, realizando tratamento curativo quando necessário, avaliando riscos a saúde bucal, prevenindo hábitos orais inadequados e doenças bucais, reforçando conceitos de aleitamento materno, alimentação saudável efetivando sua participação no pré-natal multiprofissional.

A desmistificação do atendimento odontológico como causador de risco para a gestante e para o bebê é o primeiro passo para melhorar a adesão, segurança e motivação ao pré-natal odontológico. É extrema a importância da transferência de conhecimentos básicos e saúde bucal para toda a equipe do pré-natal, uniformizando conceitos sobre o atendimento odontológico na gravidez.

REFERENCIAS

ACADEMY OF GENERAL DENTISTRY. Disponível em:

<http://agd.org/consumer/topics/pregnancy/pregnancy.asp>. Acesso em: 26 jul. 2005.

ALBUQUERQUE, OMR; ABEGG, C; RODRIGUES, CS. Percepção de gestantes do Programa de Saúde da Família em relação as barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** v.20, n.3,p. 789-796, maio/jun.2004.

ALVES CS. **Atenção odontológica no pré natal :a percepção das gestantes do bairro Padre Palhano,Sobral-CE**. Monografia de Especialista- Escola de Formação de Saúde da família visconde de Saboia,Sobral.2004.

AMAR S; CHUNG KM. **Influence of hormonal variation on the periodontium in women**. Department of Periodontology, Eastman Dental Center, Rochester, New York, USA, 6:79-87; Oct.1994.

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. **Pregnancy and Oral Health**.Chicago:ADA, 1998.

ANDRADE, ED. **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia: Procedimentos Clínicos e Uso de Medicamentos nas Principais Situações na Prática Odontológica**. São Paulo: **Artes Médicas**, 1999.

ARMONIA, PL; TORTAMANO, N. **Como prescrever em odontologia**. 4. ed. São Paulo: Santos, 1995.

CALDEIRA, AP; OLIVEIRA, RM; RODRIGUES, AO. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. **Cienc. Saúde Coletiva** 15:3139-3147,TAB. Out. 2010.

CAMPOS, PRB et al. Suplementos fluorados durante a gestação e lactação: verdades e mitos. **Rev. Odontol. Univ. St. Amaro**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 84-89, jul./dez. 2000.

CARMO, TA; NITRINI, SMO. Prescrições de medicamentos para gestantes: um estudo farmacoepidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, jul./ago. 2004. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 22 set. 2004.

CARVALHO, ACP. **Educação e saúde em odontologia: ensino da prática e prática do ensino**. São Paulo: Santos, 1995.

CASTRO, FC; MENEZES, MTV; PORDEUS,IA; PAIVA, SM. Tratamento odontológico no período da gravidez:enfoque para o uso de anestésicos locais. **J. Bras. Clin. Odontol. Integr.**; 6(31):62-67,jan.-fev. 2002.

CATARIN, RFZ ; ANDRADE, SM; IWAKURA, MLH. Conhecimentos, práticas e acesso | atenção a saúde bucal durante a gravidez. **Revista Espaço para Saúde**, Londrina,v.10,n.1,p.16-24,dez.2008.

COMMITTEE ON DRUGS, AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **The Transfer of**

Drugs and Other Chemicals into Human Milk. Pediatrics, Springfield.v.93, p.137-150, 1994.

CORREA, EMC; ANDRADE, ED; VOLPATO, M C. Tratamento odontológico em gestantes: escolha da solução anestésica local. **Rev. ABO Nac.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 107-111, abr./maio 2003.

COSTA, ICC. et al. A gestante como agente multiplicador de saúde. **RPG Rev. Pós Grad.** São Paulo, v. 5, n. 2, p. 87-91, abr./jun.1998.

COSTA, ICC; SALIBA, O; MOREIRA, AS. Atenção odontológica à gestante na concepção médico-dentista-paciente: representações sociais dessa interação. **RPG Rev. Pós Grad.** São Paulo. v. 9, n. 3, p. 232-243, jul./set. 2002.

DASHE, JS; GILSTRAP, LC. Antibiotic Use in Pregnancy. **Obstet. Gynecol. Clin. North Am.**, Philadelphia, v.24, p.617-629, 1999.

FINKLER,M.; OLEINISKI, DMB; RAMOS, FRS. Saúde bucal materno-infantil:um estudo de representações sociais com a gestante. **Texto contexto enferm.** Florianópolis vol.13, n. 3,jul./set.2004.

FEJERSKOV,O et al. **Fluorose dentária:** um manual para profissionais de saúde. SANTOS: São Paulo, 1994.

FEJERSKOV, O. Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. **Caries Res.**, v. 8, n.3, p.182-91, 2004.

GAJENDRA, S.; KUMAR J.V. Oral Health and Pregnancy: A Review. New York State Dental Journal, New York, p.4, 2004.

HAAS, DA. An Update on Analgesics for the Management of Acute Postoperative Dental Pain. **J. Can. Dent. Assoc.**, Ottawa, v.68, p.476-482, 2002.

HAMILTON S; XAVIER E; VALERIA B .C. XAVIER.**Cuidados Odontológicos com a Gestante.**Editora Santos.1º edição.2004.

HORITA et al.. Manual do Pré-Natal Odontológico & Prática da Odontologia para Bebês, s/l, s/d.

KONISHI, F.; LIMA, PA. Odontologia intra uterina: a construção da saúde bucal antes do nascimento. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 5, p. 294-295, set./out. 2002.

LIMA, MCL. Implantação do Atendimento Odontológico a Gestante na ESF do Camará em Aquiraz-CE. **Escola de Saúde Pública do Ceará.** Especialização em Práticas Clínicas em saúde da família. Fortaleza, 2009.

LITTLE, JW et al. Dental Management of the Medically Compromised Patient. 6. ed. St Louis:**Mosby**, 2002.

LOPEZ, NJ; SMITH, PC; GUTIERREZ, J. Periodontal Therapy May Reduce the Risk of Preterm Low Birth Weight in Women with Periodontal Disease: a Randomized Controlled Trial. **J. Periodontol.**, Chicago, v.73, p.911-924, 2001.

MARTIN, C; VARNER, MW. Physiologic Changes in Pregnancy: Surgical Implications. **Clin. Obstet. Gynecol., Hagerstown**, v.37, p.241-255, 1994.

MASTRANTONIO, SS; GARCIA, PPNS. Programas educativos em saúde bucal - revisão de Literatura. **J. Bras. Odontoped. Odontol. Bebê**, v.5, n.25, p. 215-22, 2002.

MEDEIROS, UV. Atenção odontológica para bebês. **Rev. Paul. Odontol.**, São Paulo, v. 15, n. 6, p.18-27, nov./dez. 1993.

MOIMAZ,SAS; ROCHA, NB; SALIBA, O; GARBIN, CAS. O acesso das pacientes gestantes ao tratamento odontológico. **Rev. Odontol. UNICID** 2007; 19(1):39-45.

MOORE, PA. Selecting Drugs for the Pregnant Dental Patient. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v.129, p.1281-1286, 1998.

MURPHY, PA; JONES, E. Use of Oral Metronidazole in Pregnancy: Risks, Benefits, and Practice Guidelines. **J. Nurse Midwifery**, New York, v.39, no.4, p.214-220, 1994.

NAVARRO, PSL et al. Prescrição de medicamentos e anestesia local para gestantes:conduta de cirurgias-dentistas de Londrina,PR, Brasil. **Rev. Fac. Odontol. P. Alegre**; 49(2):22-27, 2008.tab

NIELSEN, GL; et al. Risk of Adverse Birth Outcome and Miscarriage in Pregnant Users of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs: Population Based Observational Study and Case-Control Study. **B.M.J.**, London, v.322, p.266-270, 2001.

OLIVEIRA, R.S.R.G. **Percepção sobre saúde bucal e atendimento odontológico por gestantes em programas de assistência pré-natal no município de Santo André.** 106 f. Dissertação (Mestrado) Serviços de Saúde Pública.São Paulo.2002.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANOPOLIS, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Protocolo de Atenção a Saúde Bucal.** Florianópolis, julho de 2006.

RATHMELL, JP; VISCOMI, C; ASHBURN, MA. Management of Nonobstetric Pain During Pregnancy and Lactation. **Anesth. Analg.**, Baltimore, v.85, p.1074-1087, 1997.

REIS, DM; Pitta, DR; FERREIRA, HMB; JESUS, MCP; MORAES, MEL; SOARES, MG. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Cienc. Saúde Coletiva** 15(1):269-276, ND. Jan 2010.

RICHARDS, AG. Dental x-Ray Protection. **Dent. Clin. North Am.**, Philadelphia, p.631-641, 1968.

RODRIGUES, AS; ARIANA, S; LIMA, DBGO; GANHITO, JÁ; ROMITO, GA; LOTUFO, RFM; MICHELI, GD; PUSTIGLIONI, FE. Parto prematuro e baixo peso ao nascer

associados à doença periodontal: aspectos clínicos, microbiológicos e imunológicos. **Rev. Odontol. UNICID** 2004; 16(1):55-61.

RODRIGUES, EMGO. **Promoção da saúde bucal na gestação: revisão da literatura**. Juiz de Fora: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora; 2002.

SANDRA ECHEVERRIA e GABRIEL TILLI POLITANO. **Tratamento Odontológico para Gestante**. 1º edição. Editora Santos. 2011.

SCAVUZZI, AIF; ROCHA, MCB S. Atenção odontológica na gravidez- uma revisão. **Rev. Fac. Odontologia UFBA**, Salvador, v. 18, p. 47-52, jan./jun. 1999.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DE MINAS GERAIS, **Atenção em Saúde Bucal**, Saúde em Casa, 2º edição, Belo Horizonte, 2007.

SILVA, JRO. Avaliação e tratamento da paciente gestante na Odontologia. **Odontol. Mod.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 23-27, jul. 1990.

SILVA, ADM; GOMES, AM. Saúde bucal de gestantes: uma abordagem de gênero. **Congresso Mundial de Odontologia**, 2 Anais. Londrina: AONP, p.136. , 2001.

SILVA, FWGP; STUANI, AS; QUEIROZ, AM. Atendimento Odontológico a Gestante-Parte 1: Alterações Sistêmicas. **R. Fac. Odontol. Porto Alegre**, v.47, n.3, p.19-23,dez.2006.

SILVA, FWGP; STUANI, AS; QUEIROZ, AM. Atendimento Odontológico a Gestante-Parte 2: Cuidados Durante a Consulta. **R. Fac. Odontol. Porto Alegre**,v.47, n.3, p.5-9,dez.2006.

SILVA, MV; MARTELLI, PJJ. Promoção em Saúde Bucal para Gestantes: revisão de literatura. **Odontologia Clin. Científic.**, Recife,8 (3):219-224, jul/set, 2009.

STEINBERG, BJ. Women's oral health issues. *J Dent Educ* 1999; 63(3):271-275.

TIRELLI, MC. et al. Odontologia e gravidez: período mais indicado para um tratamento odontológico programado em pacientes gestantes. **Revista Odontológica da Universidade de Santo Amaro: Unisa**,v.4, n.1,jan/jun., p.26-29,1999.

VIEGAS, Y. **Fluossilicato de zinco na prevenção de cárie dental em ratos**. *Rev. Saúde Pública*, Jun 1967, vol.1, n.1, p.79-91.

WASYLKO, L et al. A Review of Common Dental Treatments During Pregnancy: Implications for Patients and Dental Personnel. **J. Canad. Dent. Assoc.**, Ottawa, v.64, no.6, p.434-439, 1998.

WELGATCH, MKM; SAMALEA, DMV. Atenção Odontológica às gestantes na estratégia de saúde da família. **Revista de Divulgação Técnico-Científica do ICPG**, Blumenau, v. 3, n. 12, 2008.