

## Desmistificando o atendimento odontológico em gestantes

Demystifying dental care in pregnant women

Desmitificando el atendimento odontológico en gestantes

Izabella Corrêa da Silva<sup>1</sup>, Ivanna Rosa Barbosa Costa de Araújo<sup>1</sup>, Daniela Ignacia Rivera Palma<sup>1</sup>, Lucimara Rocha da Silva<sup>1</sup>, Gabrielly Maria Argolo Acioly<sup>1</sup>, Ana Júlia da Silva Araújo<sup>1</sup>, Fernanda Braga Peixoto<sup>1</sup>, Marcílio Otávio Brandão Peixoto<sup>1</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Realizar uma revisão de literatura sobre a importância de se realizar o atendimento odontológico no período gestacional. **Revisão Bibliográfica:** O atendimento clínico odontológico pode e deve ser realizado em qualquer período durante a gestação, tendo em vista que é mais prejudicial para o bebê o fato da mãe continuar com infecções na cavidade bucal do que a realização do tratamento. O conhecimento do cirurgião-dentista em relação às características de cada trimestre gestacional é de fundamental importância durante o atendimento dessas pacientes, além da realização de uma boa anamnese a fim de instituir um bom plano de tratamento, acarretando uma maior relação de confiança entre profissional e paciente. **Considerações finais:** Com a realização desse estudo foi possível observar que a maioria dos medicamentos utilizados na odontologia não são contraindicados durante a gestação, estes podem ser prescritos tranquilamente quando necessários e se preciso deve ser feita em parceria com o médico.

**Palavras-chave:** Odontologia, Gestantes, Cuidado pré-natal.

### ABSTRACT

**Objective:** Conduct a literature review on the importance of performing dental care during pregnancy. **Bibliographic Review:** Clinical dental care can and should be performed at any time during pregnancy, considering that it is more harmful to the baby for the mother to continue with infections in the oral cavity than to carry out the treatment. The dentist's knowledge regarding the characteristics of each gestational trimester is of fundamental importance during the care of these patients, in addition to carrying out a good anamnesis in order to establish a good treatment plan, resulting in a greater relationship of trust between the professional and the patient. **Final considerations:** With this study, it was possible to conclude that most drugs used in dentistry are not contraindicated during pregnancy, they can be prescribed calmly when necessary and, if necessary, should be done in partnership with a doctor.

**Keywords:** Dentistry, Pregnant, Prenatal care.

### RESUMEN

**Objetivo:** Realizar una revisión bibliográfica sobre la importancia de realizar cuidados odontológicos durante el embarazo. **Revisión bibliográfica:** La atención clínica odontológica puede y debe realizarse en cualquier momento del embarazo, considerando que es más perjudicial para el bebé que la madre continúe con infecciones en la cavidad oral que realizar el tratamiento. El conocimiento del odontólogo respecto a las características de cada trimestre gestacional es de fundamental importancia durante la atención de estas pacientes, además de realizar una buena anamnesis para poder establecer un buen plan de tratamiento, redundando en una mayor relación de confianza entre el profesional y el paciente. **Consideraciones finales:** Con este estudio, fue posible concluir que la mayoría de los medicamentos utilizados en odontología no están contraindicados durante el embarazo, pueden ser prescritos con tranquilidad cuando sea necesario y, si es necesario, debe hacerse en colaboración con un médico.

**Palabras clave:** Odontología, Mujeres embarazadas, Cuidado prenatal.

<sup>1</sup> Centro Universitário (CESMAC), Maceió - AL.

## INTRODUÇÃO

O atendimento odontológico à gestante é considerado como diferenciado, por serem estas pacientes especiais, uma vez que representam grupo de risco para doenças bucais com alterações físicas, biológicas e hormonais que refletem diretamente na cavidade oral. As alterações dos níveis de estrogênio e progesterona durante a gestação são um fator indicativo de um maior índice de pacientes com inflamação gengival pela presença de biofilme, predispondo as mulheres ao desenvolvimento de gengivite gravídica (CUNHA RO e LEITE ICG, 2021).

Apesar disto, pode ser realizado em qualquer período os procedimentos odontológicos, tendo em vista que é mais prejudicial para o bebê o fato da mãe continuar com infecções na cavidade bucal do que a realização do tratamento (DE ALMEIDA FLC, et al., 2020).

O Ministério da Saúde (2012) orienta que ao início do pré-natal, a gestante seja direcionada para uma consulta odontológica, onde a mesma será avaliada e orientada sobre as alterações que ocorrem na cavidade oral durante esse período e das necessidades de atendimento. Uma vez que, durante o período gestacional as mulheres tornam-se mais abertas a novos conhecimentos e hábitos que contribuem para a saúde de toda a família.

Os mitos sobre o tratamento odontológico no período gestacional resultam em uma menor procura das gestantes pelo cirurgião-dentista com medo de prejudicar a gestação. Durante a gestação os níveis de progesterona aumentam, exercendo efeitos sobre a vascularização sanguínea do periodonto, o que tornará a paciente muito mais suscetível a qualquer fator irritante (seja físico, químico ou bacteriano) que, somados à maior produção de prostaglandinas comum no período gestacional e a falha da higienização bucal acabam elevando ainda mais o risco de doença periodontal podendo levar ao parto prematuro, além disso, a dor provocada por problemas dentários pode resultar na liberação de substâncias químicas (catecolaminas) que podem diminuir o fluxo sanguíneo placentário necessário para o bebê em formação (PRADO L, et al., 2019).

Desse modo, ao realizar o tratamento odontológico em gestantes, o cirurgião-dentista deve conhecer as alterações sistêmicas, bem como os cuidados no atendimento, e realizar uma boa anamnese a fim de instituir um plano de tratamento adequado e seguro (SILVA BFR, et al., 2020).

Muitos profissionais se recusam a fazer o atendimento odontológico em gestantes devido a dúvida do risco que o tratamento pode provocar na mãe e, conseqüentemente, no bebê, principalmente pela falta de conhecimento sobre o assunto durante a sua formação acadêmica. Portanto, cirurgiões-dentistas conhecedores do assunto, tendem a apresentar postura mais confiante e dessa forma passar mais segurança para sua paciente (PRADO L, et al., 2019).

Além do grave problema gerado pela insegurança profissional em decorrência de suas dúvidas em relação a este atendimento odontológico, outro fator relevante para a pequena procura desta paciente pelo cirurgião-dentista pode estar relacionado à baixa percepção da necessidade ou a dificuldade em conseguir atendimento especializado. Conhecer estes fatores são importantes para elaboração de estratégias que visem enfrentá-los, minimizá-los e capazes de resultar no adequado manejo deste tipo de paciente (EBRAHIM ZF, et al., 2014).

O objetivo deste estudo foi revisar sobre o atendimento odontológico voltado para as gestantes e os mitos que rodeiam esse público, esclarecendo sobre como o atendimento odontológico não apresenta um risco para as gestantes e pode ser considerado fundamental para favorecer uma gestação saudável.

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Na odontologia enquadram-se como pacientes especiais aqueles que apresentam alterações ou condições, simples ou complexa, momentânea ou permanente, de etiologia biológica, física, mental, social e/ou comportamental. Levando em consideração o fato de as gestantes apresentarem alterações físicas, biológicas, psíquicas e hormonais enquadram-se, desta forma, no grupo de pacientes especiais (MOURA ABR, et al., 2020).

Por apresentarem diversas mudanças nos seus processos fisiológicos é habitual obter achados de manifestações orais em gestantes e puérperas pelo cirurgião dentista (PACHECO KTDS, et al., 2020). Didaticamente, a gestação é classificada por trimestre: o primeiro trimestre é o período que ocorre a organogênese, ou seja, o início da formação do feto e da diferenciação orgânica (MOURA ABR, et al., 2020).

As doenças bucais mais prevalentes são: a cárie e a doença periodontal. Durante a gestação ocorre um aumento da frequência alimentar, com intervalos curtos entre as refeições, sendo assim a saliva acaba sempre ficando com o potencial hidrogeniônico (pH) diminuído, isto é, um meio ácido favorável para bactérias cariogênicas atuarem na superfície dentária e favorecer a desmineralização do esmalte e dentina. A persistência e desejo por alimentos do grupo dos carboidratos (açucarados/doces), além da deficiência ou ausência de higienização, associados a episódios de enjoos, regurgitação e vômitos mais frequentes, podem danificar a estrutura dental por conta do ácido estomacal que chega a dissolver o esmalte e dentina, levando as gestantes a crerem que a doença esteja associada diretamente com a gravidez (ROCHA AFL, et al., 2021).

Além disso, as alterações salivares como a mudança na composição da saliva, que incluem diminuição do sódio, aumento nos níveis de potássio, proteínas e estrógeno levam a queda nos níveis do pH, reduzindo, portanto, a capacidade tampão (CONTREIRO A, et al., 2019). A capacidade tampão é um fator relacionado à doença da cárie. Uma vez que ela é responsável por neutralizar os ácidos bucais, evitando o ocasionamento de infecções orais e periodontite (ALVES KT e SEVERI LSP, 2016).

Durante este período a gestante também pode ser acometida por um processo inflamatório gengival mais intenso, o qual provoca o crescimento de uma lesão não neoplásica (lesões não tumorais), conhecida como granuloma piogênico (PEREIRA AL e JÚNIOR RAV, 2022). Esta lesão apresenta-se como uma massa lobulada ou plana, usualmente pediculada, de cor rosa avermelhada ou roxa, podendo estar ulcerada ou não, assintomática e facilmente sangrante devido a sua intensa vascularização. Geralmente é notada na face vestibular da maxila, com maior ocorrência no sétimo mês de gravidez (NEVILLE BW, 2016).

No início da gestação apesar de poucas alterações físicas, a mulher passa por muitas alterações fisiológicas, como o aumento na produção de hormônios (estrogênio, progesterona e prostaglandina), elevação do volume sanguíneo, que obriga o coração, rins e pulmões a trabalharem mais, alterações em neurotransmissores, que resultam nas súbitas mudanças de humor, e sobrecarga no funcionamento do fígado, sendo esta a principal causa dos enjoos (CARRILLO-MORA P, et al., 2021).

Também, é neste período que ocorrem às maiores incidências de aborto e risco de teratogenia, a qual ocorre gerando desenvolvimento de anomalias que podem levar a malformações e isto se deve, por exemplo, em decorrência ao uso de medicamentos como antissépticos (EDINOFF AN, et al., 2022).

O segundo trimestre é o mais estável, pois nesta fase gestacional a organogênese já está completa e o feto desenvolvido. Os enjoos tendem a não mais ocorrer e ainda não há excesso de peso nas gestantes. De acordo com Guimarães KA, et al. (2021), é o período considerado de maior estabilidade entre mãe-filho, sendo o momento mais propício para o atendimento odontológico, em contrapartida, o Ministério da Saúde (2022) relata que não existem evidências suficientes para que os procedimentos odontológicos sejam mais seguros no segundo trimestre gestacional.

No terceiro trimestre gestacional, a mulher apresenta dificuldade de respirar (devido ao crescimento do feto que vai empurrar o diafragma), frequência urinária aumentada, edema das pernas, hipotensão postural, desconforto em posição de decúbito dorsal, pois o tamanho e peso do feto acabam pressionando a veia cava inferior, podendo levar a uma hipotensão e síncope, inconsciência e perda dos sentidos, motivos frequentemente responsáveis por grande desconforto durante o atendimento odontológico (BOTELHO DLL, et al., 2019).

Desse modo, recomenda-se a realização dos procedimentos odontológicos durante toda a gestação, considerando as particularidades das gestantes em estágios mais avançados da gestação, bem como a presença de comorbidades que necessitem de avaliação criteriosa do cirurgião-dentista e da equipe de saúde (BRASIL, 2022).

Entre os tratamentos odontológicos usualmente realizados para pacientes gestantes na atenção primária no âmbito do SUS, temos um sistema que não limita o atendimento a tipo ou período gestacional, ficando a cargo do cirurgião-dentista a avaliação cuidadosa da relação risco-benefício, respeitando a individualidade de cada caso e a opinião da gestante. Mas ainda recomendamos a necessidade de realização do periograma na consulta pré-natal odontológica, visando ao diagnóstico de doença periodontal para a identificação de um fator de risco para desfechos gestacionais adversos (IHEOZOR-EJIOFOR Z, et al., 2017)

Para tais exames, é importante criar um periograma completo da gestante para avaliar seu estado periodontal. Na presença de doença periodontal, as seguintes ações são sugeridas: 1) fazer um registro diário de gravidez e notificar a equipe de saúde para que a paciente possa ser acompanhada; 2) realizar tratamento da condição periodontal. É importante enfatizar que não há suporte na literatura que indique uma relação causal entre o tratamento periodontal e a redução dos resultados adversos da gravidez. Consequentemente, essa recomendação é motivada por fatores de risco comuns entre doença periodontal e resultados adversos durante a gravidez (MANRIQUE-CORREDOR EJ, et al., 2019). Ressalta também a importância da participação do dentista em todos os níveis de atenção à saúde da gestante e no trabalho multidisciplinar (BRASIL, 2012a).

O efeito da gravidez na gengivite pode ser sentido a partir do segundo mês de gravidez e pode causar a chamada gengivite gravídica. A piora da resposta inflamatória estaria associada ao aumento dos níveis plasmáticos dos hormônios estrogênio e progesterona e sua ligação a receptores específicos, o que aumenta a permeabilidade vascular e o inchaço dos tecidos gengivais. Outro fator provavelmente relacionado são as alterações no sistema imunológico da mãe, que enfraquecem a resposta dos tecidos gengivais aos irritantes locais. Além disso, um possível desequilíbrio desses hormônios em conjunto com fatores hormonais parece afetar a microbiota normal e causar uma mudança significativa na proporção de bactérias anaeróbias/aeróbias na região subgengival (BRAGION DB, et al., 2012).

No entanto, tanto a presença do biofilme dental quanto o efeito hormonal isoladamente não podem ser considerados um fator para o desenvolvimento da gengivite durante a gravidez, o que requer a presença de ambos, bem como a especificidade dos receptores hormonais e a resposta imune do hospedeiro. Apesar desses fatores, a gengivite gravídica é evitável e desaparece dentro de alguns meses após o parto, se os irritantes locais forem controlados, como a remoção do biofilme dental por meio de higiene bucal adequada e/ou profilaxia profissional (BRAGION DB, et al., 2012).

Durante as intervenções, o profissional de saúde bucal deve estar atento ao conforto físico da gestante ao ser posicionada na cadeira odontológica, independentemente do período gestacional. Principalmente no terceiro trimestre, pelo maior peso fetal e a possibilidade de compressão da veia cava inferior e hipotensão decorrente, o posicionamento da gestante deve ser estabelecido em decúbito lateral esquerdo ou com a alocação de uma almofada ou suporte confortável nas costas da gestante no lado direito entre 10 e 12 cm de altura, promovendo um leve deslocamento do peso fetal para o lado esquerdo (KURIEN S, et al., 2013).

A posição sentada pode ser adotada, principalmente em intervenções odontológicas realizadas no arco dentário inferior (SILVA BFR, et al., 2006). A posição de decúbito dorsal em 90° no terceiro trimestre gestacional não é recomendada, principalmente na ausência de suporte do lado direito (SILVA BFR, et al., 2006).

Dúvida sobre o atendimento odontológico durante a gestação, falta de interesse com a própria higienização, comodismo, esquecimento pelo fato de não gostar de dentista e até mesmo o envolvimento de aspectos psicológicos como ansiedade, medo e, principalmente, crenças e mitos sem fundamentos científicos, podem afastar este tipo de paciente dos consultórios odontológicos. Dentre os mitos mais frequentes, destacam-se: perda de mineral dos elementos dentários, realização de radiografias odontológicas, uso de anestésico, medicamentos e perigo de hemorragia (DE ALMEIDA FLC, et al., 2020).

O conteúdo mineral dos dentes da mãe não apresenta diminuição, ou seja, não participam do metabolismo sistêmico do cálcio, tendo em vista que os ameloblastos, células responsáveis em sintetizar e realizar a desmineralização do esmalte, não estão presentes na composição orgânica do dente após sua erupção

(FONSECA GNF e FARNESI JP, 2019). Muitas vezes a sensibilidade é recorrente dos episódios recorrentes de vômito que podem ser amenizados com o uso de antieméticos utilizados por muitas gestantes (SILVA BFR, et al., 2021) (**Quadro 1**).

**Quadro 1** - Categoria dos fármacos segundo FDA, exemplos e seus efeitos durante a gestação.

Categoria de risco na gravidez	Medicamentos usados na odontologia	Efeitos
<b>Categoria A</b>	<b>Não são comumente utilizados pelo Cirurgião-dentista (CD).</b>	Estudos controlados em mulheres, não causam risco ao feto, sendo remoto o risco para o feto.
<b>Categoria B</b>	<b>Analgésicos:</b> paracetamol <b>AINES:</b> Ibuprofeno (1 e 2º trimestre) e naproxeno (1 e 2º trimestre) <b>Anestésicos locais:</b> Cloridrato de lidocaína + adrenalina, Cloridrato de prilocaína + felipressina <b>Antibióticos:</b> amoxicilina, amoxicilina + clavulanato de potássio, azitromicina, estearato de eritromicina, cefalexina, clindamicina e metronidazol <b>Antivirais:</b> aciclovir <b>Anti histamínicos:</b> dramamin	Pesquisas em animais não demonstraram risco fetal, porém não existem estudos controlados em gestantes, ou aqueles cujos estudos em animais mostraram efeitos adversos que não foram confirmados em estudos controlados de mulheres, no primeiro trimestre, não tendo risco nos outros trimestres.
<b>Categoria C</b>	<b>Analgésico opióide:</b> codeína <b>Anestésico local:</b> Cloridrato de articaína + adrenalina <b>Antifúngicos:</b> nistatina (tópico), fluconazol (via oral) e miconazol (tópico), este último com estudos inconclusivos sobre risco fetal. <b>Corticoides:</b> dexametasona <b>Sedativos:</b> zolpidem <b>Outros:</b> clorexidina	Estudos controlados em animais demonstraram efeitos adversos no feto (teratogênicos, embriocidas entre outros), não tendo estudos em mulheres grávidas, ou não existem estudos em mulheres ou animais. Estas drogas só devem ser administradas se o benefício potencial justificar o risco para o feto.
<b>Categoria D</b>	<b>AINES:</b> Ibuprofeno (3º trimestre) e naproxeno (3º trimestre) <b>Antibióticos:</b> tetraciclina <b>Sedativos:</b> midazolam, diazepam, alprazolam e clonazepam	Evidência positiva de risco ao feto humano, porém os benefícios potenciais para a mulher grávida podem, eventualmente, justificar o risco.
<b>Categoria X</b>	<b>Não são comumente utilizados pelo CD.</b>	Evidência positiva de anomalias fetais, em animais e humanos, sendo contra indicados em mulheres grávidas.

**Fonte:** Silva IC, et al., 2022. Fundamentado em: Ministério da Saúde, 2010; Oropello JM, et al., 2016; da Silva VE e Babinski GS, 2020.

A utilização de radiografias odontológicas é um causador de grande insegurança tanto para profissionais quanto para as gestantes, devido ao risco dos efeitos teratogênicos (principalmente no primeiro trimestre gestacional que é marcado pela organogênese) ocasionados pelo uso dos raios x (NETO ABM e COSTA AMG, 2022). Entretanto, a utilização dos exames radiográficos não necessita ser completamente evitada durante a gestação, principalmente quando estão relacionadas à área de interesse e queixa principal, sendo assim descartadas radiografias desnecessárias, uma vez que a quantidade de radiação exposta para a mãe em uma tomada radiográfica periapical é muito menor que a dose necessária para causar malformações congênitas (WILCHES JHV, et al., 2022).

Doses inferiores que 5 a 10 rads (*radiation absorbed dose*) não prejudicam o feto e as radiográficas 0,01 milirads de radiação (VILLASMIL ER, 2020), sendo assim a mãe teria que ser submetida a 500 mil radiografias para que o feto pudesse receber 5 rads.

Alguns cuidados devem ser tomados durante a tomada radiográfica, como com a proteção do avental de chumbo e o protetor de tireóide, elementos que auxiliam na tranquilização das gestantes pela segurança que conferem; evitar ângulos direcionados para o abdômen; utilizar aparelhos devidamente calibrados, com a filtração e colimação correta; usar filmes ultrarrápidos, capazes de permitir menor tempo de exposição e evitar repetições. Tais medidas permitem que as tomadas radiográficas possam ser adquiridas, inclusive, no primeiro trimestre gestacional (WILCHES JHV, et al., 2022).

A gestação é capaz de causar várias alterações orgânicas que influenciam a cinética e dinâmica dos fármacos, devido ao aumento do volume sanguíneo, diminuição da concentração das proteínas plasmáticas, metabolização hepática, excreção renal aumentada e à diminuição da absorção gastrointestinal, o que acarreta em uma difícil manutenção dos níveis plasmáticos terapêuticos dos medicamentos. A diminuição das proteínas plasmáticas pode reduzir a ligação da droga, elevando a quantidade de medicação livre, facilitando assim que a droga atravesse a placenta e alcance a circulação fetal (PAREDES JS, et al., 2022).

Ao atravessar a barreira placentária, as drogas podem causar anormalidade no desenvolvimento ou morte do feto, alterações na função da placenta (geralmente por causa da constrição dos vasos sanguíneos) e contração intensa dos músculos uterinos (DUTRA GR, et al., 2021).

Tendo em vista que a dor é um dos problemas mais frequentes na odontologia, podemos destacar a utilização dos analgésicos não-opioides, com destaque para o paracetamol (Tylenol®). Sendo sem dúvidas o mais prescrito, é classificado como de risco B pela FDA e não tendo contraindicações durante a gestação. Em contrapartida, os analgésicos opioides estão contraindicados durante a gravidez, tendo o risco de causar depressão do sistema nervoso fetal e vício no feto. Em qualquer fase da vida estamos sujeitos a contrair infecções e durante a gestação não seria diferente. Para a eliminação do foco infeccioso utilizamos os antibióticos, e como primeira escolha estão indicadas as penicilinas e cefalosporina (para pacientes alérgicos à penicilina), tendo classificação como de risco B na FDA. No grupo das penicilinas, as mais utilizadas na odontologia são: Amoxicilina (Amoxil®), e para os alérgicos utiliza-se Cefalosporina (Keflez®) ou os antibióticos do grupo dos macrolídeos (eritromicina, clindamicina e azitromicina), que possuem a mesma classificação de risco na FDA (DEZAN CC, et al., 2008).

Devido a suas particularidades, a gestação torna a mulher exposta a riscos, entre eles se destacam os causados pelo consumo de medicamentos de risco D e X segundo a classificação da agência sanitária americana *Food and Drug Administration* (FDA) introduziu uma classificação dos fármacos quanto aos efeitos na gestação de acordo com categorias de risco (ANDRADE ED, 2014). O atendimento odontológico das gestantes ainda é visto com grande receio e recusa por parte dos cirurgiões-dentistas. Tal resistência pode estar relacionada com o fato de que durante seu período acadêmico não houve um bom preparo em relação à abordagem deste tipo de paciente, ao medo de serem responsabilizados de alguma possível intercorrência que possa afetar a saúde da mãe e/ou do bebê e até mesmo pela falta de interação multiprofissional (ESPOSTI CDD, et al., 2021).

O médico obstetra, por ser o primeiro e muitas vezes o único profissional da saúde a entrar em contato com a gestante, deveria conscientizá-la sobre a importância do tratamento odontológico nesta fase, por conta

de todas as intercorrências negativas que as afecções bucais podem causar nesse período (CARRILL-MORA P, et al., 2021).

A omissão dos cirurgiões-dentistas no atendimento à gestante pode fazer com que as mesmas pratiquem a automedicação, porém é importante ressaltar que o mesmo, tem o dever de zelar pela saúde e dignidade de seus pacientes. A busca por adequação e manutenção da saúde bucal provoca muitas mudanças nos planos de tratamento. A promoção de saúde bucal da gestante deve estar voltada para atividades preventivas e curativas, o que a tornaria uma disseminadora dos conhecimentos em seu núcleo familiar, promovendo assim um círculo de saúde (DE ALMEIDA FLC, et al., 2020).

O cirurgião-dentista deve se preocupar também com a saúde e segurança do feto durante o atendimento, realizar o tratamento eficaz e seguro de tal modo que possa transmitir maior tranquilidade para o paciente, sendo, portanto, de suma importância que ele esteja ciente das alterações fisiológicas, biológicas e hormonais de cada trimestre gestacional e seja realizada uma boa anamnese (SCHWAB FCBDS, et al., 2021). Assim, a partir disso, deve-se realizar um trinômio entre médico-dentista-paciente o que levará a uma melhora durante o atendimento odontológico e promoção de saúde (BRASIL, 2022).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a gravidez notam-se alterações bucais que quando somadas a uma higienização inadequada, ficam mais evidentes, sendo necessária a intervenção odontológica. Desse modo, o acompanhamento odontológico pode e deve ser realizado durante todo o período gestacional, uma vez que a saúde bucal da gestante tem ligação direta no desenvolvimento do feto. Pois, muitos aspectos podem interferir no cuidado odontológico, tais como: falta de conhecimento da gestante e dos profissionais de saúde, medo do tratamento; falta de serviços públicos de saúde bucal; ausência financeira para tratamentos particulares; e falta de formação, por parte dos cirurgiões-dentistas sobre a saúde bucal das gestantes. Sendo assim, o conhecimento do cirurgião-dentista em relação às características de cada trimestre gestacional, alterações fisiológicas, recomendações e cuidados são fundamentais durante o atendimento dessas pacientes, além da realização de uma boa anamnese a fim de instituir um bom plano de tratamento, acarretando uma maior relação de confiança entre profissional e paciente.

## REFERÊNCIAS

1. ALVES KT e SEVERI LSP. Componentes salivares associados à prevenção da cárie dental—revisão de literatura. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 2016; 28(1): 37-42.
2. ANDRADE ED. *Terapêutica medicamentosa em odontologia*. Artes Médicas Editora, 2014.
3. BOTELHO DLL, et al. Odontologia e gestação: a importância do pré-natal odontológico. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, 2019; 18(2).
4. BRAGION DB, et al. Periodontal diseases and the risk of preterm birth and low birth weight: a meta-analysis. *Journal of Periodontology*, 2012; 1-10.
5. BRASIL. Diretriz para a prática clínica odontológica na atenção primária à saúde – Tratamento em gestantes do Ministério da Saúde. 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjExNQ==> . Acessado em: 26 de agosto de 2022.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde; 2012a; 318p.
7. CARRILLO-MORA P, et al. Physiological Changes During a Normal Pregnancy. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 2021; 64 (1): 39-48.
8. ALMEIDA FLC, et al. O cuidado em saúde bucal durante o período gestacional: mitos e verdades. *Ciência Atual—Revista Científica Multidisciplinar do centro universitário São José*, 2020; 15: 1.
9. DEZAN CC, et al. Prescrição de medicamentos e anestesia local para gestantes: Conduta de cirurgiões-dentistas de Londrina. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, 2008; 2008: 22-27.
10. DUTRA AGR, et al. Complicações gestacionais relacionadas ao uso de drogas por gestantes. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 2021; 35: e8702.

11. EBRAHIM ZF, et al. Tratamento odontológico em gestantes dental treatment during pregnancy. *Science*, 2014; 5(1): 32-44.
12. EDINOFF AN, et al. Antipsychotic use in pregnancy: patient mental health challenges, teratogenicity, pregnancy complications, and postnatal risks. *Neurology International*, 2022; 14(1): 62-74.
13. ESPOSTI CDD, et al. Adequação da assistência odontológica pré-natal: desigualdades sociais e geográficas em uma região metropolitana do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021; 26: 4129-4144.
14. GUIMARÃES KA, et al. Gestação e Saúde Bucal: Importância do pré-natal odontológico. *Research, Society and Development*, 2021; 10(1): e56810112234-e56810112234.
15. IHEOZOR-EJIOFOR Z, et al. Tratar a doença periodontal para prevenir resultados adversos no parto em mulheres grávidas. *Banco de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas*, 2017; 1465-1858.
16. KURIEN S, et al. Management of pregnant patient in dentistry. *Journal of International Oral Health*, 2013; 88-97.
17. NETO ABM e COSTA AMG. O manejo do Cirurgião-Dentista durante o período gestacional: uma revisão de literatura. *E-Acadêmica*, 2022; 3(1): e193199-e193199.
18. NEVILLE BW, et al. *Patologia oral e maxilofacial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016; 912 p.
19. MANRIQUE-CORREDOR EJ. et al. Maternal periodontitis and preterm birth: Systematic review and meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol.*, 2019; 243-251.
20. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 60, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/rdc0060\\_17\\_12\\_2010.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/rdc0060_17_12_2010.pdf).
21. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção ao pré-natal de baixo risco. *Cadernos de Atenção Básica*, 2012; 32.
22. MOURA ABR, et al. Atendimento odontológico para pacientes com necessidades especiais: uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 2020; 9(8): e288985405-e288985405.
23. OROPELLO JM, et al. *Critical care*. McGraw Hill Professional, 2016.
24. PACHECO KTS, et al. Oral health and quality of life of pregnant women: the influence of sociodemographic factors. *Ciência & Saúde Coletiva* 25 (2020): 2315-2324.
25. PAREDES JS, et al. Uso de fármacos durante el embarazo. *Horizonte Médico (Lima)*, 2018; 18(2): 71-79.
26. PEREIRA AL e JÚNIOR RAV. Relação da doença periodontal com complicações gestacionais: revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2022; 15(5): e10364.
27. PRADO L, et al. Conduta de cirurgiões-dentistas no atendimento à paciente gestante. *Revista Científica da UNIFENAS*, 2019; 1(3).
28. ROCHA AFL, et al. Consequências da hiperêmese gravídica em meio oral após fase gestacional–relato de caso clínico. *Revista de Odontologia da UNESP*, 2021; 49(Especial): 139-0.
29. SILVA BFR, et al. Conscientização do Cirurgião Dentista sobre a importância do pré-natal odontológico. *E-Acadêmica*, 2021; 2(3): e182369.
30. SCHWAB FCBS, et al. Fatores associados à atividade educativa em saúde bucal na assistência pré-natal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021; 26: 1115-1126.
31. WILCHES VJH, et al. Protección de embarazadas en radiología oral. *Revista Estomatología*, 2022; 30(2).