

Ciência Atual

Revista Científica
Multidisciplinar das
Faculdades São José

2019

Volume 13 | Nº1



FACULDADES
SÃO JOSÉ

ISSN 2317-1499

IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO PARA O DIAGNÓSTICO DE ALTERAÇÕES BUCAIS EM GESTANTES

IMPORTANCE OF DENTAL PRENATAL FOR THE DIAGNOSIS OF BUCAL CHANGES IN
PREGNANT

AMANDA JOSÉ DOS SANTOS MIGUEL

Cirurgiã-dentista (FSJ)

HOSANA CHAGAS RIBEIRO FERREIRA

Cirurgiã-dentista (FSJ)

GISELE CRISTINA DA COSTA SCOVINO CARLI

Graduanda do 8º período (FSJ)

FLÁVIA MARTINS

Cirurgiã-dentista, pós-graduanda em Odontopediatria (UFRJ) e Saúde pública (FMU)

DR^a RHAYANY DE CASTRO LINDENBLATT RIBEIRO

Doutora e Mestre em Patologia bucal, Estomatologista e Odontopediatra

Professora do Curso de Odontologia (FSJ)

RESUMO

Este artigo tem como objetivo realizar a revisão de literatura sobre importância do pré-natal odontológico para o diagnóstico de alterações e lesões bucais em pacientes gestantes e destacar as implicações negativas das lesões bucais observadas durante a gestação, enfatizando os riscos da prevalência de alterações bucais ao longo da gestação apresentadas pela literatura científica. A presença de lesões bucais aumenta o risco de partos prematuros, recém-nascidos de baixo peso e episódios de pré-eclâmpsia. Dessa forma, o pré-natal odontológico visa prevenir e solucionar problemas de saúde oral que aconteçam durante a gestação.

Palavra Chaves: Alterações Bucais, Gestantes, Pré-Natal Odontológico

ABSTRACT

ABSTRACT

This article aims to review the literature on the importance of prenatal dentistry for the diagnosis of oral lesions and alterations in pregnant women and to highlight the negative implications of oral lesions observed during pregnancy, emphasizing the risks of prevalence of oral gestation presented by the scientific literature. The presence of oral lesions increases the risk of preterm deliveries, low birth weight infants and pre-eclampsia episodes. Thus, prenatal dentistry aims to prevent and solve oral health problems that occur during gestation.

Keywords: Oral Alterations, Pregnant, Dental Prenatal Care

INTRODUÇÃO

Durante o período de gestação a mulher se vê rodeada de diversas transformações e tem a necessidade de aceitar e se adequar a elas. Além das alterações físicas inerentes à gestante, alterações de comportamento são comuns de se observar. Portanto a gestação por si só é um montante de informações e novidades que a gestante deve absorver (ECHEVERRIA, 2014).

Estudos mostram que poucas mulheres grávidas acessam os serviços odontológicos durante o pré-natal, salvo em caso de urgência, talvez por trazer enraizado o conceito de uma odontologia não profilática e meramente curativa, só necessária em caso de dor, infecção ou moléstia (CHAPMAN, 1974; MISRACHI, 1989; ROCHA, 1993).

Durante a gestação uma série de alterações fisiológicas e bucais acontecem na mulher e algumas destas alterações tem grandes implicações quanto à forma de atendimento odontológico desses pacientes (ISRAEL et al, 2017; RUIZ, 2016).

A saúde durante a gestação é um dos principais fatores que determinam o nascimento de um bebê saudável. É importante que as gestantes aprendam a cuidar da sua própria saúde oral, pois as crianças que possuem mães que sofrem de doenças orais têm mais chances de desenvolver a mesma condição, e ressalta a importância delas desenvolverem hábitos saudáveis mesmo antes do seu bebê nascer (RUIZ, 2016).

Durante o pré-natal, além de realizar os exames médicos, a gestante também deve procurar aconselhamento odontológico específico. Neste aconselhamento, será ensinado como prevenir e solucionar problemas de saúde oral como cárie dentária, doença periodontal e lesões bucais; que podem acontecer durante a gestação. Visando prevenir e solucionar problemas de saúde oral, o tratamento odontológico neste período faz-se necessário e pode ser fornecido seguramente em todos os trimestres da gestação (RUIZ, 2016).

Neste sentido o pré-natal odontológico realizado como complemento do pré-natal médico é de suma importância para a manutenção da saúde geral da gestante. É possível que, se essa informação fosse dada à gestante pelos primeiros obstetras responsáveis por ela, o medo e a discriminação aos dentistas diminuíssem bastante. O próprio Ministério da Saúde brasileiro ressalta a necessidade do acompanhamento odontológico durante o período Gestacional. Por esses motivos, muitos países estão sendo obrigados a incorporar o atendimento odontológico aos planos de saúde das gestantes. (ECHEVERRIA, 2014).

REVISÃO DE LITERATURA

Como consta escrito em na nossa constituição desde 1988, no Brasil o ministério da saúde (MS) determinou que todas as gestantes inscritas no pré-natal devessem ser agendadas para consulta odontológica de rotina nas unidades de saúde que dispunham desse serviço. Nessa consulta deveria ser realizado exame clínico da cavidade bucal e elaborado um plano de tratamento a ser desenvolvido (PINTO, 1995).

O Ministério da Saúde ampliou as responsabilidades dos municípios na atenção básica, entre elas estão algumas ações voltadas para a saúde da mulher. Como por exemplo, a prevenção dos problemas odontológicos em gestantes, cujas principais atividades a serem realizadas são: levantamento de atividade de doenças bucais, especialmente cárie e doença gengival; evidenciação de placa bacteriana; escovação supervisionada; bochechos com flúor; educação em saúde bucal e acesso aos meios de prevenção (escova, pasta e fio dental), visando proporcionar condições para o autocuidado; educação em saúde, aconselhamento e acesso aos meios de prevenção de patologias ortodônticas, com ênfase nos hábitos bucais nocivos (uso de chupetas, sucção do dedo etc.); acesso aos meios de prevenção (gaze ou similar) com ênfase na prevenção da "cárie de mamadeira" (NORMA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, 2001).

Por preocupação ou não, observa-se que as mulheres, durante o período gestacional, procuram evitar a consulta odontológica. Diversos mitos sobre o atendimento odontológico nessa época poderiam ser as explicações de todo esse receio. Esse episódio pode ser observado não só no Brasil como em países de primeiro mundo, como os EUA (ISRAEL et al, 2017).

Em estudo recente, pesquisadores do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), em Atlanta, publicaram no Journal of the American Dental Association um relatório afirmando que um grande número de gestantes evita comparecer o consultório dentário não só nas consultas de rotina, mas também quando tem algum problema dentário. Os especialistas lembram que, em certos níveis, os hormônios estrógeno e progesterona podem afetar a saúde oral da mulher grávida, bem como possibilitar o aparecimento de infecções bacterianas periodontais. (ECHEVERRIA, 2014).

O atendimento odontológico durante o pré-natal pode ser realizado em qualquer um dos três trimestres gestacionais, principalmente se houver urgências. No primeiro trimestre, o feto está em desenvolvimento, logo os riscos de complicação, abortos e teratogenicidade são maiores. O segundo trimestre é o mais adequado para o tratamento, pois a organogênese fetal foi concluída, o que significa menor risco de teratogenicidade, menor incidência de náuseas, menor peso em relação ao último trimestre. Já o terceiro trimestre, seria o mais seguro, pois o bebê está pronto para o nascimento. Por outro lado, é o mais desconfortável à gestante, porque apresenta maior peso fetal e desconforto para deitar na cadeira odontológica (ECHEVERRIA, 2014).

As gestantes são um grupo de pacientes que requerem cuidados odontológicos especiais, então, no começo da consulta, o dentista deve anotar todos os dados da sua saúde oral (RUIZ, 2016). Assim como qualquer paciente, deve-se atentar para a região extra bucal, em busca de alterações, como por exemplo: uma gestante apresentando um abscesso extra bucal, de fácil identificação e diagnóstico, por meio de exames clínicos e radiográficos (ECHEVERRIA, 2014; ISRAEL et al, 2017).

A maioria dos procedimentos odontológicos pode ser realizada durante a gravidez, observando-se alguns cuidados: planejar sessões curtas, adequar a posição da cadeira e evitar consultas matinais, já que neste período as gestantes têm mais ânsia de vômito e risco de hipoglicemia. Exodontias não complicadas, tratamentos periodontal e endodôntico, restaurações dentárias, instalação de próteses e outros tipos de procedimentos devem ser realizados com segurança, de preferência no segundo trimestre. Tratamentos seletivos como as reabilitações bucais extensas e as cirurgias mais invasivas podem ser programadas para o período de pós-parto (ISRAEL et al, 2017).

Outra crença é sobre o uso de anestésicos locais, principalmente, se tiverem vasoconstritores. Entretanto, esse tipo de anestesia é segura e recomenda-se o uso de lidocaína 1:100000, respeitando o limite máximo de 2 tubetes (3,6 ml) por sessão (ISRAEL et al, 2017).

É de geral consenso que a utilização de radiografias deve ser evitada no primeiro trimestre de gestação, mas especificamente entre os dias 32 e 37, na 4ª e 5ª semanas de gestação, visto que a organogênese é um momento crítico. Porém, se todas as medidas de proteção, tais como o uso de avental plumbífero, regulação da dose e duração dos raios X forem realizadas, o exame radiográfico não precisa ser evitado ou postergado para após parto, principalmente em casos de urgência (VASCONCELOS, 2012).

As mudanças orais mais comumente citadas durante a gravidez incluem cárie dentária e erosão dentária (desgaste dos dentes), gengivite (inflamação com sangramento da gengiva), hiperplasia gengival (gengiva inchada e vermelha), granuloma gravídico (crescimento da gengiva) e xerostomia (RUIZ, 2016).

CÁRIE

É importante saber que os dentes da mulher não se alteram durante a gravidez. Muitas ainda acreditam que os dentes ficam mais fracos, pois perdem cálcio para os ossos e dentes do bebê em desenvolvimento, o que é uma falácia, visto que os minerais do dente estão em forma de cristais, não estando disponíveis à circulação sistêmica (ISRAEL et al, 2017).

A cárie dentária ocorre devido à dinâmica químico-bacteriana entre bactérias orais, dente e açúcares, ou seja, a incidência de cárie não está ligada ao período gestacional em si e, sim, a fatores externos, como a menor capacidade do estômago, que faz com que as gestantes comam menos e em maior frequência, aumentando a quantidade de carboidratos ingeridos, o que aliado ao descuido da saúde bucal, acaba aumentando a incidência da doença cárie (RUIZ, 2016).

Para prevenir a sua progressão, deve ser aconselhada a puérpera mudança em sua dieta e hábitos de higiene oral, acompanhado de consultas regulares e limpeza bucal profissional usando flúor. Quanto ao uso de Flúor, sua aplicação tópica profissional não traz qualquer risco, porque a deglutição não deverá de acontecer (RUIZ, 2016). Conclui-se que a fluoroterapia na gestação pode ser realizada de forma tópica apenas para a melhora da saúde bucal da gestante (VASCONCELOS, 2012).

GENGIVITE

A inflamação da gengiva é chamada especificamente de gengivite. Durante o período da gestação, as mulheres exibem maior suscetibilidade para a gengivite devido aos níveis de progesterona associados à gravidez ou algumas formas de anticoncepcionais. A progesterona parece aumentar a permeabilidade vascular da gengiva, deixando a área mais sensível a agentes irritantes bacterianos, físicos e químicos. A gengivite está relacionada à placa dental e cálculo, falta de higiene bucal adequada, porém, muitos outros fatores podem afetar a suscetibilidade da gengiva à flora microbiana normal da boca. (NEVILLE, 2016). As mudanças hormonais durante a gestação podem estar associadas a um tipo específico, ou generalizado de hiperplasia gengival, portanto uma boa higiene oral é importante e indispensável para minimizar as chances da gestante de sofrer dessa doença gengival (RUIZ, 2016).

A gengivite gravídica é caracterizada por uma resposta exacerbada à presença de placa dentária e sua prevalência varia entre 35 e 100% das gestantes. Esta condição periodontal é clinicamente semelhante a uma gengivite induzida por placa, com gengiva de coloração avermelhada, edemaciada, com sangramento ao simples toque ou durante a escovação. Pode ser prevenida e desaparecer alguns meses após o parto desde que os irritantes locais sejam eliminados mediante a remoção do biofilme bacteriano por meio de uma boa higiene bucal ou profilaxia profissional (RUIZ, 2006; ISRAEL et al, 2017).

A gengivite pode estar acompanhada por periodontite, e hoje consiste em um dos fatores de risco para trabalho de parto prematuro e pré-eclâmpsia, sendo a prematuridade a principal causa de morbimortalidade neonatal. Sendo assim, a saúde bucal como conduta preventiva interfere positivamente na condição do recém-nascido (ECHEVERRIA, 2014).

DOENÇA PERIODONTAL

A doença periodontal é uma das infecções bucais mais prevalentes nos seres humanos, sendo caracterizadas por inflamação e sangramento gengival (ECHEVERRIA, 2014). Refere-se a uma inflamação dos tecidos gengivais em associação a alguma perda de inserção do ligamento periodontal e de suporte ósseo. Com a perda progressiva da inserção, podem ocorrer destruições significativas no ligamento periodontal e no osso alveolar adjacentes. A migração apical do epitélio sulcular ao longo da superfície radical resulta na formação de bolsas periodontais. O desenvolvimento de mobilidade e a perda eventual dos dentes são possíveis (NEVILLE, 2016).

Quando os agentes causadores dessa afecção não são removidos periodicamente, tendem a atingir o tecido de suporte dos dentes, o osso alveolar e estimular sua reabsorção por meio de reação inflamatória. Nas bolsas periodontais podem ser isoladas diversas espécies bacterianas, muitas delas são Gram-negativas e algumas caracterizadas por alta patogenicidade (ECHEVERRIA, 2014).

Pesquisas ligam a doença periodontal em gestantes com a pré-eclâmpsia, partos prematuros e bebês de baixo peso. Apesar disso, tenha em mente que a gestação não causa a doença periodontal (RUIZ, 2016). BOSKO (2004), relata que os hormônios sexuais femininos têm um importante papel na progressão das alterações periodontais. Os tecidos periodontais tornam-se susceptíveis a mudanças inflamatórias induzidas por placa dentária diante de alterações hormonais, como o aumento de nível de estrógeno e progesterona durante a gestação. A doença periodontal pode ser um fator de risco para nascimento pré-termo e/ou de baixo peso. São necessários mais estudos longitudinais e intervencionais, buscando responder se as associações poderiam ser causais. Contudo, a atenção com a saúde bucal da gestante não poderá ser dispensada durante os cuidados pré-natais. Deve-se recomendar os cuidados com a higiene, pesquisando sistematicamente sangramentos gengivais, dor e mobilidade dentária (SCANNAPIECO, 2003; ISRAEL et al, 2017).

EROSÃO DENTÁRIA

A erosão é causada por exposição aos ácidos, mas agentes quelantes são, geralmente, a sua causa primária. Embora a saliva contenha bicarbonato e ajuda na remineralização com significativa capacidade tampão, esse efeito pode ser subjugado pela hipossalivação ou pelo excesso de ácido, o que na gestação pode ser causado pelo excesso de episódios de vômito. Podendo essas alterações ter causas em hipofunção da glândula salivar, incluindo aplasia, desidratação, radiação terapêutica, medicamentos e condições sistêmicas. A saliva tem a capacidade de remineralizar superfícies do dente expostas ao ácido, isso pode ser verificado em áreas onde a dano por erosões, por que o componente abrasivo da saliva remove o esmalte amolecido antes da ocorrência da remineralização (NEVILLE, 2016).

O baixo fluxo salivar e alterações da composição da saliva podem agravar a situação, e comumente estão associados a outros hábitos – como ranger e atritar – que elevam ainda mais a perda de tecido dentário. Dependendo do nível da perda dentária, pode causar sensibilidade, dor e danos estéticos. Para prevenir isso, o dentista deverá fazer uma avaliação de risco para a gestante, sendo possível usar o flúor evitando desta forma o agravamento da erosão em casos severos. Restaurações também podem ser necessárias (RUIZ, 2016).

XEROSTOMIA

A xerostomia na gestação é encontrada em algumas gestantes. É definida como o ressecamento temporário na boca (RUIZ, 2016). Uma sensação subjetiva é a de boca seca associada à hipofunção da glândula salivar. As alterações hormonais associadas à gestação são uma possível explicação para isso. É aconselhável consumir água frequentemente e mastigar goma-de-mascar sem sacarose contendo xilitol para aliviar esse ressecamento. O uso frequente de pastas de dente e enxaguantes orais com flúor podem também ajudar a remineralizar os dentes e a reduzir a sensibilidade e o risco de cárie local (NEVILLE, 2016).

O baixo fluxo salivar e as alterações da composição da saliva podem agravar a situação, e comumente estão associados a outros hábitos – como ranger e atritar – que elevam ainda mais a probabilidade de perda dentária. As alterações hormonais durante o período gestacional podem ser uma possível explicação para isso (RUIZ,2016).

LESÕES BUCAIS

O granuloma piogênico é uma lesão bucal benigna que tem um crescimento semelhante a um tumor da cavidade oral que, tradicionalmente, tem sido considerado como tendo natureza não – neoplásica. É um aumento de volume com superfície lisa ou lobulada, que usualmente é pedunculado. Ocorre em cerca de 5% das mulheres grávidas e, por isso, recebe o nome de Granuloma Gravídico. Tem a superfície caracteristicamente ulcerada e sua coloração varia do rosa, vermelho ao roxo e, dependendo da idade da lesão, seu tamanho pode variar de pequenos crescimentos com poucos milímetros à grandes lesões com vários centímetros de diâmetro. O crescimento é indolor, embora em geral sangre facilmente devido à sua extrema vascularização, podem exibir um crescimento rápido, o que pode alarmar tanto o paciente quanto o clínico. Possuem marcante predileção pela gengiva, em muitos pacientes a irritação e as inflamações gengivais são resultantes da má higiene oral, que podem ser fatores pré disponentes. Os lábios, a língua e a mucosa jugal são as outras localizações mais comuns, que afetam os indivíduos com uma predileção pelo gênero feminino, possivelmente devido aos efeitos vasculares dos hormônios femininos (NEVILLE, 2016; ISRAEL et al, 2017).

Os granulomas piogênicos gengivais frequentemente se desenvolvem em mulheres grávidas. Podem começar a se desenvolver durante o primeiro trimestre e sua incidência aumenta a partir do sétimo mês de gravidez. O crescimento gradual no desenvolvimento dessas lesões durante a gravidez pode estar relacionado ao aumento dos níveis de estrogênio e progesterona com a progressão da gestação. Após a gravidez, com o retorno dos níveis hormonais ao normal, alguns desses granulomas piogênicos resolvem-se sem tratamento ou sofrem maturação fibrosa e lembram um fibroma (NEVILLE, 2016).

O tumor gravídico também é outra lesão benigna bem semelhante ao granuloma piogênico. Sua predileção é pela região anterior da maxila, por vestibular. Geralmente aparece no primeiro trimestre de gravidez e só é necessária sua remoção cirúrgica caso houver interferência na mastigação, na execução da higiene bucal ou em casos de ulceração. Caso contrario o tumor pode ser preservado até o pós-parto, no qual ocorre sua redução espontânea, caso sejam retirados os irritantes locais ISRAEL et al, 2017.

DISCUSSÃO

O acesso à assistência odontológica na gravidez é repleto de barreiras, que vão desde a baixa percepção de necessidade das gestantes, a ansiedade e o medo de sentir dor, até dificuldades para a entrada no serviço público. Se por um lado há usuárias que acreditam só poderem ser submetidas ao tratamento após a gravidez, visto que qualquer procedimento odontológico implicaria em riscos à saúde do bebê, por outro há profissionais que, por desconhecimento ou medo, postergam procedimentos ou não intervêm de modo resolutivo no tratamento buco-dentário da gestante (CODATO et al, 2008).

Deve-se considerar que na gravidez ocorrem transformações biológicas, psicológicas e sociais que podem predispor as mulheres a situações de risco à saúde bucal. A partir da concepção, iniciam-se transformações hormonais que predispoem à agudização de processos inflamatórios periodontais ou ao surgimento de patologias inexistentes na cavidade bucal. Além disso, essas mudanças comportamentais estão relacionadas ao aumento da frequência de ingestão de alimentos desacompanhada da higiene bucal, o que também favorece a piora da saúde bucal durante a gravidez (MENEZEZ et al, 2009).

A condição bucal pode interferir na qualidade de vida, desde que percepções subjetivas relacionadas à boca limitem a capacidade plena das atividades cotidianas em alguma dimensão da vida. Nesse sentido, as doenças bucais também condicionam a percepção sobre qualidade de vida das mulheres durante a gravidez (POLYZOS et al, 2010).

A associação entre doenças bucais e desfechos negativos da gestação, como: mortalidade perinatal, prematuridade e/ou baixo peso ao nascer e pré-eclampsia tem sido investigada por diversos autores. Reconhece-se que as doenças bucais, embora não sejam capazes de provocar isoladamente tais desfechos, geralmente estão conjugadas com precárias condições de vida. Pressupõe-se que, independente das doenças bucais estarem associadas ou não a esses desfechos, no acompanhamento pré-natal a mulher estabelece um contato mais próximo com os serviços de saúde, sendo momento ímpar para a promoção da saúde, via empoderamento individual e coletivo, educação em saúde, estabelecimento de vínculos e construção da autonomia em saúde materna e infantil. Além de ser uma oportunidade para a promoção da saúde, pode se constituir em um momento para o exercício de práticas preventivas, de intervenções que impeçam o surgimento das doenças bucais, que interrompam seu curso ou que restabeleçam as incapacidades quando a doença já está instalada (POLYZOS et al, 2010).

Uma pesquisa internacional teve como objetivo avaliar a educação para a higiene bucal durante a gravidez. Foram aplicados 700 questionários em 39 hospitais do total das mulheres entrevistadas. 71% não receberam informação alguma referente à higiene bucal durante a gravidez (GUNAY, 1991). COZZUPOLI entrevistou 170 puérperas do Amparo Maternal, em São Paulo, e constatou que somente 37,64% foram ao dentista durante a gravidez, porém apenas 25,29% das que foram ao dentista nesse período receberam tratamento (COZZUPOLI, 1981).

Outro estudo relata que as atividades mais realizadas durante a gravidez foram por motivo de dor. O tratamento endodôntico e o tratamento gengival foram as atividades menos realizadas na gestação, segundo o relato das puérperas. Ao todo, aproximadamente 17% das mulheres receberam algum tipo de assistência odontológica curativa durante a gravidez, contudo apenas 7% receberam assistência educativa, preventiva e curativa (SANTOS NETO, 2010).

A literatura reporta que ainda são poucas as gestantes com acesso a essas orientações. SANTOS-PINTO (2001) ao avaliarem o conhecimento relacionado à saúde bucal de 237 gestantes, constataram que apenas 33% receberam orientações de como manter sua saúde bucal. ARAÚJO IC (2005) relata que apenas 16% das gestantes haviam recebido orientação odontológica preventiva. Assim, se promovessem a promoção de saúde com o trabalho em conjunto do Cirurgião-dentista-Endocrinologista-Obstetra elevaríamos o nível de conhecimento, da importância do tratamento odontológico, e a prevenção de lesões bucais durante e após a gestação, como a cárie dentária, erosão dentária, doenças periodontais e hiperplasia gengival, xerostomia, além do granuloma gravídico (RUIZ, 2016).

Observar-se na literatura que a maioria das mulheres não consultam o cirurgião-dentista durante a gravidez. Os motivos alegados vão do medo à dificuldade de acesso, seja pela falta de vagas no serviço público ou de condições financeiras para consultar o serviço privado, passando pela falta de tempo (ECHEVERRIA, 2014; ISRAEL et al, 2017).

É recomendada a integração do dentista como membro efetivo da equipe do pré-natal. A cooperação entre profissionais de saúde bucal é um modo de propiciar mudanças de comportamento e atitudes mais saudáveis na própria gestante, de uniformizar conceitos, e de desmistificar crenças e mitos sobre odontologia e gravidez. (ROCHA, 1993; COZZUPOLI, 1981; DOSHI, 1985; ISRAEL et al, 2017).

CONCLUSÃO

Pelos motivos expostos, constata-se que o período da gravidez requer a atenção do cirurgião-dentista, uma vez que a gestante pode apresentar diversas alterações bucais. Sendo assim, o pré-natal odontológico representa um excelente momento para que o profissional a motive ainda mais a adotar hábitos conscientes, visando a melhor saúde para mãe e bebê.

REFERÊNCIAS

Araujo IC et al. Condições de saúde bucal das gestantes atendidas em instituições de saúde bucal do bairro do Guamá, no município de Belém(online). 2005. Endereço eletrônico:<http://www.ufpa.br/ccs/izamirtrabgestantes-marizeli.pdf>.

Codato LAB, Nakama L, Melchior R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. *Cien Saude Colet* ,2008;13(3):1075-1080.

Ministério Da Saúde, Secretaria de Atenção Básica à Saúde, Departamento De Atenção Básica. Brasília: Ministério Da Saúde, 2009. 56p. (Série A. Normas E Manuais Técnicos).

Brasil. Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS - NOAS-SUS 01/02. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (onLine) Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html

Chapman PJ, et. al. A Dental Survey of Antenatal Population. *AustDent J*. 1974; 9(4): 261-8.

Cozzupoli CA. *Odontologia na gravidez*. São Paulo: Panamed, 1981.

Ruiz, DR et al. *Guia de Saúde Oral Materno Infantil*, 2016.

Doshi SB. A studyof dental habits, knowledgeandopinionsofnursingmothers. *J Can Dent Assoc*. 1985 jun; 51(6):429-32

Echeverria Sandra, Gabriel TillitPolitano - *Tratamento Odontológico Para Gestante 2ª ed* - São Paulo: Santos. 2014.

Gunay H, Stock KH, Scheneller T. Position Of Health Education Knowledge Concerning Pregnancy.Oral, *Prophylaxis*, 1991; (13) Spec Issue:4-7.

Israel MS et al. Atendimento Odontológico à Gestante: Aspectos contemporâneos da literatura. *Ciência Atual*. vol 10, n 2, 2017, pg. 04-09.

Menezes EV, Yakoob MY, Soomro T, Haws RA, Darmstadt GL, Bhutta ZA. Reducing stillbirths: prevention and management of medical disorders and infections during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009;7(9):S1-S4.

Misrachi CL, Sáez MS. Valores Creciais Y Practicas Populares em Relación A La Salud Oral. *Cuad Med Soc*. 1989; 30 (2):27-33.

Montadon EM, et. al. Hábitos dietéticos e de higiene bucal em mães do período gestacional. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, 2001. Mar/Abr;4(18):170-3.

Neville BW et al. *Patologia Oral e Maxilofacial*, 4ª edição, Elsevier, 2016.

Pinto ALT, Windt MCVS e Céspedes L - Brasil. *Constituição Da República Federativa Do Brasil*. Promulgação em 05 de Outubro de 1988. Coleção Saraiva de legislação. São paulo: Saraiva,1995.

Polyzos NP, Polyzos IP, Zavos A, Valachis A, Mauri D, Papanikolaou EG, Tzioras S, Weber D, Messinis IE. Obstetric outcomes after treatment of periodontal disease during pregnancy: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 2010; 2 9(341): c7017.

ROCHA MCBS. *Avaliação Do Conhecimento E Das Práticas De Saúde Bucal De Gestantes Do Distrito Sanitário Docente Assistencial Barra/ Rio Vermelho - Município De Salvador - BA [Tese]*. São Paulo Universidade De Sao Paulo. Faculdade De Odontologia, 1993.

Ryo E, Okai T, Kozuma S, Kobayashi K, Kikushi A, Taketani Y – Influence of Compression of The Inferior Vena Cava i n The Late Second Trimester On Uterine And Umbilical Artery Blood Flow. *Inst. J Gynaecol Obstet*. 1996; 55(3):213-8.

Santos-pinto L, Uema APA, Glassil MAS, Ciuff NJ. O que as gestantes conhecem sobre saúde bucal? *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, 2001; 4:429-434

Scannapieco FA, Bush RB, Paju S - Periodontal Disease As a Risk factor for adverse pregnancy outcomes. A systematic review. *Ann Periodontol*. 2003; 8(1):70-8.

Todesco JJA. *A Grávida: Suas Indagações E As Dúvidas Do Obstetra*. São Paulo: Atheneu; 1999, cap.2., p.29-41.

Vasconcelos RG, Vasconcelos MG, Mafrá RP, Júnior LCA, Queiroz LMG, Barboza CAG - Atendimento Odontológico A Pacientes Gestantes: Como Proceder Com Segurança, *Revista Brasileira de Odontologia*, Jan/Jun, 2012.



www.saojose.br | (21) 3107-8600

Av. Santa Cruz, 580 - Realengo - Rio de Janeiro