

Assistência odontológica à gestante: revisão de literatura

Laís Tamie Andrade AOYAMA¹, Elisângela de Andrade AOYAMA², Raquel Ribeiro GOMES³

Resumo

A gestação envolve mudanças fisiológicas, hormonais e psicológicas que aumentam a suscetibilidade da gestante à infecções, inclusive infecções bucais. Há evidências da associação entre a ocorrência de doenças bucais durante a gestação com eventos adversos como parto prematuro, baixo peso ao nascer e pré-eclâmpsia. O tratamento odontológico durante a gestação ainda esbarra em resistências tanto por parte da gestante quanto, às vezes, do próprio cirurgião-dentista. Este trabalho objetivou apresentar esclarecimentos e recomendações acerca das condutas clínicas para o atendimento odontológico da gestante, com base nas evidências científicas atuais. Foi realizada uma revisão de literatura por meio da busca de artigos nas plataformas *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *PubMed*. A literatura mostra que a assistência odontológica à gestante é indicada e apropriada, tanto para prevenção das doenças bucais e suas possíveis consequências, quanto para tratar doenças já existentes. As evidências científicas atuais apontam que o atendimento odontológico durante o período gestacional é seguro, desde que sejam adotadas precauções específicas e adequações na conduta clínica. O cirurgião-dentista deve ter conhecimento acerca das alterações que ocorrem a cada trimestre, para que possa oferecer um tratamento odontológico adequado, seguro e eficaz para as pacientes gestantes.

Palavras-chave: Assistência odontológica. Gestação. Pré-natal. Saúde bucal.

¹Acadêmica do curso de graduação em odontologia no Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos (UNICEPLAC).

²Mestra em Engenharia Biomédica. Especialista em Docência do Ensino Superior e Gestão em Educação Ambiental. Graduada em Ciências Biológicas. Docente nos Departamentos de Enfermagem, Farmácia, Nutrição e Radiologia do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos (UNICEPLAC).

³Professora coordenadora da disciplina de Odontologia para Pacientes Portadores de Necessidades Especiais do curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos (UNICEPLAC).

Como citar este artigo: Aoyama LTA, Aoyama EA, Gomes RR. Assistência odontológica à gestante: revisão de literatura. R Odontol Planal Cent. 2020.

- Os autores declaram não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros, que representem conflito de interesse, nos produtos e companhias citados nesse artigo.

Autora para Correspondência: Laís Tamie Andrade Aoyama
Endereço: Quadra 20 Casa 83 Setor Leste, Gama

CEP: 72460-200

E-mail: lais.tamie@hotmail.com

Categoria: Revisão de Literatura

Área: Odontologia para Pacientes Portadores de Necessidades Especiais

Introdução

A gestação é um processo biológico natural na vida da mulher¹⁻⁴. Durante o curso normal da gestação ocorre uma série de mudanças fisiológicas, hormonais e psicológicas^{1,3}. Tais mudanças ocorrem gradualmente e são essenciais para o

desenvolvimento do feto¹⁻⁴. Algumas dessas mudanças afetam a imunidade adaptativa e aumentam a suscetibilidade da gestante a várias infecções, incluindo as da cavidade bucal^{5,6}.

Entre as alterações bucais mais frequentemente observadas na gestação estão: granuloma piogênico, gengivite e periodontite^{5,6}. Existem evidências da associação entre doenças bucais durante a gestação e a ocorrência de eventos adversos, incluindo pré-eclâmpsia, parto prematuro e baixo peso ao nascer^{3,7-11}. Por estes motivos, é importante o acompanhamento odontológico durante o pré-natal^{12,13}.

A assistência odontológica durante o período gestacional é indicada e apropriada, tanto para prevenção das doenças bucais e suas possíveis complicações, quanto para tratar problemas já existentes^{5,14}. As gestantes necessitam de programas educativo-preventivos e de um acompanhamento odontológico no pré-natal, conforme determinado pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal¹⁵⁻¹⁷.

O atendimento odontológico durante o período gestacional é seguro, desde que sejam adotadas precauções específicas na conduta clínica profissional. O cirurgião-dentista (CD) deve ter conhecimento acerca das alterações que ocorrem a cada trimestre, para que possa

oferecer um tratamento seguro para as pacientes gestantes¹⁶⁻²¹. Apesar disso, a assistência odontológica durante a gestação esbarra em resistências, principalmente em função dos medos, mitos e crenças populares antigas^{2,12,16,22}.

Os cirurgiões-dentistas devem estar atentos de modo a guiar e orientar as gestantes com segurança durante o período gestacional. Diante do exposto, esta revisão de literatura objetivou apresentar esclarecimentos e recomendações acerca das condutas clínicas para o atendimento odontológico adequado, seguro e eficaz da gestante, com base nas evidências científicas atuais.

Revisão de literatura

A gestação envolve mudanças fisiológicas, hormonais e psicológicas que aumentam a suscetibilidade da gestante à infecções, dentre elas as infecções bucais¹⁻³. O cirurgião-dentista (CD) precisa conhecer as alterações decorrentes da gestação, de modo a oferecer um adequado atendimento odontológico durante este período^{23,24}. As gestantes possuem maior risco de apresentar alterações gengivais influenciadas pelas mudanças hormonais do período gestacional^{11,16}. Além disso, mudanças na dieta associada a hábitos inadequados de higiene bucal, contribuem para o crescimento microbiano no biofilme

dental e aumentam o risco de desenvolvimento da cárie e da doença periodontal durante a gestação. Isso justifica a necessidade do acompanhamento odontológico durante o pré-natal da gestante^{3,4,7,25,26}.

O pré-natal é uma etapa favorável para a promoção de saúde, pela possibilidade de mudanças de hábitos e adoção de comportamentos preventivos, pois esse período estimula a gestante a buscar informações e, com isso, adquirir novas e melhores práticas de saúde, permitindo um aprimoramento no autocuidado e adoção de bons hábitos para seu filho^{1,2,12,13}. Cabe ao CD informar as gestantes sobre a importância do controle do biofilme dental durante o período gestacional, assim como fornecer todas as orientações pertinentes aos cuidados em saúde bucal durante este período^{16,27,28}. Vários aspectos devem ser considerados, por parte do cirurgião-dentista, para o atendimento odontológico ser realizado adequadamente de forma segura e eficaz para a gestante^{12,18}.

Trimestres gestacionais x Atendimento odontológico

No primeiro trimestre, a assistência odontológica deve ser voltada especialmente para a promoção de saúde^{1,2,12,13}. Os procedimentos

odontológicos devem ser evitados neste período, pois estará ocorrendo a embriogênese e organogênese (formação e desenvolvimento do embrião), momento crítico, delicado e de maior risco ao feto^{12,17,28}.

O segundo trimestre gestacional é o momento ideal para o tratamento odontológico, realização de procedimentos essenciais e de tomadas radiográficas, pois esta fase da gestação é considerada o momento de estabilidade, visto que o período crítico já passou e ainda não está na época próxima ao término da gestação^{14,15,28}.

O terceiro trimestre é um período de maior desconforto para o atendimento devido à posição da gestante na cadeira odontológica, pois pode ocorrer a compressão da veia cava inferior, impedindo assim o retorno venoso ao coração, podendo levar à hipotensão postural, síncope ou reflexo vasovagal²⁹⁻³¹. A posição ideal para o atendimento odontológico das gestantes nesta fase é o decúbito lateral esquerdo, para que o peso do feto se desloque para a esquerda e assim não comprima a veia cava inferior^{27,31,32}. Outra preocupação no último trimestre gestacional é o risco de um trabalho de parto ocasionado pela ansiedade, que pode ser gerada durante a realização dos procedimentos odontológicos^{14,15,28}.

Medicamentos x Gestação

O uso de medicamentos durante a gestação é um motivo de atenção e cuidado também por parte do CD²³. O princípio a ser utilizado para a escolha da terapêutica medicamentosa para gestantes é baseado nos riscos e benefícios para o bebê e a mãe, devido ao risco de efeitos teratogênicos para o feto, que podem levar a alterações anatômicas, fisiológicas e/ou comportamentais^{29,30}. Sendo assim, é necessário levar em consideração a classificação da *Food and Drug Administration* – FDA – (Quadro 1) que, com base em estudos clínicos e experimentais, classifica os fármacos de acordo com seus riscos teratogênicos^{18,29,30,33,34}.

Quadro 1. Classificações de risco do uso de medicamentos durante a gestação, segundo a FDA.		
Classe	Descrição	Medicamentos
A	Estudos controlados em humanos não indicam riscos para o feto ^{18,34} .	Ácido fólico, vitamina D, levotiroxina, doxilamina, citrulina ^{29,30,33} .
B	Estudos em animais não indicam risco para o feto, mas não há pesquisas com mulheres grávidas ^{18,34} .	Paracetamol, amoxicilina, ampicilina, prednisona, lidocaína, metildopa ^{29,30,33} .
C	Estudos em animais mostraram efeitos adversos para o feto, mas os benefícios justificam o uso ^{18,34} .	Dipirona, nimesulida, ácido acetilsalicílico, cetoprofeno, bupivacaína, aciclovir ^{29,30,33} .
D	Evidências positivas de risco fetal, mas os benefícios justificam o uso ^{18,34} .	Tetraciclina, captopril, fenitoína ^{29,30,33} .
X	Evidências positivas de anormalidades fetais, cuja relação risco-benefício contraindica o uso ^{18,34} .	Varfarina, bromoprida, metronidazol (se utilizado no 1º trimestre da gestação) ^{29,30,33} .

Segundo a FDA, deve-se optar por medicamentos das categorias A e B para o uso durante a gestação, os de categoria C podem ser administrados apenas quando os benefícios à gestante superarem os malefícios ao feto. A prescrição dos fármacos de categoria D justifica-se somente quando houver absoluta necessidade. Aqueles classificados na categoria X estão proibidos durante a gravidez, tanto para mulheres grávidas quanto para as que querem engravidar, pois os riscos superam os benefícios devido aos comprovados efeitos teratogênicos ao feto^{18,29,30,33,34}. Portanto, cabe ao profissional atentar-se para a classificação de risco dos fármacos antes de prescrever uma terapia medicamentosa à paciente gestante^{1,18,23,27}.

Anestésicos locais x Gestação

A maioria dos anestésicos locais utilizados em odontologia são classificados pela FDA na categoria B. Eles têm a capacidade de atravessar a barreira placentária, porém não estão relacionados a efeitos teratogênicos^{13,34}. Os anestésicos locais apresentam segurança de uso durante todo o período gestacional, não havendo contraindicação absoluta para sua utilização, entretanto, alguns cuidados devem ser adotados^{13,18}. A solução anestésica mais utilizada é a lidocaína a

2% com epinefrina na concentração de 1:100.000. Além disso, é recomendado utilizar no máximo dois tubetes (3,6 mL no total) de anestésico por sessão de atendimento^{18,23,27}. A prilocaína e a benzocaína (presente em anestésicos tópicos) devem ser evitadas, uma vez que estes fármacos causam uma redução da circulação placentária e apresentam o risco de causar metemoglobinemia e hipóxia fetal²³. A presença de vasoconstritor na solução anestésica também não apresenta contra-indicações. Seu uso é indicado e essencial devido à ação hemostática, prolongamento do efeito farmacológico do anestésico local e redução do risco de toxicidade sistêmica^{13,18,34}. A utilização de soluções contendo felipressina na composição deve ser feita com cautela, uma vez que este vasoconstritor, quando em doses elevadas, pode estimular as contrações uterinas, devido à sua semelhança estrutural com a ocitocina^{18,23}.

Analgésicos x Gestação

Os analgésicos que pertencem à classe B na classificação da FDA são considerados seguros para o uso durante o período gestacional²¹. O de primeira escolha pelo CD para ser prescrito às gestantes e lactantes é o paracetamol, por ser considerado o mais seguro. A dipirona sódica é o analgésico de segunda escolha,

pois pode provocar agranulocitose, ou seja, a redução do número de granulócitos no sangue periférico (neutropenia), podendo predispor o indivíduo à infecções^{21,23}. A administração de drogas analgésicas às gestantes deve objetivar uma terapia de curto prazo, suficiente para o tratamento de um processo de doença específica^{1,23}.

Anti-inflamatórios x Gestação

Os anti-inflamatórios devem ser preferencialmente evitados durante o período gestacional, pois seu uso pode resultar em retardo do crescimento e hipertensão pulmonar fetal, complicações gastrointestinais na gestante, prolongamento do trabalho de parto devido a contrações uterinas insuficientes e alterações na hemostasia, ocasionando hemorragias tanto na mãe quanto no feto. Em função disso, não se recomenda o uso dos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs)^{18,23}. Eles são um grande número de fármacos frequentemente prescritos pelo CD, dentre estes, o ibuprofeno, o ácido acetilsalicílico e o diclofenaco^{1,18,23}. Os anti-inflamatórios esteroides, também chamados de corticosteroides, estão classificados na categoria B da FDA e são considerados mais seguros que os AINEs para o tratamento de lesões inflamatórias bucais em gestantes^{1,27}. Um exemplo de anti-inflamatório que poderia ser prescrito

com mais segurança para a gestante é a prednisona^{1,23,27}.

Antibióticos x Gestação

A antibioticoterapia em gestantes deve ser realizada sempre que houver necessidade, pois a disseminação sistêmica de uma infecção (septicemia) é considerada teratogênica e pode configurar uma potencial causa de aborto espontâneo¹⁸. Para o tratamento de infecções orais durante a gestação, os antibióticos de primeira escolha são as penicilinas, por não causarem danos ao organismo materno ou ao feto e por apresentarem ação específica contra substâncias da parede celular das bactérias. Dentre as mais indicadas estão a amoxicilina e a ampicilina (ambas na categoria B da FDA)^{18,29,32}. É contraindicado o uso das tetraciclina (categoria D), uma vez que estes antibióticos atravessam com facilidade a membrana placentária, causando malformações no esmalte e manchamento dentário^{23,34}. O metronidazol apresenta potencial teratogênico, o que torna sua administração contraindicada no decorrer do primeiro trimestre de gestação, visto que ele é considerado um mutagênico *in vitro*^{18,34}.

Fluorterapia x Gestação

A fluorterapia somente é indicada durante o período gestacional se houver necessidade para o tratamento da doença cárie na gestante^{25,34}. O flúor participa no processo de maturação pós-eruptiva dos dentes aumentando a quantidade de fluorapatita na superfície do esmalte. Sendo assim, o flúor não melhora a saúde dos dentes do feto na formação intrauterina^{1,18}. Diante disso, por falta de evidências científicas quanto ao efeito anticariogênico, organizações internacionais como a *American Dental Association* (ADA) e a *Food and Drug Administration* (FDA) defendem a proibição do emprego do flúor em medicamentos no pré-natal, empregando-o apenas em caso de necessidade para o tratamento da doença cárie^{1,18,34}.

Cálcio x Gestação

Muitas gestantes acreditam no mito de que seus dentes ficam enfraquecidos e propensos à cárie dentária por perderem minerais, como o cálcio, para os ossos e dentes do bebê em desenvolvimento, porém este conceito deve ser esclarecido^{1,13,16,28}. O cálcio necessário para o desenvolvimento do feto provém da circulação sanguínea da mãe¹. Já o cálcio dos dentes da gestante encontra-se na forma de cristais, não sendo disponibilizado na circulação sanguínea.

Então, o cálcio fornecido para o desenvolvimento do feto é obtido por meio da dieta da mãe^{1,28}. Portanto, é essencial orientar a gestante sobre adotar uma dieta rica em vitaminas A, C e D, proteínas, cálcio e fósforo, desde o primeiro trimestre de gestação, período no qual os dentes decíduos do bebê iniciam o processo de formação e calcificação^{1,13,16,28}.

Exames radiográficos x Gestação

É certo que a utilização de radiografias deve ser evitada no primeiro trimestre de gestação, sendo realizadas apenas em emergências e feitas preferencialmente a partir do segundo trimestre^{18,24}. Entretanto, constata-se que a radiação emitida na realização de uma radiografia periapical é muito menor que a dose necessária para causar alterações congênitas. O mesmo ocorre com a tomada da radiografia panorâmica^{18,24}. Então, nenhuma radiografia deve deixar de ser realizada em pacientes gestantes desde que adotadas todas as medidas de precaução, principalmente se esse exame complementar implicar na confirmação de um diagnóstico e na decisão do tratamento, uma vez que a patologia dentária não tratada poderá acarretar problemas de saúde à mãe e ao bebê^{18,29}. Portanto, se todas as medidas de precaução forem adotadas, tais como, indicação correta do

exame complementar, uso de avental plumbífero e regulação da dose e duração dos raios X, o exame radiográfico não precisa ser evitado ou adiado para após o parto, principalmente em casos de urgência^{21,29,30,32}.

Discussão

A gestação é um estado singular e valioso no ciclo de vida da mulher. As gestantes encontram-se inclusas no grupo de pacientes de temporário risco odontológico devido às mudanças psicológicas, físicas e hormonais, que criam condições adversas no meio bucal¹⁻⁴. O atendimento odontológico é um assunto ainda controverso, principalmente em função dos mitos que são baseados em crenças antigas sem fundamentação científica, tanto por parte da gestante quanto de cirurgiões-dentistas que não se sentem seguros ao atendê-las^{1,18,23,24}. Portanto, torna-se necessário apresentar esclarecimentos e recomendações acerca das condutas clínicas para o atendimento odontológico da gestante, com base nas evidências científicas atuais, para que os profissionais possam proporcionar um serviço adequado com eficácia e segurança^{20,32}.

Os cirurgiões-dentistas devem ter conhecimento acerca das alterações que ocorrem a cada trimestre da gestação^{2,32}.

As pacientes gestantes podem ser atendidas a qualquer momento, desde que sejam realizadas as condutas pertinentes a cada estágio gestacional e sejam adotadas medidas para proporcionar conforto e prevenir agravos à saúde tanto da mãe quanto do feto³². A promoção de saúde, inclusive saúde bucal, deve ser preconizada nos três trimestres gestacionais, com enfoque na educação em saúde^{2,6}. Os procedimentos odontológicos devem ser evitados durante o primeiro trimestre, exceto em casos de urgência em que a não realização do mesmo comprometa o estado de saúde da gestante^{4,14}. O segundo trimestre da gestação é o de eleição para a realização de procedimentos odontológicos essenciais, por ser uma fase de maior estabilidade para a gestante e seu bebê^{14,15,33}. A consulta odontológica pode ser desconfortável no terceiro trimestre e adequações devem ser adotadas, caso a realização de procedimentos seja necessária^{14,15,27-29,31,32}.

Existem divergências em relação a segurança do uso de medicamentos durante o período gestacional^{18,27,29,34}. Um estudo afirma que a utilização de nenhuma classe medicamentosa é totalmente segura no início da gravidez, visto que algumas drogas são capazes de causar efeitos teratogênicos³⁴. Por outro lado, vários artigos afirmam que o uso de medicamentos, como, por exemplo, o

paracetamol, é seguro à gestante e ao feto, podendo ser utilizado em qualquer estágio da gestação, não apresentando nenhum risco de teratogenicidade^{18,27,29}. Deste modo, vários trabalhos apontam medicamentos de eleição para serem prescritos pelos dentistas, por serem considerados seguros à gestante e ao feto, conforme a FDA. Podem ser citados, por exemplo, o paracetamol (analgésico), a prednisona (corticosteroide) e a amoxicilina (antibiótico)^{1,18,23,27,29,32}.

Quanto ao uso de anestésicos locais para o atendimento odontológico de pacientes gestantes, a droga de eleição descrita como a mais segura é a lidocaína 2% associada a epinefrina na solução de 1:100.000, com a utilização de no máximo dois tubetes (3,6 mL) por atendimento^{18,23,27}. No que diz respeito a utilização da prilocaína, não há um consenso na literatura. Enquanto estudos internacionais afirmam que o uso desta droga anestésica é seguro e indicado a estas pacientes, os trabalhos publicados no Brasil contraindicam este anestésico em gestantes^{1,14,18,27,29,31,34}. A justificativa da contraindicação é pela prilocaína ser disponibilizada no Brasil em soluções mais concentradas e contendo a felipressina como vasoconstritor, que possui grande semelhança estrutural à da ocitocina, podendo estimular contrações uterinas^{1,14,18,27}. Além disso, possui a

capacidade de causar diminuição da circulação placentária, risco de metemoglobinemia e hipóxia fetal¹⁸.

A complementação com flúor durante o pré-natal foi estudada^{1,18,25,34}. Foi proposta uma teoria de que esta complementação poderia conferir proteção contra a cárie para o feto^{25,34}. Entretanto, as evidências mostram que o flúor não melhora a saúde dos dentes do bebê durante a gestação, participando apenas no processo de maturação e mineralização dos dentes irrompidos. Sendo assim, deve ser indicado na gestação apenas caso haja necessidade para o tratamento da doença cárie da própria gestante. Além disso, a associação do flúor com complexos vitamínicos contendo cálcio diminui em até 50% a absorção de ambos no organismo^{1,18,34}.

Quando questionadas acerca da doença cárie, 48,75% das gestantes consideravam normal durante a gestação, por acreditarem que seus dentes ficavam mais propensos e frágeis porque os bebês “roubavam” o cálcio para o desenvolvimento dos próprios dentes^{1,16,28}. No entanto, o cálcio necessário para o desenvolvimento do bebê provém da circulação sanguínea da mãe e é obtido por meio da dieta^{1,28}. Por esta razão, é essencial orientar a gestante quanto a adoção de uma dieta adequada, variada e rica em vitaminas^{1,13,16,28}. O aumento da

prevalência de cárie em gestantes é decorrente de mudanças na dieta, refeições frequentes e negligência com a própria saúde bucal¹⁰. É imprescindível orientar a gestante para uma adequada higiene bucal^{1,13,16}. Todas essas orientações devem ser passadas pelo dentista que a acompanha no pré-natal^{1,28}.

A relação entre doença periodontal e adversidades como o parto prematuro e o baixo peso ao nascer é comumente proposta em diversos estudos^{3,5,6,19}. Eles afirmam que a doença periodontal é um fator de risco para o aparecimento destas adversidades e informam que 77% dos CDs acreditam que existe essa correlação¹⁹. Embora alguns autores não tenham encontrado evidências de que a doença periodontal materna esteja relacionada com tais efeitos adversos, pois nestes estudos, tal associação não foi consistente, medidas eficazes de higiene oral e terapia periodontal não-cirúrgica (raspagem e alisamento radicular) são opções para reduzir os riscos do aparecimento destes efeitos adversos durante a gestação, visto que são tratamentos seguros e eficazes^{4,6,8-10}.

A maioria dos estudos concordam que o exame radiográfico da gestante não precisa ser evitado ou adiado para após o parto quando todas as medidas de precaução são adotadas^{21,29,30,32}. É importante lembrar que o feto é mais

radiossensível que um adulto, sendo assim, torna-se mais suscetível aos efeitos adversos resultantes da exposição aos raios X, como abortos, defeitos congênitos ou deficiência mental, por isso é essencial que todas as medidas de precaução sejam tomadas e que as gestantes sejam incentivadas a procurar o atendimento odontológico³⁰. De modo geral, há consenso na literatura de que a realização de tomadas radiográficas odontológicas durante a gestação é segura^{21,29,30,32}.

alterações que ocorrem a cada trimestre, para que possa oferecer um tratamento adequado, seguro e eficaz para as pacientes gestantes.

Conclusão

Durante a gestação, ocorrem inúmeras mudanças no corpo da futura mãe que refletem na sua saúde bucal. Portanto, é importante o pré-natal odontológico com vistas a ações educativas e preventivas para este grupo temporário de pacientes especiais. A formação acadêmica dos profissionais desempenha um papel fundamental para que seja possível a desmistificação acerca do tratamento odontológico às gestantes. As evidências científicas atuais apontam que o atendimento odontológico durante o período gestacional é seguro, desde que sejam adotadas precauções específicas e adequações na conduta clínica. O dentista deve ter conhecimento acerca das

Dental Care for Pregnant Women: a literature review

Abstract

Pregnancy involves physiological, hormonal and psychological changes that increase the susceptibility of pregnant women to infections, including oral infections. There is evidence of an association among the occurrence of oral diseases during pregnancy with adverse events such as premature birth, low birth weight and preeclampsia. Dental treatment during pregnancy still faces resistance both by the pregnant woman and, sometimes, by the dentist. The study aimed to provide clarifications and recommendations about the dental care for pregnant women, based on current scientific evidences. A literature review was performed by searching for articles on the Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) and PubMed platforms. The reviewed articles shown that dental care for pregnant women is indicated and appropriated both to prevent oral diseases and their possible consequences, and also to treat existing diseases. Current scientific evidences indicate that dental treatment during pregnancy is safe, as long as specific precautions and adjustments are carried out in clinical management. The dentist must have knowledge about the changes that occur every quarter, in order to be able to offer an adequate, safe and effective dental care for pregnant patients.

Keywords: Dental assistance. Pregnancy. Prenatal. Oral health.

Referências

1. Bastiani C, Cota ALS, Provenzano MGA, Fracasso MLC, Honório HM, Rios D. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. *Odontol Clin Cient.* 2010;9(2):155-60.
2. Santos Neto ET, Oliveira AE, Zandonade E, Leal MC. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. *Cienc Saude Coletiva.* 2012;17(11):3057-68.
3. Kane SF. The effects of oral health on systemic health. *Gen Dent.* 2017;65(6):30-4.
4. Marla V, Sree R, Roy DK, Ajmera H. The importance of oral health during pregnancy: a review. *MedicalExpress (São Paulo, online) [periódico na Internet].* 2018 [acesso em 2020 mar 02];5:mr18002:[aproximadamente 6 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artte
5. Figueiredo CSA, Rosalem CGC, Cantanhede ALC, Thomaz EBAF, Cruz MCFN. Systemic alterations and their oral manifestations in pregnant women. *J Obstet Gynaecol Res.* 2017;43(1):16-22.
6. Hoerler SB, Jenkins S, Assad D. Evaluating oral health in pregnant women: knowledge, attitudes and practices of health professionals. *J Dent Hyg.* 2019;93(1):16-22.
7. Armitage GC. Bi-directional relationship between pregnancy and periodontal disease. *Periodontology 2000.* 2013;61(1):160-76.
8. Schramm SA, Jacks ME, Prihoda TJ, McComas MJ, Hernandez EE. Oral care for pregnant patients: a survey of dental hygienists' knowledge, attitudes and practice. *J Dent Hyg.* 2016;90(2):121-7.
9. Hegde S, Grover S, Kashyap R, Kumar MSA, Jacob JP. Correlation between maternal periodontal

- status and incidence of preterm low birth weight infants. *IOSR-JDMS*. 2017;16(4):91-8.
10. Marqu ez-Corona ML, Telles-Gir on-Valdez A, Pontigo-Loyola AP, Islas-Zaraz ua R, Robles-Bermeo NL, Gonzalez-L opez BS, *et al*. Preterm birth associated with periodontal and dental indicators: a pilot case-control study in a developing country. *J Matern Fetal Neonatal Med* [peri odico na Internet]. 2019 [acesso em 2019 set 03];[aproximadamente 6 p.]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31035800/>
 11. Komine-Aizawa S, Aizawa S, Hayakawa S. Periodontal diseases and adverse pregnancy outcomes. *J Obstet Gynaecol Res*. 2019;45(1)5-12.
 12. Gonalves PM, Sonza QN. Pr -natal odontológico nos postos de saúde de Passo Fundo/RS. *JOI*. 2018;7(2):20-32.
 13. Nunes Neto RA, Frutuoso MFP. Oral health and the care of pregnant women: workshops as a strategy to problematize practices in basic health care in residents living in the peripheral areas of the hills in the city of Santos. *Rev Gauch Odontol*. 2018;66(4):305-16.
 14. A Saúde Bucal no Sistema  nico de Saúde [recurso eletr nico], Ministério da Saúde, Secretaria de Ateno   Saúde – Brasília/DF: Ministério da Saúde. 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema-unico-saude.pdf
 15. Carniel KKSS, Silva AMF, Silva DF, Cordeiro PGL, Targino MTS, Fernandes DC. Tratamento odontológico durante a gestao. *Cienc Biol Saude Unit*. 2017;4(2):125-36.
 16. Rocha JS, Arima L, Chibinski AC, Werneck RI, Moysés SJ, Baldani MH. Barriers and facilitators to dental care during pregnancy: a systematic review and metanalysis of qualitative studies. *Cad Saude Publica* [peri odico na Internet]. 2018 [acesso em 2020 mar 02];34(8):[aproximadamente 20 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?scri>
 - pt=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000802001&lng=en
 17. Ministério da Saúde. Secretaria de Ateno   Saúde. Departamento de Ateno Básica. Diretrizes da Política nacional de saúde Bucal. Brasília/DF. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm
 18. Vasconcelos RG, Vasconcelos MG, Mafra RP, Alves Júnior LC, Queiroz LMG, Barboza CAG. Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurana. *Rev Bras Odontol*. 2012;69(1):120-4.
 19. George A, Shamim S, Johnson M, Dahlen H, Ajwani S, Bhole S, Yeo AE. How do dental and prenatal care practitioners perceive dental care during pregnancy? Current evidence and implications. *Birth*. 2012;39(3):1-10.
 20. Kloetzel MK, Huebner CE, Milgrom P, Littell CT, Eggertsson H. Oral health in pregnancy: educational needs of dental professionals and office staff. *J Public Health Dent*. 2012;72(4):279-86.
 21. Martins LO, Pinheiro RDPS, Arantes DC, Nascimento LS, Santos J nior PB. Assistência odontológica   gestante: percepo do cirurg o-dentista. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2013;4(4):11-8.
 22. Khamis SA, Asimakopoulou K, Newton T, Daly B. The effect of dental health education on pregnant women’s adherence with tooth brushing and flossing: a randomized control trial. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2017;45(5)469-77.
 23. Bastos RDS, Silva BS, Cardoso JA, Farias JG, Falc o GGVCS. Desmistificando o atendimento odontológico   gestante: revisão de literatura. *Rev Bahiana Odontol*. 2014;5(2):104-16.
 24. Hartnett E, Haber J, Miller BK, Bella A, Vasilyeva A, Kessler JL. Oral health in pregnancy. *JOGNN*. 2016;45(4):565-73.
 25. Massoni ACLT, Pereira RB, N brega DRM, Costa LED, Fernandes JMFA, Rosenblatt A. Assessment of pregnant, primiparous and

- postpartum women's knowledge about dental caries. *Rev Gauch Odontol.* 2015;63(2):145-52.
26. Sousa LLA, Cagnani A, Barros AMS, Zanin L, Flório FM. Pregnant women's oral health: knowledge, practices and their relationship with periodontal disease. *Rev Gauch Odontol.* 2016;64(2):154-63.
27. Ebrahim ZF, Oliveira MCQ, Peres MPSM, Franco JB. Tratamento odontológico em gestantes. *Science in Health.* 2014;5(1):32-44.
28. Monteiro ACA, Pereira RM, Monteiro LPA, Costa ICC. Tratamento odontológico na gravidez: o que mudou na concepção das gestantes? *Rev Cienc Plur.* 2016;2(2):67-83.
29. Achtari MD, Georgakopoulou EA, Afentoulide N. Dental care throughout pregnancy: what a dentist must know. *OHDM.* 2012;11(4):169-76.
30. Hemalatha VT, Manigandan T, Sarumathi T, Aarthi Nisha V, Amudhan A. Dental considerations in pregnancy: a critical review on the oral care. *J Clin Diagn Res.* 2013;7(5):948-53.
31. Dragan IF, Veglia V, Geisinger ML, Alexander DC. Dental care as a safe and essential part of a healthy pregnancy. *Compendium.* 2018;39(2):86-91.
32. Robinson BJ, Boyce RA. Why is dental treatment of the gravid patient regarded with caution? When is the appropriate time for care – be it emergent or routine – in the gravid patient? *JNJ Dent Assoc.* 2014;85(1):11-4.
33. Ribeiro AS, Silva MV, Guerra PG, Saick KW, Uliana MP, Loss R. Risco potencial do uso de medicamentos durante a gravidez e a lactação. *Infarma.* 2013;25(1):62-7.
34. Donaldson M, Goodchild JH. Pregnancy, breastfeeding and drugs used in dentistry. *JADA.* 2012;143(8):858-71.