

GESTAÇÃO E SAÚDE BUCAL: SIGNIFICADO DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL POR GESTANTES NÃO ADE- RENTES AO TRATAMENTO

Oral Health and Pregnancy: Meaning of Care in Oral Health by noncompliant pregnancy

João Luiz Gurgel Calvet da Silveira¹, Marga Weissheimer Abraham²,
Clarissa Hoppe Fernandes³

RESUMO

Objetivo: Identificar a percepção de gestantes não aderentes ao tratamento odontológico a respeito do mesmo, especialmente no que se refere a sua concepção de saúde bucal e conhecimento da relação entre saúde bucal e gestação. **Método:** Pesquisa qualitativa com técnica de entrevista semiestruturada, envolvendo oito gestantes de duas unidades de Estratégia de Saúde da Família que realizavam pré-natal com histórico de não adesão ao tratamento odontológico. Os dados provenientes das entrevistas foram gravados em áudio, transcritos e analisados a partir da técnica de análise de conteúdo com estabelecimento de categorias de análise. **Resultados:** A média de idade das gestantes foi de vinte e três anos, com mínimo de dezenove e máximo de trinta e cinco anos. Foram identificadas as seguintes categorias de análise: a) Medo de dentista; b) Necessidade de assistência; c) Desinformação; d) Dificuldade de acesso e e) Falta de adesão ao tratamento odontológico. **Conclusões:** A baixa aderência ao cuidado odontológico entre as gestantes participantes deste estudo está associada ao medo de sentir dor ou receio de o tratamento afetar seu bebê. As gestantes compreendem o tratamento odontológico limitado a procedimentos cirúrgico-restauradores. O dentista deve promover a saúde, sem deixar de oferecer o cuidado técnico-assistencial apropriado para as gestantes.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Bucal; Gestantes; Assistência Odontológica.

ABSTRACT

Purpose: Identify the perception of non-adherent pregnant women about dental treatment about itself, especially as regards his conception of oral health and knowledge of the relationship between their own oral health and pregnancy. **Method:** Qualitative research with semi-structured interview technique involving eight pregnant women of two units of the Family Health Strategy that performed prenatal routine care with a history of non-adherence to dental treatment. Data from the interviews were audio recorded, transcribed and analyzed using the technique of content analysis to establish categories of analysis. **Results:** The mean age of the group was twenty-three years with a minimum nineteen and maximum thirty-five. The following categories of analysis were identified from the interviews: a) Fear of the dentist; b) Need for assistance; b) Disinformation; c) Lack of access d) Lack of adherence to dental treatment. **Conclusions:** The low adherence to dental care among pregnant women participating in this study is associated with fear of pain or apprehension of treatment impacts their babies. Pregnant women understand limited dental treatment to surgical, restorative procedures. The dentist should promote health without ceasing to provide the appropriate technical care for pregnant women.

KEYWORDS: Oral Health; Pregnant Women; Dental Care.

¹ Doutor em Odontologia Social. Docente do Departamento de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Saúde Coletiva da FURB – Universidade Regional de Blumenau. Coordenador do Programa Pet-Saúde da FURB. Especialista em Ativação de Mudanças no Ensino das Profissões da Área da Saúde. FAIMER *fellowship*.

² Cirurgião-dentista da Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau-SC. E-mail: margawabraham@hotmail.com

³ Mestranda do Programa de Pósgraduação em Saúde Coletiva, Mestrado Profissional da Universidade Regional de Blumenau – FURB. E-mail: issa.hf@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As complicações da gravidez podem ser caracterizadas por: bebês pré-termo, nascidos antes de completarem 37 semanas, prematuros com menos de 32 semanas e baixo peso. Essas complicações são determinadas por uma série de fatores associados, de diferentes naturezas, podendo determinar consequências graves, como necessidade de cuidados intensivos neonatais, com aumento da taxa de mortalidade perinatal por síndrome respiratória, paralisia cerebral, cegueira e dificuldades de aprendizagem graves.¹

Estudos têm apontado uma associação positiva entre periodontite e desfechos adversos na gestação.^{2,3} Dessa forma, há possibilidade de que infecções periodontais maternas possam influenciar negativamente o desfecho da gestação, já que bacteremias transitórias são comuns nas inflamações gengivais, associadas ao acúmulo de placa bacteriana. Dessa forma, por via hematogênica, as bactérias bucais poderiam atingir os fluidos amnióticos, afetando os tecidos materno-fetais.¹

Os processos inflamatórios que acometem as estruturas de sustentação dos dentes constituem o que chamamos genericamente de doença periodontal (DP). A periodontite pode ser considerada a forma mais comum de doença inflamatória bucal, em suas diferentes manifestações e estágios, caracterizando-se, na maioria das vezes, como uma forma de doença crônica e degenerativa. Estudos sugerem que diversas morbidades podem atuar como fatores predisponentes da periodontite, assim como a periodontite pode influenciar o curso de várias doenças, especialmente coronariopatias e diabetes, assim como determinar complicações na gestação.⁴⁻⁶ O fator etiológico da doença periodontal é a placa bacteriana, podendo esta se manifestar como gengivite, quando o processo inflamatório se restringe à gengiva. Porém, quando afeta a estrutura de sustentação dos dentes como osso alveolar, ligamentos e cemento, esse processo passa a ser denominado periodontite, podendo acarretar perda óssea irreversível.

Estudos têm demonstrado a associação das condições bucais com doenças ou condições sistêmicas, especialmente coronariopatias, diabetes e osteoporose.^{7,8}

A “periodontia médica” é uma abordagem que procura explicar a relação entre processos inflamatórios de origem infecciosa localizados no periodonto com processos sistêmicos, constituindo um novo paradigma na abordagem terapêutica e preventiva da doença periodontal e seus agravos ou condições de saúde geral.⁴

A prematuridade e o baixo peso ao nascer são considerados problemas de saúde pública, estimando-se que o nascimento prematuro contribui de 50% a 70% para a mortalidade neonatal, sendo uma das principais causas de

morbidade e mortalidade perinatal.⁴

As mulheres grávidas constituem um grupo que requer atenção e cuidados específicos no que diz respeito a sua saúde bucal, sendo relevantes as mudanças fisiológicas e de hábitos inerentes ao seu estado gestacional que podem representar risco de deterioração da saúde bucal.^{9,10} O aumento da atividade hormonal, do débito cardíaco, a variação da pressão arterial, a anemia, as alterações gastrointestinais e respiratórias e o diabetes gestacional são transtornos ou intercorrências que podem ser consideradas transitórias, mas também importantes durante a gravidez.¹¹ Sendo assim, a gravidez é um período único na vida da mulher, o qual se caracteriza por muitas transformações fisiológicas que podem afetar adversamente a saúde bucal.¹⁰ É importante que o cirurgião-dentista tenha conhecimento das mudanças que ocorrem no corpo da gestante, para que ele estabeleça um plano de tratamento seguro e adequado para cada período gestacional.¹² Entretanto, crenças e mitos envolvendo a saúde da mãe e do bebê contribuem para o afastamento da gestante da atenção odontológica nesse período da vida. Em trabalho realizado com grupos de gestantes, foi observado que existem muitas barreiras que dificultam o atendimento odontológico, como as crenças populares que desaconselham a procura do atendimento odontológico no período gestacional e o medo de ir ao dentista devido a sua imagem autoritária, gerando descrédito no diagnóstico e nos procedimentos realizados.¹³ Assim, as próprias gestantes podem impor barreiras ao atendimento odontológico, determinadas por supostos “perigos” representados pela intervenção odontológica para o bebê ou para a própria mãe, sendo essa atitude agravada pela baixa percepção de necessidades bucais, especialmente processos crônicos não dolorosos, e reforçada pelo medo de sentir dor durante os procedimentos.¹³

Estudos relatam ainda barreiras relacionadas ao acesso ao tratamento odontológico por gestantes, como a dificuldade para o agendamento de consultas odontológicas, determinada por questões administrativas do serviço ou ainda por atitude individual do próprio dentista, que se recusa a atender gestantes por falta de conhecimento científico ou informação atualizada, tendendo a adiar ou mesmo a recusar o atendimento.¹⁴ Sabe-se, atualmente, que nenhuma necessidade odontológica da gestante deve ser negligenciada por medo de colocar em risco a saúde do bebê ou da gestante. O atendimento odontológico é seguro, principalmente no segundo e terceiro trimestres da gravidez, sendo de suma importância um bom entrosamento entre os profissionais que fazem parte da unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nessa abordagem multiprofissional, toda a equipe colabora para decidir

os melhores momentos de intervenção ou utilização de medicamentos em cada fase da gestação,¹¹ não se devendo excluir as atividades preventivas e de educação em saúde nessa importante fase da vida da mulher.

Os cirurgiões-dentistas, muitas vezes, se sentem despreparados para atender as gestantes, pois consideram que são sempre pacientes de risco, mas sabem que todas precisam ser tratadas e que devem ser alertadas sobre a ação preventiva da odontologia. Mesmo quando a equipe de saúde trabalha de forma integrada, numa perspectiva multiprofissional, reconhecendo a relação da saúde bucal e condições sistêmicas e possíveis consequências para o feto, há necessidade de um trabalho de educação permanente para diminuir o descompasso entre as percepções das gestantes e da equipe.¹⁵ Nessa perspectiva, a inserção do dentista nas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) exige uma mudança de abordagem e atitude desse profissional que deve estar inserido na equipe multiprofissional, trocando informações de sua área e se atualizando constantemente.¹⁶ A interdisciplinaridade é um fator importante quando o objetivo é a promoção de saúde da gestante. Entretanto uma política capaz de inserir os profissionais de outros núcleos de conhecimento na atenção básica ainda se limita à proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), podendo ser considerada uma política incipiente e com implementação muito diferenciada nos diversos municípios brasileiros.

Essa abordagem multiprofissional configura-se como um desafio, principalmente pela mudança do modelo de atenção em implantação no Sistema Único de Saúde, que conta com profissionais, em sua maioria, formados a partir de um paradigma individual, focado em procedimentos técnicos específicos e fragmentados. Na gestação, a mulher está mais suscetível à informação, modificação e aquisição de novos hábitos que têm como objetivo a saúde do seu bebê.¹⁷

O cirurgião-dentista é o profissional responsável e capacitado para essa ação educativa e preventiva para a gestante. Na realidade, o médico é o primeiro e, muitas vezes, o único profissional da área da saúde a entrar em contato com a gestante, sendo que, muitas vezes, não faz o encaminhamento ao dentista por falta de informações sobre a importância da saúde bucal na gestação e suas possíveis implicações para o futuro bebê. Entretanto o simples conhecimento da equipe de saúde sobre a relação da saúde bucal com a condição sistêmica da gestante pode não significar mudança de atitudes e do processo de trabalho, sendo necessário um investimento constante na equipe e na gestante.¹⁵

Dessa forma, a identificação de barreiras que dificultam o acesso da gestante ao cuidado em saúde bucal pode

favorecer a proposição de novas formas de atuação do cirurgião-dentista e da equipe de saúde. As gestantes, de uma maneira geral, não buscam os serviços por iniciativa própria, embora percebam as necessidades de tratamento somente em alguns casos.

Na prática, podemos constatar que, mesmo com as políticas de saúde bucal vigentes, ainda são raros os relatos de atendimento odontológico pré-natal integral como sugere a promoção de saúde.¹⁷

O presente trabalho tem como objetivo identificar a percepção de gestantes sobre o tratamento odontológico, especialmente no que se refere a sua concepção de saúde bucal e conhecimento da relação entre sua saúde bucal e a gestação.

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa com técnica de entrevista semiestruturada envolvendo oito gestantes de duas unidades de Estratégia de Saúde da Família de Blumenau – SC. As gestantes voluntárias desta pesquisa realizavam o pré-natal nessas unidades, com histórico de não adesão ao tratamento odontológico. Os dados provenientes das entrevistas foram gravados em áudio, transcritos e analisados a partir da técnica de análise de conteúdo¹⁸ com o estabelecimento de categorias de análise.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Humanos, sob Parecer nº 667.205, de 22 de maio de 2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A média de idade das gestantes foi de vinte e três anos, com mínimo de dezenove e máximo de trinta e cinco anos. As entrevistas foram realizadas de forma individual, em ambiente reservado, para garantir a privacidade das gestantes.

Foram identificadas as seguintes categorias de análise a partir das entrevistas: a) Medo de dentista; b) Necessidade de assistência; c) Desinformação; d) Dificuldade de acesso e e) Falta de adesão ao tratamento odontológico.

As gestantes revelaram um sentimento de medo de ir ao dentista durante a gestação, seja por sofrimento físico ou pelo risco à integridade do bebê. Essa forma de perceber o tratamento odontológico está limitada a uma abordagem cirúrgico-restauradora, baseada em procedimentos invasivos que não valorizam a promoção da saúde, conforme as falas transcritas:

“Tenho problema nos dentes, não gosto de dentista. Tenho medo.” (CMC, 28 anos)

“Eu não vou ao dentista porque na última vez que eu fui não foi muito bom, porque dói, machuca. Ele tirou uma parte para depois colocar aquelas massinhas. Daí doeu, desisti do tratamento. Nunca mais fui atrás.” (SO, 22 anos)

“Eu tenho medo de ir no dentista, tenho medo de anestesia.” (ECSB, 35 anos)

“Tenho medo por conta do bebê. Sempre tinha medo por causa dos medicamentos (...) Tenho medo, muita agulha, muita coisa.” (APF 19 anos)

Estudo sobre medo de dentista, realizado com setecentas e sessenta mulheres iranianas grávidas, com idade de dezessete a quarenta e um anos, revela que 93,9% delas têm medo de ir ao dentista.¹⁹

Outro estudo longitudinal com noventa e nove grávidas acompanhadas durante a gestação demonstrou uma flutuação no relato do medo de dentista, revelando que o medo diminui no final da gestação e aumenta ligeiramente após o nascimento do bebê.²⁰

Estudo realizado em Belo Horizonte – MG, em que foram entrevistadas 20 gestantes usuárias de um Centro de Saúde do município, teve o objetivo de identificar crenças de gestantes que interferiam na procura por atendimento odontológico e adoção de cuidados concernentes à saúde bucal. Observou-se que o medo decorrente de uma experiência traumatizante se constituiu numa forte barreira e o medo provocado pelo atendimento odontológico aumentou devido à crença de que a hemorragia decorrente da extração dentária e o uso de medicamentos poderiam trazer prejuízos ao feto ou à gravidez.²¹

Existem situações em que os próprios profissionais de saúde podem contribuir para a manifestação e fortalecimento de medos e mitos relacionados à atenção odontológica durante o período gestacional. Muitos profissionais preferem se esquivar do atendimento odontológico à gestante, principalmente no primeiro trimestre, com receio de serem responsabilizados por possíveis fatalidades ocorridas com o bebê. Também a presença de mitos fortemente arraigados nesses profissionais evidencia a necessidade de investimentos em educação, tanto em nível de graduação como em pós-graduação, sobre saúde bucal e gravidez.²²

Muitos relatos revelaram uma precária condição bucal, com necessidade de assistência odontológica sentida pelas gestantes, conforme segue:

“Quando começa... como eu disse que incha... Já não dá para escovar direito porque machuca, dói muito, né? Me dá dor de cabeça, afeta o último dente. Terrível. Passo dois

a três dias sem encostar na boca! Só paracetamol [SIC] eu tomo.” (CVM, 28 anos)

“A gente vai deixando e quando vê... Eu não sinto dor, sinto só um buraquinho... Senti dor uma só vez, foi terrível!” (SO, 22 anos)

“Eu não passo fio dental pelo fato de o meu dente ser torto. Eu não consigo porque sangra muito.” (JFD, 26 anos)

“Não, não uso fio dental pelo fato de sangrar e depois machucar.” (CMC, 28 anos)

“Quanta dor que eu tava na gravidez.” (APF 19 anos)

“Que me incomoda agora são os meus sisos.” (SV, 21 anos)

Estudo²³ sobre a condição periodontal de gestantes constatou que 70,6% apresentavam cálculo dental, 7,8% tinham sangramento à sondagem, 11,8% possuíam bolsa periodontal de 4-5 mm, 5,9% tinham bolsa com 6 mm ou mais e 3,9% apresentaram sextantes saudáveis. Assim, 96,1% das gestantes examinadas apresentavam alguma necessidade de tratamento periodontal.

No grupo estudado prevalece a desinformação sobre a importância do tratamento odontológico na gestação, sendo alguns relatos ilustrados a seguir:

“Escutei que grávida não pode arrancar o dente, não pode não sei o que... que pode prejudicar o bebê.” (CMA, 28 anos)

“Se eu soubesse que podia ir no dentista durante a gravidez, eu teria ido faz tempo!” (SV 21 anos)

“Acho que não vai acontecer nada com o meu bebê se eu não cuidar dos dentes.” (SO, 22 anos)

“Acho importante ir no dentista, mas tenho um pouco de dúvida agora na gestação. Se a gente pode ir por causa da anestesia, estas coisas. Pode arrancar, fazer estas coisas?” (ECS, 35 anos)

“Eu não sabia que grávida pode ir ao dentista! Sério? Faz anos que eu não vou ao dentista. Acho importante!” (JFD, 26 anos)

“Sim é importante ir no dentista. Eu não tô indo, porque diz que grávida não pode ir. Não sei se isso é verdade, por conta dos remédios.” (AFP, 19 anos)

“Muita gente fala que na gravidez não pode ir no dentista.” (SAS, 19 anos)

Em estudo realizado no município de Sobral, em 2004, com 36 gestantes, foi constatado que 22 gestantes não procuraram a Unidade Básica de Saúde por diversos fatores. Dentre eles, podemos citar que 10 dessas gestantes relataram não terem sido encaminhadas, 3 disseram que não achavam necessário, 5 responderam que tinham receio de que pudesse ser prejudicial para o bebê e 3 afirmaram não ter tempo.²⁴

De acordo com um estudo realizado em Maringá – PR, onde 80 gestantes frequentadoras de consultórios médicos particulares e de Unidades Básicas de Saúde foram entrevistadas, constatou-se que apenas 26,25% das gestantes acreditavam que alterações em sua cavidade bucal, gengivite ou cárie dentária poderiam influenciar a saúde geral do bebê.²⁵

Além da desinformação, houve relatos de dificuldade de acesso ao dentista no período de gravidez por metade das gestantes:

“Agora não, o tempo é corrido e também o dia de marcação. A gente não consegue ir [no dentista].” (SO, 22 anos)

“É bem complicado, primeiro porque aqui não tem dentista. Eu não sei como se faz pra ir lá no postinho no Canto do Rio. Tem marcação uma vez por mês. Tem um monte de coisa pra fazer. Tu acaba não indo.” (JFD, 26 anos)

“Eu tenho dificuldade na marcação de consulta.” (ECSB, 35 anos)

Em relação à oferta de consultas odontológicas, gestantes relatam dificuldade em conseguir consulta odontológica, devido à impossibilidade de conciliar o horário da consulta com o trabalho e à inexistência da realização de procedimentos mais complexos.²¹ A maioria das gestantes revelou uma atitude de falta de adesão ao tratamento odontológico ou cuidado negligenciado com a saúde bucal:

“Eu uso o fio dental bem poucas vezes por que trabalho o dia todo. Falta tempo, tem horário de almoço, mas fica difícil.” (ECS, 35 anos)

“Faz tempo que não vou ao dentista, uns aninhos.” (SV, 21 anos)

“Faz tempo que eu fui no dentista. Bem no início da gravidez. Daí eu descobri que estava grávida e parei de fazer

tratamento.” (SAS, 19 anos)

“Não uso fio dental pelo fato de sangrar e depois machucar.” (CMC, 28 anos)

“Não vou mesmo [ao dentista] não tenho o costume.” (SO, 22 anos)

Estudos revelam que o período gestacional é seguro para o tratamento odontológico apropriado. Dessa forma, o tratamento de periodontites, o uso local de anestésicos, restaurações de amálgama e até exames de raios-X de forma segura não representam aumento de risco para o desenvolvimento do feto. Por outro lado, o tratamento odontológico pode contribuir para a melhoria da saúde da mãe e do bebê.^{26,27}

No estudo realizado em Maringá – PR,²⁴ no que se refere à possibilidade da realização de determinados procedimentos odontológicos, 41% das gestantes acreditavam que poderiam receber anestesia local sem nenhum risco para o bebê, 33% acreditavam que não poderiam receber anestesia e 26% delas não sabiam. Já em relação às tomadas radiográficas intrabucais, 53% das gestantes acreditavam que não poderiam receber raios-X.

A ESF é o espaço privilegiado para a promoção de saúde bucal, devendo o dentista desempenhar um papel relevante na promoção de saúde bucal da gestante, como rotina e de forma integrada com os demais profissionais da equipe.^{28,29}

Nesse contexto de cuidado multiprofissional na Atenção Primária, merece destaque o papel do médico que acompanha o pré-natal na ESF, que precisa estar bem atualizado sobre as complicações que uma precária saúde bucal pode acarretar para a gestante e seu bebê.

Destaca-se a necessidade de planejamento na equipe, definindo um fluxo de agendamento, atividades educativas integradas e outras ações capazes de garantir o acesso da gestante à consulta odontológica e à informação nesse período de sua vida.

Gestantes confiam no conhecimento e recomendações dos profissionais de saúde, sendo estes capazes de influenciar em suas tomadas de decisões, entendendo que a interação entre médico/dentista e paciente é capaz de promover a ressignificação da crença de que o tratamento odontológico é contraindicado durante a gravidez, estimulando a sua busca.²¹

CONCLUSÃO

A baixa aderência ao cuidado odontológico entre as gestantes participantes deste estudo está associada ao

medo de sentir dor ou receio de o tratamento afetar seu bebê, revelando grande desinformação e agravando o risco representado por uma saúde bucal precária para sua gestação. As gestantes compreendem o tratamento odontológico limitado a procedimentos cirúrgico-restauradores, não valorizando a promoção da saúde. O dentista, de forma integrada com os demais profissionais, em especial com o médico que acompanha o pré-natal, deve assumir um papel relevante para minimizar o negligenciamento com o autocuidado da gestante, motivando e promovendo a saúde, sem deixar de oferecer o cuidado técnico-assistencial apropriado, com a devida segurança para minimizar os riscos para a mãe em gestação.

REFERÊNCIAS

- Papapanou JN, Lindhe J. Epidemiologia das doenças periodontais. In: Lindhe J, Lang NP, Karring T. Tratado de periodontia clínica e implantodontia oral. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 123-170.
- Canakci V, Canakci CF, Canakci H, Canakci E, Cicek Y, Ingec M, Ozgoz M, Demir T, Dilsiz A, Yagiz H. Periodontal disease as a risk factor for pre-eclampsia: a case control study. *Australian and New Zeland Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2004; 44:568-573.
- Goepert AR, Jeffcoat MK, Andrews WW, Faye-Petersen O, Cliver SP, Goldberg RL, Hauth JC. Periodontal disease and upper genital tract inflammation in early spontaneous preterm birth. *Obstetrics and Gynecology*. 2004; 104:777-83.
- Brunetti, MC (Org.). *Periodontia médica: uma abordagem integrada*. São Paulo: SENAC; 2004.
- Straka M. Pregnancy and periodontal tissues. *Neuro Endocrinol Lett*. 2011; 32(1): 34-8.
- Carrillo-de-Albornoz A, Figuero E, Herrera D, Cuesta P, Bascones-Martínez A. Gingival changes during pregnancy: III. Impact of clinical, microbiological, immunological and sociodemographic factors on gingival inflammation. *J Clin Periodontol*. 2012; 39(3):272-83.
- Zina LG, Moimaz SAS, Saliba NA, Garbin CAS. Periodontia materna e parto prematuro: aspectos biológicos, epidemiológicos e preventivos. *Revista Periodontia*. 2005; 15(3):10-15.
- Holmstrup P, Reinholdt J, Poulsen AH. Periodontitis is one of the most commonly occurring inflammatory diseases. *Danish*. 2010 Nov; 1(44):3029-32.
- Laine, MA. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta Odontol Scand*. 2002; 60:257-264.
- Kumar J, Samelson R. Oral health care during pregnancy. Recommendations for oral health professionals. *New York State Dental Journal*. 2009 Nov; 75(6):29-33.
- Ritter A, Southerland JF. Talking with patients. Pregnancy and oral health. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*. 2007; 19(6):373-74.
- Silva FWGP, Stuaní AS, Queiroz AM. Atendimento odontológico à gestante – parte 2: cuidados durante a consulta. *Revista Fac Odontol Porto Alegre*. 2006 dez.; 47(3):5-9.
- Albuquerque OMR, Abegg C, Rodrigues CS. Percepção de gestantes do Programa de Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(3):789-96.
- Moimaz SAS, Rocha NB, Saliba O, Garbin CAS. O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*. 2007; 19(1):39-45.
- Correia SMB, Silveira JLGC. Percepção da relação entre membros da equipe de ESF e gestantes. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2011 jul./set.; 11(13):347-55.
- Cardoso LM. Atendimento odontológico da gestante na Estratégia de Saúde da Família [trabalho de conclusão de curso de especialização]. Corinto – MG: Universidade Federal de Minas Gerais, Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família; 2010.
- Reis DM, Pitta DR, Ferreira HMB, Jesus MCP, Moraes MEL, Soares MG. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestante. *Ciência de Saúde Coletiva*. 2010; 15(1):269-276.
- Bardin, L. *Análise de conteúdo*. 4ª ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
- Hamassi J, Hamassi H, Tabatabaei S. Survey of self-reported dental fear among pregnant women in Qazvin, Iran. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*. 2012; 4(12):2092-102.

20. Tolvanen M, Haggqvist O, Luoto A, Rantavuori K, Karlsson L, Karlsson H, Lahti S. Changes over time in adult dental fear and correlation to depression and anxiety: a cohort study of pregnant mothers and fathers. *Eur J Oral Sci.* 2013; 121:264–69.

21. Figueira TR, Ferreira E, Schall V, Moderna C. O modelo de crenças em saúde e o processo saúde-doença-cuidado bucal por gestantes. *Rev Odontol Bras Central* [Online]. 2013 [Acesso em 2014 jul. 28]; 22 (63):169-73. Disponível em: <<http://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/758/712>>.

22. Codato LAB, Nakama L, Cordoni Júnior L, Higasi MS. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [Online]. 2011 [Acesso em 2014 jul. 29]; 16(4):2297-2301. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n4/v16n4a29.pdf>>.

23. Rosell FL, Oliveira ALBM, Tagliaferro EPS, Silva SRC, Valsecki Junior A. Impacto dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida de gestantes. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* [Online]. 2011 jul./set. [Acesso em 2014 jul. 29]; 13(3):287-93. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/1623>>.

24. Alves CS, Bezerra MM. Atenção odontológica no pré-natal: a percepção das gestantes do bairro Padre Palhano, Sobral – CE. *Sanare* [Online]. 2005 [Acesso 2014 jul. 26]; VI(1):61-68. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/180/167>>.

25. 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 Clín-Cient* [Online]. 2010 [Acesso em 2014 maio 12]; 9(2):155-60. Disponível em: <<http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/gestantes.pdf>>.

26. Michalowicz BS, Diangelis AJ, Novak MJ, Buchanan W, Papapanou PN, Mitchell DA, Curran AE, Lupo VR, Ferguson JE, Bofill J, Matseosane S, Deinar SS Jr, Rogers TB. Examining the safety of dental treatment in pregnant women. *J Am Dent Assoc.* 2008; 139(6):685-95.

27. Conde-Agudelo A, Villar J, Lindheimer M. Maternal infection and risk of preeclampsia: systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 198(1):7-22.

28. Silva MV, Martelli PJJL. Promoção em saúde bucal para

gestantes: revisão de literatura. *Revista de Odontologia Clínico-científica.* 2009; 1(219):219-24.

29. Vasconcelos RG, Vasconcelos MG, Mafra RP, Alves Junior LC, Queiroz LMG, Barboza CAG. Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. *Rev Bras Odontol.* 2012; 69(1):120-4.

Submissão: abril de 2015

Aprovação: abril de 2016
