**III Simpósio Interdisciplinar de Saúde**

**3ª Mostra de Experiências Exitosas do Município de Catanduva**

**3° Premio “Carlos Roberto Surian”**

Unidade :USF Dr. Ségio Banhos – Pachá (71.277.31)

Endereço: Av. Cruzeiro do Sul, 305

Telefone: (17) 3521 - 7374

Celular: (17) 99127 - 0659

e-mail: usf.sergiobanhos@catanduva.sp.gov.br

**Autores:** Pamella dos Santos Limae Tatiane Colombo Carecho

**PRÉ NATAL ODONTOLÓGICO INTEGRADO À EQUIPE DE SAUDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO BÁSICA**

**1.Introdução:**

O Ministério da Saúde (1988)¹ Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil, através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, reconhece a importância da educação em saúde e afirma “... as gestantes constituem o grupo ideal para que o processo de aprendizagem se realize”. Em relação à assistência odontológica no pré-natal o mesmo documento diz “... todas as gestantes inscritas deverão ser agendadas para consulta de rotina nas unidades de saúde, que disponham de serviço odontológico; caso contrário referenciar. Na consulta de rotina, deverá ser realizado o exame clínico da cavidade bucal e elaborado um plano de tratamento a ser desenvolvido durante o pré-natal” e mais “... deve-se aproveitar o período da gestação para introduzir ações educativas em saúde bucal”.

A Odontologia de alto padrão deve incluir aspectos de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Nesse contexto, a educação é de fundamental importância para a instituição de hábitos saudáveis.

Muitos são os mitos que envolvem o atendimento odontológico à gestante, alguns fatores dificultam o encaminhamento da gestante ao tratamento odontológico e que vão desde a resistência da própria paciente, a qual decorre na maioria das vezes, dos preconceitos que a mesma tem sobre a influência que o tratamento odontológico possa exercer na gestação ou no feto. Benson (1967)², em estudo realizado na Austrália, verificou a resistência de algumas gestantes em participar da clínica odontológica do serviço pré-natal. Sempre que eram convidadas a participar, diziam estar bem, sem dor e que diante de qualquer necessidade procurariam o profissional de sua confiança. Entretanto, quando se esclarecia de que essa visita ao dentista possuía apenas fins educativos, a situação se revertia e a frequência das gestantes era extremamente significativa. Isto demonstra que elas possuem os seus receios, temores e incertezas, fundamentadas e enriquecidas pela sabedoria popular.

A mulher no período gestacional encontra-se mais receptiva e motivada para mudanças que podem trazer melhorias para ela e seu bebê, o que justifica o desenvolvimento de um trabalho de promoção da saúde para essa clientela para uma odontologia de promoção de saúde. O tratamento é baseado na avaliação e diagnóstico, onde o indivíduo é visto como um todo, personalizando então, seu tratamento de acordo com a saúde e condição geral de cada paciente.

Segundo Torres & Andrade (1984),5 a atenção odontológica à grávida é assunto que não tem merecido a devida atenção no âmbito da assistência integral à saúde da mulher. Julga-se de fundamental importância que todos os métodos educativos devam ser utilizados para se construir um conhecimento que possa contextualizar o saber científico e o saber popular, de forma que o medo e a ansiedade da gestante, muitas vezes compartilhada pelo cirurgião-dentista, possam ser vencidos, e que um ambiente de motivação e promoção de saúde seja criado, envolvendo a clientela interessada e a equipe multidisciplinar envolvida na assistência à gestante. Descrevem também que, os cuidados odontológicos básicos dispensados à gestante, devem ser entendidos como fundamentais, ímpares, pela sua condição atual de motivação, prioritários pela importância que a futura mamãe tem na multiplicação de hábitos saudáveis no seio da família, e imprescindíveis quanto ao aspecto da promoção da saúde, o que habilita a sua franca recomendação nos serviços públicos e privados.

Na Equipe de Saúde da Família (ESF) da “Pachá” do município de Catanduva – SP, havia uma carência de ações preventivas e educativas em saúde bucal para mulheres no período pré-natal, porém a elaboração de um protocolo de atenção em saúde bucal às gestantes e sua implantação organizou as ações voltadas a esse público.

**2.Justificativa:**

Alaluushua & Renkonen (1983)4 e Berkowitz & Jones (1985)3 referem-se às gestantes, como grupo de risco, no que diz respeito a problemas bucais como cárie e doenças gengivais e principalmente em função do caráter infectocontagioso da cárie, cuja transmissibilidade já foi demonstrada por vários estudos, e acrescentam que em função disso, devem ser incluídas no grupo mais vulnerável e por onde a educação em saúde da família deve começar. ”. Savastano & Novo (1981)6 afirmam que a maternidade é um momento muito importante no ciclo vital feminino, no qual a mulher tem oportunidade de alcançar novos níveis de integração e desenvolvimento da personalidade. É durante a gravidez que surge provavelmente a necessidade de um novo equilíbrio dinâmico na unidade familiar. Por isso a gestante deve receber apoio e informações diversas da equipe do pré-natal, que serão revertidas em contribuição a um parto mais saudável e em uma melhor qualidade de vida. Segundo Buischi (1996)7, os profissionais da área odontológica são agentes promotores da saúde, e que devendo, portanto, conscientizar os responsáveis da necessidade de obterem informações que possibilitem maior controle sobre a própria saúde e a de seus filhos. Tal conscientização somente ocorre quando os pais tomam posse da realidade e a conhecem, descobrindo, assim que eles podem modificá-la.

A Unidade de Saúde do Pachá possuiu em média 15 gestantes mensais cadastradas no ano de 2020, sendo estas acompanhadas durante todo período gestacional a fim de realizar uma atenção integral que assegurem a realização das intervenções necessárias durante o período gestacional.

**3.Breve revisão da literatura:**

**3.1 Causas e Consequências da negligencia da saúde bucal na gestação**

Bernd et al. (1992)14, no município de Porto Alegre –RS, entrevistando gestantes e lactantes, concluíram que as entrevistadas referem-se a dois níveis de dificuldades os quais devem ser superados para se chegar ao dentista. O primeiro é interno, subjetivo, diz respeito a seus medos, traumas e fantasias. O segundo é externo e objetivo, se relacionando com dificuldades de marcação de consultas, esperas prolongadas, interferências no cotidiano. Com isto, o motivo para a procura por atendimento precisa ser bastante forte e inadiável, como a dor. Quanto à relação cultura popular-gestação, os autores notaram duas percepções, ou seja, que o tratamento odontológico poderia causar danos à saúde e o medo do tratamento odontológico nas gestações, segundo relatado por dentistas, familiares e amigos.

Logar (1968)8 observou que a negligência na saúde bucal e as mudanças e alterações na dieta que, com frequência ocorrem na gravidez, contribuem para o aumento da incidência da cárie dentária. O autor insiste na necessidade da escovação sistemática e na dieta controlada. Ramalho (1968)9 relata que, especialmente nos últimos meses de gravidez, e também no pós-parto, há aumento da atividade cariogênica devido à falta de cuidados com a higiene bucal, já que a maior preocupação da mãe estaria voltada para os afazeres relacionados com o nascimento da criança.

**3.2 Principais Problemas Bucais na Gestação**

Steffensen (1990)11 e Griffen & Goepeferd (1991)10 relatam que apesar dos grandes avanços no conhecimento, tecnologia e prevenção, a cárie e a doença periodontal ainda afetam a maioria da população. Medidas preventivas devem ser adotadas nos estágios mais precoces da vida, permanecendo através de todos os seus ciclos, adequando-se a estes. Alaluusua et al. (1991)12 relatam que os patógenos periodontais que habitam a cavidade oral, são transmitidos de indivíduo para indivíduo pela saliva, o que ocorre comumente na vida cotidiana de uma família, por meio de talheres ou objetos contaminados.

Krasse (1986)17 e Araújo & Figueiredo (1997) 18, definem a cárie como uma doença de natureza infectocontagiosa que decorre da interação de uma série de fatores (suscetibilidade do hospedeiro, dieta e microbiota em determinado período de tempo), resultando na perda de estruturas mineralizadas do elemento dentário. Os efeitos da gravidez sobre a inflamação gengival são sentidos a partir do segundo mês de gestação, podendo causar a chamada gengivite gravídica. A exacerbação da resposta inflamatória estaria associada à elevação dos níveis plasmáticos dos hormônios estrogênio e progesterona19,20 e a ligação destes a receptores específicos, aumentando a permeabilidade vascular e edema dos tecidos gengivais21,22,23.Outro fator possivelmente associado, seria as alterações do sistema imunológico materno, ocasionando redução da resposta dos tecidos gengivais contra fatores irritantes locais gengivais21,22,23. Ainda associado a fatores hormonais, um possível desequilíbrio desses hormônios parece ser capaz de influenciar a microbiota normal e induzir uma alteração significante na proporção de bactérias anaeróbias/aeróbias da região subgengival24.

Porém, tanto a presença de biofilme dental quanto a atuação hormonal, isoladamente, não podem ser considerados fatores para o desenvolvimento da gengivite durante a gravidez, sendo necessária a presença de ambos. Apesar desses fatores, a gengivite gravídica pode ser prevenida e desaparecer alguns meses após o parto desde que os irritantes locais sejam controlados, como a remoção do biofilme dental por meio de higiene bucal adequada e/ou profilaxia profissional.

**3.3- Alterações salivares, microbiológicas e dieta**

 Com relação à alteração microbiológica, além da variação hormonal, algumas mulheres podem ainda apresentar mudanças de hábitos como a “Síndrome da perversão do apetite”, a qual determina um aumento da frequência alimentar e um acréscimo do apetite por alimentos açucarados, o que acarreta o aumento do nível de bactérias cariogênicas.

Apesar da gravidez não ser responsável pelo aparecimento de lesões cariosas e pela perda de minerais dos dentes da mãe, o aumento da atividade cariogênica pode estar relacionado com a alteração da dieta e com a presença de biofilme dental19, 20.

Apesar de a prevenção odontológica ser priorizada, em casos onde há a necessidade de intervenção, o tratamento deve ser instituído, uma vez que os problemas da cavidade bucal podem ter influência tanto para a mãe quanto para o feto, especialmente quando se compromete a nutrição e contribui-se para a infecção e disseminação de patógenos no sangue23.

**3.4-Cuidados odontológicos na atenção à gestante**

O período ideal e mais seguro para o tratamento odontológico é durante o segundo trimestre da gestação. No entanto, os casos que necessitam tratamento de urgência devem ser solucionados sempre, independentemente do período gestacional. A maioria dos procedimentos odontológicos pode ser realizada durante a gravidez, observando-se alguns cuidados como: 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.

**3.5-Uso de medicamentos**

É de extrema importância avaliar os possíveis riscos e benefícios da indicação de qualquer substância terapêutica na gravidez, principalmente durante os três primeiros meses de gestação, pois neste período ocorre a organogênese, fase em que os órgãos do feto estão em desenvolvimento, sendo considerado um período crítico para a suscetibilidade teratogênica. Já no período fetal, período de crescimento e aperfeiçoamento das funções, alguns medicamentos também podem determinar alterações funcionais em certos órgãos40.

**4. Objetivos:**

Demonstrar o trabalho realizado com as gestantes matriculadas na USF Dr. Ségio Banhos – Pachá, promovendo e incentivando os cuidados com a Saúde Bucal das mesmas, bem como a importância da educação em saúde bucal. Promover um trabalho em equipe multiprofissional para que a saúde da gestante e do bebê seja cuidada como um todo.

**5. Métodos:**

Quinzenalmente, são realizados grupos intercalados por profissionais: nutricionista, psicóloga, enfermeira, farmacêutica, médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga e assistente social que participam de reuniões com as gestantes, e em um dos grupos há a presença do profissional cirurgião dentista que faz a orientação educativa em saúde bucal desmistificando os tabus e também realizam a avaliação odontológica, para verificar aquelas que necessitam de tratamento. São desenvolvidas atividades educativo-preventivas com as gestantes na Unidade de Saúde, utilizando material pedagógico preparado pela dentista da unidade, visando a promoção e manutenção da saúde bucal das gestantes e de seus futuros bebês.

Logo no primeiro atendimento com a enfermeira, a paciente gestante já é encaminhada para avaliação odontológica além de já receber as primeiras orientações sobre a importância de dar continuidade ao pré-natal médico e odontológico. Neste momento, também é entregue à gestante, o cartão de acompanhamento odontológico, que é anexado ao cartão da gestante médico. A entrega deste cartão tem como finalidade que a mulher grávida possa acompanhar e estar ciente de todas as suas alterações bucais bem como o tratamento que foi realizado ou não, dependendo da avaliação individual e considerando risco – beneficio. Encontra-se também neste documento orientações básicas como lembrete para a gestante. Há ainda planilhas de acompanhamento da presença das gestantes nas consultas, sendo necessária no mínimo 3 consultas (quando não há necessidade de outras intervenções), uma em casa trimestre da gestação para manutenção da saúde bucal durante toda a gravidez. Caso a paciente não compareça para avaliação, é realizada busca ativa da mesma, com reforço de orientação sobre a importância de manter a saúde bucal em dia e novo agendamento de consulta, preferencialmente no mesmo dia agendado com o profissional médico ou enfermeira. Caso a gestante apareça em outro momento sem agendamento, haverá o acolhimento e acompanhamento profissional.

É importante ressaltar ainda que, a gestante é atendida sempre que, espontaneamente, procure assistência.

**Anexo 1 – Cartão Odontológico da Gestante da Usf Sérgio Banhos: **

**6. Resultados:**

Notam-se mudanças de comportamento das gestantes em relação à saúde, especificamente em relação à saúde bucal. Foi possível observar também que, com as medidas tomadas foi possível reduzir o numero de absenteísmo e aumentar a demanda das gestantes. Visto que os atendimentos odontológicos evoluíram da média de 02 do primeiro semestre para 11 atendimentos no segundo semestre de 2020. Com isso, nota-se a cobertura quase total das gestantes atendidas, porém ainda continua o trabalho assíduo para manutenção das gestantes ativas no pré-natal odontológico. Observa-se também humanização do atendimento, pelo maior comprometimento com as pacientes.

**6. Considerações finais:**

A boca é a porta de entrada de muitas doenças, e, em hipótese alguma, deve ser tratada desassociada da saúde geral. É importante que hábitos saudáveis de higiene bucal e uma boa alimentação devem ser adotados desde a gravidez, pois o nível de saúde bucal da mãe tem relação com a saúde bucal da criança. Se a mãe apresentar cárie nesse período o fato está relacionado à mudança da dieta e não à gestação em si. Para as mulheres em idade fértil e que desejam engravidar é primordial que façam um *check-up* odontológico. Além disso, estudos científicos mostram que crianças cujas mães apresentam alta concentração de Streptococcus mutans (a bactéria causadora da cárie) na saliva adquirem essa bactéria mais cedo e em maior número, aumentando o risco de cáries nos dentes de leite. Newbrun (1992)29 realizou estudo cujo objetivo foi verificar a prevenção da cárie dental, mostrando como ocorria a cadeia de transmissão dos microrganismos que a causavam. Neste trabalho o autor demonstrou ser possível prevenir ou retardar a infecção por Streptococcus mutans em crianças, utilizando-se intervenções preventivas dirigidas às mães.

Tsammtsouris & Gairis (1990)13 acreditam que se os pais procurarem por atendimento odontológico durante o período gestacional, o profissional que se prontifique a atendê-los pode oferecer a oportunidade de trabalhar com eles, no período em que estão mais motivados e receptivos a receber este tipo de informação, e diminuirá a possibilidade de que a saúde bucal seja comprometida pelos efeitos deletérios de hábitos dietéticos inadequados.

Segundo Shrout et al. (1992)30, quanto mais positiva for a atitude da mãe com relação a sua própria saúde bucal, isso irá refletir na melhor higiene bucal de seus filhos e consequentemente menor incidência das doenças bucais. Para esse autor a educação para a saúde no pré-natal, deve envolver diversos aspectos em termos de orientações, informações e conhecimentos à gestante, usando como estratégia a discussão e persuasão, de maneira que, ela como núcleo da família e na fase receptiva que se encontra, possa reverter tudo que conseguir captar e apreender em benefício da própria família. Vários autores (2, 31, 15, 32, 33, 34, 35, 36) demonstraram que ainda hoje algumas gestantes mostram-se receosas, com medo e inseguras quanto ao tratamento dentário durante a gravidez, acreditando que a cárie e a perda dentária são consequências naturais do período gestacional, que os procedimentos realizados podem prejudicar o bebê.

Pacientes bem motivados que recebem uma instrução adequada e que estão dispostos a dedicar tempo e esforço necessário, os métodos mecânicos de controle são efetivos e reduzem a placa satisfatoriamente37, favorecendo o sucesso do tratamento odontológico. Os fatores socioeconômico - educacionais, as crenças e os valores afetam o processo saúde-doença e a educação é um instrumento de transformação social,38 que necessita, então, ser reavaliada e dada sua devida importância.

O conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre os trimestres na gravidez é importante para mensurar e poder prever possíveis problemas, possibilitando cuidados odontológicos na prescrição de medicamentos e exames radiográficos, induzindo a um tratamento seguro, eficaz e com menor risco de efeitos deletérios aos bebês.

Do ponto de vista da formação do feto, o atendimento odontológico às gestantes deve ser preferencialmente realizado no segundo trimestre de gestação, mas em casos de urgência, qualquer época é aceitável, já que nenhuma necessidade deve ser negligenciada pelo medo de colocar em risco a saúde do bebê, tendo em vista que a presença de infecção e inflamação na mãe pode acarretar problemas de alta severidade41,42.

Mais estudos a respeito da saúde bucal de gestantes, inclusive estudos para avaliação do risco de cárie e doença periodontal podem ser realizados, para que estratégias de educação, promoção de saúde e tratamento sejam planejadas e executadas, visando um grupo populacional considerado ideal, de risco e transformador de hábitos para próximas gerações com mais saúde bucal e consequentemente qualidade de vida.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Materno-Infantil , Instituto nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Assistência pré-natal. 2ª ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

2. BENSON, T. J. Planning for the future cirizen. J. Ir. Dent. Assoc., v.13, n.6, p.141-2, 1967.

3. BERKOWITZ, R. J., JONES, P. Mouth to mouth transmission of the bacterium streptococcus mutans between mother and child. Arch. Oral Biol. V.30, n.4, p.377-9, 1985.

4. ALALUUSUA, S. RENKONEN, O. V. Streptococcus mutans establishment and dental caries experience in children from 2 to 4 years old. Scand. J. Dent. Res., v.91, n.6, p.453-7, 1983.

5. TORRES, I. A., ANDRADE, M. G. N. Cuidados primários odontológicos durante o período.

6.SAVASTANO, H., NOVO, D. P. Aspectos psicológicos da gestante sob o ponto de vista da teoria do núcleo do Eu. Rev. Saúde Públ., v.15, n.1, p.101-10, 1981.

7. BUISCHI, Y. P. Aspectos básicos da promoção de saúde bucal. In: Todescan, F.F., bottino, M. A. (coord.)-Atualização na Clínica Odontológica – a prática da clínica geral. São Paulo: Artes Médicas, 1996. p.613-25.

8. LOGAR apud RAMALHO, A. Odontologia e obstetrícia: problemas odontológicos relacionados com a gravidez. São Paulo, Fonseca, 1968.

9. RAMALHO, A. Odontologia e Obstetrícia: problemas odontológicos relacionados com a gravidez. São Paulo. Fonseca. 1968.129p.

10. GRIFFEN, A. L., GOEPFERD, S. J. Preventive oral health care for the infant. Child and adolescent. Pediatr. Clin. North Am. V.38, p.1209-26, 1991.

11. STEFFENSEN, J. E. M. Literature and concept review: issues in maternal and child oral health. J. Public Health Dent., v.50, p.358-69, 1990.

12. ALALUUSUA, S. et al. Intrafamilial transmission of Actinobacillus actinomicetemcomitans. J. Periodontol., v.62, p.207-10, 1991.

13. TSAMMTSOURIS, A., GAIRIS, V. Survey of pediatrician’s attitudes towards pediatric dental health. J.Pedod., v.14, n.3, p.152-64, mar., 1990

14. BERND, B. et al. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. Saúde em debate, n.34, p.33-9, 1992.

15. BRANDÃO, I. M. G. 1998. Avaliação do conhecimento e de atitudes relacionados à saúde bucal. Gestantes dos Centros Municipais de Saúde de Araraquara-SP. Araraquara, 1998, 126p. Tese (Mestrado em Periodontia) – Faculdade de Odontologia, UNESP

16. COZZUPOLI, C. A. A Odontologia na gravidez. São Paulo: Panamed, 1981

gestacional. CCS, v.6, n.4, p.48-51, 1984.

17. KRASSE, B. Risco de Cáries, guia prático para controle e assessoramento. São Paulo, Quintessence, 1986. 113p.

18. ARAÚJO, F. B. & FIGUEIREDO, M. C. Promoção de Saúde em Odontopediatria – In KRIGER, L., coord. ABOPREV –Promoção de Saúde Bucal. São Paulo, Ed. Artes médicas, 1997, Cap. 13, p.283-348.5

19.Offenbacher S, Katz V, Fertik G, Collins J, Boyd D, Maynor G, et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. J Periodontol, 1996; 67:1103-13.

19.Tunes UR, Rapp GE. Influência das condições sistêmicas sobre as doenças periodontais. Atualização em Periodontia e Implantodontia. São Paulo: Artes médicas, 1999.

20.Yalcin F, Basegmez C, Isik G, Berber L, Eskinazi E, Soydinc M, et al. The effects of periodontal therapy on intracrevicular prostaglandin E2 concentrations and clinical parameters in pregnancy. J Periodontol, 2002; 73(2):173-7.

21.Lapp AC, Thomas ME, Lewis JB. Modulation by progesterone of interleuykin-6 production by gingival fibroblasts. J Periodontol, 1999; 66(2):279-84.

22.Scavuzzi AIF, Rocha MCBS, Viana MIPl. Estudo da prevalência de doença periodontal em gestantes brasileiras residentes em Salvador –BA. Rev Odontol Brasil Central, 1999; 8(25):40-5.

23.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 [periódico na Internet]. 2010 [acessado 2015 Nov 25]; 1(1):1-6. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_arttext &pid=S1677-38882010000200013&lng=p&nrm=isso

24.Rodrigues AS, Lima DBGO, Ganhito JA, Romito GA, Lotufo RFG, Micheli G, et al. Parto prematuro e baixo peso ao nascer associados à doença periodontal: aspectos clínicos, microbiológicos e imunológicos. Rev Odontol UNICID, 2004; 16(1):55-61.

25. CASTRO, C. M., PELIANO, A. M. Novos alimentos, velhos hábitos e o espaço para ações educativas. In: O alimentar no Brasil, Edited by Castro, C. M. and Coimbra, M., São Paulo, Almed, 1985.

26. MOTTA, D. G., BOOG, M. C. F. Educação nutricional, 2ª Ed., São Paulo, Ibrasa, 1987

27. NIKIFORUK, K. G. Understanding Dental Caries – 1. Etiology and Mechanisms – Basic and Clinical Aspects. New York, Karger, 1985. p.182-209

28. CHIODO, G. T., ROSENSTEIN, D. I. Dental treatment during pregnancy: a preventive approach. J. Am. Dent. Assoc., v.110, p.365-368, Mar, 1985.

29. NEWBRUN, E. Preventing dental caries: breaking the chain of transmission. J. Am. Dent. Assoc., v.123, p.55-9, 1992

30. SHROUT, M. K. et al.

31. BERND, B. et al. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. Saúde em debate, n.34, p.33-9, 1992.

32. CHAPMAN, P. J. et al. A dental survey of na antenatal population. Aust. Dent. J., v.19, p.261-8, 1974.

33. COZZUPOLI, C. A. A Odontologia na gravidez. São Paulo: Panamed, 1981.

34. MENINO, R.T.M., BIJELLA, V.T. Necessidades de saúde bucal em gestantes dos núcleos de saúde de Bauru: conhecimentos com relação à própria saúde bucal. Rev. Fac. Odontol. Bauru, v.3, p.5-16, 1995.

35. OLIVEIRA JR., O. B. et al. Contribuição para a eficácia de programas de prevenção: identificando o conhecimento e os mitos sobre saúde bucal em gestantes de classe média de Araraquara. [Online].Disponível na Internet. http//www.odontologia.com.br/artigos/gestantes.html 1997. Jul.08. 7p.

36. SEWARD, M. H. E. Dental health education during the ante-period. Br. Dent. J., v.122, p.24-6, 1967

37. LÖE, H. et al. Experimental gingivitis in man. J. Periodontol., v.36, p.177-87, 1965

38. RESENDE, A. L. M. Saúde dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez, 1986, 159p.

39.Trevisan CL, Pinto AAM. Fatores que interferem no acesso e na adesão das gestantes ao tratamento odontológico. Arch Health Investigation, 2013; 2(2):1-9.

40.Carmo TA, Nitrini SAOO. Prescrições de medicamentos para gestantes: um estudo fármaco epidemiológico. Cad Saúde Pública, 2004; 20(4):1004-13.

41 (5):63-71.23.Ramires I et al. Métodos de uso sistêmico dos fluoretos no controle da cárie dentária. In: Buzalaf MAR. Fluoretos e saúde bucal.São Paulo: Editora Santos; 2008. p.163-194.

42.Vasconcelos RG, Vasconcelos MG, Alves Júnior RPMLC, Queiroz LMG, Barboza CAG.Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. Rev Bras Odontol, 2012; .

43. DUALIBI, S. E., DUALIBI, M. T. A. A odontologia para a gestante. Rev. Paul. Odon., v.7, n.5, p.12-36, 1985.

44.Guimarães AO, Costa ICC, Oliveira ALS. As origens, objetivos e razões de ser da Odontologia para bebês. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê, 2003;