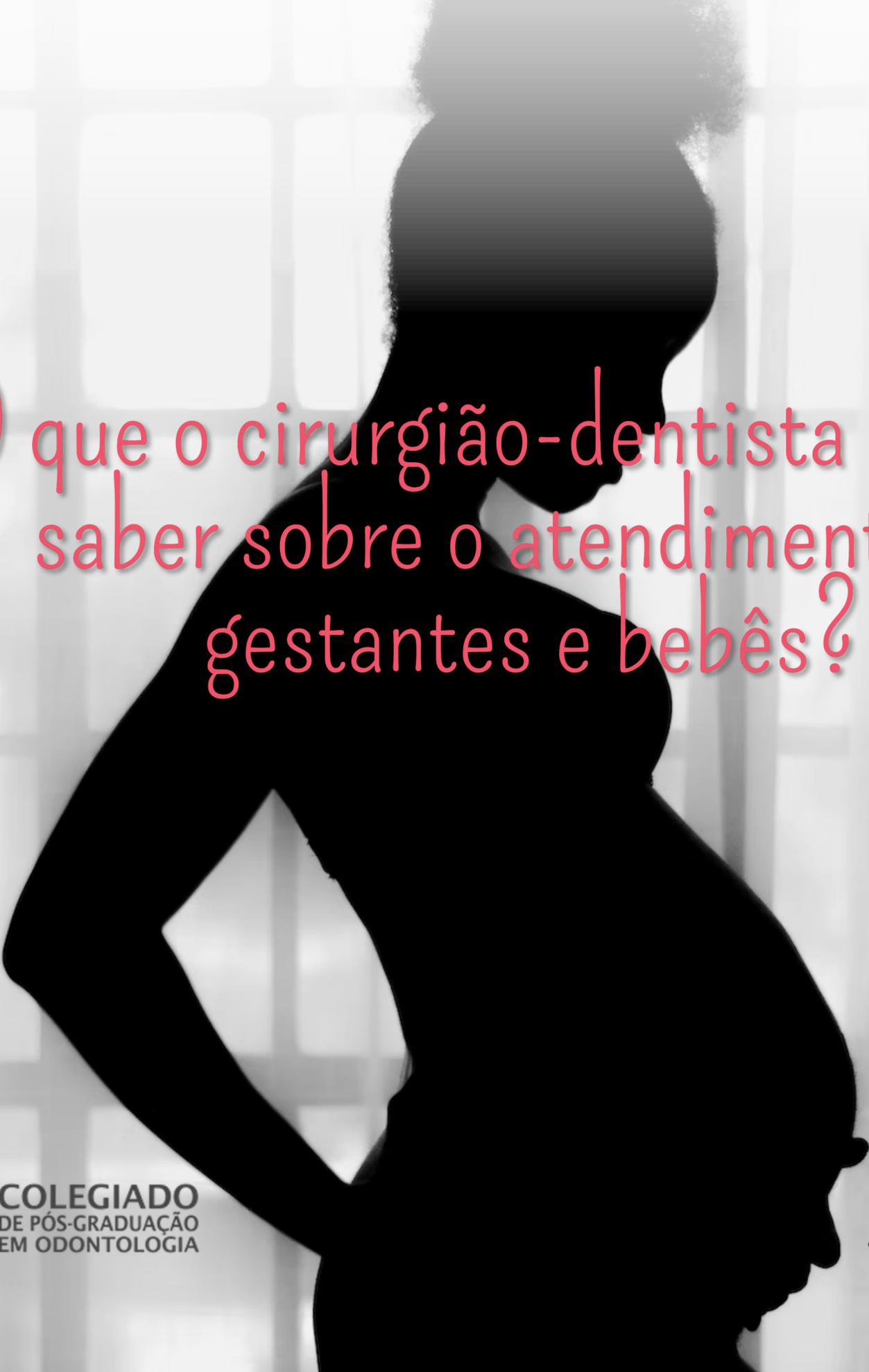
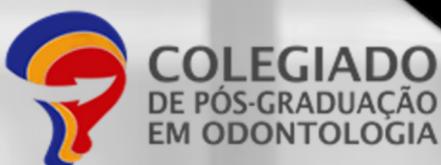


José Gabriel Victor Costa-Silva
Larissa Fernandes Correia Gonzaga
João Victor de Paula Correia
Fernanda de Moraes Ferreira
Júnia Maria Cheib Serra-Negra
Saul Martins de Paiva
Ivana Meyer Prado
Fernanda Bartolomeo Freire-Maia



O que o cirurgião-dentista precisa saber sobre o atendimento de gestantes e bebês?



1ª edição
Belo Horizonte
Comissão Editorial FAO UFMG
2022

José Gabriel Victor Costa-Silva
Larissa Fernandes Correia Gonzaga
João Victor de Paula Correia
Fernanda de Moraes Ferreira
Júnia Maria Cheib Serra-Negra
Saul Martins de Paiva
Ivana Meyer Prado
Fernanda Bartolomeo Freire-Maia

O que o cirurgião-dentista precisa saber sobre o atendimento de gestantes e bebês?

1ª edição
Belo Horizonte
Comissão Editorial FAO UFMG
2022

Direitos dos autores ©2022. Os autores dessa obra são responsáveis pela publicação, conteúdo e detentores dos direitos autorais da obra. São permitidas cópias para fins privados e acadêmicos, desde que citada a fonte e autoria.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). Reitora: Sandra Regina Goulart Almeida. Vice-reitor: Alessandro Fernandes Moreira
FACULDADE DE ODONTOLOGIA. Diretor: Alysson Nogueira Moreira. Vice-diretora: Denise Vieira Travassos

Comissão Editorial da Faculdade de Odontologia da UFMG (03/2021-03/2023):
Raquel Conceição Ferreira (Presidente); Ivana Marcia Alves Diniz; Fabiana Vargas Ferreira; Fernanda de Moraes Ferreira; Walison Arthuso Vasconcellos; Aline Araújo Sampaio (docentes); Barbara da Silva Mourthé Matoso; Ana Carolina Marques Medeiros (servidoras); Miriam Cândida de Jesus; Sérgio Barbosa dos Santos (bibliotecário-documentalistas).

Ficha catalográfica

SUMÁRIO

Capítulo 1

A gestação e razões para o cuidado odontológico 4

Capítulo 2

Cuidado odontológico durante a gestação 8

Capítulo 3

Abordagem do núcleo familiar 17

Capítulo 4

Amamentação natural 23

Conclusão 26

Referências 28

INTRODUÇÃO

A gravidez é um período marcado por muitas mudanças fisiológicas no organismo feminino. Essas mudanças podem repercutir na saúde bucal das gestantes, sendo o atendimento odontológico fundamental para preservar a saúde bucal desse público. No entanto, mesmo com a difusão de evidências científicas a respeito, o tratamento odontológico de gestantes ainda é temido por alguns cirurgiões-dentistas e ainda existem alguns mitos envolvendo a realização de procedimentos odontológicos em mulheres grávidas.

Pensando nisso, o objetivo deste material é contribuir para a difusão da odontologia baseada em evidências, direcionado a cirurgiões-dentistas para promover um tratamento humanizado a mulher, desde o período da gestação até o nascimento e acompanhamento do bebê, garantindo saúde bucal e qualidade de vida para ambos.

A gestação e razões para o cuidado odontológico

A gestação é um acontecimento fisiológico que evolui para a criação de um novo ser, envolvendo alterações hormonais, físicas e biológicas preparando a gestante para o parto e amamentação, influenciando diretamente em sua saúde bucal (ANDRADE, 2014). Assim, profissionais de saúde necessitam de alguns conhecimentos específicos para uma abordagem humanizada e integral dessas pacientes

O melhor que a gestante pode fazer pelo seu bebê é cuidar da sua própria saúde. A saúde bucal da mãe tem relação direta com a saúde bucal do bebê, por isso trabalhar a promoção da saúde junto às gestantes é de vital importância. Uma gestante e mãe bem informada e motivada para cuidar de sua saúde bucal favorecerá a adoção de comportamentos e hábitos de higiene bucal saudáveis, prevenindo doenças bucais tanto maternas como em seu bebê.



Não se deve negligenciar nenhuma necessidade de atendimento odontológico da gestante por medo de colocar em risco a sua saúde ou a do bebê. O fato de a mulher estar grávida não a impede de realizar qualquer procedimento odontológico de rotina (GONÇALVES, 2016).

A gestação é um período associado ao aparecimento de algumas doenças bucais. Por isso, os cirurgiões dentistas devem conhecer as alterações bucais mais comuns nessa fase, a fim de estabelecer um plano de tratamento seguro, feito com base em uma anamnese detalhada, história médica da paciente e a realização dos procedimentos adequados para cada período gestacional. Essas consultas têm como objetivo, avaliar a saúde bucal da gestante, orientá-la sobre peculiaridades da saúde bucal nesse período e passar orientações de prevenção e promoção de saúde para a mãe e o bebê (SANTOS NETO et al., 2012).



O diálogo constante com o obstetra e com toda a equipe envolvida no pré-natal, aliado aos conhecimentos sobre os procedimentos odontológicos, dará ao cirurgião dentista a segurança necessária para o atendimento e resolução das principais necessidades em saúde bucal das gestantes (GONÇALVES, 2016).

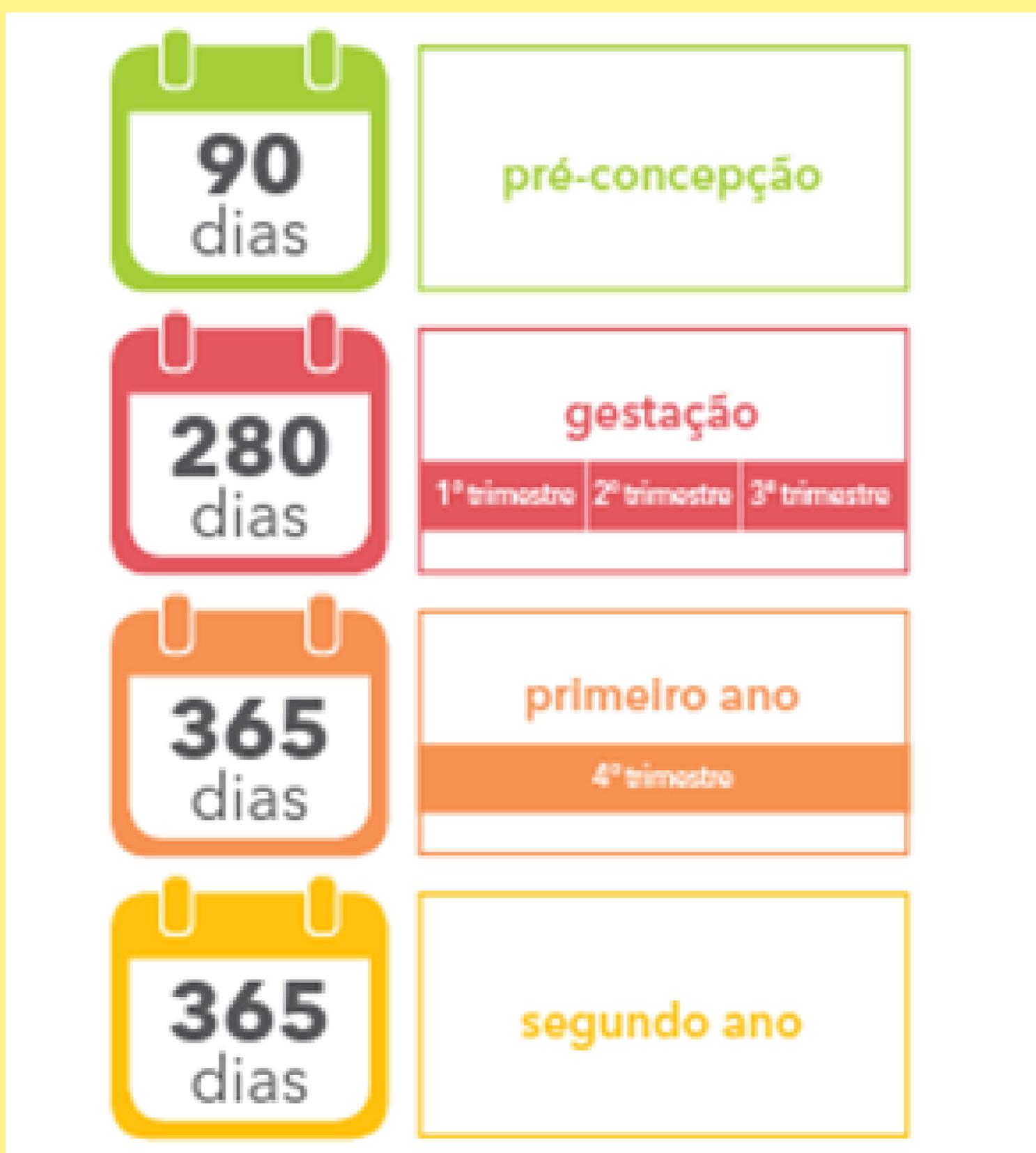


O estabelecimento de hábitos saudáveis de higiene bucal e dieta alimentar devem ser estimulados durante a gestação. Nesse sentido, consultas odontológicas e tratamento dental são essenciais no decorrer do período pré-natal, não devendo ser interrompidos durante a gravidez, mas sim incentivados (POSSOBON; MIALHE, 2009).



Os primeiros 1100 dias

Os primeiros 1100 dias representam a janela de oportunidades para que os profissionais da saúde realizem intervenções nutricionais para a mulher, podendo beneficiar a saúde das futuras gerações. Esse período engloba os 90 dias antes da concepção, destinados a medidas que visam prevenir malformações fetais; os 280 dias de uma gestação a termo, visando minimizar os efeitos epigenéticos e os 730 dias dos dois primeiros anos de vida do ser humano, como potencializadores do desenvolvimento neuropsicomotor (OTA et al., 2015; POON et al., 2018).



A adoção de um estilo de vida saudável no período gestacional, tem sido associada a benefícios adicionais além da nutrição do organismo materno e do desenvolvimento e crescimento do feto. O aporte adequado de nutrientes nos períodos de pré-concepção, gestação e amamentação aumentam a sobrevivência perinatal e reduzem o risco de doenças crônico-degenerativas, tais como obesidade, diabetes mellitus (DM), hipertensão e doenças cardiovasculares além ter um impacto no desenvolvimento físico e cognitivo-comportamental do bebê (HOD et al.,2015; POON et al., 2018).



Copyright 2015 Wiley. Used with permission from Hanson MM, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) recommendations on adolescent, preconception and maternal nutrition: "Think Nutrition First". Int J Gynaecol Obstet.

Os profissionais da saúde que atendem a mulher nesta fase têm a oportunidade de orientar e influenciar para melhorar a saúde das futuras gerações por meio da nutrição.



Qual o período mais adequado para o atendimento de gestantes?

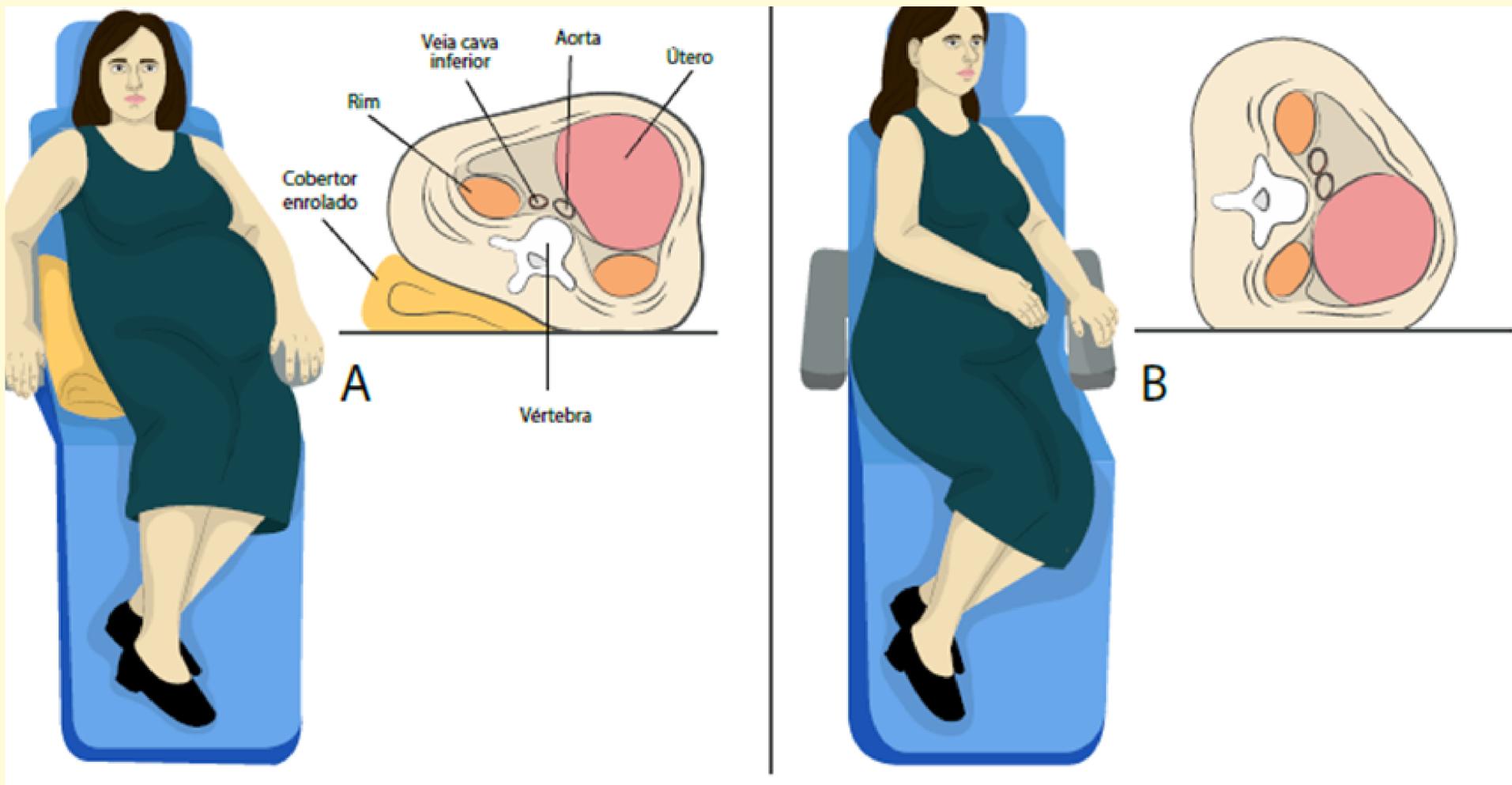
Evidências científicas atuais apontam que a realização de procedimentos odontológicos é segura em qualquer momento da gestação podendo a gestante, quando necessário, realizar qualquer tipo de tratamento odontológico para restabelecer sua saúde bucal, já que a persistência de um quadro infeccioso é mais prejudicial para a gestante e o feto do que qualquer tratamento que possa ser instituído (GONÇALVES, 2016).

Para um bom atendimento, o profissional responsável deve conhecer as peculiaridades de cada fase do período gestacional. É durante o **primeiro trimestre** que ocorrem as principais transformações embriológicas, e a maioria das gestantes pode apresentar indisposição, enjoos matutinos e náuseas à menor provocação. No **segundo trimestre** a organogênese está completa e o feto já está desenvolvido. A mãe se sente mais confortável do que nos estágios iniciais de sua gravidez.

O **terceiro trimestre** é um momento de maior risco de síncope, hipertensão e anemia. O desconforto na cadeira odontológica é comum, e algumas gestantes podem apresentar a síndrome hipotensiva, da posição supina, que ocorre por haver compressão da veia cava inferior e da aorta pelo útero, podendo provocar uma elevação da frequência cardíaca e da pressão sanguínea, seguida de hipotensão, bradicardia e síncope, além da gestante poder apresentar tontura e náusea.



O ideal é realizar o atendimento com a gestante em posição de decúbito lateral para esquerda, em um ângulo de aproximadamente 15°. Deve elevar ligeiramente o encosto da cadeira, colocando a paciente em posição mais sentada e pedir para que ela se vire sobre seu braço esquerdo, apoiando uma almofada nas costas, elevando o quadril do lado direito, possibilitando que o peso fetal se mova para a esquerda e não comprima a veia cava (GRILO, 2016).



Adaptado de: Grilo, 2016; Kurien et al., 2013

2

Cuidado odontológico durante a gestação

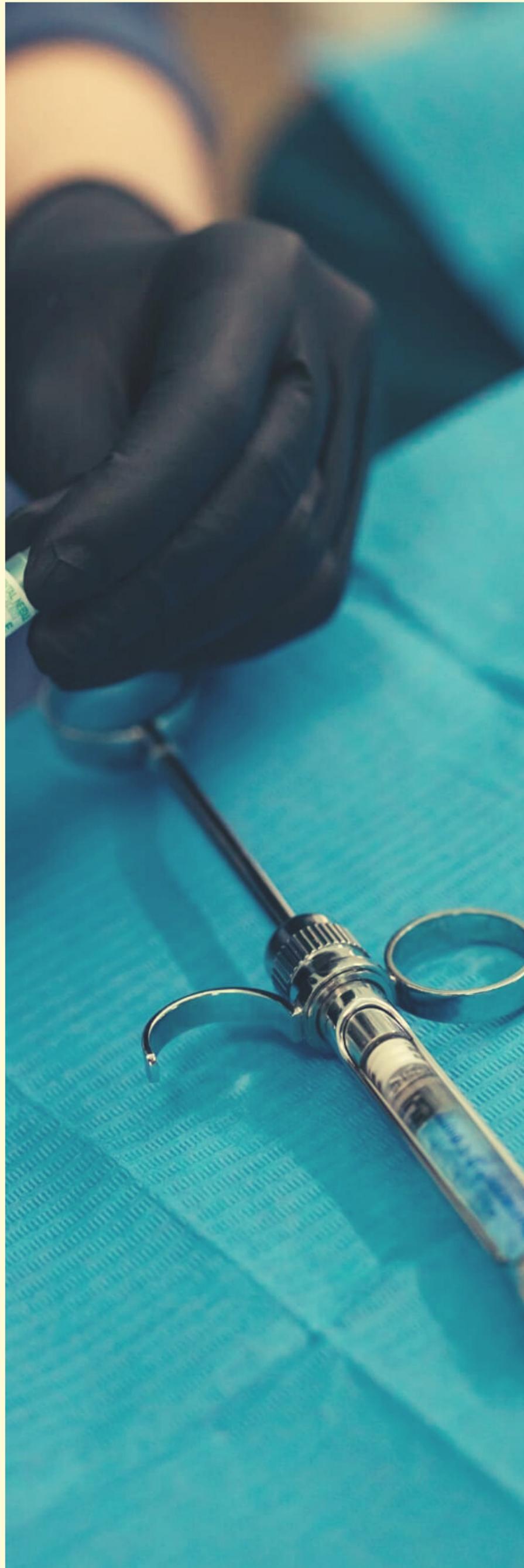
Considerando a possibilidade da realização de tratamento odontológico durante toda a gestação e levando em conta a necessidade e as particularidades do período gestacional, a abordagem terapêutica e as questões relacionadas que o cirurgião-dentista precisa ter atenção serão detalhados a seguir.

Algumas informações devem ser reforçadas em todas as consultas como, controle do biofilme por meio de orientação da correta técnica de escovação com o uso de creme dental fluoretado com pelo menos 1400 ppmF e uso do fio dental; atenção com a qualidade e a frequência da alimentação, reforçando a importância de se evitar uma dieta cariogênica (POSSOBON; MIALHE, 2009).

As urgências nunca devem ser negligenciadas, mesmo em gestantes. O alívio da dor e o tratamento de infecções devem ser realizados em qualquer período da gestação. O tratamento necessário deve ser realizado observando-se as condições gerais da paciente, devendo-se evitar sessões longas, optando sempre pelo procedimento mais conservador (GONÇALVES, 2016).

As exodontias ou cirurgias não são contraindicadas, porém devem ser executadas com precaução e apenas quando não for possível adiá-las para o período pós-parto.

Já tratamentos odontológicos de rotina, como polimentos coronários, raspagens, restaurações, tratamentos periodontais e endodônticos, não devem ser adiados. É essencial remover o foco infeccioso e a atividade de doenças bucais quando estas estiverem presentes (GONÇALVES, 2016).

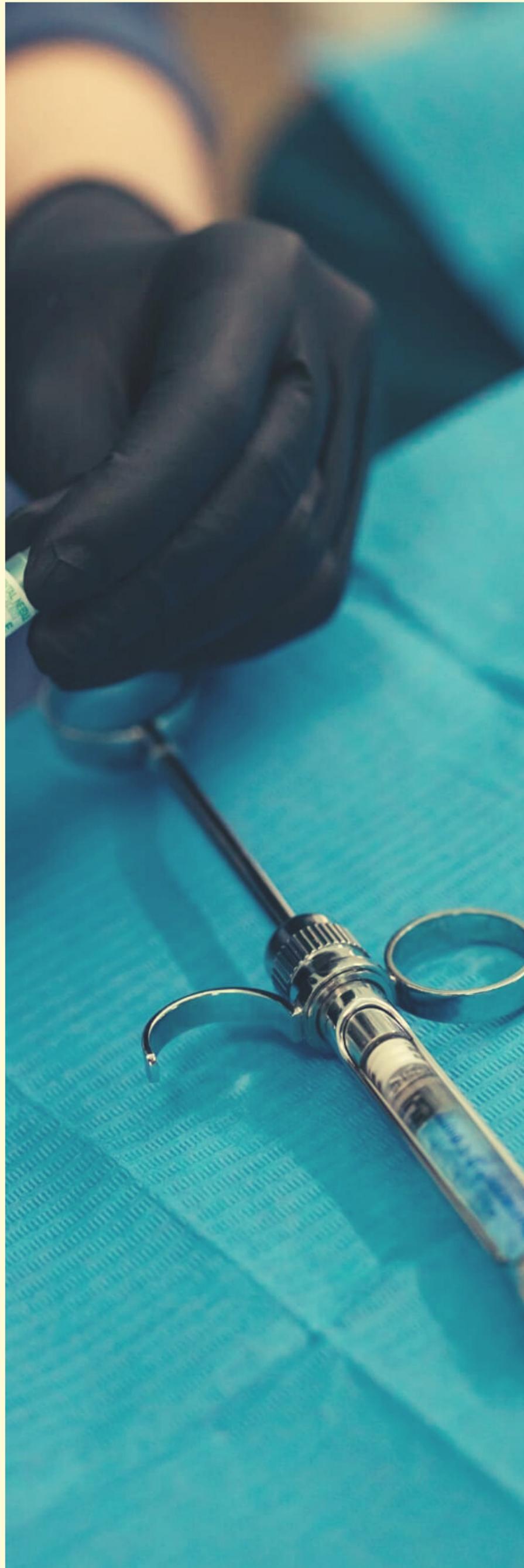


Qual o anestésico mais seguro para o uso em gestantes?

Quanto aos cuidados durante o tratamento odontológico, o uso de anestésicos locais em gestantes é considerado seguro na dosagem terapêutica adequada para cada paciente.

Por serem lipossolúveis, os anestésicos locais atravessam com facilidade a membrana placentária. Estão classificados nas categorias B e C da Food and Drug Administration (FDA). Deve-se escolher o anestésico que proporcione maior conforto para a gestante, sendo assim, o ideal é que as soluções anestésicas contenham um vasoconstrictor. O uso dos vasoconstrictores prolongam a absorção do sal anestésico para a corrente sanguínea, fazendo com que a anestesia tenha um maior tempo de duração, menor risco de toxicidade para a mãe e o bebê, além de ação hemostática (ANDRADE, 2014; VASCONCELOS, VASCONCELOS, MAFRA, 2012).

O anestésico local deve ser administrado por meio de uma injeção lenta, com aspiração prévia, afim de prevenir a injeção intravascular, executando a técnica anestésica adequada, evitando assim, a necessidade de repetições, não devendo exceder por sessão a quantia de 2 tubetes (3,6 ml) (VASCONCELOS; VASCONCELOS; MAFRA, 2012).

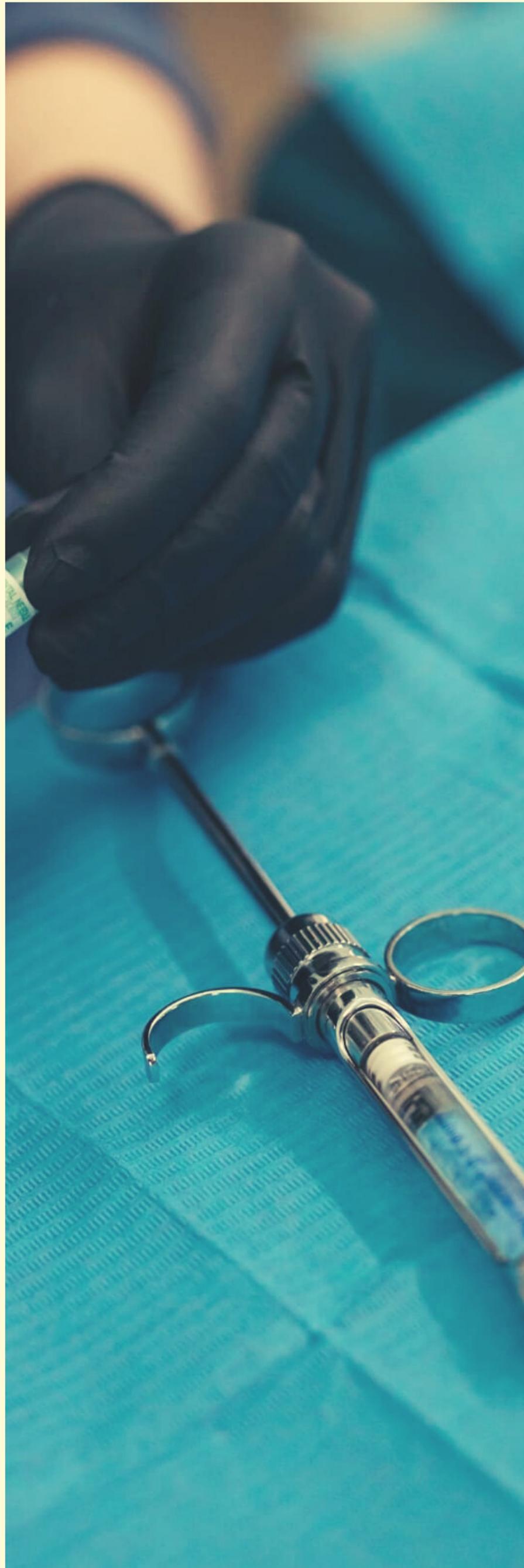


O anestésico local deve ser administrado por meio de uma injeção lenta, com aspiração prévia, afim de prevenir a injeção intravascular, executando a técnica anestésica adequada, evitando assim, a necessidade de repetições, não devendo exceder por sessão a quantia de 2 tubetes (3,6 ml) (VASCONCELOS; VASCONCELOS; MAFRA, 2012).

Lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000, administrada corretamente, com aspiração prévia, em doses mínimas para se obter o efeito anestésico desejado é considerado um anestésico local seguro.

Prilocaina deve ser evitada, devido ao risco de ocorrência de metemoglobinemia, um distúrbio hematológico em que a hemoglobina se transforma em metemoglobina através de um processo de oxidação e, conseqüentemente, a molécula se torna incapaz de transportar oxigênio.

Felipressina é contraindicada, uma vez que diminui a circulação placentária, dificultando a fixação do embrião no útero e induzindo contrações uterinas. Os estudos que demonstraram esse efeito adverso tiveram seus resultados baseados em altas doses do medicamento, o que não é observado durante procedimentos odontológicos de rotina, porém por precaução, este anestésico é contraindicado.



É proibido realizar exame radiográfico em gestantes?

Durante a avaliação clínica, a anamnese e o exame físico detalhado são primordiais, porém, muitas vezes, para se fechar o diagnóstico correto e iniciar o tratamento, exames de imagem são essenciais. Nestes casos, o cirurgião-dentista não deve ter medo de solicitar o exame radiográfico durante a gestação, quando seguidos os protocolos de segurança. Este é um procedimento seguro para gestantes, devido à baixa dosagem de radiação e ao mínimo tempo de exposição, além de a radiação se restringir à área exposta.

O uso de filmes ultrarrápidos (de sensibilidade F), necessitam de 20% menos tempo de exposição que os de sensibilidade E (MELO; MELO, 2008), proteção com colar tireoidiano e avental de chumbo permitem um procedimento sem riscos de má-formação fetal.



A quantidade de radiação a que a mãe e o feto são expostos em uma tomada radiográfica periapical ou interproximal é muito inferior à dose que possa causar algum tipo de alteração na formação do feto, pois, segundo o National Council of Radiologic Protection and Measurements o feto recebe apenas uma dose de 0,0001 mGy e ele pode receber até 50 mGy sem que sofra nenhuma alteração, (ANDRADE, 2014).

Ainda assim, é necessário que o profissional informe à gestante sobre a segurança das tomadas radiográficas odontológicas, para que ela não sinta medo de realizá-las, caso sejam necessárias durante a gestação. Também deve-se reforçar que somente exames realmente necessários serão solicitados pelo profissional durante a gravidez.

Quais as principais manifestações bucais encontradas durante a gravidez?

Gengivite / periodontite

A gengivite é a complicação bucal mais comum que pode ocorrer durante a gravidez, apresentando estimativas entre 30% e 100% (OPPERMANN et al., 2013; GONÇALVES, 2016). A gengivite gestacional normalmente ocorre entre o 3º e o 8º mês de gestação e reduz gradativamente após o parto, sendo caracterizada por uma gengiva de cor vermelho-escura, hiperemiada, sangrante, sensível e edemaciada (CDA..., 2010). Essa suscetibilidade à gengivite se deve aos altos níveis do hormônio estrogênio circulante neste período, levando à maior permeabilidade dos vasos sanguíneos gengivais, exacerbando a resposta inflamatória aos irritantes locais provenientes do biofilme dental (CDA..., 2010; GONÇALVES, 2016). Embora estes fatores não levem à periodontite, a doença periodontal se desenvolverá na presença higiene bucal deficiente e irritantes locais provenientes do biofilme dental, apenas se não houver controle adequado do biofilme.

A terapia periodontal deve ser imediatamente realizada juntamente com a orientação em higiene bucal (CDA..., 2010), já que a doença periodontal pode aumentar os níveis plasmáticos de prostaglandina, um mediador da inflamação responsável pela indução do parto.

A prematuridade e o baixo peso podem comprometer o desenvolvimento do bebê, além de aumentar o risco de os bebês apresentarem alterações bucais como hipoplasia do esmalte dental e cárie na primeira infância.



Granuloma piogênico

Esta é uma lesão encontrada em cerca de 1% a 5% das gestantes (KURIEN et al., 2013), sendo caracterizada pela progressão local da gengivite, evoluindo para um granuloma piogênico, ou melhor, granuloma gravídico (GIGLIO, 2009). Normalmente se desenvolve entre o primeiro e segundo trimestre da gestação e tende a desaparecer após o parto ou remoção de fatores locais.

É caracterizada por uma lesão eritematosa, lobulada, pediculada ou plana. Localizada predominantemente na gengiva, na face vestibular, mas pode envolver também palato e língua.

Pode ser realizada uma intervenção, dependendo das necessidades da paciente e das consequências funcionais e estéticas da lesão. Lesões menores respondem bem ao desbridamento associado ao gel de clorexidina, já as lesões maiores necessitam excisão cirúrgica. Por ser difícil controlar o sangramento, sendo assim, este procedimento deverá ser realizado por um profissional experiente (GIGLIO, 2009; SILK et al., 2008, ANDRADE, 2014). Geralmente, lesões removidas durante a gestação podem recidivar (SILK et al., 2008).



Fonte: Silk et al., 2008.

Erosão Dentária

Cerca de 70% a 85% das gestantes sofrem com episódios de náusea e vômito. A presença de ácido estomacal na cavidade bucal, em contato com os dentes, aumenta a probabilidade de desmineralização da superfície do esmalte e da dentina, o que pode levar ao desgaste dentário erosivo. É comum o acometimento dos dentes anteriores, nas faces palatina e lingual, e a oclusal dos dentes posteriores, podendo provocar hipersensibilidade dentária. As grávidas devem ser orientadas a não escovar os dentes imediatamente após vômito, mas sim enxaguar a cavidade bucal com água com bicarbonato de sódio ou um colutório com flúor, com o intuito de neutralizar os ácidos. Deve-se recomendar o uso de escovas com cerdas macias afim de evitar danos adicionais ao esmalte. Podem ser prescritos também antiácidos, como o hidróxido de alumínio ou mesmo os inibidores da bomba de prótons e fármacos antieméticos (GRILLO, 2016).

Cárie dentária

Estudos indicam maior incidência de cárie durante a gravidez (VERGNES et al., 2013; NEISWANGER et al., 2015), podendo estar associada a fatores comportamentais e a fatores sistêmicos como mudanças hormonais, imunológicas e metabólicas (MARTÍNEZ-PABÓN et al., 2014).



Normalmente nessa fase, a gestante reduz a quantidade de ingestão de alimentos durante as refeições, porém, aumenta sua frequência e em alguns casos é visto também um maior consumo de açúcar.

Essa conduta pode resultar em um acréscimo de carboidratos na dieta, o que, associado a higiene bucal deficiente, leva a um maior acúmulo de biofilme dental, aumentando o risco de lesão cárie (VERGNES et al., 2013; AMIN, ELSALHY, 2014).



Outro fator importante apontado é que as influências hormonais reduzem a salivagem, causando ressecamento na boca, conhecido como xerostomia. Ocorre principalmente durante o sono à noite, quando as glândulas diminuem o ritmo e quantidade de secreção salivar espontânea, levando a um fraco efeito de tamponamento da saliva, que é um fator de proteção à ocorrência de cárie (CDA..., 2010).



Quais medicamentos podem ser prescritos para a gestante?

A gravidez gera alterações fisiológicas na farmacocinética que podem interferir, de forma considerável, na distribuição e no metabolismo do fármaco na mãe e no feto. A prescrição medicamentosa é parte complementar do processo de assistência à saúde, e o princípio que orienta a terapêutica a ser utilizada em gestantes é fundamentado na relação risco-benefício para o feto e a mãe (MALAMED, 2004).

No momento em que consideramos necessária a medicação via oral, julgamos que o benefício do seu uso pode superar os riscos. Porém, é importante lembrar que é coadjuvante o tratamento medicamentoso das infecções odontogênicas e não soluciona o problema por si só. Assim, o tratamento local deve ser a primeira indicação para qualquer odontalgia sendo auxiliado, se preciso, pela terapia medicamentosa (POLITANO; ECHEVERRIA, 2014).

No quadro abaixo, estão os medicamentos mais indicados e menos indicados para a prescrição odontológica das gestantes.



Quais medicamentos podem ser prescritos para a gestante?

Fator de Risco	Antibióticos	Analgésicos e Anti-inflamatórios
Estudos em animais não indicam riscos para o feto, mas ainda sem estudos confiáveis em mulheres grávidas	Amoxicilina Cefalexina Clorexidina Clindamicina Ertitromicina Metronidazol Penicilina	Ibuprofeno* (1º e 2º trimestre) Paracetamol**
Estudos em animais mostraram efeitos adversos, mas não existem estudos em humano	Ciprofloxacina	Codeína com acetaminofeno Hidrocodona + acetaminofeno Propoxifeno Dipirona sódica** Corticosteroides** Aspirina
Evidências positivas de risco fetal humano, cujos benefícios podem justificar o uso	Doxiciclina Tetraciclina	Ibuprofeno* (3º trimestre) Aspirina (3º trimestre)

Fonte: Adaptado de: Naseem et al., 2016 e Vasconcelos; Vasconcelos; Mafra, 2012.

*Giglio, 2009.

** Andrade, 2014.



3 Abordagem do núcleo familiar

A gravidez é um momento oportuno para a família do bebê receber orientações preventivas (ALVEY et al., 2020; FINLAYSON, GUPTA, RAMOS-GOMEZ, 2017). A realização do pré-natal odontológico é importante para que os pais, sobretudo a mãe, adotem comportamentos positivos durante esse período e após o nascimento, já que medidas preventivas podem ser mais efetivas se iniciadas mais cedo na vida da criança (ALVEY et al., 2020; BRECHER, LEWIS, 2018; PETRAUSKIENĖ et al., 2019). No entanto, o cirurgião dentista precisa conduzir o pré-natal odontológico de modo a respeitar o núcleo familiar, considerando seus desejos e compreendendo sua vivência, praticando o controle centrado no paciente, a fim de obter melhores resultados, condizentes com as expectativas e reais necessidades dos pais/responsáveis (CARVALHO et al., 2021).

Portanto, sabendo que a Cárie na Primeira Infância é a doença crônica mais prevalente nas crianças, o pré-natal odontológico deve incluir orientações que contribuam para a sua prevenção, ressaltando instruções de higiene e alimentação do bebê, além da manutenção da saúde bucal da mãe durante a gravidez e depois do nascimento da criança (ALVEY et al., 2020; BRECHER, LEWIS, 2018).



Hábitos de higiene bucal

Pensando na grande influência dos pais/responsáveis na saúde bucal de seus filhos, eles devem ser multiplicadores de bons comportamentos de saúde (PETRAUSKIENĖ et al., 2019). Para a prevenção de doenças bucais na infância, informações sobre o tipo de dentifrício que deve ser utilizado pela criança, e a quantidade a ser dispensada na escova devem ser esclarecidas aos pais/responsáveis pelo cirurgião-dentista (FINLAYSON; GUPTA; RAMOS-GOMEZ, 2017), como explicado no quadro a seguir.

Idade	Tipo de dentifrício	Quantidade
Até 3 anos	Fluoretado com 1100 ppmF	1/2 grão de arroz cru
Entre 3 e 7 anos	Fluoretado com 1100 ppmF	1 grão de arroz cru
Acima de 7 anos	Fluoretado de 1400 a 1500 ppmF	1 grão de ervilha

Quadro 1. Distribuição da indicação de dentifrício e quantidade por idade da criança.

Além disso, no pré-natal odontológico, o cirurgião dentista deve orientar a mãe a realizar o controle do biofilme de modo adequado, a fim de evitar o desenvolvimento de doenças bucais, como a cárie dentária e a doença periodontal. Desse modo, a gestante deve ser instruída a realizar a escovação com dentifrício fluoretado de 1400 a 1500 ppmF, e uso de fio dental.

O cirurgião-dentista também necessita orientar a técnica de escovação mais apropriada para a gestante. A American Dental Association (2022) recomenda a utilização de uma escova de cerdas macias, posicionada formando um ângulo de 45 graus em relação ao sulco gengival nas faces vestibular e lingual dos dentes para a remoção do biofilme, sendo sucedido por movimentos curtos e suaves de frente para trás. Além disso, durante a escovação, todas as faces dos dentes devem ser higienizadas, e para a remoção do biofilme nas faces interproximais, o cirurgião dentista deve orientar a gestante sobre o uso do fio dental ao menos uma vez por dia. O fio dental deve passar entre os dentes e a margem gengival, sendo utilizado um pedaço novo do fio para cada dente.

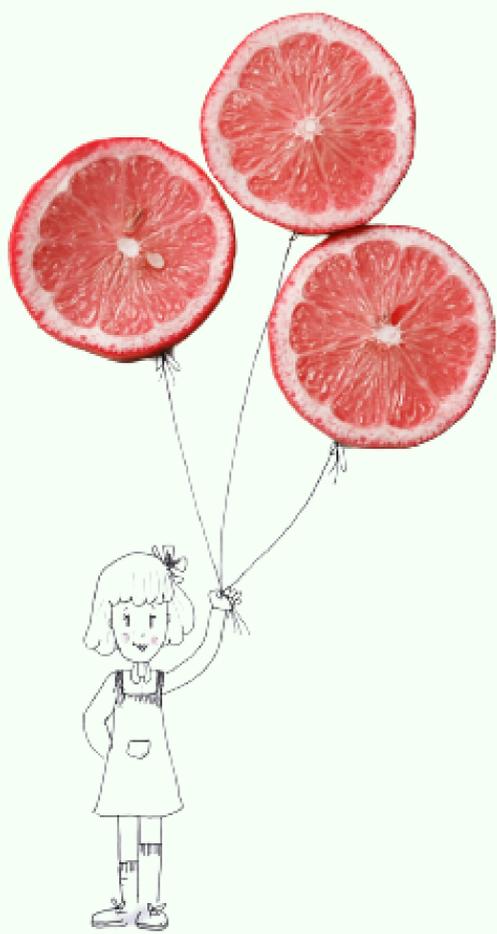
Pais/responsáveis com boa higiene bucal costumam ter filhos também com boa higiene bucal, o que reforça a importância do exemplo familiar. Sendo assim, promover educação em saúde bucal para o núcleo familiar durante o pré-natal odontológico pode auxiliar a preservar a saúde bucal da criança e auxiliar no estabelecimento de hábitos saudáveis durante toda a vida (FINLAYSON, GUPTA, RAMOS-GOMEZ, 2017; PETRAUSKIENĖ et al., 2019).



Hábitos alimentares

Durante a gestação, a mãe necessita adotar hábitos alimentares que sejam saudáveis e nutritivos, pensando no desenvolvimento do feto e nas alterações sofridas no período gestacional (MARSHALL et al., 2022). A saúde e bem-estar da mãe e do bebê são determinados pelo estado nutricional da gestante, evidenciando a importância de manter uma boa alimentação nesse período (ABUTE et al., 2020; MARSHALL et al., 2022).

Nesse sentido, o cirurgião-dentista também deve orientar os pais do bebê sobre a manutenção de uma dieta equilibrada, diversa, rica em nutrientes e com pouco consumo de açúcares e produtos industrializados, visto que após o nascimento do bebê será iniciada a amamentação, que é o momento em que o bebê vai receber os nutrientes que necessita para seu crescimento e desenvolvimento fora da barriga da mãe (CHIA et al., 2019).



Como recomendado pelo Ministério da Saúde (2012), durante a gravidez, a gestante deve fazer as três principais refeições do dia e intercalar com dois lanches, de modo a não passar mais de três horas sem se alimentar. Além disso, é recomendado que a gestante consuma diariamente três porções de legumes e verduras, de leite e derivados, bem como de frutas nas sobremesas ou lanches, mas também uma porção proteica, sendo esta carne, ave, peixe ou ovos.

E entre as refeições hidratar-se com água, consumindo ao menos dois litros por dia, o equivalente de seis a oito copos. Ainda é preciso enfatizar que a manutenção de uma dieta mais rica em vegetais, frutas, cereais e carnes magras apresenta associação com o menor risco do nascimento prematuro do bebê. Por outro lado, o maior consumo de carnes processadas e de alimentos ricos em gordura saturada e açúcar está associado ao baixo peso ao nascer e à tendência do maior risco de prematuridade (CHIA et al., 2019).

O cirurgião-dentista deve saber que, além da importância da dieta da gestante no desenvolvimento do feto, a alimentação da mãe durante a gravidez e lactação tem influência na resposta do bebê aos sabores e a sua futura preferência alimentar (MAIER-NÖTH et al., 2016; SPAHN et al., 2019). No estudo de Maier-Nöth et al. (2016) foi observado que os bebês e crianças de 6 anos que tinham sido amamentados tinham maior preferência por vegetais do que aqueles que tinham sido alimentados com fórmula, sugerindo que a variedade quimiossensorial experienciada durante a amamentação influencia a preferência por vegetais durante a infância. Sendo assim, a adoção de bons hábitos alimentares deve permanecer mesmo após o nascimento do bebê, a fim de estabelecer esse comportamento com a criança.

Ainda é preciso salientar o risco do consumo de açúcar na gestação. Além dos efeitos prejudiciais à saúde quando consumido em grandes quantidades e com frequência, como o desenvolvimento da obesidade, hipertensão arterial, diabetes e cárie dentária, a exposição intrauterina aos açúcares consumidos pela gestante também pode influenciar os hábitos alimentares e as preferências do bebê, o que pode elevar o futuro risco de desenvolver as doenças mencionadas (BRASIL, 2008; GORAN, PLOWS, VENTURA, 2019).

Primeira consulta odontológica do bebê

De acordo com a literatura, é durante a primeira infância que deve acontecer a primeira visita da criança ao dentista, especialmente antes do seu primeiro ano de vida e, de preferência, até os 6 meses de vida. Esse período é recomendado pela possibilidade de orientar o núcleo familiar considerando a condição de saúde bucal observada na criança, bem como o risco de desenvolvimento da cárie dentária (FINALYSON, GUPTA, RAMOS-GOMEZ, 2017; RIGO, DALAZEN, GARBIN, 2016).

Dessa forma, o cirurgião dentista dará continuidade as estratégias de prevenção iniciadas no pré-natal odontológico, de modo a evitar o desenvolvimento de problemas de saúde bucal na dentição decídua e permanente.



O atendimento odontológico do bebê antes dos 6 meses de vida permite avaliar o risco de desenvolvimento de cárie de cada criança e de seu pai/responsável de um modo individualizado, traçando um plano de manejo específico para o contexto observado (RIGO; DALAZEN; GARBIN, 2016).

No exame clínico, deve ser realizado uma observação detalhada da dentição da criança, da cavidade oral e das estruturas faciais, levando em conta as possíveis alterações patológicas que podem estar presentes para o correto diagnóstico e elaboração do plano de tratamento.

4 Amamentação natural

É no pré-natal odontológico que o cirurgião dentista deve preparar a mãe para a amamentação, explicando sua importância e seus benefícios para a mãe e o bebê. Conforme o Ministério da Saúde (2015), o aleitamento materno é considerado o padrão ouro para a nutrição do recém-nascido, pois reduz a mortalidade infantil, previne diarreias e infecções respiratórias e reduz o risco de colesterol alto, diabetes e hipertensão arterial sistêmica (HAS). Além disso, a amamentação também previne câncer de mama em mulheres (BRASIL, 2015).

Na sucção da mama, o bebê estimula o crescimento da mandíbula, preparando para as próximas etapas do desenvolvimento infantil, uma vez que a face quando em crescimento inadequado, afeta a respiração do bebê, tendo como consequências a respiração incompleta, prejudicando o sono, memória e concentração. Com a amamentação a criança aprende, mastigar, deglutir e a respirar de uma forma adequada (OLIVEIRA, HADDAD, 2018).



Introdução alimentar e ingestão de açúcares

A alimentação complementar deve ser iniciada a partir dos 6 meses de idade, independentemente do tipo de aleitamento materno que a criança receba, pois é quando a criança apresenta desenvolvimento digestivo, imunológico e neurológico suficiente para aceitar novos alimentos. (BRASIL, 2016). A alimentação complementar deve fornecer energia e nutrientes em proporção adequada às necessidades da criança (KRAMER, 2004).

Os pais/responsáveis do bebê devem estar cientes do risco da introdução dos açúcares no desenvolvimento da Cárie na Primeira Infância. Portanto, o cirurgião-dentista responsável pelo acompanhamento da família deve orientá-los a limitar o consumo de açúcares em comidas e bebidas até que o bebê possua 2 anos de idade. Dessa forma, o bebê pode ser apresentado a uma maior variedade de alimentos, que o nutram e auxiliem o seu desenvolvimento, ao passo que a cárie dentária é prevenida (PORTO, MARTINUZZO, 2021).

Sugestão de atendimentos no período pré-natal e pós-natal

De acordo com o que já foi discutido, segue abaixo uma sugestão de consultas para gestantes e seus bebês, para que o cirurgião-dentista possa aplicar na sua rotina clínica.

1º trimestre da gestação

Consulta inicial; explicação da alimentação e hábitos de higiene durante a gestação pelo núcleo familiar; promoção à saúde e prevenção de doenças bucais; realização de atendimentos de urgência.

2º trimestre da gestação

Continuação do tratamento odontológico da gestante; reavaliação do estado de saúde bucal da gestante; podem ser agendadas 2 consultas nesse trimestre.

3º trimestre da gestação

Conclusão do tratamento odontológico da gestante; preparo da mãe para o nascimento do bebê; orientações sobre hábitos alimentares e de higiene do bebê.

Até os 6 meses do bebê

Primeira consulta odontológica do bebê; avaliação da saúde bucal; continuação das orientações alimentares e de higiene oral.

Conclusão

Conclui-se que o pré-natal odontológico, juntamente com o acompanhamento do recém-nascido, são etapas importantes para a saúde e o desenvolvimento do bebê e da gestante. Trabalhando desde o início da gravidez, é possível orientar a gestante sobre os cuidados necessários para a prevenção de doenças bucais tanto na mãe quanto em seu filho. No pré-natal odontológico são identificadas alterações mais comuns relacionadas à fase e, se necessário, um plano de tratamento adequado será elaborado para a gestante. Desse modo, deve ser enfatizada a possibilidade de realização de tratamentos odontológicos durante toda gravidez, levando em consideração as peculiaridades da fase e as terapias indicadas. Ao fim da gestação, os pais/responsáveis receberão orientações sobre as condições de saúde bucal da criança, bem como do risco de desenvolvimento da cárie dentária. Dessa forma, munido de informações e conhecimento sobre o pré-natal odontológico, o cirurgião-dentista não deve temer o atendimento a gestante. Para garantir um bom tratamento, integral e humanizado, a gestante e ao seu bebê, o profissional deve estar atualizado e deve esclarecer suas dúvidas relacionadas ao tratamento a esse público, tornando sua rotina a odontologia baseada em evidências.

Referências

- ABANTO, J.; OLIVEIRA, L. B.; PAIVA, S. M.; GUARNIZO-HERREÑO, C.; SAMPAIO, F. C.; BÖNECKER, M. Impact of the first thousand days of life on dental caries through the life course: a transdisciplinary approach. **Brazilian oral research**, v. 36, e113, 2022.
- ABUTE, L.; BEYAMO, A.; ERCHAFO, B.; TADESSE, T.; SULAMO, D.; SADORO, T. Dietary Practice and Associated Factors among Pregnant Women in Misha Woreda, South Ethiopia: A Community-Based Cross-Sectional Study. **Journal of nutrition and metabolism**, 2020.
- ALVEY, J.; DIVARIS, K.; LYTLE, L.; VANN, W. F.; LEE, J. Y. What Child Oral Health-Related Behaviors Can First-time Mothers Actualize? A Pragmatic Prospective Study. **JDR Clinical and Translational Research**, v. 5, n. 4, p. 366–375, 2020.
- AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. **Toothbrushing Methods**. 2022. Disponível em: <https://www.ada.org/resources/research/science-and-research-institute/oral-health-topics/toothbrushes>. Acesso em: 7 nov. 2022.
- AMIN, M.; ELSALHY, M. Factors affecting utilization of dental services during pregnancy. **Journal of periodontology**, v. 85, n. 12, p. 1712-1721, 2014.
- ANDRADE, E.D. **Terapêutica medicamentosa em odontologia**. 3.ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014.
- AUSENDA, F.; JEONG, N.; ARSENAULT, P.; GYURKO, R.; FINKELMAN, M.; DRAGAN, I. F.; LEVI, P. A., JR. The Effect of the Bass Intra-sulcular Toothbrushing Technique on the Reduction of Gingival Inflammation: A Randomized Clinical Trial. **The Journal of Evidence-Based Dental Practice**, v. 19, n. 2, p. 106–114, 2019.
- BRECHER, E. A.; LEWIS, C. W. Infant Oral Health. **Pediatric clinics of North America**, v. 65, n. 5, p. 909–921, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde: 318 p. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Secretaria de Atenção à Saúde: 210 p. 2008.
- BRASIL. Procuradoria-Geral da República. Secretaria de Serviços Integrados de Saúde. **Guia prático da alimentação complementar**. Brasília: MPF, 53 p. 2016.
- BOUTIGNY, H.; DE MOEGEN, M. L.; EGEA, L.; BADRAN, Z.; BOSCHIN, F.; DELCOURT-DEBRUYNE, E.; SOUEIDAN, A. Oral infections and pregnancy: Knowledge of gynecologists/obstetricians, midwives and dentists. **Oral health & preventive dentistry**, v. 14, n. 1, p. 41-47, 2016.
- CARVALHO, P. R.; FERRAZ, E. S. D.; TEIXEIRA, C. C.; MACHADO, V. B.; BEZERRA, A. L. Q.; PARANAGUÁ, T. T. B. Participação do paciente na segurança do cuidado: percepção de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 2, e20200773, 2021.
- CODATO, L. A. B.; NAKAMA, L.; MELCHIOR, R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1075-1080, 2008.
- CHIA, A. R.; CHEN, L. W.; LAI, J. S.; WONG, C. H.; NEELAKANTAN, N.; VAN DAM, R. M.; CHONG, M. F. Maternal Dietary Patterns and Birth Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Advances in Nutrition**, v. 10, n. 4, p. 685–695, 2019.
- DRAGAN, I. F.; VEGLIA, V.; GEISINGER, M. L.; ALEXANDER, D. C. Dental care as a safe and essential part of a healthy pregnancy. **Compendium**, v. 39, n. 2, p. 86-92, 2018.
- FERREIRA, A.; OLIVEIRA, C.; SILVA, L.; SANTIAGO, M.; VEIGA, N. The Importance of Oral Health during Pregnancy and Among the Newborn. **Maternal and Pediatric Nutrition**, v. 4, n. 1, p. 1-2, 2018.
- FONSECA-GONÇALVES, A. Dentistry for pregnant women is the next step. **Revista Científica do CRO-RJ**, v. 3, n. 2, p. 1-1, 2018.
- FINLAYSON, T. L.; GUPTA, A.; RAMOS-GOMEZ, F. J. Prenatal Maternal Factors, Intergenerational Transmission of Disease, and Child Oral Health Outcomes. **Dental clinics of North America**, v. 61, n. 3, p. 483–518, 2017.
- FRAGA, M. R. B. A.; BARRETO, K. A.; LIRA, T. C. B.; CELERINO, P. R. R. P.; TAVARES, I. T. D. S.; MENEZES, V. A. D. Anquiloglossia versus amamentação: qual a evidência de associação? **Revista CEFAC**, v. 22, n. 3, p. e12219, 2020.
- FUJINAGA, C. I.; CHAVES, J. C.; KARKOW, I. K.; KLOSSOWSKI, D. G.; SILVA, F. R.; RODRIGUES, A. H. Frênulo lingual e aleitamento materno: estudo descritivo. **Audiology-Communication Research**, v. 22, p. 1-7, 2017.

GIGLIO, N. W. Oral Health Care for the Pregnant Patient. **J Can Dent Assoc.** v. 75, n. 1, p. 43–48, 2009.

GRILO, M. G. P. **A abordagem da grávida na prática da medicina dentária.** 2016. 73 p. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) - Programa de Pós-Graduação em Medicina Dentária, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz. 2016. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14692/1/Grilo_Mariana_Gomes_Pinto.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2017.

GONÇALVES, K. F. **Cuidado odontológico no pré-natal na atenção primária à saúde: dados do PMAQ-AB.** 2016. 73 p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2016. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/150274/001008775.pdf?sequence=1>. Acesso em: 18 ago. 2017.

GORAN, M. I.; PLOWS, J. F.; VENTURA, E. E. Effects of consuming sugars and alternative sweeteners during pregnancy on maternal and child health: evidence for a secondhand sugar effect. **The Proceedings of the Nutrition Society**, v. 78, n. 3, p. 262–271, 2019.

HARTNETT, E. HABER, J., KRAINOVICH-MILLER, B.; BELLA, A.; VAILYEVA, A.; LANGE KESSLER, J. Oral health in pregnancy. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 45, n. 4, p. 565-573, 2016.

HOD, M.; KAPUR, A.; SACKS, D. A.; HADAR, E.; AGARWAL, M.; DI RENZO, G. C.; CABERO ROURA, L.; MCINTYRE, H. D.; MORRIS, J. L.; DIVAKAR, H. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on gestational diabetes mellitus: A pragmatic guide for diagnosis, management, and care. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, v. 131, n. Suppl 3, p. S173–S211, 2015.

KRAMER, MS; KAKUMA, R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. **Adv Exp Med Biol**, v. 554, p. 63-77, 2004.

KULAY JL, KULAY, MNC, LAPA AJ. **Medicamentos na gravidez e lactação: guia prático.** 2. ed. São Paulo: Manole, 2009.

KURIEN, S.; KATTIMANI, V. S.; SRIRAM, R. R.; SRIRAM, S. K.; RAO V K, P.; BHUPATHI, A.; BODDURU, R. R.; N PATIL, N. Management of Pregnant Patient in Dentistry. **J Int Oral Health**, v. 5, n. 1, p. 88–97, 2013.

MAIER-NÖTH, A.; SCHAAL, B.; LEATHWOOD, P.; ISSANCHOU, S. The Lasting Influences of Early Food-Related Variety Experience: A Longitudinal Study of Vegetable Acceptance from 5 Months to 6 Years in Two Populations. **PLoS one**, v. 11, n. 3, e0151356, 2016.

MALAMED SF. **Manual de anestesia local.** 5. ed. São Paulo: Elsevier; 2004.

MARCHESAN, I. Q. Frênulo lingual: proposta de avaliação quantitativa. **Rev CEFAC**, v. 6, n. 3, p. 288-93, 2004.

MARSHALL, N. E.; ABRAMS, B.; BARBOUR, L. A.; CATALANO, P.; CHRISTIAN, P.; FRIEDMAN, J. E.; HAY, W. W. J.; HERNANDEZ, T. L.; KREBS, N. F.; OKEN, E.; PURNELL, J. Q.; ROBERTS, J. M.; SOLTANI, H.; WALLACE, J.; THORNBURG, K. L. The importance of nutrition in pregnancy and lactation: lifelong consequences. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 226, n. 5, p. 607–632, 2022.

MARTINELLI, R. L. C.; MARCHESAN, I. Q.; LAURIS, J. R.; HONÓRIO, H. M.; GUSMÃO, R. J.; BERRETINFELIX, G. Validade e confiabilidade da triagem: “teste da linguinha”. **Revista CEFAC**, v. 18, n. 6, p. 1323-1331, 2016.

MARTÍNEZ-PABÓN, M. C.; MARTÍNEZ DELGADO, C. M.; LÓPEZ-PALACIO, A. M.; PATIÑO-GÓMEZ, L. M.; ARANGO-PÉREZ, E. A. The physicochemical and microbiological characteristics of saliva during and after pregnancy. **Rev Salud Pública**, v. 16, n. 1, p. 128-138, 2014.

MAZZOCCHI, A.; CLINI, F. La brevità del frenulo linguale: considerazioni cliniche e terapeutiche. **La Pediatria Medica e Chirurgica**, v. 14, n. 6, p. 643-646, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 23: Saúde da Criança - aleitamento materno e alimentação complementar. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria no 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2015b. Acesso em: 18 de novembro de 2021.

NEISWANGER, K.; MCNEIL, D. W.; FOXMAN, B.; GOVIL, M.; COOPER, M. E.; WEYANT, R. J.; SHAFFER, J. R.; CROUT, R. J.; SIMHAN, H. N.; BEACH, S. R.; CHAPMAN, S.; ZOVKO, J. G.; BROWN, L. J.; STROTMAYER, S. J.; MAURER, J. L.; MARAZITA, M. L. Oral health in a sample of pregnant women from Northern Appalachia (2011–2015). **Int J Dent**, v. 2015, p. 469376, 2015.

NGERNCHAM, S.; LAOHAPENSANG, M.; WONGVISUTDHI, T.; RITJAROEN, Y.; PAINPICHAN, N.; HAKULARB, P. GUNNALEKA, P.; CHATURAPITPHOTHONG, P. Lingual frenulum and effect on breastfeeding in Thai newborn infants. **Paediatrics and International Child Health**, v.33, n. 2, p. 86-90, 2013.

OLIVEIRA, A; HADDAD A. **Saúde Bucal da Gestante: Acompanhamento integral em saúde da gestante e da puérpera.** São Luiz: EDUFMA, 2018.

OPPERMANN, R. V.; RÖSING, C. K. **Periodontia para todos: da prevenção ao implante.** São Paulo: Napoleão, 2013.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. Brasília, DF: Organização Mundial de Saúde; 2001. (Saúde e desenvolvimento da criança, Vol. WHO/CDH/98.9.
- OTA, E.; MORI, R.; MIDDLETON, P.; TOBE-GAI, R.; MAHOMED, K.; MIYAZAKI, C.; BHUTTA, Z. A. Zinc supplementation for improving pregnancy and infant outcome. **The Cochrane Database of systematic Reviews**, v. 2015, n. 2, CD000230, 2015.
- PETRAUSKIENĖ, S.; NARBUTAITĖ, J.; PETRAUSKIENĖ, A.; VIRTANEN, J. I. Oral health behaviour, attitude towards, and knowledge of dental caries among mothers of 0- to 3-year-old children living in Kaunas, Lithuania. **Clinical and Experimental Dental Research**, v. 6, n. 2, p. 215–224, 2020.
- POLITANO, G.T.; ECHEVERRIA, S. Terapêutica medicamentosa na gestação. In: ECHEVERRIA, S.; POLITANO, G.T. **Tratamento Odontológico para Gestantes**. São Paulo: Santos, cap. 5. p. 51-65. 2014.
- POON, L. C.; MCINTYRE, H. D.; HYETT, J. A.; DA FONSECA, E. B.; HOD, M.; FIGO PREGNANCY AND NCD COMMITTEE. The first-trimester of pregnancy - A window of opportunity for prediction and prevention of pregnancy complications and future life. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 145, p. 20–30, 2018.
- POSSOBON, R. F., MIALHE, F. L. Saúde Bucal da Gestante e da criança: Atuação preventiva. In: PEREIRA, A.C. **Tratado De Saúde Coletiva em Odontologia**. Nova Odessa: Napoleão, 2009.
- PORTO, C.; MARTINUZZO, L. **Guia Prático alimentar para crianças menores de 2 anos em ambiente escolar**. 1ª Edição. Campinas, 2021.
- RIGO, L.; DALAZEN, J.; GARBIN, R. R. Impact of dental orientation given to mothers during pregnancy on oral health of their children. **Einstein**, v. 14, n. 2, p. 219–225, 2016.
- SANCHES, M. T. C. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. Suppl 5, p. S155-62, 2004.
- SANTOS, C. G.; PEREIRA, D. P. C. A Importância da Odontologia no Cuidado da Gestante: Revisão de Literatura. **ID on Line. Revista de Psicologia**, v. 14, n.50, p. 1212-1230, 2020.
- SANTOS NETO, E. T.S. et al. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 11, p. 3057-3068, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63024420022.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2017.
- SILK, H.; DOUGLASS, A. B.; DOUGLASS, J. M.; SILK, L. Oral health during pregnancy. **American Academy of Family Physicians**, v. 77, n. 8, p. 1139–1144, 2008
- SHEARER, D. M.; THOMSON, W. M.; CASPI, A.; MOFFITT, T. E.; BROADBENT, J. M.; POULTON, R. Family history and oral health: findings from the Dunedin Study. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 40, n. 2, p. 105–115, 2012.
- SPAHN, J. M.; CALLAHAN, E. H.; SPILL, M. K.; WONG, Y. P.; BENJAMIN-NEELON, S. E.; BIRCH, L.; LACK, M. M.; COOK, J. T.; FAITH, M. S.; MENNELLA, J. A.; CASAVALE, K. O. Influence of maternal diet on flavor transfer to amniotic fluid and breast milk and children's responses: a systematic review. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 109, n. Supplement_7, p. 1003S–1026S, 2019.
- SRINIVASAN, A.; DOBRICH, C.; MITNICK, H.; FELDMAN, P. Ankyloglossia in breastfeeding infants: the effect of frenotomy on maternal nipple pain and latch. **Breastfeeding Medicine**, v. 1, n. 4, p. 216-24, 2006.
- SUTER, V. G.; BORNSTEIN, M. M. Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment. **Journal of Periodontology**, v. 80, n. 8, p. 1204-19, 2009.
- SONGPAISAN, Y.; TWETMAN, S. Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 29, n. 3, p. 238–248, 2019.
- TINANOFF, N.; BAEZ, R. J.; DIAZ GUILLORY, C.; DONLY, K. J.; FELDENS, C. A.; MCGRATH, C.; PHANTUMVANIT, P.; PITTS, N. B.; SEOW, W. K.; SHARKOV, N.; SONGPAISAN, Y.; TWETMAN, S. Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 29, n. 3, p. 238–248, 2019.
- TIRELLI, M. C.; ARMONIA, P. L.; TORTAMANO, N.; SIMONE, J. L. Comportamento dos cirurgiões-dentistas quanto ao uso de antibióticos em pacientes gestantes: riscos e benefícios. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2001.
- VASCONCELOS, R. G.; VASCONCELOS, M. G.; MAFRA, R. P. Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 120-4, 2012.
- VERGNES, J. N.; PASTOR-HARPER, D.; CONSTANTIN, D.; BEDOS, C.; KAMINSKI, M.; NABET, C.; SIXOU, M.; ROUILLON, F. Perceived oral health and use of dental services during pregnancy: the MaterniDent study. **Sante Publique**. v. 25, n. 3, p. 281-92, 2013.