

## JNT - FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY JOURNAL ISSN: 2526-4281 - QUALIS B1



### **DOENÇA PERIODONTAL EM PACIENTE GESTANTE: REVISÃO DE LITERATURA**

### **PERIODONTAL DISEASE IN PREGNANT PATIENT: LITERATURE REVIEW**

**Bianca da Silva BORGES**  
Centro Universitário Tocantinense  
Presidente Antônio Carlos-UNITPAC  
E-mail: biancaborgess@outlook.com

**Késia Pereira REIS**  
Centro Universitário Tocantinense  
Presidente Antônio Carlos-UNITPAC  
E-mail: kesia1206@hotmail.com

**Ana RIBEIRO**  
Centro Universitário Tocantinense  
Presidente Antônio Carlos-UNITPAC  
E-mail: ana.ribeiro@unitpac.edu.br



## RESUMO

Com o intuito de relacionar doença periodontal e gestação, foi proposto nesse trabalho realizar uma revisão de literatura. Verificou-se que durante o período gestacional, há variações no corpo da mulher, como alterações hormonais de estrógeno e progesterona que podem influenciar na progressão da doença periodontal associada a uma má higiene bucal, e, portanto, presença de biofilme dental. Na gestação, há agravantes da mulher apresentar periodontite, pois pode estar associado à prematuridade ou bebê com baixo peso ao nascer. Portanto, é indicado que seja feito um controle periódico da higienização da grávida assim como tratamento periodontal, mesmo durante a gestação.

**Palavras-chave:** Doença periodontal. Gestação. Gengivite. Periodontite.

## ABSTRACT

In order to relate periodontal disease and pregnancy, it was proposed in this work to conduct a literature review. It was found that during the gestational period, there are variations in the woman's body, such as hormonal changes in estrogen and progesterone that can influence the progression of periodontal disease associated with poor oral hygiene, and therefore the presence of dental biofilm. During pregnancy, there are aggravating factors for women with periodontitis, as it may be associated with prematurity or a baby with low birth weight. Therefore, it is recommended that periodic control of hygiene of the pregnant woman be carried out as well as periodontal treatment, even during pregnancy.

**Keywords:** Periodontal disease. Pregnancy. Gingivitis. Periodontitis.

## INTRODUÇÃO

O processo inflamatório que danifica os tecidos de proteção e suporte do dente é denominado doença periodontal, que tem como um dos fatores causais um biofilme dental característico que causa destruição tecidual por ação de enzimas líticas, produtos citotóxicos, e por desencadear uma reação de defesa do hospedeiro. Estudos indicam graus distintos da periodontite. A periodontite agressiva (atualmente denominada Periodontite Estágio IV Grau C) apresenta progressão rápida em relação à condição clínica do paciente

que, geralmente, apresenta pouco biofilme em relação à extensão da doença (BARBOSA; SOUZA; RIBEIRO, 2012).

O agravo da periodontite durante a gestação é comum, que pode estar relacionado à deficiência nutricional e altos níveis de estrógeno e progesterona associado à presença de biofilme, o que torna as alterações do periodonto mais perceptíveis (ROSELL; MONTANDON-POMPEU; VALSECKI JUNIOR, 1999).

A gestante passa por uma grande mudança hormonal durante a gravidez, que a torna vulnerável a várias infecções, como a gengivite, pois a gengiva é um tecido alvo para a atuação de hormônios esteroides (WANG; LIOU; PAN, 2013).

Como a doença periodontal tem etiologia infecciosa, os níveis de citocina pró-inflamatória e prostaglandina no sangue aumentam em quantidade, que disseminam em bacteremia, relacionando-se com a gestação. O que pode, portanto, estar fortemente associada a complicações na gestação, como parto prematuro e nascimento de bebê com baixo peso (DA SILVA et al., 2019).

Dessa forma, julgou-se importante discorrer sobre a doença periodontal na gravidez nesse artigo originário de um trabalho de conclusão de curso.

## **OBJETIVO GERAL**

Apresentar uma revisão de literatura associada à doença periodontal como importância e estratégia de promoção, e prevenção de saúde bucal no período gestacional.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) Discutir sobre doença periodontal durante o período gestacional;
- 2) Apontar as formas de prevenção e tratamento da doença periodontal durante a gravidez;
- 3) Relacionar problemas decorrentes da periodonite em gestante com o parto.

## **JUSTIFICATIVA**

Justifica-se a realização dessa revisão de literatura por acreditarmos na importância da saúde bucal em gestantes com o intuito de evitar problemas durante o parto ou até mesmo com o bebê. Entretanto, o tema é muitas vezes ignorado por falta de conhecimento tanto por profissionais da saúde como pela população aliado ao mito que gestantes não podem receber tratamento odontológico.

Desta maneira, esperamos contribuir com o tema apontado os profissionais de saúde salientarem a importância das consultas periódicas odontológicas para prevenção da doença e preparação das gestantes para uma saúde bucal sem comprometimentos e prejudiciais ao bebê discutidos no pré-natal.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

Durante o período gestacional ocorrem no corpo da mulher distintas alterações físicas, emocionais e comportamentais. Desde antes da metade do século XX vêm sendo estudadas as modificações que ocorrem no periodonto durante a gestação. Há evidências que as alterações do periodonto ao longo da gravidez estão correlacionadas à insuficiência de nutrição, enjoos subsequentes de vômitos, altos níveis de estrógeno e progesterona, presença de placa bacteriana continuamente (ALVES; RIBEIRO; COSTA, 2007).

Além da presença de biofilme, fatores modificadores podem estar relacionados com a progressão da doença periodontal durante a gestação. Dentre eles, estão incluídos aspectos não modificáveis tanto genéticos, como idade, etnia, gênero, quanto doenças sistêmicas, especialmente, diabetes e AIDS. Dentre os aspectos modificáveis, estão incluídos nível socioeconômico, tabagismo, higiene bucal, obesidade, estresse e alterações hormonais (PISCOYA et al., 2012).

As alterações no aspecto gengival das pacientes gestantes, como hiperemia, edema e sangramento gengival, podem estar associadas com o aumento nos níveis de estrógeno e, principalmente, progesterona. O que resulta em alterações na permeabilidade vascular que se caracteriza por uma reação de vasos sanguíneos, levando ao acúmulo de fluídos e leucócitos para destruir, diluir e isolar agentes nocivos (MOIMAZ et al., 2006).

Existe um domínio de gengivite e periodontite em mulheres grávidas. Estima-se que 50 a 70% das grávidas apresentam gengivite. E, cerca de 40% de todas as grávidas com periodontite têm sete vezes mais risco de terem seus filhos de forma prematura ou com baixo peso ao nascer. Isso pode ter relação tanto pela presença dos hormônios estrógeno e progesterona, como também devido ao sistema imunológico materno que facilita a produção de mediadores pró-inflamatórios (TESHOME; YITAYEH, 2016).

Sua etiologia é discutível e está associada a uma resposta inflamatória acentuada da gengiva a irritantes locais como a placa bacteriana, como resultado de uma prática de higiene bucal deficiente, e às variações hormonais na gestação, onde pode ser controlada e/ou evitada pela eliminação da placa bacteriana (CARDOSO, 2010).

Para uma saúde bucal e bem-estar saudável e sem complicações na gestação, as mulheres devem regulamentemente serem aconselhadas e preparadas sobre a manutenção dos bons hábitos de saúde oral ao longo da vida, bem como da segurança e a importância dos cuidados de saúde oral durante a gravidez. Pouco mais de 50% das grávidas são orientadas de qualquer aconselhamento sobre saúde bucal durante a gravidez, e por isso surgem tantos agravos na cavidade bucal, por falta de preparo e cuidado. Na gravidez, a gengivite que é uma doença periodontal prevalente nesse período pode ocorrer durante toda a gestação, mais comumente no segundo trimestre, é a manifestação bucal mais preeminente nesse período (FERNANDES, 2004).

O atendimento odontológico durante a gestação é de suma importância e deve ser realizado. É fundamental, entretanto, que as alterações funcionais da gestante sejam identificadas pelo cirurgião-dentista, devendo a assistência odontológica ser prestada em íntima colaboração com a assistência ginecológica (SOUZA, 1980).

Segundo Silva (2002), a mulher grávida necessita de atendimento singular, uma vez que está muito mais sensível psicologicamente e o espírito de preservação da espécie faz com que ela se preocupe mais com quaisquer intervenções em seu corpo. É ressaltado que um dos fundamentos importantes na abordagem odontológica é o estabelecimento do vínculo de confiança mútua entre profissional e paciente, que ocasiona uma redução do medo e do estresse das consultas (SILVA, 2002).

Uma das principais dúvidas com relação ao atendimento odontológico durante a gravidez é relacionado aos riscos para o bebê que são, na maioria dos casos, menores que os riscos que os problemas bucais podem causar à mãe e ao bebê. As consequências de uma infecção ou dor, que pode se instalar no organismo materno têm sequelas muito mais prejudiciais à mãe e ao feto do que aquelas decorrentes do tratamento odontológico (MARTINS, 2004).

É importante que o profissional intervenha o mínimo necessário para deixar a paciente confortável, sem nenhum risco letal, até que ela passe pelo período da gestação, após o qual o profissional tratará o problema em definitivo (SILVA, 2002).

No atendimento odontológico, inicia-se com a anamnese, que equivale a um questionário que possibilita conhecer a fase gestacional, o estado de saúde geral da paciente e os principais determinantes para a intervenção odontológica. A anamnese bem direcionada e desfrutada é capaz de apontar características fundamentais da paciente (sua realidade, seu modo de vida, suas crenças, seus valores, seus anseios, como adoecem, como tratam suas doenças, seus conceitos de qualidade de vida, dentre outras) para que

seja planejado um plano de tratamento eficaz e adequado. A primeira fase ou trimestre gestacional é a mais delicada para o atendimento odontológico, pois é o período da organogênese, no qual o índice de aborto espontâneo é de aproximadamente 20%, decorrentes de sua vulnerabilidade a defeitos de desenvolvimento (ELIAS, 1995).

Em uma determinada fase da gestação, o melhor período de maior estabilidade mãe-filho e mais seguro para um atendimento odontológico, é o segundo trimestre. É nessa fase que a organogênese encontra-se finalizada e com feto desenvolvido. (SILVA, 2002).

Durante o atendimento odontológico, o paciente pode apresentar desconforto na terceira fase gestacional, podendo ser comum. Com isso, pode-se acarretar um quadro chamado síndrome de Hipotensão Supina, que ocorrerá sensação de falta de ar, decorrente do crescimento uterino. Portanto, é verificado que na primeira e terceira fases da gestação, o atendimento está direcionado de forma rigorosa ao cuidado agudo ou emergencial (SONIS et al., 1995).

Primeiramente em atendimento de urgência odontológica à gestante, deve-se levar em consideração o alívio da dor imediatamente. Diante de estudos, afirma-se que a dor e a ansiedade produzidas pela situação emergencial causam mais dano ao feto do que o próprio tratamento. Sendo assim é de extrema necessidade que a consulta seja conservadora e em curto espaço de tempo, não devendo ultrapassar meia hora (SILVA, 2002).

Na segunda fase gestacional, são indicados os cuidados de rotina e a suspensão de complicações futuras, em virtude que os períodos perinatal e pós-parto são difíceis para o tratamento. Podem ser feitos os procedimentos denominados o Tratamento Restaurador Atraumático – ART (alternativa de tratamento da cárie dentária baseado na remoção do tecido dentário descalcificado com o uso de instrumentais manuais e restauração das cavidades utilizando cimento de ionômero de vidro); adequação do meio bucal, procedimentos clínicos simples como fluoroterapia, selamento provisório, além dessas execuções; também podem ser realizada pequenas cirurgias, restaurações e tratamento endodôntico (PERES, 2001).

De acordo com os atendimentos, são considerado diversos aspectos da gravidez que podem deixar o tratamento dos dentes inconveniente e desconfortável. As sessões prolongadas podem estressar a paciente gestante resultando em muito cansaço. E também a náusea do “enjoo matinal” pode ser agravada pelos cuidados odontológicos no decorrer do primeiro trimestre de gestação (SANTOS PINTO, 2001).

E por conta disso as consultas devem ser, portanto, de curta duração, geralmente agendadas para a segunda metade da manhã, que é quando os episódios de enjoos são menos frequentes. Deve-se atentar ao fato de agendá-las em períodos diferentes do atendimento infantil, para com que possa minimizar as chances de contágio de doenças viróticas como rubéola, sarampo, e entre outras (ELIAS, 1995).

Existem posições de melhor conforto e mais apropriada para as gestantes no atendimento, que são as semi sentadas ou em decúbito lateral, que permitem o aumento do débito cardíaco e como resultado, uma maior quantidade de oxigênio recebida no feto e assim evita-se a hipotensão, ou seja, baixa pressão arterial (SONIS et al., 1995).

Diante de alguns estudos, pode-se afirmar que não há contraindicação para a execução de exodontias e demais procedimentos durante o período gestacional, desde que cuidados especiais sejam bem-vistos (SOUZA, 1980).

De acordo com o metabolismo da gestante, a cicatrização da ferida cirúrgica e da ossificação pode ser interferida. Podem-se citar alguns hormônios presentes, que seriam os corticosteroides, propriamente os esteróis, de maior número no período de gestação, influenciam na fase de cicatrização por não alcançar a qualidade suficiente de maturação da rede de fibrina fazendo com que interferem com a deposição de sais de cálcio na matriz óssea. Em concordância disso, é provável aparecer pequenas discrasias sanguíneas alterando o sangue, as quais importunam a formação do coágulo, e assim deixando o alvéolo dentário desprotegido. É indicado introduzir dentro do alvéolo hemostático do tipo esponja, fixado corretamente pela sutura (FOURNIOL FILHO, 1998).

Em casos de exodontia que geram infecções, a realização é contraindicada. Desde já, é aconselhada a execução de drenagem e a administração de antibiótico e analgésico nesses cenários infecciosos (SILVA, 2002).

Em relação ao uso de medicamentos na gestação, o Center for Disease Control e Prevention, CDC (Centro para Controle e Prevenção de Doenças), e a Organização Mundial de Saúde, OMS, estimam que mais de 90% das mulheres grávidas fazem o consumo de medicamentos controlados ou de venda livre, drogas lícitas, como tabaco e álcool, ou drogas ilícitas. Os medicamentos e as drogas são responsáveis por 2 a 3% de deformações congênitas. As drogas decorrem da mãe para o feto, diretamente através da placenta, onde é a mesma via percorrida pelos nutrientes para o crescimento e desenvolvimento do feto, fazendo com que conseqüentemente a causa dos problemas para o bebê, ou seja, se torna totalmente contraindicado o uso dos mesmos (SILVA, 2002).

Em determinado momento, caso houver a necessidade da prescrição de medicamentos, deve ser feita em participação com o médico obrigatoriamente, posto que, durante a gestação, os cuidados devem ser redobrados para a mãe e para o feto (WANNMARCHER; FERREIRA, 1999). Em geral, os anestésicos locais são considerados seguros para a administração ao longo da gestação, desde que sejam utilizados em doses baixas e uso correto, com exceção da prilocaína e articaína, devido ao risco de metemoglobinemia (diminuição da capacidade de transporte de oxigênio da hemoglobina), sendo assim dessa maneira contraindicada. Devem incluir um agente vasoconstritor que garanta uma menor absorção do sal, diminuição da toxicidade e que prolongue o tempo de duração da anestesia. Dentre dos vasoconstritores utilizados juntamente com o anestésico escolhido, o uso do vasoconstritor felipressina é contraindicado, em razão de um grande risco de aumento da contratilidade uterina (ANDRADE, 2001).

O anestésico local recomendado e mais indicado à paciente gestante é a lidocaína a 2% com adrenalina 1:100.000 ou com noradrenalina 1:50.000 como vasoconstritor (DE CASTRO, 2002). No grupo dos analgésicos, o paracetamol é o medicamento considerado de melhor escolha para reduzir a dor, onde pode ser prescrito em qualquer fase da gestação, pois agride menos o bebê (COELHO, 2002).

Os anti-inflamatórios não-esteroidais (AINEs), como por exemplo a aspirina, devem ser usados com extrema cautela nos últimos três meses de gestação, e por tempo limitado, por causa da grande probabilidade de ocorrência de falha na expulsão do feto e/ou fechamento prematuro do canal arterial do feto, além de intervir na agregação plaquetária, podendo causar hemorragia, em casos de cirurgias odontológicas (TORTAMANO, 2001).

Em situações que necessita o uso de antimicrobianos, devem-se selecionar as penicilinas (Penicilina V ou Amoxicilina) nas dosagens e posologias usuais. É válido destacar que as penicilinas são praticamente atóxicas por agirem numa estrutura que exclusivamente só as bactérias portam, a parede celular, não causando danos ao organismo materno e ao feto (ANDRADE, 2001).

Os antibióticos do grupo das tetraciclina atravessam a placenta e são acomodados nos ossos e nos dentes do feto, onde combinam com o cálcio resultando em um crescimento ósseo lento, os dentes do concepto adquiridos com uma coloração amarela permanente, e o esmalte dentário mole e susceptível a cárie. Pode haver um risco do aparecimento de anomalias dentárias a partir da metade ao final da gestação (SCAVUZZI; ROCHA, 1999).



Sobre os antidepressivos, alguns são seguros durante a gravidez, mas aqueles que possuem o lítio (elemento encontrado no medicamento) podem provocar defeitos congênitos, problemas cardíacos, e por conta disso é completamente contraindicado (SILVA, 2002).

No decurso da lactação, existem alguns fármacos que requerem interrupção provisória enquanto outros devem ser utilizados nas menores doses adequadas e com um maior espaçamento entre elas para que não seja prejudicial ao bebê. É aconselhado que o tratamento deva ter um curto tempo possível e a ingestão do medicamento precisa ser feita após o término da mamada. E por último, o uso de anti-inflamatório durante a lactação, não há contraindicações, sendo mais indicado o ibuprofeno (WANNMARCHER; FERREIRA, 1999).

Uma preocupação extra, relacionada à paciente grávida, envolve o uso de tomadas radiográficas, onde deve ser realizado com muito cuidado (MARTINS, 2004). As radiações ionizantes são fatores de alto nível responsáveis por mutações genéticas. Os principais efeitos consequentes da irradiação no feto e embrião durante a gestação são modificações de desenvolvimento, somáticas e genéticas, lesões no sistema nervoso central e possíveis manifestações como neoplasias pós-natais (leucemia). Na 1ª e 2ª semanas, a irradiação no embrião durante a pré-implantação habitualmente levam a óbitos pré-natais. Em doses parceladas de exposição à radiação são mais danosas do que doses únicas (no período entre a 2ª e 7ª semanas de gravidez).

Entretanto, a quantidade de radiação utilizada para exame radiográfico dentário está muito aquém dos níveis nocivos, mas embora o risco ao feto seja mínimo, não se recomenda correr o perigo de injúria se pode ser evitada (SONIS et al., 1995). Portanto, afirma-se que o exame radiográfico durante a gestação só deve ser realizado quando for realmente necessário. É primordial para que não haja problemas, manter o aparelho de raios-x calibrado, com a filtração e a colimação corretas, além de utilizar filmes radiográficos rápidos. O avental com revestimento de chumbo é fundamental e deverá ser sempre utilizado a cada radiografia, pois é um objeto de proteção e tem aspecto tranquilizador de grande importância, por ser de conhecimento geral que a radiação em excesso apresenta efeitos nocivos (SILVA, 2002).

De uma forma geral, o tratamento recomendado para doença periodontal em gestantes consiste no controle do biofilme dental, com instrução e motivação de higiene bucal assim como raspagem e alisamento radicular nos sítios com cálculo. É de suma importância conversar com a paciente, explicar sobre a saúde bucal e a relação com o bebê

e agendar consultar periódicas com o cirurgião-dentista a fim de eliminar focos infecciosos e controlar a higienização. (CALIFORNIA HEALTHCARE FOUNDATION, 2010; DE FARIAS et al., 2015).

Outra doença que pode acometer as mulheres durante a gravidez é o granuloma piogênico, uma das hiperplasias inflamatórias, termo usado para definir um aumento no número de células encontrada na cavidade oral. Esta lesão não está relacionada à infecção, mas acontece em resposta a vários estímulos, como uma irritação local, lesão traumática ou fatores hormonais (JAFARZADEH et al., 2006).

O granuloma piogênico também pode ser denominado de tumor gravídico por estar ligada à expansão dos tecidos moles. Em gestantes, levando em consideração que essa lesão não é cancerígena, o granuloma piogênico, dependendo do tamanho, tende a retroceder completamente após o término da gestação. Mas, em alguns casos, existe a possibilidade da necessidade da remoção cirúrgica da lesão, pois ela causa muito incômodo e pode interferir na alimentação, no convívio social e matrimonial (KRÜGER et al.2013).

Devido à possibilidade alta de aparecer o granuloma piogênico na cavidade oral, principalmente durante o período gestacional, deve-se ter atenção no diagnóstico para que o tratamento seja adequado. Alguns métodos de tratamento foram propostos para o granuloma piogênico como: cirurgia excisional para remoção, o uso de laser, criocirurgia, que é uma técnica de tratamento por congelamento, atualmente realizada por meio do nitrogênio líquido, que diminui a temperatura dos tecidos ou das células, injeção intralesional de etanol ou corticosteroide e escleroterapia com tetradecil sulfato de sódio (JAFARZADEH et al., 2006).

66

## CONCLUSÃO

Diante disso, pode-se concluir que o diagnóstico de doença periodontal em gestantes deve ser feito de forma minuciosa e com cautela por meio de dados da anamnese e exame clínico para um tratamento bem-sucedido. É importante ressaltar que a gravidez não provoca inflamações na região oral individualmente, mas as alterações hormonais podem estar relacionadas com o aumento da progressão da doença pré-existente associada à higiene bucal precária.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Renata Tolêdo; RIBEIRO, Rosangela Almeida; COSTA, Luciane Ribeiro de Rezende Sucasas. Associação entre doença periodontal em gestantes e nascimentos

**Bianca da Silva BORGES; Késia Pereira REIS; Ana RIBEIRO. Doença Periodontal em Paciente Gestante: Revisão de Literatura. JNT- Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. 2021. Junho. Ed. 27. V. 1. Págs. 58-68 ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculadefacit.edu.br>. E-mail: [jnt@faculadefacit.edu.br](mailto:jnt@faculadefacit.edu.br).**

prematurus e/ou de baixo peso: um estudo de revisão. **HU Revista**, v. 33, n. 1, p. 29-36, 2007.

ANDRADE, Eduardo Dias, Terapêutica Medicamentosa em Odontologia. **Artes Médicas**, São Paulo, p.54-62, 2001.

BARBOSA, Renata de Araújo; SOUZA, Sandro Bittencourt; RIBEIRO, Érica Del Peloso. Periodontite agressiva: revisão de literatura. **Revista Bahiana de Odontologia**, v. 3, n. 1, p. 45-63, 2012.

CALIFORNIA HealthCare Foundation. **Oral health during pregnancy & early childhood: evidence-based guideline for health professionals**. California: California HealthCare Foundation, 2010.

CARDOSO, Leonardo Moura. **Atendimento odontológico da gestante na estratégia do programa de saúde da família**. Universidade Federal de Minas Gerais, (UFMG), Corinto, Minas Gerais, 2010.

COELHO, M. Farmacoterapia durante a gravidez: algumas recomendações. **Jornal do CROMG**, jul, 2002.

DA SILVA, Victoria Caroline et al. Doenças periodontais na gravidez: revisão de literatura. **Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC)**, v. 5, n. 1, 2019.

DE CASTRO, F. et al. Tratamento odontológico no período da gravidez: enfoque para o uso de anestésicos locais. **JBC j. bras. clin. odontol. integr**, v. 6, n.31, p. 62-67, 2002.

DE FARIAS, Jannaina Mayra et al. Efeito do tratamento periodontal de suporte no nascimento de bebês prematuros ou de baixo peso em mulheres grávidas com doença periodontal. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 44, n. 2, p. 37-49, 2015.

ELIAS, R. Odontologia de alto risco: pacientes especiais: **Revinter**, Rio de Janeiro, p. 117-132, 1995.

FAVERO, Vittorio et al. Pregnancy and dentistry: a literature review on risk management during dental surgical procedures. **Dentistry Journal**, v. 9, n. 4, p. 46, 2021.

FERNANDES, Camila Borges. **A Periodontia e a paciente feminina: Associações com as diferentes fases da vida da mulher**. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia, Piracicaba, São Paulo, 2010.

FOURNIOL, Filho, BADRA, Alvaro. Atendimento odontológico aos pacientes especiais **LILACS, BBO – Odontologia**, São Paulo, p.76-131, 1998.

JAFARZADEH, Hamid et al. Oral pyogenic granuloma: a review. **Jornal Of Oral Science**, v. 48, n. 4, p.167-175, dezembro, 2006.

KRÜGER, Marta et al. Granuloma gravídico – relato de caso **Odontologia Clínica-Científica (Online)**, Recife, v.12, n.4, out./dez. 2013.

Bianca da Silva BORGES; Késia Pereira REIS; Ana RIBEIRO. Doença Periodontal em Paciente Gestante: Revisão de Literatura. **JNT- Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. 2021. Junho. Ed. 27. V. 1. Págs. 58-68 ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculadefacit.edu.br>. E-mail: [jnt@faculadefacit.edu.br](mailto:jnt@faculadefacit.edu.br).**

MAMELUQUE, Soraya et.al. Abordagem integral no atendimento odontológico à gestante. **Unimontes Científica**, Montes Claros, v.7, n.1, jan./jun, 2005.

MARTINS, V.F. A importância da Odontologia para as gestantes. **Jornal da APCD**, p.89, Set, 2004,

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al. Condição periodontal durante a gestação em um grupo de mulheres brasileiras. **Brazilian Dental Science**, v. 9, n. 4, 2006.

PERES, S. et al. Tratamento alternativo de controle da cárie dentária no período materno infantil. **Rev. APCD**, v.55, n.5, p. 346-350, set./out,2001.

PISCOYA, Maria Dilma Bezerra de Vasconcellos et al. Periodontitis-associated risk factors in pregnant women. **Clinics**, v. 67, n. 1, p. 27-33, 2012.

ROSELL, Fernanda L.; MONTANDON-POMPEU, Andréia A. B.; VALSECKI JR, Aylton. Registro periodontal simplificado em gestantes. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, p. 157-162, 1999.

SANTOS-PINTO, [Lourdes](#) et al. O que as gestantes conhecem sobre saúde bucal. **Revista JBP, j. bras. odontopediatr.odontol.Bebê**, v. 4, n. 21, p. 34- 429, set./out, 2001.

SCAVUZZI, A, ROCHA, M. Atenção Odontológica na gravidez: uma revisão. **Rev. da Faculdade de Odontologia da UFBA**, v. 18, p. 46-52, Jan./jun, 1999.

SILVA, S. Atendimento à gestante: 9 meses de espera? **Rev. APCD**, v. 56, n. 2, p. 89-99, abr, 2002.

SONIS, S. et al. **Princípios e prática de medicina oral**. 2ª ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.144-147, 1995.

SOUZA, F. Gravidez e cirurgia odontológica ambulatorial. **RBO**, v. 3, n. 2, p. 7- 14, abril, 1980.

TESHOME, Amare; YITAYEH, Asmare. Relationship between periodontal disease and preterm low birth weight: systematic review. **Pan African Medical Journal**, v. 24, n. 1, 2016.

TORTAMANO, N. ARMONIA, P. **Guia Terapêutico Odontológico**, Santos, São Paulo, 14 ed. 2001.

WANG, Yen-Li; LIOU, Jui-Der; PAN, Whei-Lin. Association between maternal periodontal disease and preterm delivery and low birth weight. **Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 52, n. 1, p. 71-76, 2013.

WANNMACHER, L. FERREIRA, M. B. C. **Uso de fármacos durante a gestação e lactação**: Farmacologia clínica para dentistas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.