

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



**MANEJO ODONTOLÓGICO A GESTANTES COM  
ATENÇÃO A PACIENTES CARDIOPATAS: REVISÃO  
DE LITERATURA**

**DENTAL MANAGEMENT TO PREGNANT WOMEN  
WITH CARE FOR PATIENTS WITH HEART  
DISEASE: LITERATURE REVIEW**

**Romualdo Getro de SANTANA JUNIOR**  
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)  
E-mail:  
[dr.romualdo.junior@faculdadefacit.edu.br](mailto:dr.romualdo.junior@faculdadefacit.edu.br)

**Gustavo dos Santos MOREIRA**  
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)  
E-mail: [gustavomoreira0055@gmail.com](mailto:gustavomoreira0055@gmail.com)

**Lizandra Coimbra da Silva FELIPE**  
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)  
E-mail: [lizandra.coimbra@gmail.com](mailto:lizandra.coimbra@gmail.com)

**Aryssa Brenna Machado BARBOSA**  
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)  
E-mail: [aryssa.machado@faculdadefacit.edu.br](mailto:aryssa.machado@faculdadefacit.edu.br)



## RESUMO

**Introdução:** Há pacientes cardiopatas que podem apresentar uma gravidez de alto risco, sendo necessário o acompanhamento multidisciplinar para evitar intercorrências que vão desde ao período de pré-natal até o momento do parto, ou seja, eliminar os riscos de focos infecciosos durante o ciclo gravídico. **Objetivo:** Buscou-se as principais questões que relacionam a gestação de risco em pacientes cardiopatas com a conduta odontológica, e atenção do cirurgião dentista as modificações que ocorrem nos tecidos bucais e salientar a importância da saúde bucal durante o ciclo gestacional. **Métodos:** O presente trabalho consistiu em uma revisão de literatura a fim de coletar informações em livros e artigos em português e inglês, publicados nos últimos 15 anos, que incluem o maior número de arquivos sobre a importância do atendimento odontológico durante o período gestacional, como atenção à paciente cardiopata. **Conclusões:** Pacientes grávidas devem ser educadas durante as consultas odontológicas sobre a importância de manter uma boa higiene bucal, bem como sobre as alterações esperadas na cavidade oral durante a gestação. Os profissionais de saúde bucal devem estar atentos sobre as condições relacionadas à gravidez e seu manejo adequado sem prejudicar a paciente e o feto, principalmente em casos de pacientes gestantes com algum tipo de cardiopatia.

**Palavras-chave:** Cuidado Pré-Natal. Gestantes. Odontologia.

## ABSTRACT

**Introduction:** There are patients with heart disease who may have a high-risk pregnancy, requiring multidisciplinary follow-up to avoid complications ranging from the prenatal period to the time of delivery, that is, to eliminate the risk of infectious foci during the pregnancy cycle. **Objective:** The main issues that relate risk pregnancy in patients with heart disease to dental management were sought, and the attention of the dental surgeon to the changes that occur in the oral tissues and to emphasize the importance of oral health during the gestational cycle. **Methods:** The present work consisted of a literature review in order to collect information in books and articles in Portuguese and English, published in the last 15 years, which include the largest number of files on the importance of dental care during the gestational period, such as care for cardiac patients. **Conclusions:** Pregnant

patients should be educated during dental appointments about the importance of maintaining good oral hygiene, as well as the expected changes in the oral cavity during pregnancy. Oral health professionals must be aware of conditions related to pregnancy and their proper management without harming the patient and the fetus, especially in cases of pregnant patients with some type of heart disease.

**Keywords:** Prenatal care. Pregnant women. Dentistry.

## INTRODUÇÃO

A falta de contato entre o dentista e a gestante impossibilita o aconselhamento sobre pautas importantes durante o período gestacional, já que é de suma importância o repasse de informações de cunho científico a respeito da saúde bucal durante a gravidez<sup>1,2</sup>. Há pacientes cardiopatas que podem apresentar uma gravidez de alto risco, sendo necessário o acompanhamento multidisciplinar para evitar intercorrências que vão desde ao período de pré-natal até o momento do parto, ou seja, eliminar os riscos de focos infecciosos durante o ciclo gravídico<sup>3,4</sup>.

O núcleo de gestantes com algum tipo de cardiopatia, possuem uma maior predisposição a desenvolver infecções bacterianas no tecido cardíaco, o que representa um alto risco de complicações embólicas e predisposição a óbito perinatal<sup>5</sup>. Sabe-se que durante a gravidez, há um aumento da volemia sanguínea, conseqüentemente há uma produção maior de urina, e maior funcionamento do sistema cardiorrespiratório e renal<sup>6</sup>. Com o passar dos meses de gestação, há uma tendência da veia cava inferior e artéria aorta ficarem comprimidas quando há um aumento do peso do feto, e esse fator já merece uma grande atenção para pacientes cardiopatas<sup>7</sup>.

Por meio da avaliação dos sinais vitais a gestante é possível constatar níveis de preocupação, a exemplo de pacientes com inchaço exagerado dos pés e mão podem indicar um estado de pré-eclâmpsia (hipertensão gestacional) ainda de etiologia parcialmente desconhecida, contendo risco de óbito tanto para mãe quanto ao feto<sup>8,9</sup>. O pré-natal odontológico se faz necessário, principalmente em pacientes cardiopatas, pois por meio das consultas que é possível conhecer mais sobre a saúde bucal e suas modificações durante o ciclo gravídico, além de prevenir possíveis complicações à gravida e ao feto, já que há estudos que relacionam problemas periodontais a parto prematuro, recém-nascido com baixo peso, ou até alterações fatais, como o aborto<sup>10,11,12</sup>.

Este trabalho objetivou buscar as principais questões que relacionam a gestação de risco em pacientes cardiopatas com a conduta odontológica, e atenção do cirurgião dentista as modificações que ocorrem nos tecidos bucais e salientar a importância da saúde bucal durante o ciclo gestacional.

## **MATERIAL E MÉTODO**

O presente trabalho consistiu em uma revisão de literatura a fim de coletar informações em livros e artigos em português e inglês, publicados nos últimos 15 anos, que incluem o maior número de arquivos onde se aborda sobre a importância do atendimento odontológico durante o período gestacional, com atenção voltada as pacientes gestantes com alguma cardiopatia. Foram utilizadas as bases de dados PubMed, Scielo e o Google Acadêmico com as palavras-chave: Cuidado pré-natal, gestantes, odontologia.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

### **Sistema cardiovascular e suas implicações durante a gravidez**

As alterações cardiovasculares na gravidez incluem aumentos no débito cardíaco, volume plasmático e frequência cardíaca. Um sopro de ejeção sistólico benigno, causado pelo aumento do fluxo sanguíneo através das válvulas pulmonar e aórtica, ocorre em 96% das mulheres grávidas, mas nenhum tratamento é necessário. Além disso, em decorrência da instabilidade vasomotora, as gestantes são suscetíveis à hipotensão postural. Conseqüentemente, as mudanças na posição da cadeira odontológica de reclinada para vertical devem ser realizadas muito lentamente<sup>13,14</sup>.

À medida que o útero aumenta de tamanho, causa pressão na veia cava e na aorta, o que pode resultar em diminuição do débito cardíaco, retorno venoso e fluxo sanguíneo uteroplacentário. A compressão da veia cava inferior, que ocorre especificamente na posição supina, leva à síndrome hipotensiva supina, caracterizada por sintomas e sinais como tontura, fraqueza, sudorese, inquietação, zumbido, palidez, diminuição da pressão arterial, síncope e, em casos graves, inconsciência e convulsões<sup>15</sup>.

Os pacientes que apresentam essa síndrome geralmente estão cientes de sua ocorrência e podem alertar seus cuidadores se começarem a perceber sintomas em desenvolvimento. A condição pode ser corrigida fazendo o paciente rolar para o lado esquerdo e colocando um travesseiro ou toalhas enroladas para eleve o quadril e a nádega

direitos em cerca de 15°. Esta manobra levanta o útero da veia cava e restabelece a permeabilidade aortocava<sup>14,16</sup>.

### **Alterações Orofaciais Durante o Ciclo Gestacional**

As alterações orais incluem gengivite, hiperplasia, granuloma piogênico e mudanças na salivação, um aumento da pigmentação facial também é visto<sup>1</sup>.

O estrogênio circulante elevado, que causa aumento da permeabilidade capilar, predispõe a gestante a gengivite e hiperplasia. A gravidez não causa doença periodontal, mas piora um problema já existente. Ocorre aumento da angiogênese, também a produção de hormônios associados à irritação gengival por fatores como placa bacteriana<sup>1,5</sup>.

A gengivite gravídica aparece geralmente no primeiro trimestre da gravidez. Esta forma de gengivite resulta do aumento dos níveis de progesterona e estrogênio causando uma reação inflamatória gengival exagerada a irritantes locais. As papilas interproximais tornam-se vermelhas, edematosas e sensíveis à palpação, e sangram facilmente se submetido a trauma<sup>7,8,14</sup>. O bebê prematuro de baixo peso relatados com doença periodontal parece ser um fator de risco independente e tal causalidade é diminuída por uma boa higiene oral e tratamento periodontal, caso necessite<sup>2,3</sup>.

Acredita-se na ocorrência do granuloma piogênico em 1%-5% dos pacientes, que ocorre durante o primeiro e o segundo trimestres e pode regredir após o nascimento da criança. O troco na composição inclui uma diminuição de sódio e pH, e um aumento de potássio, proteína e níveis de estrogênio. Devido ao aumento da saliva e o estrogênio, a proliferação e descamação do às células da mucosa oral proporcionam um ambiente adequado para o crescimento bacteriano que predispõe a grávida à cárie dentária<sup>6,14</sup>.

Lesões pequenas respondem bem ao desbridamento local, lavagens com clorexidina e medidas de higiene bucal aprimoradas, mas lesões grandes requerem excisão profunda. Como o sangramento intraoperatório pode ser difícil de controlar, essa cirurgia deve ser realizada por médicos com treinamento e experiência necessários<sup>7</sup>.

A mobilidade dentária é um sinal de doença periodontal causada por alterações minerais na lâmina dura e distúrbios nas inserções do ligamento periodontal. A deficiência de vitamina C contribui para este problema, por isso o paciente deve ser avisado em conformidade. A remoção de irritantes gengivais locais, doses terapêuticas de vitamina C e entrega geralmente resulta na reversão da mobilidade dentária<sup>14</sup>.

Uma infecção odontogênica deve ser tratada prontamente a qualquer momento durante gravidez. Embora as pacientes grávidas geralmente não sejam imunocomprometidas, o sistema imunológico materno sistema fica suprimido em resposta ao feto. Como tal, há é uma diminuição na imunidade mediada por células e na atividade das células natural killer. Assim, as infecções odontogênicas têm potencial para se desenvolver rapidamente em infecções do espaço profundo e para comprometer a orofaringe via aérea<sup>5</sup>.

Os abscessos devem ser drenados e a polpa agressora extirpada ou o dente removido para controlar a infecção<sup>10</sup>. O obstetra deve ser informado sobre o estado da paciente e o curso planejado de e justificativa para o tratamento discutido. O uso prolongado de analgésicos em vez do tratamento definitivo é inadequado. O paciente não deve esperar até depois do parto antes do tratamento ser fornecido<sup>10</sup>.

### **Tratamento Odontológico Durante a Gravidez**

Essas pacientes têm uma maior consciência e sensibilidade para sabor, cheiro e temperatura ambiente. Desagradáveis sabores e odores podem causar náuseas graves ou até mesmo engasgos e vômitos, e o superaquecimento pode levar ao desmaio. Conscientização e preocupação reconhecidas por parte da equipe odontológica e controle do ambiente do consultório para o na medida do possível, contribuirá para o conforto dos pacientes e sensação de bem-estar<sup>2</sup>.

A hipoglicemia pode causar desmaios; isto pode ser prevenido recomendando que o paciente coma um lanche contendo proteínas e carboidratos complexos antes da nomeação. Os pacientes devem estar bem hidratados, e a duração do tempo de tratamento na cadeira deve ser tão curto possível<sup>1</sup>.

Preservar e promover a saúde bucal; remoção de cárie, restauração, polimento são recomendados em qualquer fase da gravidez. No entanto, é estritamente aconselhável realizar certos procedimentos (ou seja, restaurações de rotina, terapia endodôntica e extrações eletivas) após a organogênese fetal (ou seja, no segundo e terceiro trimestre). Extensos e prolongados procedimentos odontológicos devem ser adiados até depois do parto. Todas as modalidades de tratamento devem se concentrar na prevenção de doenças, monitoramento regular e gestão de doença<sup>1</sup>.

Ao realizar procedimentos, é de grande importância para certificar-se de que as pacientes grávidas estão sentadas a posição correta e segura. Isso ajuda a evitar qualquer complicação, como síndrome hipotensiva, em especial para pacientes cardiopatas. Por exemplo, se uma mulher grávida estiver sentada posição supina, há grandes chances de progressão para hipoxemia média e gradiente de oxigênio arterial anormal. Da mesma forma, existe o risco de compressão da veia cava e aorta devido ao útero gravídico que pode levar a hipotensão<sup>2,9,10</sup>.

Portanto, é importante que o dentista responsável faz com que ela sente na posição correta; ou seja, sentado com ela quadril direito elevado 10-12 cm para que a pressão na veia cava é reduzida ou colocando o paciente em uma inclinação de 5 a 15% no seu lado esquerdo. Caso a hipotensão não seja aliviada, o paciente deve ser solicitado a adquirir uma posição lateral esquerda completa. No entanto, estas modificações são recomendadas mais durante o terceiro trimestre<sup>9</sup>.

### **Anestésicos Locais e Sedação Mínima para Grávidas**

Os anestésicos locais são relativamente seguros quando administrados adequadamente e nas quantidades corretas. A lidocaína e a prilocaína são drogas da categoria B, enquanto a mepivacaína, articaína e bupivacaína estão na categoria C. Epinefrina também é um medicamento da categoria C. Este medicamento foi estudado em quantidades de até 0,1 mg adicionados a anestésicos locais usado para anestesia epidural (administrado para dor e alívio durante o trabalho de parto); nenhum efeito colateral incomum ou complicações foram relatados neste contexto<sup>2</sup>.

No decorrer administração de um anestésico local com epinefrina, uma injeção intravascular pode, pelo menos teoricamente, causar insuficiência do fluxo sanguíneo uteroplacentário. No entanto, para uma paciente grávida saudável, a epinefrina 1:100.000 concentração utilizada em odontologia, administrada por técnica de aspiração e limitada à dose mínima necessária, é seguro<sup>2</sup>.

Os barbitúricos e benzodiazepínicos são da categoria D medicamentos e devem ser evitados durante a gravidez. Os benzodiazepínicos têm sido implicados no desenvolvimento da fissura labiopalatina. O óxido nitroso não é classificado no sistema de classificação da FDA, e seu uso durante a odontologia tratamento ainda é controverso<sup>13,15</sup>.

Os resultados de uma pesquisa de mais de 50.000 dentistas e higienistas dentais, que sugeriu que a exposição prolongada ao óxido nítrico pode estar associada a problemas reprodutivos, como aborto espontâneo e defeitos congênitos, foram chamados de em questão por causa de preconceitos inerentes percebidos do design de estudo. No entanto, o óxido nítrico é conhecido por afetar metabolismo da vitamina B12, tornando a enzima metionina sintase inativa na via metabólica do folato. Como a metionina sintase é vital para a produção de DNA, é melhor evitar o uso de óxido nítrico em no primeiro trimestre da gravidez, quando a organogênese é ocorrendo<sup>14</sup>.

A maior preocupação com a segurança do paciente durante a administração de analgesia com óxido nítrico é o potencial de hipóxia. O uso de máquinas anestésicas modernas, equipadas com sistemas à prova de falhas e à prova de fluxo, diminui muito o potencial de hipóxia. Se o óxido nítrico for necessário para o conforto do paciente, a técnica de analgesia deve ser discutida com o paciente e o obstetra para certifique-se de que a gravidez está progredindo normalmente. Após o primeiro trimestre de gravidez, a administração de óxido nítrico em curto prazo (para facilitar a apreensão durante a administração de um anestésico local), com uma concentração mínima de 50% de oxigênio, deve ser segura<sup>16</sup>.

### **Farmacologia no Período Gestacional**

A gravidez é uma fase com alto volume de distribuição de medicamentos, declínio na concentração plasmática máxima, menor meia-vida plasmática, aumento da lipossolubilidade e taxa de depuração. Tal dinâmica contribui para um fácil acesso a medicamentos sem limites através da placenta comprometendo assim a saúde do feto. Além disso, esses medicamentos podem resultar em baixo peso ao nascer, teratogenicidade e outros efeitos adversos que levam ao aborto. Portanto, nesta fase, o uso de drogas não é recomendado, especialmente durante as primeiras 13 semanas, ou seja, o primeiro trimestre<sup>13,14</sup>.

Devido ao potencial efeito adverso das drogas e por uma abordagem mais segura, os medicamentos foram categorizados com base no risco e perigos para o feto, pela Food and Drug Administration (FDA), os EUA classificaram os medicamentos com base em seu potencial fatores de risco durante a gravidez<sup>12</sup>.



Os analgésicos são usados por um curto ou limitado período para tratar, curar e minimizar o incômodo da dor. O paracetamol é o analgésico mais comum e seguro usado na gravidez e é categorizado no grupo B pela classificação da FDA. O efeito colateral mais relatado do paracetamol é a hepatotoxicidade<sup>4</sup>. Devido à sua disponibilidade em diferentes formulações, aconselha-se que uma mulher grávida não deve exceder mais de 4 gramas por dia<sup>10,11</sup>.

Outros fármacos, como o ibuprofeno, são classificados na categoria B no primeiro e segundo trimestres, mas muda para categoria D no terceiro trimestre, pois o medicamento está associado a líquido amniótico inferior, fechamento prematuro da válvula cardíaca e limites da abertura vaginal durante o trabalho de parto<sup>13,16</sup>.

A maioria dos antibióticos permitida pelo dentista pertence à categoria B da classificação FDA, com isenção de gentamicina e doxiciclina, ambos os quais se enquadram na classe D. A gentamicina é relatada como causadora de toxicidade fetal, enquanto a doxiciclina e seus derivados causam manchas de tetraciclina nos dentes e tem um efeito hostil efeito no desenvolvimento dos ossos. A classe de metronidazol listada no grupo B é proibida de ser usada no primeiro trimestre como droga tem efeitos teratogênicos. Sendo assim, o antibiótico de eleição durante a gestação é a amoxicilina, ou clindamicina em casos alérgicos a amoxicilina<sup>6,9</sup>.

### **Fármacos Cardiovasculares na Gestação**

Os agentes de ação central (metildopa, clonidina) estimulam  $\alpha$ 2-adrenoceptores e/ou receptores de imadazolina em neurônios adrenérgicos situados na medula ventrolateral levando a uma redução no fluxo simpático. Tal como acontece com alguns vasodilatadores, a retenção de sal e água pode ocorrer durante doses crescentes e uso prolongado de drogas desta classe e isso tende a atenuar seus efeitos hipotensores, necessitando da adição de diuréticos para restaurar o controle da pressão arterial<sup>17</sup>.

Os antagonistas seletivos dos receptores adrenérgicos pós-sinápticos  $\alpha$ 1 (doxazosina, terazosina, prazosina) causam vasodilatação bloqueando a ligação da norepinefrina aos receptores do músculo liso, enquanto produzem taquicardia direta mínima ou estimulação da liberação de renina<sup>11</sup>.

A terapia medicamentosa para baixar a pressão arterial na gravidez deve ser usada principalmente para a segurança materna devido à falta de dados para apoiar uma melhora

no resultado fetal. A terapia medicamentosa geralmente é indicada se as pressões arteriais excederem 150 a 160 mmHg sistólica ou 100 a 110 mmHg diastólica ou na presença de lesão de órgão-alvo<sup>11,17</sup>.

Várias classes de medicamentos demonstraram eficácia, bem como segurança materna e fetal no tratamento da hipertensão na gravidez, com dados gerais insuficientes do primeiro trimestre. A metildopa continua sendo a primeira droga de escolha no tratamento da hipertensão crônica<sup>11,17</sup>.

Antagonistas de  $\beta$ -adrenoceptores, especialmente aqueles com propriedades vasodilatadoras (labetalol, pindolol), estão gradualmente se tornando uma terapia padrão. Os inibidores da ECA (enzima conversora de angiotensina) e inibidores diretos da renina não devem ser usados na gravidez ou em mulheres que planejam engravidar<sup>11,12,17</sup>.

A terapia diurética é inadequada na pré-eclâmpsia porque o volume plasmático é reduzido. Na hipertensão grave não controlada, labetalol intravenoso ou nifedipina oral podem ser usados. Devido aos efeitos adversos perinatais excessivos, a hidralazina intravenosa é usada com menos frequência<sup>17</sup>.

Durante a lactação não foram relatados efeitos adversos da exposição à metildopa ou hidralazina. Entre os antagonistas dos receptores  $\beta$ -adrenérgicos, propranolol e labetalol são os preferidos. Diuréticos podem suprimir a lactação e devem ser usados com cautela<sup>11,12</sup>.

## DISCUSSÃO

A discussão dos dados obtidos por meio da revisão literária deste estudo apresenta algumas limitações devido à falta de variados estudos que abordam com mais detalhes e descrição os cuidados odontológicos a gestantes com cardiopatias.

A gravidez tem influência direta sob a condição de saúde bucal da gestante, pois, segundo Moimaz et al.<sup>3</sup> (2017), características como o nível socioeconômico mostram que as consequências da má qualidade de vida e da baixa escolaridade influenciaram diretamente na adesão e prática de ações educativas em saúde bucal, bem como na busca por informações a respeito do pré-natal odontológico.

Pacientes gestantes cardiopatas, a exemplo da hipertensão arterial, possuem 4,9 vezes maior suscetibilidade a desenvolver problemas periodontais, em relação às pacientes gestantes sem nenhuma alteração sistêmica. Apesar de não ter muitos estudos a respeito, é

importante relatar essa hipótese. Ainda segundo Echeverria<sup>2</sup> (2016), a hipertensão durante a gestação é considerada um fator determinante na mortalidade materna.

O número de gestantes que procuram os serviços de atendimento odontológico é baixo, fator que comprova a dificuldade do acesso aos tratamentos de ordem bucal durante o ciclo gravídico<sup>9</sup>. Codata et al.<sup>6</sup> (2011), afirmam que a escassez de arquivos literários sobre tratamento odontológico em gestantes não embasa com riqueza de informações adequadamente o cirurgião dentista para correta assistência às gestantes.

Botelho et al.<sup>1</sup> (2019) e Sanchez et al.<sup>17</sup> (2017), defendem em seus trabalhos a tese de que a doença periodontal é caracterizada por uma infecção intensidade reduzida, comparada a outras infecções bucais, que se perpetua por longos períodos (processo inflamatório crônico), e esta pode promover um intenso infiltrado inflamatório e severa degradação tecidual, que mesmo na presença de um pequeno foco infeccioso de ordem periodontal, pode acarretar a uma associação significativa com parto prematuro e baixo peso do feto no momento de seu nascimento.

Diante dos fatos, há uma associação entre a doença periodontal e resultados adversos da gravidez, como trabalho de parto prematuro e baixo peso ao nascer, mas outros estudos mostraram nenhuma relação entre doença periodontal e gravidez desfechos. Enquanto a pesquisa continua na fisiopatologia de uma relação de causa e efeito entre resultados de saúde e gravidez, é prudente manter a sistema periodontal da paciente grávida como livre de doença que possível<sup>7,8</sup>.

Sendo assim, é notório a importância da atenção odontológica durante os meses de gestação, principalmente as ações educativas e informativas. Sendo assim, o pré-natal odontológico deveria ser iniciado durante o programa de planejamento familiar, e perpetuado durante a gestação e pós-parto, para uma efetiva higiene bucal e, por consequência, a manutenção dela, sem trazer riscos para o feto ou para a mãe<sup>16</sup>.

## CONCLUSÃO

A gravidez não deve ser considerada uma razão absoluta para adiar os cuidados dentários necessários. A higiene bucal durante a gestação é muito importante e envolve a contribuição da própria paciente, do dentista e do médico. Pacientes grávidas devem ser educadas durante as consultas odontológicas sobre a importância de manter uma boa

higiene bucal, bem como sobre as alterações esperadas na cavidade oral durante a gestação, principalmente em casos de pacientes gestantes com algum tipo de cardiopatia.

Considerando o melhor nível de atendimento da paciente, o encaminhamento e a consulta ao ginecologista ou médico do paciente devem ser considerados. As terapias medicamentosas devem ser limitadas e realizadas com cuidado, com atenção aos fármacos usados em cardiopatas. É melhor evitar radiografias e cirurgias eletivas. Pacientes do sexo feminino em idade fértil ou mulheres grávidas devem ser rastreadas para cáries e doenças bucais para tratamento oportuno.

## REFERÊNCIAS<sup>1</sup>

1. Botelho DLL, Lima VGA, Barros MMA, Almeida JRS. Odontologia e gestação: a importância do pré-natal odontológico. 2019;18(2):69-77.
2. Echeverria S. Tratamento odontológico para gestantes. 2º ed. São Paulo: Santos, 2016.
3. Moimaz SAS, Rós DT, Saliba TA, Garbin CAS. Aspectos da saúde geral e bucal de gestantes de alto risco: revisão da literatura. J Health Sci Inst. 2017; 35(3): 223-30
4. Cabral MCB, Santos TS, Moreira TP. Percepção das gestantes do Programa de Saúde da Família em relação à saúde bucal no município de Ribeirópolis, Sergipe, Brasil. Rev Port Saúde Pública. 2013;31(2):173-80.
5. Kloetzel MK, Huebner CE, Milorom P. Referrals for dental care during pregnancy. J Midwifery Womens Health. 2011; 56(2):110-7.
6. Codata LAB, Nakama L, Cordoni Júnior L, Higasi MS. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. Ciênc Saúde Colet. 2011;16(4):2297- 301.
7. Oliveira EC, Lopes JO, Santos PCF. Atendimento odontológico a gestantes: a importância do conhecimento da saúde bucal. Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde. 2014; 4(1):11-23
8. Mascarenhas VI, Vilarinho LAL, Moura LFAD, Moura MS, Ferro LB. Correlação entre saúde periodontal e idade gestacional. Rev Odontol UNESP. 2012; 1(2): 34-5.
9. Pires BT, Alves CC, Oliveira EN, Teixeira MA. Grupo de gestante: relato de experiência. 2015.

<sup>1</sup>De acordo com as normas de Trabalho de Conclusão de Curso da FACIT, baseada nas normas Vancouver. Disponível em: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

10. Canepelle TMF, Yamamoto EC, Sousa AC. Conhecimento do cirurgião-dentista sobre o atendimento a pacientes especiais: hipertensos diabéticos e gestantes. *Rev Odontologia*. 2011;1:31- 41.
11. Oliveira MHN, Costa MENC, Toscano PRP, Tedoldi LC. Fármacos cardiovasculares na gestação e amamentação. *Arq Bras Cardiol*. 2009; 93(1): 120-26
12. Ghanem FA, Movahed A. Use of Antihypertensive Drugs during Pregnancy and Lactation. *Cardiovascular Therapeutics*. 2008; 26: 38–49
13. Passarelli FR, Neves ILI, Neves RS, Avila WS. Cardiopatas e período gestacional: aspectos de interesse ao cirurgião dentista. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2005; 15(6): 1-6
14. Nassem M, Khurshid Z, Khan HA, Niazi F, Zohaib S, Zafar MS. Oral health challenges in pregnant women: Recommendations for dental care professionals. *The Saudi for Dental Research*. 2016; 7: 138-46
15. Giglio JA, Lanni SM, Laskin DM, Giglio NW. Oral health care the pregnant patient. *JCDA*. 2009; 75(1): 43-48
16. Kurien S, Kattimani V S, Sriram R, Sriram S K, Prabhakar Rao V K, Bhupathi A, Bodduru R, Patil N N. Management of Pregnant Patient in Dentistry. *J Int Oral Health* 2013; 5(1):88-97.
17. Sanchez P, Everett B, Salamonson Y, Ajwani S, Bhole S, Bishop J, et al. Oral health and cardiovascular care: Perceptions of people with cardiovascular disease. *PLoS ONE*. 2017; 12 (7): 1-17.