




Universidade Norte do Paraná

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
MESTRADO EM ODONTOLOGIA**

PATRÍCIA DA SILVA LOPES NAVARRO



**CONHECIMENTOS E ATITUDES DE CIRURGIÕES-DENTISTAS DE
LONDRINA – PARANÁ EM RELAÇÃO AOS FATORES DE RISCO NO
ATENDIMENTO A GESTANTES**

UNOPAR

Londrina

2006

PATRÍCIA DA SILVA LOPES NAVARRO

**CONHECIMENTOS E ATITUDES DE CIRURGIÕES-DENTISTAS DE
LONDRINA – PARANÁ EM RELAÇÃO AOS FATORES DE RISCO NO
ATENDIMENTO A GESTANTES**

Dissertação apresentada à Universidade Norte do Paraná como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientadora:
Profa. Dra. Karen Barros Parron Fernandes

Londrina
2006

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

**Dados Internacionais de catalogação-na-publicação
Universidade Norte do Paraná
Biblioteca Central
Setor de Tratamento da Informação**

N242c Navarro, Patrícia da Silva Lopes.
Conhecimento e atitudes de cirurgiões-dentistas de Londrina-Paraná em relação aos fatores de risco no atendimento a gestantes / Patrícia da Silva Lopes Navarro. Londrina : [s.n], 2006.
xiv; 123 p.

Dissertação (Mestrado). Odontologia. Dentística Preventiva
Universidade Norte do Paraná.

Orientadora: Prof^a Dr^a Karen Barros Parron Fernandes

1- Odontologia - dissertação de mestrado – UNOPAR 2- Dentística preventiva 3- Saúde bucal 4- Gestação 5- Prescrição de medicamentos 6- Fatores de risco 7- Assistência odontológica I- Fernandes, Karen Barros Parron, orient. II-Universidade Norte do Paraná.

CDU 616.314-089.27/.28

PATRÍCIA DA SILVA LOPES NAVARRO

**CONHECIMENTOS E ATITUDES DE CIRURGIÕES-DENTISTAS DE
LONDRINA – PARANÁ EM RELAÇÃO AOS FATORES DE RISCO NO
ATENDIMENTO A GESTANTES**

Dissertação apresentada à Universidade Norte
do Paraná como parte integrante dos requisitos
para obtenção do título de Mestre em
Odontologia

BANCA EXAMINADORA

1) Prof. Dr. Rodrigo Fiaccadori Tavares

2) Profa. Dra. Rosani Aparecida Alves R. de Souza

3) Profa. Dra. Karen Barros P. Fernandes

Londrina, 28 de abril de 2006.

DEDICO

A Deus, nosso Criador, que me permitiu a realização deste sonho dando-me sabedoria e carregando-me nos braços nos momentos difíceis;

Ao meu querido filhinho Guilherme, razão da minha vida, que sempre respondeu a minha ausência quando da realização deste trabalho com um lindo sorriso, lembrando-me sempre do privilégio e alegria de viver;

Ao meu pai, Elmar Lopes, exemplo de retidão de caráter, que sempre me incentivou e depositou sua confiança em mim mesmo que silenciosamente. Obrigada por ter me dado, desde pequena, todas as condições para que eu chegasse até este momento, abrindo mão, muitas vezes, dos seus próprios sonhos;

A minha querida mãe Valdesita, por sua presença constante ao meu lado pessoalmente ou através de orações, torcendo por mim. Obrigada, pelo entusiasmo e doce dedicação que sempre me incentivaram na busca da minha felicidade;

Ao Hélio, meu amor, que tanto me incentivou na busca deste título, transmitindo alegria nos momentos difíceis, coragem e otimismo nas horas de desânimo. Obrigada pela compreensão em momentos de ausência e companherismo durante toda esta trajetória que me levou realização deste sonho;

Aos meus irmãos Douglas e Júnior que estão sempre torcendo por mim.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a Dr^a Karen Parron Fernandes que, mais do que orientadora deste projeto, tornou-se uma grande amiga. Obrigada por sua dedicação incondicional, pelo seu profissionalismo, pelo amor e carinho dedicados a este trabalho, por me levar pelas mãos em muitos momentos e, ao mesmo tempo, ter a capacidade de me ouvir respeitando sempre as minhas limitações como aluna e direitos como ser humano;

A Prof^a Linda Wang, por sua ajuda sempre disponível, incentivo constante, seu profissionalismo exemplar e principalmente por sua amizade;

Ao Prof. Leonardo Sturion pela acessoria nos cálculos estatísticos, sua disponibilidade e bom humor nos momentos difíceis;

Aos professores do Mestrado em Odontologia da UNOPAR pela dedicação, incentivo, verdadeiro amor em ensinar. Acima de tudo, obrigada pela amizade conquistada;

Aos queridos colegas do curso de Mestrado pela amizade e incentivo durante estes dois anos. Especialmente à Fabiana Jandre Melo pelo apoio e companheirismo dentro e fora das salas de aula;

Aos amigos Emily, Arthur, Lidiane e Paulo pela compreensão e incentivo dedicados, sem os quais não haveria tranquilidade para a realização deste trabalho;

À Luana Kemmer Chimentão, aluna da iniciação científica da UNOPAR, pela dedicação e seriedade dedicados à coleta de dados desta pesquisa garantindo a veracidade deste trabalho;

Aos cirurgiões-dentistas de cidade de Londrina que prontamente responderam ao questionário tornando possível a realização deste projeto;

À Universidade Norte do Paraná, UNOPAR, representada pelo chanceler, Sr. Marco Antônio Laffranchi e pela reitora, Prof^a Elisabeth Bueno Laffranchi;

À Pró- Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação , representada pelo Prof. Dr. Aloísio José Antunes;

Ao Prof. Ruy Moreira da Costa diretor do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde;

À Coordenadoria do Curso de Odontologia, representada pelos Profs. Drs. Luiz Reynaldo de Figueiredo Walter e Fernão Hélio Campos Leite Júnior;

Ao Prof. Hélio Hiroshi Suguimoto, coordenador de Pesquisa da UNOPAR, pelos esclarecimentos e atenção dispensados;

*“A ignorância afirma ou nega veementemente;
a ciência duvida”.*

Voltaire

NAVARRO, P. da S.L. **Conhecimentos e atitudes de cirurgiões-dentistas de Londrina – Paraná em relação aos fatores de risco no atendimento a gestantes.** Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Norte do Paraná, Londrina, 2006, 123 p.

RESUMO

O período gestacional desencadeia mudanças físicas e psicológicas que predis põem alterações envolvendo todo o organismo da mulher, inclusive na cavidade bucal. O estudo de natureza transversal descritiva e quantitativa teve como objetivo identificar conhecimentos e atitudes de cirurgiões-dentistas de Londrina-PR relacionados a fatores de risco no atendimento a gestantes. Para tanto, foram distribuídos questionários estruturados a 250 cirurgiões-dentistas de Londrina. Dos 183 questionários respondidos, observou-se que a maioria dos profissionais orienta as gestantes a respeito da higiene bucal do bebê e não indica flúor pré-natal. Por outro lado, os profissionais realizam tratamentos eletivos e emergenciais em qualquer período gestacional. Ainda, grande parte dos profissionais realiza procedimentos odontológicos em gestantes, com exceção de cirurgias periodontais. Além disso, a maioria dos profissionais não realiza radiografias odontológicas em gestantes e desconhecem a inter-relação entre a doença periodontal e parto prematuro. Em relação à prescrição medicamentosa, o Paracetamol foi indicado como analgésico e antiinflamatório de primeira escolha para gestantes. Ainda, as Penicilinas e os Macrolídeos são os antibióticos mais indicados. Por outro lado, a maioria dos profissionais não indica os ansiolíticos para gestantes. O estudo enfatiza que grande parte dos profissionais administra a Lidocaína associada a vasoconstritores. Finalmente, a maioria dos profissionais afirma ter recebido informações e realizar rotineiramente procedimentos curativos em gestantes. Além disso, a maioria também relata segurança no atendimento a gestantes. Finalmente, a maioria dos entrevistados consulta os ginecologistas-obstetras antes da realização de procedimentos invasivos. Conclui-se que, entre os grupos analisados, os especialistas e os profissionais formados até 10 anos apresentaram respostas mais adequadas à literatura científica odontológica.

Palavras-chave: Odontologia. Saúde Bucal. Prescrição de medicamentos. Doença periodontal. Assistência odontológica. Gestação.

NAVARRO, P. da S.L. **Knowledges and attitudes of dentists from Londrina-Paraná among risk factors to pregnant's dental assistance.** Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Norte do Paraná, Londrina, 2006, 123 p.

ABSTRACT

Pregnancy evokes physical and psychological changes involving the whole organism, including the oral cavity. This descriptive cross-sectional study was performed to identify the knowledge and attitudes of dentists from Londrina –PR related to the risk factors to pregnant dental assistance. Therefore, 250 questionnaires were delivered for dentists from Londrina. From 183 valid questionnaires, it was observed that most of professionals give information to their pregnant patients about the baby's oral health and they don't recommend prenatal fluoride. Moreover, the interviewed professionals perform routine as well as emergencial procedures at any period of pregnancy. Moreover, most professionals apply curative treatments, except periodontal surgery, they don't recommend intra-oral radiographs and they also don't know the relationship between periodontal disease and preterm labor. The Acetaminophen was indicated as analgesic and anti-inflammatory first choice drug for pregnant. Moreover, Penicilins and Macrolides are the most indicated antimicrobial medicines. Otherwise, most professionals don't prescribe sedatives to pregnant. This research shows that an important part of the interviewed professionals uses Lidocaine associated with a vasoconstrictor. Most dentists affirms receiving informations about pregnancy and performe curative procedures on pregnant frequently. Otherwise, most of them feel secure in dental assistance during pregnancy. Finally, most interviewed professionals seek for the gynecologists advice before invasive dental procedures. In conclusion, specialists and recent graduated professionals (graduation time less than 10 years) exhibit the most correct responses according to literature reports.

Key-words: Dentistry. Oral health. Therapeutics. Periodontal disease. Dental treatment.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao tempo de formação quanto às orientações sobre a higiene oral do bebê	57
Tabela 1B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao grau de especialização quanto às orientações sobre a higiene oral do bebê.....	57
Tabela 2A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao tempo de formação quanto à indicação de flúor pré-natal.....	58
Tabela 2B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação à especialização quanto à indicação de flúor pré-natal.....	58
Tabela 3A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao tempo de formação quanto à realização de tratamentos emergenciais em gestantes.....	59
Tabela 3B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação à especialização quanto à realização de tratamentos emergenciais em gestantes	59
Tabela 4A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao tempo de formação quanto à realização de tratamentos eletivos em gestantes.....	60

Tabela 4B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação à especialização quanto à realização de tratamentos eletivos em gestantes.....	60
Tabela 5A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao tempo de formação quanto à realização de restaurações em gestantes.....	63
Tabela 5B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação à especialização quanto à realização de restaurações em gestantes.....	63
Tabela 6A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao tempo de formação quanto à realização de endodontias em gestantes.....	64
Tabela 6B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação à especialização quanto à realização de endodontias em gestantes.....	64
Tabela 7A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao tempo de formação quanto à realização de reabilitações oclusais em gestantes.....	65
Tabela 7B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação à especialização quanto à realização de reabilitações oclusais em gestantes.....	65
Tabela 8A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao tempo de formação quanto à realização de cirurgias periodontais em gestantes.....	66
Tabela 8B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação à especialização quanto à realização de reabilitações oclusais em gestantes	66

Tabela 9A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao tempo de formação quanto à realização de exodontias em gestantes 67

Tabela 9B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação à especialização quanto à realização de exodontias em gestantes..... 67

Tabela 10A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao tempo de formação quanto à indicação de radiografias odontológicas para gestantes..... 71

Tabela 10B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação à especialização quanto à indicação de radiografias odontológicas para gestantes..... 71

Tabela 11A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao tempo de formação quanto ao tratamento da gengivite em gestantes..... 72

Tabela 11B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação à especialização quanto ao tratamento da gengivite em gestantes.....72

Tabela 12A - distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao tempo de formação quanto ao conhecimento da interrelação entre doença periodontal e parto prematuro.....73

Tabela 12B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao grau de especialização quanto ao conhecimento da interrelação entre doença periodontal e parto prematuro.....	73
Tabela 13A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao tempo de formação quanto a indicação de analgésicos em gestantes.....	81
Tabela 13B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação à especialização quanto a indicação de analgésicos para gestantes.....	81
Tabela 14A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao tempo de formação quanto a indicação de antiinflamatórios para gestantes.....	82
Tabela 14B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao tempo de formação quanto a indicação de antiinflamatórios para gestantes.....	82
Tabela 15A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao tempo de formação quanto a indicação de antibióticos para gestantes.....	83
Tabela 15B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação a especialização quanto a indicação de antibióticos para gestantes.....	83
Tabela 16A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação a tempo de formação quanto a indicação de ansiolíticos para gestantes.....	84
Tabela 16B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação a especialização quanto a	

indicação de ansiolíticos para gestantes.....	84
Tabela 17A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao tempo de formação quanto a escolha dos anestésicos locais para gestantes.....	85
Tabela 17B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao grau de especialização quanto a escolha dos anestésicos locais para gestantes.....	85
Tabela 18A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao tempo de formação quanto a utilização de vasoconstrictores associados aos anestésicos locais para gestantes.....	86
Tabela 18B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao grau de especialização quanto a utilização de vasoconstrictores associados aos anestésicos locais para gestantes.....	86
Tabela 19A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao tempo de formação quanto a informações recebidas sobre o atendimento a gestantes.....	90
Tabela 19B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação a especialização quanto informações recebidas sobre o atendimento a gestantes.....	90
Tabela 20A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao tempo de formação em relação à realização de procedimentos curativos em gestantes.....	91

Tabela 20B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas quanto ao grau de especialização em relação à realização de procedimentos curativos em gestantes.....91

Tabela 21A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas quanto ao tempo de formação em relação à segurança no atendimento a gestantes92

Tabela 21B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas quanto ao grau de especialização em relação à segurança no atendimento a gestantes.....92

Tabela 22A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao tempo de formação quanto a consulta aos ginecologistas-obstetras antes do atendimento a gestantes..... 93

Tabela 22B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação a especialização quanto a consulta aos ginecologistas-obstetras antes do atendimento a gestantes..... 93

LISTA DE ABREVIATURAS

AAS – Ácido Acetil Salicílico

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AINES – Antiinflamatórios não esteroidais

CNEN – Comissão Nacional de Energia Nuclear

COX₂ - Ciclo oxigenase 2

EUA – Estados Unidos da América

FDA – Food and Drug Administration

FDI - Federação Dentária Internacional

ICPR – International Commission on Radiological Protection

mg - miligramas

mg/dl - miligramas por decilitro

mGy – miliGray (medida dose absorvida)

mSv – miliSievert (medida de dose equivalente)

NCRP – National Council of Radiologic Protection

n.s.- não significante

OMS - Organização Mundial da Saúde

p - índice de significância

rad(s) – radiation absorbed dose

Rem – Roentgen equivalent men (medida para dose equivalente)

RX – raio X

UBS- Unidade Básica de Saúde

UFC/ml- unidade formadora de colônia por mililitro

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	18
2. REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1. Alterações Sistêmicas na gravidez.....	20
2.2. Alterações na cavidade bucal durante a gestação.....	22
2.3. Atendimento Odontológico durante a Gestação	26
2.3.1.Período de atendimento.....	26
2.3.2. Radiografias Odontológicas.....	27
2.4. Prescrição de Flúor Pré-natal	29
2.5. Prescrição medicamentosa às gestantes	32
2.5.1. <i>Analgésicos</i>	33
2.5.2. <i>Antiinflamatórios</i>	34
2.5.3. <i>Antibióticos</i>	36
2.5.4. <i>Ansiolíticos</i>	38
2.6. Anestesia local em gestantes	38
2.7. A importância do tratamento odontológicos em gestantes.....	41
2.7.1. Implicações da doença periodontal em gestantes	41
2.7.2. A importância da mãe na promoção de saúde bucal do filho	43
2.7.3. A Transdisciplinariedade no acompanhamento odontológico pré-natal	46
3. PROPOSIÇÃO	49
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	50
4.1. <i>População de Estudo</i>	50
4.2. <i>Coleta de dados</i>	50
4.3. <i>Interpretação e análise estatística dos dados</i>	51
4.4. <i>Procedimentos éticos</i>	52
5. RESULTADOS	53
5.1. Área de atuação dos profissionais.....	53

5.2. Orientações sobre higiene oral do bebê	53
5.3. Flúor Pré-natal	54
5.4. Realização de tratamentos emergenciais em gestantes	54
5.5. Realização de tratamentos eletivos em gestantes	55
5.6. Realização de procedimentos odontológicos em gestantes	61
5.7. Realização de radiografias odontológicas em gestantes	68
5.8. Doença periodontal	68
5.9. Prescrição Medicamentosa	74
5.10. Anestésicos locais	79
5.11. Informações sobre o atendimento a gestantes	87
5.12. Realização de procedimentos curativos em gestantes	87
5.13. Segurança no atendimento a gestante.....	88
5.14. Consulta ao ginecologista-obstetra	88
6.DISSCUSSÃO.....	94
7. CONCLUSÕES	108
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
9. REFERÊNCIAS	111
10. APÊNDICES	119
10.1. Carta de Informação e Termo de consentimento livre e esclarecido	119
10.1. Questionário	120
11. ANEXOS	123
11.1. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UNOPAR.....	123

1. INTRODUÇÃO

O período gestacional desencadeia mudanças físicas e psicológicas que predisõem alterações envolvendo todo o organismo da mulher (TARTASIANO e ROLLINGS, 1993). Dentre as alterações sistêmicas, observam-se modificações no sistema cardiovascular, alterações respiratórias, redução na motilidade gástrica e aumento na taxa de filtração glomerular renal. Além disso, diversas mudanças na cavidade bucal, tais como: aumento da incidência de cárie dental, erosões dentais, gengivite e granuloma gravídico podem também ser observadas em gestantes (GANJEDRA e KUMAR, 2004; FERREIRA, 1997; CHIDO e ROSEINSTEIN, 1985).

Ainda, há relatos de que gestantes com doença periodontal apresentam maior risco de pré-eclâmpsia, parto prematuro e nascimento de bebês de baixo peso (BOGGESS, 2003; JEFFCOAT, 2001; OFFENBACHER *et al.*, 1998). Além disso, a saliva de gestantes com atividade de cárie pode atuar como uma fonte de transmissão de bactérias cariogênicas para o bebê, comprometendo a saúde bucal da criança nos primeiros anos de vida (KOHLEER e ANDREEN, 1994; TAMTSOURS *et al.*, 1986).

As gestantes constituem grupo estratégico, que necessita de programa de atenção odontológica, devido às características biopsiocossociais inerentes e ao papel por elas desempenhado na promoção de saúde de seus filhos (SCAVUZZI e ROCHA, 1999).

O acompanhamento da mulher na gravidez, no âmbito da Odontologia, tem como objetivo manter ou resgatar a saúde bucal por meio de medidas preventivas e promocionais. É importante também formular e implementar práticas de Educação em Saúde na tentativa de sensibilizar e motivar as gestantes para melhor cuidarem da sua saúde e também da saúde de seus futuros filhos. Nesse período, as

gestantes são receptivas às mudanças e ávidas por conhecimento que assegurem o bem-estar do seu bebê (KONISHI e KONISHI, 2002).

Contudo, as gestantes ainda receiam submeter-se ao atendimento odontológico (MENINO, 1995; COZZUPOLI, 1981) e desconhecem os riscos e implicações desta atitude. Por outro lado, muitos cirurgiões-dentistas restringem o atendimento às pacientes gestantes (COZZUPOLI, 1981), em decorrência da insegurança quanto às ações a serem executadas e dúvidas acerca da prescrição medicamentosa para estas pacientes (TIRELLI *et al.*, 2003; HAAS *et al.*, 2000; MOORE, 1998). Por outro lado, muitos profissionais recorrem a ginecologistas-obstetras, visando transmitir a responsabilidade do tratamento. Entretanto, relatos mostram que muitos ginecologistas-obstetras não recebem, durante a sua formação acadêmica, informações sobre saúde bucal (MENOLI e FROSSARD, 1997).

Desta forma, a verificação do conhecimento e atitudes dos cirurgiões-dentistas a respeito do atendimento odontológico a gestantes constitui etapa fundamental para a elaboração de programas de capacitação profissional, a fim de subsidiar uma reorganização da atenção odontológica pré-natal, para que o profissional de odontologia, integrado com os demais membros da equipe de saúde, possa intervir de forma positiva nos processos educativo, preventivo e curativo, minimizando os efeitos negativos que as doenças de origem bucal possam causar nas gestantes e nos seus respectivos filhos.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Alterações sistêmicas na gravidez

O período gestacional desencadeia mudanças físicas e psicológicas que predispoem alterações envolvendo todo o organismo, inclusive a cavidade bucal. Estas transformações podem gerar medo, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente curiosidade em saber o que acontece no interior do seu corpo (ALVES, 2004; SCHIRMER, 2000).

Dentre as alterações sistêmicas, observam-se mudanças no sistema cardiovascular, com o aumento da frequência cardíaca na ordem de 10 batimentos por minuto a partir da 14ª semana a 30ª semana de gestação (ANDRADE, 2006). A pressão sangüínea mantém-se estável até a 30ª semana quando se observa uma pequena queda da pressão diastólica e elevação discreta da sistólica. Ainda, pode ser observado um aumento significativo do volume sangüíneo, em torno de 30% (FERREIRA, 1997), o qual visa proteger a mãe e o feto contra os efeitos prejudiciais do comprometimento do retorno venoso nas posições de decúbito dorsal e ortostática, assim como proteger a mãe dos efeitos adversos da perda sangüínea que ocorre por ocasião do parto (SILVA, 2002). A hipertensão arterial é a primeira causa de mortalidade e morbidade maternal. Em gestantes, a hipertensão pode se apresentar de duas formas distintas: a hipertensão crônica, caracterizada pela presença de hipertensão arterial antes da gestação e a hipertensão gestacional denominada pré-eclâmpsia e eclâmpsia que ocorrem geralmente a partir da 20ª semana de gestação (LEE *et al.*, 1999).

O sistema respiratório também se encontra alterado durante o período gestacional. Geralmente, é observado um aumento da capacidade respiratória vital,

com o aumento do consumo de oxigênio e aumento da frequência cardíaca (ANDRADE, 2006). Ainda, pode ser observada, a partir do 5º mês de gestação, a Síndrome da Hipotensão em Decúbito Dorsal ou Síndrome da Hipotensão Arterial em aproximadamente 10% das gestantes em decorrência de reduções no débito cardíaco ocasionado pela compressão do útero sobre a veia cava e a aorta (HILGERS *et al*, 2003; SILVA, 2002; TARTASIANO e ROLLINGS, 1993).

Observam-se também mudanças no sistema endócrino como o aumento da exigência de insulina mediante à fadiga do metabolismo de carboidratos. Desta forma, um *Diabetes mellitus* subclínico assintomático pode se manifestar como diabete clínico durante a gravidez (ANDRADE, 2006). Embora a concentração total de cálcio esteja reduzida na gravidez, existe um novo ponto de ajuste entre o cálcio e o hormônio paratireoideano, que resulta em hipertireoidismo fisiológico provavelmente a fim de fornecer cálcio ao feto. A gestante retém aproximadamente 30 gramas de cálcio durante a gravidez e a maior parte será depositada no feto no final da gestação. Além disso, há aumento na absorção de cálcio pelo intestino e retenção progressiva durante a gravidez (SILVA, 2002). Ainda, em relação às alterações endócrinas, podem ocorrer enjôos matutinos, os quais estão relacionados com o aumento da gonadotrofina coriônica durante o primeiro trimestre (LEE *et al.*, 1999).

Os mecanismos fibrinolíticos e de coagulação sanguínea ficam bastante alterados durante a gravidez, sendo estas alterações controle das duas complicações mais graves da gestação: a hemorragia e o tromboembolismo, ambos causados por problemas no mecanismo de homeostase (SILVA, 2002). As modificações no sistema de coagulação sangüínea incluem aumento principalmente do Fatores I (fibrinogênio) e do Fator VIII (globulina anti-hemofílica), além do

aumento dos Fatores VII, IX, X, XII, embora em menor extensão. O fibrinogênio pode atingir o dobro da concentração até o final da gravidez (cerca de 400 a 600 mg/dL) quando comparado à mulher não grávida (300 mg/dL) pelo estímulo do estrogênio (SILVA, 2002). Por outro lado, o Fator II (protrombina) não se altera e os Fatores XI e XIII são reduzidos à metade até o final da gestação.

Durante a gravidez, ocorre também diminuição da motilidade gástrica, devido ao aumento do nível de progesterona que atua fisiologicamente, diminuindo o esvaziamento gástrico (LEE *et al*, 1999).

O sistema renal também se encontra alterado durante o período gestacional, com o aumento da filtração glomerular em 50% (BALLIGAN e HALE, 1993) podendo resultar em uma concentração sérica mais baixa das drogas administradas (KORZEINIOWSKI, 1995).

2.2. Alterações na cavidade bucal durante a gestação

Durante o período gestacional, pode ser observado um aumento de cárie dental nas gestantes, não em decorrência das alterações sistêmicas que ocorrem na gestação, mas provavelmente por alterações no padrão de dieta alimentar e de higiene oral (GAJENDRA e KUMAR, 2004), associada a uma redução na capacidade tampão da saliva (FERREIRA, 1997). Esses fatores podem predispor a gestante a um maior risco e/ou atividade de cárie. Ainda, pode também ser evidenciado um aumento na incidência de erosões dentárias, em decorrência de episódios de náuseas e vômitos durante o primeiro trimestre (FITZSIMONS e *tal.*,1998).

A gengivite gravídica se apresenta como uma forma aguda de inflamação gengival que afeta as gestantes. Esta se caracteriza por aumento de vascularização,

edema com superfície lisa e brilhante e aumento de sangramento gengival (BARAK *et al.*, 2003; SILVEIRA *et al.*, 2000), acometendo aproximadamente 30% a 75% das gestantes. Os casos relatados podem variar desde uma hiperplasia assintomática a dor e sangramentos gengivais severos (BARAK *et al.*, 2003). Silveira *et al.* (2000) observou que aproximadamente cinquenta por cento das gestantes que realizavam pré-natais na Maternidade Santa Mônica na cidade de Maceió, no estado de Alagoas, apresentaram alterações periodontais como: sangramento, inchaço, vermelhidão separadamente ou em conjunto. Histologicamente, a gengivite se caracteriza por aumento na permeabilidade vascular, com liberação de fluido exsudativo e infiltração de células inflamatórias, principalmente linfócitos, macrófagos e neutrófilos no tecido conjuntivo gengival, na área em contato com o dente (KINANE e LINDHE, 1997).

A gengivite é causada por um fator local determinante que é a placa bacteriana (WHITAKER *et al.*, 1994), porém fatores sistêmicos podem agravar ainda mais esta condição (BARAK *et al.*, 2003; SILVEIRA *et al.*, 2000). De acordo com Silveira *et al.* (2000), a presença da gengivite pré-existente é fundamental para a exacerbação do processo inflamatório durante a gravidez.

Durante o período gestacional, observa-se aumento do nível de placa bacteriana e de cálculo dental. Ainda, pode ser também observado um aumento significativo na razão de bactérias anaeróbias para aeróbias entre a 13^a e 16^a semanas (KOMMAN e LOESCHE, 1980). Além disso, as hiperatividades da gengiva e da gengivite ocorrem mais freqüentemente em mulheres grávidas em relação às não grávidas com mesma quantidade de placa bacteriana (BARAK *et al.*, 2003).

Este fenômeno pode ser atribuído às alterações imunes e hormonais que ocorrem durante a gestação. Nesse sentido, ocorrem alterações no sistema

imunológico (BARAK *et al.*, 2003), tais como: aumento dos hormônios T₃,T₄ no sangue periférico e no tecido gengival, decréscimo da quimiotaxia de neutrófilos e depressão da atividade imunológica mediada por células e da fagocitose (RABER-DURLACHER *et al.*, 1993). Um decréscimo *in vitro* dos linfócitos na corrente sanguínea periférica a vários antígenos bacterianos (BRABIN, 1985) e a diminuição em número absoluto de células positivas CD₄ no sangue periférico também têm sido observados.

A concentração de hormônios sexuais durante a gravidez pode desempenhar um importante papel na patogenicidade da gengivite gravídica (BARAK *et al.*, 2003). Silveira *et al.* (2000) enfatizam que, mesmo quando há normalidade gengival, o período gestacional induz ao aumento da profundidade do sulco do fluido gengival e da mobilidade dentária. Mudanças hormonais e vasculares durante o período podem exagerar a resposta da gengiva à placa bacteriana de uma condição já existente, porém estudos mostram que a gengivite durante a gravidez é resultado do aumento dos níveis de hormônios sexuais (GAJENDRA e KUMAR, 2004). O início da gengivite gravídica no segundo mês de gestação coincide com o aumento dos níveis de progesterona e estrógeno e diminui durante o oitavo mês, sugerindo possível relação entre o quadro inflamatório e a alteração hormonal (GAJENDRA e KUMAR, 2004). Ainda, receptores para estrógeno e progesterona têm sido identificados em tecido gengival (VITTEK, 1982), sugerindo que este tecido possa ser um alvo para ação destes hormônios. Nesse sentido, é importante ressaltar que altos níveis de progesterona e estradiol podem afetar o desenvolvimento da inflamação local pelo estímulo da síntese de prostaglandinas, que são mediadores de resposta inflamatória, principalmente prostaglandina E₂. Os níveis de progesterona circulante elevam-se principalmente no segundo trimestre e atuam na microcirculação

gengival, promovendo a dilatação dos capilares gengivais e o aumento da permeabilidade capilar e exsudação. Além disso, a progesterona pode ainda afetar a integridade das células endoteliais capilares, por influenciar a síntese de prostaglandinas pela gengiva (GAJENDRA e KUMAR, 2004). Ainda, a progesterona diminui a concentração do inibidor do ativador de plasminogênio tipo 2 (PAI-2), um importante inibidor de proteólise tecidual (KINNBY et al., 1996), altera o padrão de concentração do colágeno, além de promover a diminuição da produção de glicosaminoglicanas que, juntamente com o colágeno, são os principais constituintes da matriz gengival (BARAK *et al.*, 2003). Em contrapartida, o estrógeno tem função anabólica e de síntese de matriz (SOORY, 2000). O estrógeno pode ainda regular a proliferação, diferenciação e queratinização das células (BARAK *et al.*, 2003).

Os hormônios circulantes da gravidez são também responsáveis pelo estímulo ao crescimento de algumas bactérias associadas à inflamação gengival inclusive espécies bacterioides (NEWMAN, 1984) e a *Prevotella intermedia* (MURAMATSU, 1994). Nesse contexto, mesmo na ausência de inflamação gengival, altas taxas de *P. Intermedia* têm sido encontradas em usuárias de contraceptivos orais e mulheres no segundo trimestre gestacional, situações associadas à altas taxas de progesterona circulante (GAJENDRA e KUMAR, 2004). Portanto, a gravidez por si só não provoca alteração gengival. Torna-se necessária a presença de fatores locais que, juntamente com fatores sistêmicos, poderão desencadear as lesões (SILVEIRA *et al.*, 2000).

2.3. Atendimento odontológico a gestantes

2.3.1. Período de atendimento

Postergar o tratamento até o pós-parto é inadmissível, especialmente diante

das evidências científicas como a da transmissibilidade da cárie, onde a redução dos níveis de microrganismos cariogênicos da mãe reduzem a possibilidade de cárie precoce no bebê. Outras evidências comprovam a relação entre doença periodontal e parto prematuro e nascimento de bebês de baixo peso. As afecções gengivais como fatores de riscos parecem ser tão importantes como o tabaco e o abuso do álcool.

Embora não existam evidências que descrevam quais os procedimentos que podem ser realizados em gestantes durante cada trimestre (GAJENDRA e KUMAR, 2004), o período ideal para tratamento clínico parece ser o segundo trimestre.

O trabalho de conscientização da gestante sobre a saúde bucal deve destacar as interrelações da saúde bucal da mãe com a saúde bucal do futuro bebê. Idealmente, uma mulher que planeja engravidar, deve consultar o dentista antes de tornar-se grávida para a realização do tratamento necessário (FITZSIMONS *et al.*, 1998). Caso isso não seja possível, a gestante deve ir ao dentista no 1º trimestre para avaliação da saúde bucal e consulta preventiva (FITZSIMONS *et al.*, 1998). A primeira consulta da gestante ao consultório odontológico deve abordar questões como planejamento do tratamento, maneiras de reverter o alto/médio risco para baixo risco, atendimento odontológico na gestação, importância dos hábitos de higiene bucal e alimentação, formação de dentição decídua e permanente do feto, desenvolvimento do paladar do feto a partir da 14ª semana, influência das alterações de saúde da mãe no desenvolvimento do feto, além de orientações a respeito de aleitamento natural e artificial (FERREIRA, 1997).

O tratamento dentário pode ser seguramente realizado em qualquer período gestacional, desde que seja feita uma anamnese completa da paciente (SCAVUZZI e ROCHA, 1999). Contudo, tratamentos eletivos devem ser evitados no primeiro

trimestre devido à vulnerabilidade do feto à teratogênese durante o período da organogênese (MILLS e MOSES, 2002). Além disso, estatísticas mostram que a cada cinco abortos espontâneos, um ocorre durante o primeiro trimestre (LEE *et al.*, 1999). Ainda, os tratamentos eletivos devem ser evitados no terceiro trimestre por risco de parto prematuro e Síndrome da Hipotensão (MILLS e MOSES, 2002). Desta forma, tratamentos dentais eletivos deveriam ser realizados preferencialmente no segundo trimestre gestacional em benefício do feto e conforto à mãe (WASYLKO *et al.*, 1998).

Os tratamentos de urgência devem ser realizados em qualquer período gestacional, em decorrência da dor que leva a liberação de catecolaminas das supra-renais e possível disseminação do quadro infeccioso quando presente (ANDRADE, 2006).

Qualquer procedimento odontológico pode ser realizado durante a gravidez. No entanto, é preferível escolher o segundo trimestre para a intervenção odontológica, pois este é o período de maior estabilidade gestacional. Entretanto é sensato não realizar nenhum procedimento extenso durante as primeiras semanas ou nas últimas duas semanas de gravidez (KONISHI, 1995). De acordo com Barak *et al.* (2003), o segundo trimestre é o mais seguro para a realização do tratamento dental e o tratamento emergencial pode ser realizado em qualquer estágio gestacional.

2.3.2. Radiografias

A radiografia periapical na odontologia se apresenta como um importante exame complementar para a verificação do diagnóstico e orientação terapêutica no tratamento do paciente. No entanto, a utilização de radiografias durante o período

gestacional tem ocasionado muitas controvérsias na classe odontológica, uma vez que existem dúvidas a respeito dos possíveis danos que este exame possa causar ao feto.

O feto é mais suscetível à radiação entre as 2^a e 6^a semanas de gestação no período de organogênese (WASYLKO *et al.*, 1998), além disso é no primeiro trimestre que ocorrem cerca de 50% do total de abortos espontâneos (ANDRADE, 2006). Desta forma, as tomadas radiográficas devem ser evitadas durante o 1^o trimestre (BARAK *et al.*, 2003; SILVA, 2002).

Desde que o efeito biológico causado pela radiação ionizante depende não somente da dose absorvida expressa em Gray (Gy) ou Rad, mas também do tipo da radiação; a quantidade dosimétrica usada em proteção radiológica é a grandeza dose equivalente, expressa em Sievert (Sv) ou Rem e que para raios X, 1mSv (0,1 Rem) é igual a 1mGy (0,1 Rad).

A dose de radiação que entra na pele do paciente com a tomada de uma radiografia periapical é de 3,5 mSv (SILVA, 2002) , porém a dose de radiação absorvida que chega ao feto após uma tomada radiográfica de crânio é de 0,01 mGy ou dose eqüivalente de 0,01mSv (BRENT *et al.*, 2006) .O risco para um feto que recebeu 50 mGy de radiação é considerado desprezível quando comparado a outros riscos da gravidez, segundo o National Council of Radiologic Protection (NCRP) dos EUA. Contudo, uma dose de 100 mGy leva risco a apenas um para cada cem fetos e para isso são necessárias seis tomografias computadorizadas pélvicas envolvendo o útero, ou 30 radiografias do estômago ou ainda 15 mil radiografias do tórax (SILVA, 2002; WASYLKO *et al.*, 1998).

O dentista deve moralmente prover proteção radiológica à paciente gestante evitando radiografias desnecessárias, protegendo o abdômen com avental de

chumbo, evitando repetições por erro de técnica e ângulos voltados para o abdômem e usando filmes rápidos com pequenos tempos de exposição (SCAVUZZI e ROCHA, 1999). De acordo com Barak *et al.* (2003), quando se usa avental de chumbo, a radiação sobre o feto é virtualmente imensurável.

Deve-se usar avental de chumbo até a região das gônadas com espessura mínima de 0,25 mm e protetor de tireóide. Ainda, é importante a manutenção do aparelho de raios X calibrado com colimação e filtração corretos além da utilização de filmes rápidos (SILVA, 2002). Se estas precauções forem tomadas, radiografias dentárias podem ser realizadas com segurança, mesmo no 3º trimestre de gravidez (SCAVUZZI e ROCHA, 1999).

A literatura atual recomenda que radiografias eletivas devem ser evitadas em gestantes sendo reservadas para diagnóstico e tratamento emergencial (LEE *et al.*, 1999). Além disso, as radiografias devem ser realizadas quando absolutamente indispensável ao plano de tratamento, não devendo preceder um minucioso exame clínico (SILVA, 2002).

2.4. Prescrição de flúor pré-natal

A eficácia do flúor no período pós-natal em relação à redução de cáries mediante o uso de dentifrícios, colutórios e aplicações tópicas de géis está bem documentada na literatura. O flúor administrado no período pós-eruptivo contribui para a promoção da saúde bucal principalmente mediante o mecanismo de incorporação de íons flúor nos cristais de hidroxiapatita, reduzindo a solubilidade do esmalte e prevenindo aparecimento de cáries. Além disso, a administração do flúor facilita a remineralização de lesões cariosas (MURRAY, 1992). Neste contexto, o

flúor sistêmico teria um efeito local ao passar pela cavidade bucal antes de sua ingestão e, após ser absorvido pelo trato gastrointestinal, ao ser secretado na saliva (LOSSO e RAMALHO, 2001).

A utilização do flúor sistêmico na água de abastecimento público é o método de implementação do halogênio mais usado em saúde pública e seu benefício se justifica mediante à exposição freqüente e de baixa concentração do flúor produzindo efeito cariostático (LOSSO e RAMALHO, 2001). Na ausência de flúor na água de abastecimento, pode-se recomendar a suplementação de flúor na forma de medicamentos em crianças acima de seis meses de idade e em adultos (LOSSO e RAMALHO, 2001). Entretanto, nos últimos anos, a suplementação de flúor durante o período gestacional visando uma possível atividade anticariogênica sobre a dentição da criança, tem sido amplamente questionada.

Apesar da placenta permitir a passagem de flúor para a corrente sanguínea do feto (FASSMAN, 1993), o período de maturação pré-eruptiva, no qual há maior absorção de minerais e do flúor pelo esmalte dental, ocorre após o nascimento, exceto para os incisivos anteriores (LOSSO e RAMALHO, 2001).

Durante o estágio de calcificação do esmalte, antes da erupção do dente, uma grande quantidade de flúor é incorporada ao esmalte, embora certa quantidade de flúor ser incorporado no estágio secretório da matriz. A grande quantidade de deposição de flúor ocorre nas camadas mais externas do esmalte que obrigatoriamente se formam nos estágios finais de calcificação. A mineralização da dentição decídua não está suficientemente avançada ao nascimento para permitir que uma significativa quantidade de flúor se acumule na superfície do esmalte, embora as porções incisais dos incisivos decíduos encontrem-se no estágio de calcificação (maturação) da formação do esmalte. Desta forma, a ingestão materna

de flúor não beneficiará a dentição decídua do filho, devido ao incompleto estágio de formação do esmalte ao nascimento (CAMPOS *et al.*, 2000).

Quando o flúor é prescrito na forma associada a minerais e vitaminas ocorre drástica redução da absorção do halogênio. Segundo Campos *et al.* (2000), isto ocorre provavelmente devido a presença de cálcio nas fórmulas farmacêuticas, o qual reage com o flúor formando fluoreto de cálcio que não é absorvido no trato intestinal. Desta forma, tanto o flúor quanto o cálcio teriam sua absorção reduzida nestas condições. Embora a redução na absorção de flúor não seja preocupante em termos de efeito cariostático pré-natal, o mesmo não pode ser verdade em relação ao cálcio, importante tanto para a mãe quanto para o feto, uma vez que o cálcio para o feto é proveniente da dieta da mãe (FERREIRA, 1997).

Ainda, os compostos polivitamínicos comercializados no Brasil apresentam baixos teores de flúor em comparação com o esperado, havendo evidências de que estes valores tenham sido alterados pela presença de vitaminas e sais minerais (LOSSO e RAMALHO, 2001).

Embora o efeito do flúor pré-natal na prevenção de cáries seja praticamente nulo para os bebês, a suplementação com flúor é válida para a promoção de saúde das mães, especialmente em locais onde não existe água fluoretada (LOSSO e RAMALHO, 2001). Nesse contexto, o uso de dentifrícios fluoretados, aplicações tópicas de flúor gel pelos profissionais, bochechos com soluções fluoretadas e utilização de materiais que liberem flúor devem ser indicados para a prevenção e, sobretudo, para o controle da cárie em gestantes (ALVES, 2004).

2.5. Prescrição medicamentosa para gestantes

O risco de injúrias ao feto e más-formações são as primeiras preocupações ao prescrever drogas às pacientes grávidas (LEE *et al.*, 1999). Durante a gestação, assume-se que todas as drogas atravessam a barreira placentária, e portanto afetam o feto (HAAS *et al.*, 2000). Esta transferência do medicamentos ocorre por difusão passiva e quanto mais lipossolúveis, menos ionizadas, com menor peso e tamanho moleculares; maior a capacidade de passagem ao sangue fetal (TIRELLI *et al.*, 2003).

O feto é mais suscetível a possíveis ações teratogênicas das drogas entre o décimo quinto e nonagésimo dias de gestação, período no qual ocorre a organogênese fetal (HAAS *et al.*, 2000). Os medicamentos podem afetar os tecidos maternos com efeitos indiretos sobre o feto ou podem ter um efeito direto sobre as células do embrião resultando em anormalidades específicas. De acordo com Tirelli *et al* (2003), de um a cinco por cento dos casos de más-formações congênicas podem ser desencadeadas por exposição às drogas.

Para determinar os riscos associados com o uso de drogas durante a gestação, a Food and Drug Administration (FDA), agência que regulamenta os medicamentos presentes no mercado norte-americano, classificou os medicamentos segundo o risco de injúria fetal. Desta forma, as drogas foram dispostas em cinco categorias: A, B, C, D, X. As medicações classificadas como A foram estudadas em mulheres e as evidências mostraram nenhum risco ao feto e utilização segura com possibilidade remota de dano fetal. As drogas da categoria B foram analisadas em estudos em animais com resultados negativos para risco fetal, porém não há estudos controlados em mulheres grávidas e assumi-se um leve aumento de risco

ao feto quando utilizadas. As medicações que se enquadram na classificação C apresentaram potenciais efeitos adversos ao feto em estudos com animais e a ocorrência de teratogênese não pode ser descartada portanto, para a sua utilização, os benefícios devem justificar os riscos. A categoria D inclui medicamentos que demonstraram evidências positivas de risco para fetos humanos, mas o benefício de seu uso pode ser aceito em casos de risco de morte para a mãe ou em situações de doenças graves onde drogas mais seguras não poderiam ser utilizadas ou seriam ineficientes. Finalmente, as drogas da categoria X demonstraram anormalidades fetais e evidências de risco fetal baseadas em experiências em seres humanos; os riscos claramente sobrepõem os benefícios portanto, estas drogas não devem ser utilizadas por gestantes (HILGERS *et al.*, 2003; HAAS *et al.*, 2000). As drogas que pertencem à categorias A e B podem ser administradas com segurança em gestantes. Entretanto, somente 20% do total de drogas classificadas pela FDA pertencem a estas cartegorias (HILGERS *et al.*, 2003).

A prescrição medicamentosa deve ser criteriosa durante o período gestacional, devido a diversas alterações fisiológicas que ocorrem no organismo durante a gravidez como aumento da filtração glomerular, decréscimo da motilidade gástrica e aumento do volume sangüíneo (WASYLKO *et al.*, 1998) que afetam os processos farmacocinéticos dos medicamentos e, conseqüentemente, seus efeitos terapêuticos sobre a mãe e o feto, devendo ser utilizados em sua menor dose terapêutica e pelo menor tempo possível (TIRELLI *et al.*, 2003).

2.5.1. *Analgésicos*

O Paracetamol (Acetaminofeno) está classificado na categoria B da FDA e é considerado o analgésico de primeira escolha para gestantes (HAAS *et al.*, 2000),

podendo ser administrado em todos os estágios da gestação e não está associado a más-formações congênicas (WASYLKO *et al.*, 1998).

Os derivados pirazolônicos (Dipirona) independentemente da gestação, estão associados com discrasias sangüíneas (embora pouco prevalentes) como a agranulocitose, distúrbios gastrointestinais e retenção de sódio (TIRELLI *et al.* 2003). De acordo com Andrade (2006), a Dipirona pode ser administrada em gestantes.

Entre os analgésicos de ação central, a Codeína está categorizada como C (FDA) por causar defeitos cardíacos, anormalidades da caixa torácica e da circulação sangüínea, hérnia umbilical, fenda labial e palatina quando utilizada no 1º trimestre (TIRELLI *et al.*, 2003; HAAS *et al.*, 2000). No 3º trimestre ou uso prolongado, pode causar depressão respiratória, bradicardia e hipotermia (TIRELLI *et al.*, 2003), além de estar associada a Síndrome de Abstinência Fetal. Quando utilizada de forma crônica durante a gestação, a Codeína pode levar ao parto prematuro, dependência neonatal e retardo do crescimento fetal. Estudos sugerem que não há associação do uso da Codeína e defeitos congênicos (WASYLKO *et al.*, 1998). Por outro lado, LEE *et al.* (1999) sugerem que os opióides não causam más-formações estando, entretanto, associados a depressão respiratória na mãe e no feto.

2.5.2. *Antiinflamatórios*

Os antiinflamatórios não esteroidais (AINES) são classificados pela FDA como B quando utilizados no primeiro e segundo trimestres da gestação e passam à categoria D no terceiro trimestre (HAAS *et al.*, 2000). Os antiinflamatórios promovem retenção de água e sódio em todos os pacientes podendo, nas gestantes, provocar hipertensão arterial (TIRELLI *et al.*, 2003). Ainda, inibem a síntese de

prostaglandinas na gestante podendo prolongar a gestação e dificultar o parto, uma vez que as prostaglandinas são importantes no desencadeamento das contrações uterinas durante o trabalho de parto (TIRELLI *et al.*, 2003). No feto, a inibição da síntese de prostaglandinas produz o fechamento precoce do ducto arterioso, aumentando a pressão nos pulmões com conseqüente hipertensão pulmonar levando à dificuldade do estabelecimento da circulação pulmonar ao nascer. Observa-se também uma vasoconstrição renal (TIRELLI *et al.*, 2003).

O ácido acetil salicílico (AAS) é um antiinflamatório não esteroideal que pertence à categoria C nos primeiro e segundo trimestres de gestação e D no terceiro trimestre como os demais antiinflamatórios. A ação deste medicamento consiste na diminuição da síntese de prostaglandinas e tromboxanas, predispondo a hemorragia e anemia maternas (WASYLKO *et al.*, 1998), além de complicações de sangramento no recém-nato (GAJENDRA e KUMAR, 2004; HAAS *et al.*, 2000; WASYLKO *et al.*, 1998). Doses de ácido acetil salicílico administradas no terceiro trimestre estão associadas com prolongamento do tempo gestacional e do trabalho de parto (GAJENDRA e KUMAR, 2004), além do fechamento do ducto arterial do feto (HAAS *et al.*, 2000). Ainda, o uso crônico do AAS pode ocasionar, hipertensão pulmonar fetal, anemia e nascimento de bebês de baixo peso (WASYLKO *et al.*, 1998), além de poder alterar os mecanismos de hemostasia do feto e da mãe. Doses altas de ácido acetil salicílico podem levar ao aumento de mortalidade perinatal, retardo do crescimento intrauterino e efeitos teratogênicos (TIRELLI *et al.*, 2003).

O Ibuprofeno está associado com a inibição de síntese de prostaglandinas e pode ocasionar efeitos na circulação fetal (WASYLKO *et al.*, 1998). Além disso, a administração da droga no terceiro trimestre pode provocar efeitos adversos graves

na circulação fetal e neonatal, como a constrição do ducto arterial conduzindo à hipertensão pulmonar persistente associada com o aumento da mortalidade infantil (BALLIGAN e HALE, 1993).

Ainda, outros AINES apresentam os mesmos riscos de utilização e efeitos colaterais, uma vez que apresentam o mesmo mecanismo de ação.

Os corticóides ou antiinflamatórios esteroidais quando administrados nas primeiras semanas de gestação podem causar diabetes, aumento na incidência de fenda labial e palatina e catarata congênita (TIRELLI *et al.*, 2003). Além disso, podem causar alteração da atividade do sistema nervoso central, insuficiência placentária e ainda alterar a excreção fetal de estradiol (TIRELLI *et al.*, 2003).

Os corticóides como a Betametaxona ou Dexametasona podem ser administrados na realização de procedimentos mais invasivos em dose única de 4 miligramas (ANDRADE, 2006).

2.5.3. *Antibióticos*

O uso de antibióticos ou antimicrobianos em gestantes, como em demais pacientes, deve seguir determinados princípios. Os antibióticos não substituem uma adequada drenagem local e seu uso deve ser considerado quando a drenagem for insuficiente com sinais de extensão ou difusão ou, ainda, na presença de febre. Assim como, o uso profilático de antibióticos em casos como endocardite bacteriana deve seguir a recomendação da literatura (HAAS *et al.*, 2000).

Penicilina, Estearato de Eritromicina, Amoxicilina, Clindamicina, Metronidazol e Cefalosporinas são consideradas seguras (categoria B pela FDA) para gestantes (HASS *et al.*, 2000; LEE *et al.*, 1999;).

As Penicilinas constituem a classe de antibióticos mais utilizados para

infecções moderadas a leves em Odontologia, sendo as drogas mais seguras e comumente prescritas para as gestantes (WASYLKO *et al.*, 1998).

Não há estudos que mostrem que a Penicilina seja teratogênica e, além disso, a esta droga tem um custo baixo, que lhe confere mais um motivo para ser o medicamento de primeira escolha para a maioria dos pacientes (WASYLKO *et al.*, 1998). De acordo com o mesmo autor, se observa associação entre a Clindamicina e defeitos congênitos no feto.

Como segunda escolha, tem-se os Macrolídeos. Nesse contexto, o Estearato de Eritromicina deve ser o antibiótico de segunda escolha para os casos de alergia às Penicilinas (LEE *et al.*, 1999). O Estolato de Eritromicina não deve ser utilizado em gestantes uma vez que pode causar hepatite colestática (HAAS *et al.*, 2000; GAJENDRA e KUMAR, 2004).

A Tetraciclina pertence à categoria D e não deve ser administrada durante a gestação por representar risco para a mãe e ao feto, uma vez que pode causar injúria pancreática e hepática à gestante; além disso pode reagir com o cálcio e depositar-se no esqueleto fetal, resultando em depressão do crescimento ósseo (GANJEDRA e KUMAR, 2004). Ainda, o medicamento pode atravessar a placenta e causar má-formações e descoloração de dentes decíduos e permanentes quando administrado nos quarto e quinto meses de gestação por depositar-se no tecido dental durante a calcificação (GAJENDRA e KUMAR, 2004). De acordo com Haas *et al.* (2000), a descoloração dental se manifesta em 50% das crianças que foram expostas ao medicamento depois da 14^a e 16^a semanas de vida intrauterina.

Embora o Metronidazol seja classificado na categoria por B pela FDA, existem controvérsias a respeito da sua utilização em gestantes. Contudo, estudos de metanálises concluíram que a droga não parece estar associada com risco

teratogênico ou carcinogênico (WASYLKO *et al.*, 1998).

As Sulfanamidas causam risco potencial de icterícia no recém-nascido, pois competem com a bilirrubina nas suas ligações com a albumina, não devendo, portanto, ser administradas no terceiro trimestre (SILVA, 2002).

A gravidez por si não é indicação de profilaxia antibiótica para o tratamento dental (BARAK *et al.*, 2003). Entretanto, infecções orais já instaladas têm potencial para desencadear bacteremia ou septicemia, resultando em complicações fetais justificando o tratamento antimicrobiano em pacientes grávidas (LEE *et al.*, 1999).

2.5.5. *Ansiolíticos*

Os benzodiazepínicos como o Diazepam e Lorazepam são categorizados como D pela classificação da FDA. Os efeitos teratogênicos como defeitos cranio-faciais, fenda palatina e anormalidades neurocomportamentais mostram-se controversos na literatura (HAAS *et al.*, 2003) e a classificação atual da FDA não mostra novas informações sobre estas drogas. Porém, os benzodiazepínicos podem causar depressão do sistema nervoso central do feto quando utilizados no final da gestação e dependência no neonato com o uso crônico durante a gravidez (GAJENDRA e KUMAR, 2004; HAAS *et al.*, 2000). Desta forma, os benzodiazepínicos não devem ser selecionados para o controle da ansiedade de gestantes durante o tratamento dentário (HAAS *et al.*, 2000).

2.5. Anestesia local em gestantes

Uma gestante não pode ser tolida do controle apropriado da dor. A eliminação da causa da dor mediante o procedimento dental indicado com o uso do anestésico

local adequado é a melhor alternativa, pois diminui a possível utilização de medicações sistêmicas causada por complicações (HAAS *et al.*, 2000).

Todos os anestésicos locais atravessam a barreira placentária por serem lipossolúveis. Os fatores que determinam a quantidade e velocidade de transferência através da placenta são: o tamanho da molécula e o grau de ligação do anestésico local às proteínas plasmáticas na circulação materna. Quanto maior o grau de ligação do anestésico local às proteínas plasmáticas da mãe, maior será a proteção para o feto, uma vez que se terá menos anestésico na forma livre para transpor a barreira placentária. Uma vez no sangue fetal, a toxicidade do anestésico depende da quantidade da droga livre e velocidade de metabolização. Como o sangue fetal tem menor quantidade de globulinas, a ligação protéica é somente na ordem de 50% apresentando-se, portanto, maior quantidade de anestésico livre na circulação fetal (ANDRADE, 2006). Estudos mostram que as gestantes têm maior sensibilidade ao anestésico local, portanto menores doses são necessárias para causarem efeitos anestésicos. (WASYLKO *et al.*, 1998).

Dentre os principais sais anestésicos (Bupivacaína, Lidocaína, Mepivacaina e Prilocaína), a Prilocaína apresenta o menor peso molecular o que lhe confere maior velocidade de transposição da placenta além de apresentar menor taxa de ligação às proteínas plasmáticas do sangue materno (55%). Embora a Bupivacaína apresente a maior porcentagem de ligação às proteínas plasmáticas do sangue materno (95%) disponibilizando menor quantidade de anestésico na forma livre para o feto, sua longa duração anestésica limita seu uso em gestantes (ANDRADE, 2006). Outro aspecto importante a ser considerado é a metabolização do anestésico local. Anestésicos locais com maior tempo de metabolização permanecem mais tempo na forma ativa na circulação materna e, conseqüentemente, em contato com

o feto. Nesse sentido, é importante ressaltar que a metabolização hepática da Mepivacaína no feto é 2 a 3 vezes mais lenta que a Lidocaína (ANDRADE, 2006).

Em anestesia local, a Lidocaína e Prilocaína são preferidas em relação à Mepivacaína, Bupivacaína ou Procaína (BARAK *et al.*, 2003). Tanto a Lidocaína quanto Prilocaína são considerados anestésicos seguros durante a gestação (GAJENDRA e KUMAR, 2004). A Lidocaína está categorizada como B na classificação da FDA e é o anestésico de 1ª escolha em gestantes, devendo estar associada a uma solução vasoconstrictora desde que limitado a dosagem administrada (ANDRADE, 2006). Ainda, é importante ressaltar que a Lidocaína com vasoconstritor é o anestésico mais utilizado em Odontologia (WASYLKO *et al.*, 1998).

A Prilocaína é categorizada com B pela FDA, porém tem sido evitada na gravidez devido ao risco de metemoglobinemia (WASYLKO *et al.*, 1998; ANDRADE, 2006).

A metemoglobinemia é um distúrbio hematológico no qual uma grande quantidade de hemoglobinas são oxidadas pela ortotoluidina, fruto de metabolização do tolueno da molécula da prilocaína no fígado, transformando-se em metemoglobinas que são incapazes de realizar o transporte de oxigênio ocasionando um quadro semelhante à cianose com ausência de anormalidades cardíacas ou respiratórias e que pode levar à óbito. Além disso, algumas gestantes apresentam anemia agravando o risco de desenvolvimento da metemoglobinemia quando se faz o uso da Prilocaína. Ainda, normalmente a Prilocaína está associada ao vasoconstritor Felipressina que possui semelhança estrutural com a ocitocina, hormônio responsável por contrações uterinas (ANDRADE, 2006).

A Mepivacaína é categorizada como C, assim como a Bupivacaína (dose

máxima 90 mg com vasoconstrictor), por causar efeitos embrionários em coelhos usando-se 5 vezes a dose máxima e por diminuir a sobrevivência dos fetos após a aplicação de 9 vezes da dose máxima (HAAS *et al.*, 2000).

Os vasoconstritores utilizados em anestesia odontológica pertencem à categoria das aminas simpatomiméticas. Dentre estas estão as catecolaminas Adrenalina, Noradrenalina e Levonordefrina e não catecolaminas Fenilefrina e a Felipressina. Embora o vasoconstritor tenha o potencial para comprometer a corrente sanguínea fetal, estudos não mostram efeitos adversos no feto, além disso os vasoconstritores impedem a absorção sistêmica do anestésico local e, portanto, reduzem a sua toxicidade além de prolongarem a duração e efetividade do mesmo (HAAS *et al.*, 2000). Dentre os vasoconstritores, a Adrenalina parece ideal para o uso em gestantes, uma vez que a Fenilefrina apresenta uma menor potência vasoconstritora sendo administrada preferencialmente em casos de crise hipertensiva mais prolongados. A Noradrenalina deve ser evitada quando possível e a Felipressina não deve ser utilizada em gestantes por induzir contrações uterinas (ANDRADE, 2006).

2.6. A importância do tratamento odontológico em gestantes

2.6.1. Implicações da doença periodontal em gestantes

As alterações da cavidade bucal durante a gravidez por si só não desencadeiam periodontites, mas as concentrações hormonais que as gestantes apresentam podem acentuar o quadro clínico da inflamação gengival. As alterações vasculares que os hormônios provocam e a constante presença de placa bacteriana ao redor dos elementos dentários (pelo aumento da frequência de ingestão de

alimentos e higiene oral deficiente), fazem com que as gestantes desenvolvam quadros clínicos odontológicos especiais (CORDEIRO e COSTA, 1999).

Williams e Offenbacher (2000) afirmam que existe uma relação entre infecções periodontais e a ocorrência de trabalho de parto prematuro, ocasionando o nascimento de bebês com menos de 37 semanas e que, freqüentemente, estão abaixo do peso (com menos de 2.500 gramas). Esta intercorrência representa uma das maiores causas de mortalidade infantil e, além disso, muitos destes bebês que sobrevivem poderão apresentar algumas alterações como problemas neurológicos, respiratórios e visuais (WILLIAMS e OFFENBACHER, 2000).

Segundo Offenbacher *et al.* (1996), a doença periodontal grave aumenta em 7,5 vezes a chance de partos prematuros, sendo responsável também por nascimentos de bebês com baixo peso. Ainda, segundo o mesmo autor, infecções periodontais poderiam representar suficiente estímulo para que uma gestante desencadeasse um trabalho de parto prematuro. Quatro microrganismos presentes na placa bacteriana e relacionados à progressão da doença periodontal como *Bacterioides forsythus*, *Porphyromonas gingivalis*, *Actinobacillus actinomycetecomitans* e *Treponema denticola* foram detectados em elevados níveis no sulco gengival de mães de bebês prematuros abaixo do peso (OFFENBACHER *et al.*, 1998).

A relação entre doença periodontal e parto prematuro se justifica com base nos achados que a bacteremia e a endotoxemia que ocorrem durante a doença periodontal estão associados com a geração de mediadores inflamatórios, particularmente mediadores lipídicos como as prostaglandinas que podem estimular o útero de mulheres grávidas, desempenhando um importante papel no trabalho de parto (OFFENBACHER *et al.*, 1996).

Estima-se que 1 em 10 nascimentos resulta em bebês de baixo peso por consequência de parto prematuro ou ruptura prematura de bolsa. Ainda, mais de 60% dos casos de mortalidade de crianças sem defeitos congênitos são atribuídos a bebês de baixo peso (BARAK *et al.*, 2003).

Muitos estudos sugerem que o nascimento de bebês de baixo peso ocorre como resultado indireto da infecção principalmente pelo deslocamento de produtos bacterianos como endotoxinas (lipossacarídeos) e pela ação de mediadores inflamatórios produzidos pela mãe.

2.6.2. A importância da mãe na promoção de saúde bucal do filho

Os *Streptococcus mutans* (*S. mutans*) são geralmente apontados como os principais agentes etiológicos da cárie dental. Os *S. mutans* estão largamente distribuídos não só em populações com alta ou moderada experiência de cárie, mas também em indivíduos que não apresentam lesões cariosas ou com baixa experiência passada de cárie (TORRES *et al.*, 1999). O início das lesões cariosas é precedido pela colonização das superfícies dentárias por *S. mutans* e a colonização ocorre geralmente durante a infância sendo a transmissão para a criança dependente principalmente do nível de infecção das mães (TORRES *et al.*, 1999). A detecção destes microrganismos em contagens altas na saliva materna favorece a transmissão durante a erupção da dentição decídua das crianças, sendo o desenvolvimento das lesões cariosas fortemente dependente do momento em que ocorreu a infecção e a precoce colonização geralmente associada com a maior prevalência de cárie dentária (TORRES *et al.*, 1999). Segundo o autor, o sucesso da implantação de *S. mutans* relaciona-se com o número de dentes irrompidos na cavidade bucal das crianças e com a magnitude do inóculo, tendo observado

infecção nove vezes maior nos casos em que a mãe mostrava níveis superiores a 10^5 UFC/ml quando comparado com as mães com contagem menor ou igual a 10^3 UFC/ml.

Várias espécies de bactérias anaeróbias gram-negativas podem ser detectadas na flora bucal das crianças edêntulas, no entanto, o conhecimento da fonte inicial de infecção é escasso. Sabe-se que há uma possível conexão entre as doenças periodontais e uma rota intrafamiliar de infecção e que vários hábitos rotineiros como falar, provar a comida e beijar promovem contato salivar direto (SCAVUZZI e ROCHA, 1999). Nesse contexto, foi observada correlação positiva entre a concentração da saliva materna e a colonização no filho pela *Prevotella melaninogenica* e correlação concomitante para o *Fusobacterium nucleatum*. Ainda, de acordo Asikainen *et al.* (1997), a colonização bucal pelo *Actinibacillus actinomycetemcomitans* e *Porphyromonas gingivalis* ocorre entre 5 a 7 anos de idade e a transmissão ocorre entre os membros de uma mesma família. Portanto, a saliva materna pode atuar como fonte de transmissão de anaeróbios gram-negativos para a microbiota bucal do filho (SCAVUZZI e ROCHA, 1999).

De acordo com o estudo de TORRES *et al.* (1999) existe uma necessidade premente para o desenvolvimento e implantação de um programa preventivo com informações direcionadas a essas futuras mães sobre o papel das principais bactérias cariogênicas e do seu próprio papel em relação à transmissão de bactérias cariogênicas a seus filhos. Ainda, os autores afirmam que todo este programa pode ser desenvolvido durante a etapa dos exames pré-natais, quando as gestantes poderiam despender maior tempo para a correta adequação de cavidade bucal e desenvolver uma gradual conscientização da importância de manter as boas condições de saúde bucal que possibilitarão protelar ou diminuir a infecção de suas

crianças, reduzindo a experiência de cárie na dentição decídua dos seus filhos.

O acompanhamento da mulher na gravidez, no ponto de vista da odontologia, tem como objetivo manter ou resgatar a saúde bucal por meio de medidas preventivas, curativas e de promoção de saúde proporcionando uma gravidez tranqüila e uma melhor qualidade de vida. Essa atenção permite ainda trabalhar com as gestantes a educação em saúde na tentativa de sensibilizá-las e motivá-las para o auto-cuidado e à atenção da saúde de seus filhos (ALVES, 2004).

Alves (2004), em um estudo com gestantes pacientes da UBS do bairro de Padre Palhano na cidade de Sobral estado do Ceará, revelou que um percentual elevado de gestantes (44,5%) desconhecem que a cárie é uma doença transmissível. Além disso, a autora afirma que esse fato contribui para uma infecção precoce da criança, por falta de informação sobre os cuidados necessários para evitar a transmissão de microrganismos cariogênicos.

Há relatos de que os futuros pais não são informados sobre as práticas dentais. Embora apresentem preocupação com a higienização, muitos pais desconhecem as técnicas de escovação e limpeza apropriadas (FITZSIMONS *et al*, 1998).

A Federação Dentária Internacional (FDI), em 1982, publicou os resultados da Assembléia Mundial de Saúde, realizada pela OMS, 1981, que propôs algumas metas a serem cumpridas até o ano de 2000 que funcionariam como indicadores do estado de saúde bucal de um país. Esta organização sugeriu que nas atividades a serem realizadas para se alcançar estas metas estivessem incluídos programas efetivos de educação para a saúde bucal destinado aos pais (SCAVUZZI e ROCHA,1999).

Há relatos de numerosas atitudes negativas com relação à saúde bucal

como, por exemplo, o fato das gestantes não reconhecerem a necessidade da higiene oral regular para as suas crianças (SCAVUZZI e ROCHA,1999). Deste modo, é evidente a importância da inclusão de um programa de educação para a saúde bucal, durante o período pré-natal, relatando o papel vital primordial que as mães têm na promoção de uma melhor higiene bucal em seus filhos (SCAVUZZI e ROCHA, 1999).

2.6.3. A transdisciplinariedade no acompanhamento odontológico pré-natal

A maior parte das mulheres revela medo ao tratamento odontológico durante a gravidez. A segurança psicológica é um fator importante para eliminar estas crenças arraigadas em cultura antepassada (CORDEIRO e COSTA,1999).

Cozzupoli (1998) em uma pesquisa realizada com 170 gestantes da cidade de São Paulo observou que o medo do tratamento odontológico é manifestado em quase a totalidade das gestantes, sendo o receio de perder o bebê o principal temor descrito por essa população.

Segundo Imparato e Echeverria (2002), a gestante traz consigo um preconceito enorme em relação ao tratamento odontológico mediante o mito de que seus dentes vão “estragar” e sua gengiva sangrar, assim como, os relatos de que os medicamentos usados pelo cirurgião-dentista podem ser deletérios para sua saúde e a do bebê. Segundo os mesmos autores, a causa dessa desinformação pode ser atribuída aos profissionais de saúde que, por muito tempo acreditaram nessas idéias e acabaram por não se preocupar em encaminhar as gestantes para uma avaliação odontológica . Desta forma, a ação conjunta de médicos e cirurgiões-dentistas a respeito da assistência à mulher, certamente ajudaria a vencer estes temores injustificados (CORDEIRO e COSTA, 1999).

SHROUT *et al.* (1992) afirmam que os cirurgiões-dentistas devem conferir com os ginecologistas-obstetras as contra-indicações e precauções quando um procedimento pode resultar em bacteremia. Contudo, Mills e Moses (2002) afirmam que, se possível, consultar o ginecologista-obstetra da paciente antes da prescrição medicamentosa.

Em casos de dúvidas, informações devem ser trocadas com o médico sobre o estado de saúde geral da paciente (SCAVUZZI e ROCHA, 1999), devendo haver uma boa interação entre paciente, dentista e obstetra (SILVA, 2002).

Se uma paciente tem uma gravidez de alto risco, os cuidados com o tempo e freqüência de atendimento e principalmente com a medicação devem ser redobrados. Em situações dessa natureza, deve-se trabalhar de maneira mais integrada com o médico obstetra da paciente, buscando sempre um trabalho em equipe (SILVA, 2002).

Por outro lado, de acordo com LEE *et al.* (1999), o cirurgião-dentista deve prescrever medicamentos às gestantes baseando-se na FDA e deve ter o parecer do obstetra quando existirem dúvidas quanto a teratogenicidade da droga.

No estudo realizado por Alves (2004) com 36 gestantes que estavam em consulta pré-natal na UBS, foi evidenciado que o grupo de gestantes recebeu orientações sobre saúde bucal, tendo sido a Equipe de Saúde Bucal (ESB) a principal divulgadora destas informações. Entretanto, nenhuma das gestantes afirmou ter recebido algum tipo de orientação dos médicos. Estes dados são relevantes, considerando-se que são estes profissionais que estabelecem os primeiros contatos com a gestante no pré-natal e são eles quem mais elas valorizam e respeitam. Nesse contexto, Faria (1996) relata que médicos, enfermeiras e dentistas ainda não se conscientizaram da necessidade de integração

interdisciplinar e enquanto essa parceria não acontecer de forma efetiva, pouco será feito para melhorar a saúde da população.

Petry e Pretto (1997), relatam que a falta de entrosamento da ESB com os médicos ginecologistas e com toda a equipe responsável pelo acompanhamento da gestante no pré-natal compreende, nos dias de hoje, uma falha insustentável, uma vez que a integração da equipe é fundamental para que se consiga realizar um trabalho efetivo de prevenção, cura, promoção de saúde e melhoria da qualidade de vida.

Com base nos estudos apresentados, observa-se que o período gestacional é marcado por uma gama de alterações que, embora sejam fisiológicas, podem modificar a condição de saúde bucal da gestante. Nesta perspectiva, ressaltamos importância da odontologia estar inserida no pré-natal, salientando ainda a necessidade urgente de um trabalho em equipe multi e interdisciplinar.

Nesta perspectiva, para se desenvolver um trabalho dentro do modelo proposto, ou seja, deslocando o foco de atenção centrado na doença para estratégias centradas na promoção de saúde, se faz necessário conhecer a realidade local onde as definições de prioridades devem ser construídas pelos diferentes atores envolvidos na área. Nesse contexto, a verificação do conhecimento e atitudes de cirurgiões-dentistas em relação ao atendimento odontológico a gestantes constitui etapa fundamental nesse processo.

3. PROPOSIÇÃO

Objetivo Geral

O objetivo do presente estudo foi avaliar conhecimentos e atitudes de cirurgiões-dentistas da cidade de Londrina – PR em relação a fatores de risco na assistência odontológica a gestantes.

Objetivos Específicos

- Verificar a conduta de cirurgiões-dentistas em relação a período de atendimento e realização de diferentes procedimentos odontológicos em gestantes;
- Avaliar o conhecimento destes profissionais a respeito da importância do atendimento a gestantes como estratégia para a promoção de saúde dos seus filhos (orientação de higiene bucal para o futuro bebê, prescrição de flúor pré-natal, relação de parto prematuro e doença periodontal);
- Identificar o perfil destes profissionais no que diz respeito à terapêutica medicamentosa , anestesia local para gestantes e indicação de radiografias;
- Avaliar a relação destes profissionais com ginecologistas-obstetras no atendimento a gestantes;
- Verificar se existe relação entre tempo de formação dos profissionais e nível de especialização profissional com os conhecimentos e atitudes destes profissionais no atendimento a gestantes.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Procedimentos éticos

O questionário foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNOPAR (anexo), regulamentado pela Resolução CONSUN 037/2003 e que tem por finalidade avaliar as atividades de pesquisas que envolvem seres humanos, realizadas por alunos, funcionários e professores, sob os aspectos éticos.

Os profissionais entrevistados receberam uma carta de informação, na qual foi evidenciada a importância da atenção odontológica pré-natal, assim como a natureza do trabalho. Ainda, foi também assegurado ao profissional o direito desistir da pesquisa e a desvinculação do termo de consentimento livre e esclarecido do questionário utilizado, garantido o caráter anônimo das respostas.

4.2. População de estudo

Este estudo é do tipo transversal, quantitativo e descritivo, no qual foram entrevistados duzentos e cinquenta cirurgiões-dentistas dos mil cento e vinte profissionais da cidade de Londrina (dados do Conselho Regional de Odontologia). Os profissionais foram aleatoriamente escolhidos, independente do tempo de formação ou especialidade. Foram incluídos na amostra, profissionais atuantes na cidade de Londrina em clínicas particulares, universidades e/ou serviço público.

4.3. Coleta dos dados

Foram analisados cento e oitenta e três questionários (73,2%) do total distribuído a cirurgiões-dentistas de Londrina no período de 2003 a 2005. Os

profissionais entrevistados receberam carta de informação (Apêndice A) e questionário estruturado (Apêndice B), entregues e posteriormente recolhidos pessoalmente pelo pesquisador não havendo, portanto, quaisquer interferências no processo de resposta do profissional ao questionário.

O questionário utilizado foi submetido a 12 profissionais da cidade de Londrina-PR e posteriormente reformulado segundo as principais dúvidas e sugestões apresentadas (pré-teste). O questionário apresentou doze questões objetivas e uma discursiva a respeito do atendimento odontológico à gestante, além de questões a respeito dos dados pessoais do entrevistado (tempo de formação profissional, faculdade/universidade onde cursou a graduação, especialidade, faculdade/universidade/instituição onde cursou a especialização e área de atuação profissional).

O estudo realizado abordou questões referentes ao período de intervenção odontológica durante a gestação considerando variados procedimentos (eletivos, emergenciais e tratamento de gengivite), aos tratamentos curativos que possam ser realizados em gestantes, à prescrição medicamentosa, à indicação de flúor pré-natal, à utilização de radiografias odontológicas e à indicação de anestésicos locais (com ou sem agente vasoconstritor). Além disso, os profissionais foram questionados a respeito do tratamento da doença periodontal e sua correlação com a ocorrência de parto prematuro, em relação a avaliação clínica do granuloma gravídico e ainda, se os cirurgiões-dentistas orientavam suas pacientes gestantes em relação à higiene bucal do bebê. Finalmente, o estudo questionou a respeito da inter-relação entre profissionais da área médica e odontológica durante o acompanhamento pré-natal.

4.4. Interpretação e Análise estatística dos dados

Considerando que os profissionais assinalaram mais de uma alternativa em alguns itens do questionário, os dados foram categorizados de acordo com as respostas obtidas. Além disso, vale a pena ressaltar que algumas respostas foram muito divergentes, impossibilitando a análise dos dados das questões a respeito da terapia periodontal em gestantes e granuloma gravídico.

Os resultados obtidos foram analisados percentualmente pela frequência de respostas (absoluta e relativa) e foram realizadas comparações entre o padrão de resposta dos profissionais entrevistados em relação ao grau de especialização (clínico-geral e especialista) e tempo de formação (até 10 anos, de 11 a 20 anos e acima de 20 anos de formação profissional) aplicando-se o teste *Qui-quadrado*, com nível de significância estabelecido em $p < 0,05$. Para a comparação de variáveis dicotômicas em relação ao tempo de formação profissional, foi aplicado o teste de Tendência, assumindo-se $p < 0,1$. O programa utilizado para a análise estatística dos dados foi o Bioestat versão 3.0.

5. RESULTADOS

5.1. Área de atuação dos profissionais

Do total de profissionais entrevistados, 139 (76,8%) atuavam somente em clínicas privadas, 8 (4,4%) eram docentes e 3 (1,7%) atuavam na Saúde Pública. Ainda, 9 (5%) trabalhavam em clínica privada e saúde pública, 19 (10,5%) eram docentes e atendiam em clínica privada, 3 (1,7%) atuavam em clínica privada, docência e saúde pública e 2 (1,1%) não responderam a esta questão. Do total de 183 profissionais que participaram desta pesquisa, 77 (42,1%) eram formados até 10 anos; 65 (35,5%) entre 11 a 20 anos e 41 (22,4%) a mais de 20 anos. Quanto o grau de especialização, 65 (35,5%) eram clínicos gerais e 118 (64,5%) especialistas.

5.2. Orientações sobre higiene oral do bebê

A questão a respeito de orientações sobre higiene bucal do bebê foi respondida por 181 profissionais. Dos dentistas que tinham menos de 10 anos de formação, 68 (37,3%) orientavam as pacientes gestantes quanto à higiene oral do bebê. A mesma postura foi verificada em 52 (28,7%) profissionais formados no período de 11 a 20 anos e em 30 (16,6%) profissionais formados há mais de 20 anos (Tabela 1A). Dentre estes profissionais, 55 (30,4%) eram clínicos gerais e 95 (52,5%) especialistas (Tabela 1B). Com estes resultados, foi observado que profissionais formados há menos tempo orientavam mais as gestantes quanto à higiene oral do bebê em relação aos demais profissionais (Teste de Tendência, $p < 0,1$), porém não houve diferença estatística quanto ao grau de especialização profissional (teste *Qui Quadrado*, $p > 0,05$).

5.3. Flúor pré-natal

Foi observado que 32 (17,8%) cirurgiões-dentistas (de um total de 180 profissionais) recomendavam o flúor pré-natal para suas pacientes, estando os profissionais assim distribuídos: 14 (7,8%) formados há menos de 10 anos, 6 (3,3%) formados no período de 11 a 20 anos e 12 (6,7%) formados há mais de 20 anos (Tabela 2A). Quanto ao grau de especialização profissional, o mesmo número de especialistas e clínicos gerais (16 profissionais, representando 8,9% do total dos profissionais) prescreviam flúor pré-natal (Tabela 2B). Não foi observada uma relação entre tempo de formação e prescrição de flúor pré-natal (Teste de Tendência, $p > 0.1$). Ainda, também não foi observada diferença estatística entre o grau de especialização profissional e a indicação de flúor pré-natal (Teste *Qui Quadrado*, $p < 0,05$).

5.4. Realização de tratamentos emergenciais em gestantes

Todos os entrevistados (183) responderam esta questão. Deste total, 129 (70,5%) afirmaram realizar tratamentos emergenciais durante todo o período gestacional, sendo: 51 (27,9%) formados há menos de 10 anos, 45 (24,6%) formados no período de 11 a 20 anos e 33 (18%) formados há mais de 20 anos. Dentre estes profissionais, 42 (23%) eram clínicos gerais e 87 (47,5%) especialistas. Ainda, 17 (9,3%) profissionais afirmaram realizar estes procedimentos após o 1º. Trimestre, estando assim distribuídos: 6 (3,3%) formados há menos de 10 anos, 8 (4,4%) formados no período de 11 a 20 anos e 3 (1,6%) formados há mais de 20 anos. Quanto ao grau de especialização deste grupo de dentistas, 6 (3,3%) eram clínicos gerais e 11 (6%) especialistas. Por outro lado, 24 (13,1%) profissionais afirmaram realizar estes procedimentos somente durante o 2º. Trimestre, sendo: 13 (7,1%) formados há menos de 10 anos, 7 (3,8%) formados no período de 11 a 20 anos e 4

(2,2%) profissionais formados há mais de 20 anos. Nesta categoria, 14 (7,7%) eram clínicos gerais e 10 (5,5%) especialistas. Ainda, 13 (7,1%) profissionais responderam não realizar tratamentos emergenciais em gestantes, estando assim distribuídos: 7 (3,8%) formados há menos de 10 anos, 5 (2,7%) formados no período de 11 a 20 anos e 1 (0,5%) profissional formado há mais de 20 anos. Nesta classe, 3 (1,6%) eram clínicos gerais e 10 (5,5%) especialistas. Os dados referentes à conduta dos cirurgiões-dentistas quanto à realização de procedimentos emergenciais em gestantes estão apresentados nas tabelas 3A e 3B. Não houve diferença entre os grupos quanto o tempo de formação e grau de especialização em relação à realização de tratamentos emergenciais em gestantes (Teste *Qui Quadrado*, $p>0.05$).

5.5. Realização de tratamentos eletivos em gestantes

A pergunta a respeito da realização de tratamentos eletivos em gestantes foi respondida por 180 dentistas. Destes, 62 (34,4%) profissionais afirmaram realizar tratamentos eletivos em qualquer período gestacional, sendo 17 (9,4%) formados há menos de 10 anos, 24 (13,3%) formados no período de 11 a 20 anos e 21 (11,7%) formados há mais de 20 anos. Neste grupo, 21 (11,7%) eram clínicos gerais e 41 (22,8%) especialistas. Além disso, 40 (22,2%) profissionais responderam realizar procedimentos eletivos em qualquer período gestacional, estando assim distribuídos: 13 (7,2%) formados há menos de 10 anos, 18 (10%) formados no período de 11 a 20 anos e 9 (5%) formados há mais de 20 anos. Dentre estes profissionais, 13 (7,2%) eram clínicos gerais e 27 (15%) são especialistas. Por outro lado, 56 (31,1%) profissionais afirmaram realizar tratamentos eletivos somente o 2º. Trimestre, estando os profissionais assim distribuídos: 33 (18,3%) formados há menos de 10 anos, 16

(8,9%) formados no período de 11 a 20 anos e 7 (3,9%) formados há mais de 20 anos. Nesta categoria, 26 (14,4%) eram clínicos gerais e 30 (16,7%) especialistas. Ainda, 22 (12,2%) responderam não realizar tratamento eletivos em gestantes, sendo: 13 (7,2%) formados até 10 anos, 6 (3,3%) formados no período de 11 a 20 anos e 3 (1,7%) formados há mais de 20 anos. Além disso, dentre estes profissionais, somente 4 (2,2%) eram clínicos gerais. Os dados referentes à conduta dos cirurgiões-dentistas quanto à realização de procedimentos emergenciais em gestantes estão apresentados nas tabelas 4A e 4B. Foi observada diferença estatística entre os grupos no que diz respeito ao tempo de formação profissional (Teste *Qui* Quadrado, $p < 0,05$), porém não houve diferença estatística quanto ao grau de especialização (Teste *Qui* Quadrado, $p > 0,05$).

Tabela 1A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação ao tempo de formação quanto às orientações sobre a higiene oral do bebê.

Tempo de Formação	Frequência		Total
	Sim	Não	
0 a 10 anos	68 37,6%	9 5,0%	77 42,5%
11 a 20 anos	52 28,7%	13 7,2%	65 35,9%
> 20 anos	30 16,6%	9 5,0%	39 21,5%
Total	150 82,9%	31 17,1%	181 100,0%

$p < 0,1$ (Teste de Tendência)

Tabela 1B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação ao grau de especialização quanto às orientações sobre a higiene oral do bebê.

Especialização	Frequência		Total
	Sim	Não	
Clínicos Gerais	55 30,4%	10 5,5%	65 35,9%
Especialistas	95 52,5%	21 11,6%	116 64,1%
Total	150 82,9%	31 17,1%	181 100,0%

n.s. (Teste *Qui Quadrado*)

Tabela 2A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação ao tempo de formação quanto à indicação de flúor pré-natal.

Tempo de formação	Frequência		Total
	Sim	Não	
0 a 10 anos	14 7,8%	63 35,0%	77 42,8%
11 a 20 anos	6 3,3%	57 31,7%	63 35,0%
> 20 anos	12 6,7%	28 15,6%	40 22,2%
Total	32 17,8%	148 82,2%	180 100,0%

n.s. (Teste de Tendência)

Tabela 2B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação à especialização quanto à indicação de flúor pré-natal.

Especialização	Frequência		Total
	Sim	Não	
Clínicos Gerais	16 8,9%	49 27,2%	65 36,1%
Especialistas	16 8,9%	99 55,0%	115 63,9%
Total	32 17,8%	148 82,2%	180 100,0%

n.s. (Teste Qui Quadrado)

Tabela 3A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação ao tempo de formação quanto à realização de tratamentos emergenciais em gestantes.

Tempo de formação	Frequência				Total
	Qualquer período	Após o 1o. trimestre	Durante o 2o. trimestre	Não realiza	
0 a 10 anos	51 27,9%	6 3,3%	13 7,1%	7 3,8%	77 42,1%
11 a 20 anos	45 24,6%	8 4,4%	7 3,8%	5 2,7%	65 35,5%
> 20 anos	33 18,0%	3 1,6%	4 2,2%	1 ,5%	41 22,4%
Total	129 70,5%	17 9,3%	24 13,1%	13 7,1%	183 100,0%

n.s. (Teste de Tendência)

Tabela 3B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação à especialização quanto à realização de tratamentos emergenciais em gestantes.

Especialização	Frequência				Total
	Qualquer período	Após o 1o. trimestre	Durante o 2o. trimestre	Não realiza	
Clínicos Gerais	42 23,0%	6 3,3%	14 7,7%	3 1,6%	65 35,5%
Especialistas	87 47,5%	11 6,0%	10 5,5%	10 5,5%	118 64,5%
Total	129 70,5%	17 9,3%	24 13,1%	13 7,1%	183 100,0%

n.s. (Teste Qui Quadrado)

Tabela 4A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação ao tempo de formação quanto à realização de tratamentos eletivos em gestantes.

Tempo de formação	Frequência				Total
	Qualquer período	Após o 1o. trimestre	Durante o 2o. trimestre	Não realiza	
0 a 10 anos	17 9,4%	13 7,2%	33 18,3%	13 7,2%	76 42,2%
11 a 20 anos	24 13,3%	18 10,0%	16 8,9%	6 3,3%	64 35,6%
> 20 anos	21 11,7%	9 5,0%	7 3,9%	3 1,7%	40 22,2%
Total	62 34,4%	40 22,2%	56 31,1%	22 12,2%	180 100,0%

$p < 0,05$ (Teste *Qui Quadrado*)

Tabela 4B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação à especialização quanto à realização de tratamentos eletivos em gestantes.

Especialização	Frequência				Total
	Qualquer período	Após o 1o. trimestre	Durante o 2o. trimestre	Não realiza	
Clínicos Gerais	21 11,7%	13 7,2%	26 14,4%	4 2,2%	64 35,6%
Especialistas	41 22,8%	27 15,0%	30 16,7%	18 10,0%	116 64,4%
Total	62 34,4%	40 22,2%	56 31,1%	22 12,2%	180 100,0%

n.s. (Teste *Qui Quadrado*)

5.6. Realização de procedimentos odontológicos em gestantes

A questão sobre a realização de restaurações em gestantes foi respondida por 181 entrevistados sendo que 175 (96,7%) dos profissionais afirmaram realizar restaurações em gestantes, estando os profissionais assim distribuídos: 73 (40,3%) formados até 10 anos, 62 (34,3%) formados no período de 11 a 20 anos e 40 (22,1%) formados há mais de 20 anos (Tabela 5A). Quanto ao grau de especialização deste grupo, 62 (34,3%) eram clínicos gerais e 113 (62,4%) especialistas (Tabela 5B).

A questão a respeito de realização de tratamentos endodônticos foi respondida por 182 entrevistados. Destes, 142 (78%) profissionais responderam realizar tratamentos endodônticos em gestantes, sendo 58 (31,9%) formados há menos de 10 anos, 55 (30,2%) formados no período de 11 a 20 anos e 29 (15,9%) formados há mais de 20 anos (Tabela 6A). Ainda, entre estes profissionais, 95 (47,8%) eram clínicos gerais e 100 (52,2%) especialistas (Tabela 6B).

A reabilitação oclusal foi um assunto respondido por 181 profissionais onde 100 (55,2%) afirmaram realizar este procedimento em gestantes, estando os profissionais assim distribuídos: 47 (26%) formados há menos de 10 anos, 33 (18,2%) formados no período de 11 a 20 anos e 20 (11%) formados há mais de 20 anos (Tabela 7A). Dentre os profissionais deste grupo, 32 (17,7%) eram clínicos gerais e 68 (37,6%) especialistas (Tabela 7B).

A realização de cirurgias periodontais foi assunto respondido por 179 profissionais. Destes, 70 (39,1%) afirmaram aceitar sua realização em gestantes, estando os profissionais assim distribuídos: 29 (16,2%) formados há menos de 10 anos, 25 (14%) formados no período de 11 a 20 anos e 16 (8,9%) formados há mais de 20 anos (Tabela 8A). Dentre estes profissionais, 19 (10,6%) eram clínicos gerais e 51 (44,7%) especialistas (Tabela 8B).

Não foi observada relação entre tempo de formação e realização de restaurações, endodontias, reabilitações oclusais ou cirurgias periodontais em gestantes (Teste de Tendência, $p > 0.1$). Ainda, não houve diferença estatística quanto ao grau de especialização e a realização destes procedimentos em gestantes (Teste *Qui Quadrado*, $p > 0,05$).

As questões a respeito de realização de exodontias em gestantes foram respondidas por 182 entrevistados, sendo que 139 (76,4%) profissionais afirmaram realizar exodontias, estando os profissionais assim distribuídos: 52 (28,6%) formados no período até 10 anos, 56 (30,8%) formados no período de 11 a 20 anos e 31 (17%) formados há mais de 20 anos (Tabela 9A). Dentre estes profissionais, 41 (22,5%) eram clínicos gerais 98 (53,8%) especialistas (Tabela 9B). Foi observado que profissionais formados há mais tempo, responderam que realizavam mais exodontias que os demais (Teste de Tendência, $p < 0.1$), assim como os especialistas comparados aos clínicos gerais (Teste *Qui Quadrado*, $p < 0,05$).

Tabela 5A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação ao tempo de formação quanto à realização de restaurações em gestantes.

Tempo de formação	Frequência		Total
	Sim	Não	
0 a 10 anos	73 40,3%	4 2,2%	77 42,5%
11 a 20 anos	62 34,3%	2 1,1%	64 35,4%
> 20 anos	40 22,1%		40 22,1%
Total	175 96,7%	6 3,3%	181 100,0%

n.s. (Teste de Tendência)

Tabela 5B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação ao grau de especialização quanto à realização de restaurações em gestantes.

Especialização	Frequência		Total
	Sim	Não	
Clínicos Gerais	62 34,3%	3 1,7%	65 35,9%
Especialistas	113 62,4%	3 1,7%	116 64,1%
Total	175 96,7%	6 3,3%	181 100,0%

n.s. (Teste de Tendência)

Tabela 6A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação ao tempo de formação quanto à realização de endodontias em gestantes.

Tempo de formação	Frequência		Total
	Sim	Não	
0 a 10 anos	58 31,9%	19 10,4%	77 42,3%
11 a 20 anos	55 30,2%	10 5,5%	65 35,7%
> 20 anos	29 15,9%	11 6,0%	40 22,0%
Total	142 78,0%	40 22,0%	182 100,0%

n.s. (Teste de Tendência)

Tabela 6B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação ao grau de especialização quanto à realização de endodontias em gestantes.

Especialização	Frequência		Total
	Sim	Não	
Clínicos Gerais	47 25,8%	18 9,9%	65 35,7%
Especialistas	95 52,2%	22 12,1%	117 64,3%
Total	142 78,0%	40 22,0%	182 100,0%

n.s. (Teste de Tendência)

Tabela 7A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação ao tempo de formação quanto à realização de reabilitações oclusais em gestantes.

Tempo de formação	Frequência		Total
	Sim	Não	
0 a 10 anos	47 26,0%	30 16,6%	77 42,5%
11 a 20 anos	33 18,2%	31 17,1%	64 35,4%
> 20 anos	20 11,0%	20 11,0%	40 22,1%
Total	100 55,2%	81 44,8%	181 100,0%

n.s. (Teste de Tendência)

Tabela 7B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação ao grau de especialização quanto à realização de reabilitações oclusais em gestantes.

Especialização	Frequência		Total
	Sim	Não	
Clínicos Gerais	32 17,7%	33 18,2%	65 35,9%
Especialistas	68 37,6%	48 26,5%	116 64,1%
Total	100 55,2%	81 44,8%	181 100,0%

n.s. (Teste de Tendência)

Tabela 8A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação ao tempo de formação quanto à realização de cirurgias periodontais em gestantes.

Tempo de formação	Frequência		Total
	Sim	Não	
0 a 10 anos	29 16,2%	48 26,8%	77 43,0%
11 a 20 anos	25 14,0%	37 20,7%	62 34,6%
> 20 anos	16 8,9%	24 13,4%	40 22,3%
Total	70 39,1%	109 60,9%	179 100,0%

n.s. (Teste de Tendência)

Tabela 8B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação ao grau de especialização quanto à realização de reabilitações oclusais em gestantes.

Especialização	Frequência		Total
	Sim	Não	
Clínicos Gerais	19 10,6%	46 25,7%	65 36,3%
Especialistas	51 28,5%	63 35,2%	114 63,7%
Total	70 39,1%	109 60,9%	179 100,0%

n.s. (Teste de Tendência)

Tabela 9A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação ao tempo de formação quanto à realização de exodontias em gestantes.

Tempo de formação	Frequência		Total
	Sim	Não	
0 a 10 anos	52	25	77
	28,6%	13,7%	42,3%
11 a 20 anos	56	9	65
	30,8%	4,9%	35,7%
> 20 anos **	31	9	40
	17,0%	4,9%	22,0%
Total	139	43	182
	76,4%	23,6%	100,0%

p < 0,1 (Teste de Tendência)

Tabela 9B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação à especialização quanto à realização de exodontias em gestantes.

Especialização	Frequência		Total
	Sim	Não	
Clínicos Gerais	41	24	65
	22,5%	13,2%	35,7%
Especialistas	98	19	117
	53,8%	10,4%	64,3%
Total	139	43	182
	76,4%	23,6%	100,0%

p < 0,1 (Teste de Tendência)

5.7. Realização de radiografias odontológicas em gestantes

A questão a respeito de radiografias odontológicas em gestantes foi respondida por 180 profissionais. Destes, 40 (22,2%) profissionais afirmaram realizar radiografias odontológicas em qualquer período gestacional, sendo: 6 (3,3%) formados há menos de 10 anos, 22 (12,2%) formados no período de 11 a 20 anos e 12 (6,7%) formados há mais de 20 anos. Além disso, 60 (33,3%) responderam fazer radiografias após o 1º trimestre gestacional, estando os profissionais assim distribuídos: 26 (14,4%) formados há menos de 10 anos, 21 (11,7%) formados no período de 11 a 20 anos e 13 (7,2%) formados há mais de 20 anos. Ainda, 16 (8,9%) profissionais recomendaram realizar as radiografias durante o 2º Trimestre, sendo: 9 (5%) formados há menos de 10 anos, 4 (2,2%) formados no período de 11 a 20 anos e 3 (1,7%) formados há mais de 20 anos. Por outro lado, 64 (35,6%) profissionais não indicaram a realização de radiografias odontológicas durante a gestação, estando os profissionais assim distribuídos: 36 (20%) formados há menos de 10 anos, 16 (8,9%) formados no período de 11 a 20 anos e 12 (6,7%) formados há mais de 20 anos (Tabela 10A). Do total de 64 (35,6%) clínicos gerais que responderam a questão, 9 (5%) afirmaram realizar radiografias em qualquer período gestacional, 16 (8,9%) após o 1º trimestre, 8 (4,4%) durante o 2º trimestre e ainda 31 (17,2%) não indicaram tomadas radiográficas em gestantes. Dentre o total de 116 (64,4%) especialistas, 31 (17,2%) indicaram as radiografias em qualquer período gestacional, 44 (24,4%) após o 1º trimestre, 8 (4,4%) durante o 2º trimestre e 33 (18,3%) não indicaram (Tabela 10B). Houve diferença estatística entre os grupos de acordo com o tempo de formação e grau de especialização profissional (Teste Qui Quadrado, $p < 0,05$).

5.8. Doença Periodontal na gestação

5.8.1. Tratamento de gengivite

O tratamento de gengivite durante a gestação apresentou 179 respostas. Destes, 121 (67,6%) afirmaram realizar tratamentos de gengivites em qualquer período gestacional, estando os profissionais assim distribuídos: 41 (22,9%) formados há menos de 10 anos, 48 (26,8%) formados no período de 11 a 20 anos e 32 (17,9%) formados há mais de 20 anos. Além disso, 32 profissionais responderam realizar este procedimento após o 1º. Trimestre, sendo: 21 (11,7%) profissionais formados há menos de 10 anos, 9 (5%) formados no período de 11 a 20 anos e 2 (1,1%) profissionais formados há mais de 20 anos. Ainda, 15 (8,4%) profissionais afirmaram que realizam tratamento de gengivite em gestantes somente durante o 2º. Trimestre, estando os profissionais assim distribuídos: 8 (4,5%) formados há menos de 10 anos, 2 (1,1%) profissionais formados no período de 11 a 20 anos e 5 (2,8%) formados há mais de 20 anos. Por outro lado, 11 (6,1%) profissionais responderam não realizar tratamento de gengivite em gestantes, sendo 5 (2,8%) profissionais formados no período de até 10 anos e 6 (3,4%) profissionais formados no período de 11 a 20 anos (Tabela 11A). Os grupos apresentaram diferença estatística na conduta quanto ao tratamento da gengivite em gestantes (Teste *Qui Quadrado*, $p < 0,05$). Quanto ao grau de especialização, a questão foi respondida por 64 (35,8%) clínicos gerais, sendo que 40 (22,3%) disseram tratar a inflamação gengival em qualquer período, 13 (7,3%) após o 1º trimestre, 7 (3,9%) durante o 2º trimestre e 4 (2,2%) afirmaram não realizar o tratamento de gengivite em gestantes. Em relação aos 115 especialistas, 81 (45,3%) disseram fazer o tratamento de gengivite em qualquer época gestacional, 19

(10,6%) e 8 (4,5%) após o 1º e durante o 2º trimestres respectivamente. Ainda, 7 (3,9%) responderam não realizar tratamento de gengivite em mulheres grávidas (Tabela 11B). Não houve diferença estatística quanto ao grau de especialização profissional (teste *Qui Quadrado*, $p>0,05$).

5.8.2. *Relação entre doença periodontal e parto prematuro*

A questão a respeito da interrelação doença periodontal na gestante e risco de parto prematuro foi respondida por 179 profissionais. Dentre estes, 100 (55,9%) afirmaram desconhecer a relação da doença periodontal e o risco de parto prematuro sendo 36 (25,7%) formados até 10 anos, 35 (19,6%) no período de 11 a 20 anos e 19 (10,6%) com mais de 20 anos de tempo de formação. Dentre estes profissionais, 44 (24,6%) eram clínicos gerais e 56 (31,3%) especialistas. Não foi observada relação entre tempo de formação e conhecimento da relação de doença periodontal e parto prematuro (Teste de Tendência, $p> 0,1$). Estes dados estão sintetizados nas tabelas 12A e 12B. Houve diferença estatística os grupos quanto ao grau de especialização (Teste *Qui Quadrado*, $p<0,05$).

Tabela 10A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação ao tempo de formação quanto à indicação de radiografias odontológicas para gestantes.

Tempo de formação	Frequência				Total
	Toda a gestação	Após o 1o. trimestre	Durante o 2o. trimestre	Não indica	
0 a 10 anos	6 3,3%	26 14,4%	9 5,0%	36 20,0%	77 42,8%
11 a 20 anos	22 12,2%	21 11,7%	4 2,2%	16 8,9%	63 35,0%
> 20 anos	12 6,7%	13 7,2%	3 1,7%	12 6,7%	40 22,2%
Total	40 22,2%	60 33,3%	16 8,9%	64 35,6%	180 100,0%

$p < 0,05$ (Teste *Qui Quadrado*)

Tabela 10B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação à especialização quanto à indicação de radiografias odontológicas para gestantes.

Especialização	Frequência				Total
	Qualquer período	Após o 1o. trimestre	No 2o. trimestre	Não indica	
Clínicos Gerais	9 5,0%	16 8,9%	8 4,4%	31 17,2%	64 35,6%
Especialistas	31 17,2%	44 24,4%	8 4,4%	33 18,3%	116 64,4%
Total	40 22,2%	60 33,3%	16 8,9%	64 35,6%	180 100,0%

$p < 0,05$ (Teste *Qui Quadrado*)

Tabela 11A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação ao tempo de formação quanto ao tratamento da gengivite em gestantes.

Tempo de formação	Frequência				Total
	Qualquer período	Após o 1o. trimestre	Durante o 2o. trimestre	Não realiza	
0 a 10 anos	41 22,9%	21 11,7%	8 4,5%	5 2,8%	75 41,9%
11 a 20 anos	48 26,8%	9 5,0%	2 1,1%	6 3,4%	65 36,3%
> 20 anos	32 17,9%	2 1,1%	5 2,8%		39 21,8%
Total	121 67,6%	32 17,9%	15 8,4%	11 6,1%	179 100,0%

$p < 0,05$ (Teste *Qui Quadrado*).

Tabela 11B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação à especialização quanto ao tratamento da gengivite em gestantes.

Especialização	Frequência				Total
	Qualquer período	Após o 1o. trimestre	Durante o 2o. trimestre	Não realiza	
Clínicos Gerais	40 22,3%	13 7,3%	7 3,9%	4 2,2%	64 35,8%
Especialistas	81 45,3%	19 10,6%	8 4,5%	7 3,9%	115 64,2%
Total	121 67,6%	32 17,9%	15 8,4%	11 6,1%	179 100,0%

n.s. (Teste *Qui Quadrado*)

Tabela 12A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação ao tempo de formação quanto ao conhecimento da interrelação entre doença periodontal e parto prematuro.

Tempo de formação	Frequência		Total
	Sim	Não	
0 a 10 anos	31 17,3%	46 25,7%	77 43,0%
11 a 20 anos	29 16,2%	35 19,6%	64 35,8%
> 20 anos	19 10,6%	19 10,6%	38 21,2%
Total	79 44,1%	100 55,9%	179 100,0%

n.s. (Teste de Tendência)

Tabela 12B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação ao grau de especialização quanto ao conhecimento da interrelação entre doença periodontal e parto prematuro

Especialização	Frequência		Total
	Sim	Não	
Clínicos Gerais	21 11,7%	44 24,6%	65 36,3%
Especialistas	58 32,4%	56 31,3%	114 63,7%
Total	79 44,1%	100 55,9%	179 100,0%

Teste *Qui Quadrado*, $p < 0,05$

5.9. Prescrição Medicamentosa

5.9.1. Analgésicos

A questão sobre analgésicos foi respondida por 172 entrevistados. O Paracetamol foi o analgésico mais recomendado para gestantes, tendo sido indicado por 117 (68%) profissionais assim distribuídos: 43 (25%) formados em até 10 anos, 45 (26,2%) formados no período de 11 a 20 anos e 29 (16,9%) formados há mais de 20 anos. Neste grupo, 36 (20,9%) eram clínicos gerais e 81 (47,9%) especialistas. Como segunda opção, foi indicada a Dipirona por 28 (16,3%) profissionais, sendo: 18 (10,5%) formados no período até 10 anos, 6 (3,5%) formados no período de 11 a 20 anos e 4 (2,3%) formados há mais de 20 anos. Dentre estes, 15 (8,7%) eram clínicos gerais e 13 (7,6%) especialistas. Ainda, 3 (1,7%) profissionais (2 formados há menos de 10 anos e 1 formado no período de 11 a 20 anos) afirmaram recomendar Paracetamol ou Dipirona para suas pacientes gestantes. Quanto ao grau de especialização, 1 (0,6%) era clínico geral e 2 (1,2%) especialistas. Além disso, 9 (5,2%) profissionais indicaram o AAS, estando estes profissionais assim distribuídos: 4 (2,3%) formados há menos de 10 anos, 4 (2,3%) formados no período de 11 a 20 anos e 1 (0,6%) formados há mais de 20 anos. Neste grupo, 4 (2,3%) eram clínicos gerais e 5 (2,9%) especialistas. Ainda, 2 (1,2%) profissionais indicaram a Codeína sendo 1 (0,6%) formado há menos de 10 anos e 1 (0,6%) entre 11 a 20 anos. Destes, 1 (0,6%) era clínico geral e o outro (0,6%) especialista. Por outro lado, 13 (7,6%) profissionais não recomendaram a utilização de analgésicos por gestantes, estando estes profissionais assim distribuídos: 4 (2,3%) formados há menos de 10 anos, 4 (2,3%) formados no período de 11 a 20 anos e 5 (2,9%) formados há mais de 20 anos. Neste grupo, 7 (4%) eram clínicos gerais e 6 (3,5%) especialistas. Os dados referentes à indicação de analgésicos para gestantes estão representados nas

tabelas 13A e 13B. Não foi observada diferença estatística entre os grupos de tempo de formação e grau de especialização no que diz respeito à indicação de analgésicos para gestantes (Teste *Qui* Quadrado, $p>0,05$).

5.9.2. Antiinflamatórios

A pergunta a respeito de prescrição de antiinflamatórios foi respondida por 167 profissionais, tendo sido categorizados em 5 grupos. Dos profissionais entrevistados, 52 (31,1%) não indicaram o uso de antiinflamatórios para gestantes, sendo: 21(12,6%) formados há menos de 10 anos, 22 (13,2%) formados no período de 11 a 20 anos e 9 (5,4%) formados há mais de 20 anos. Neste grupo, 17 (10,2%) foram clínicos gerais e 35 (21%) especialistas. Ainda, 47 (28,1%) profissionais recomendaram o Paracetamol, estando os profissionais assim distribuídos: 21 (12,6%) formados no período de até 10 anos, 17 (10,2%) formados no período de 11 a 20 anos e 9 (5,4%). Dentre estes, 13 (7,8%) eram clínicos gerais e 34 (20,4%) especialistas. Ainda, 3 (1,8%) recomendaram o Paracetamol associado a outros antiinflamatórios sendo 1 (0,6%) profissional formado a menos de 10 anos e 2 (1,2%) entre 11 a 20 anos. Destes, 1 (0,6%) era clínico geral e 2 (1,2%) especialistas. Além disso, 4 (2,4%) profissionais recomendaram o AAS, sendo: 2 (1,2%) formados há menos de 10 anos, 1 (0,6%) formado no período de 11 a 20 anos e 1 (0,6%) formado há mais de 20 anos. Quanto ao grau de especialização, 1 (0,6%) profissional era clínico geral e 2 (1,2%) especialistas. Por outro lado, 52 profissionais (31,1%) recomendaram a utilização de outros AINES, sendo: 26 (15,6%) formados há menos de 10 anos, 11 (6,6%) formados no período de 11 a 20 anos e 15 (9%) formados há mais de 20 anos. Dos quais 26 (15,6%) eram clínicos gerais e 26 (15,6%) especialistas. Seis especialistas (3,6%) recomendaram ainda inibidores seletivos de

COX-2, sendo: 2 (1,2%) formados há menos de 10 anos, 3 (1,8%) formados no período de 11 a 20 anos e 1 (0,6%) formado há mais de 20 anos. Entretanto, 3 especialistas (1,8%) indicaram os antiinflamatórios esteroidais para gestantes, estando os profissionais assim distribuídos: 1 (0,6%) formado no período de 11 a 20 anos e 2 (1,2%) formados há mais de 20 anos. Os dados referentes à indicação de antiinflamatórios para gestantes estão sintetizados nas tabelas 14A e 14B. Os grupos distribuídos quanto o tempo de formação não apresentaram diferença estatística (Teste *Qui* Quadrado, $p > 0,05$), porém houve diferença estatística entre clínicos gerais e especialistas (Teste *Qui* Quadrado, $p < 0,05$).

5.9.3. Antibioticoterapia

Do total de profissionais entrevistados, 171 responderam a questão referente a antibióticoterapia para gestantes. Destes profissionais, 140 (81,9%) profissionais indicaram a penicilinas para gestantes, estando os profissionais assim distribuídos segundo o tempo de formação: 53 (31%) representantes da categoria de profissionais formados há menos de 10 anos, 58 (33,9%) profissionais formados no período de 11 a 20 anos e 29 (17%) profissionais formados há mais de 20 anos. Ainda, 49 (28,7%) destes profissionais eram clínicos gerais e 91 (53,2%) especialistas. Ainda, 24 (14%) profissionais indicaram os Macrolídeos para gestantes, sendo: 18 (10,5%) formados há menos de 10 anos, 2 (1,2%) formados no período de 11 a 20 anos e 4 (2,3%) formados há mais de 20 anos. Quanto à qualificação profissional, 11 (6,4%) destes profissionais eram clínicos gerais e 13 (7,6%) especialistas. Além disso, 3 (1,8%) profissionais recomendaram Penicilinas ou Macrolídeos, sendo 1 (0,6%) representante de cada categoria (0 a 10 anos, 11 a 20 anos, acima de 20 anos). Ainda, 1 (0,6%) clínico geral e 2 (1,2%) especialistas

apresentaram a mesma conduta. Por outro lado, 3 (1,8%) profissionais (sendo todos especialistas) indicaram as Cefalosporinas, estando os profissionais assim distribuídos segundo tempo de formação: 1 (0,6%) formado no período de 11 a 20 anos e 2 (1,2%) formados há mais de 20 anos. Entretanto, 1 (0,6%) profissional (clínico geral) afirmou prescrever Sulfonamidas para gestantes. Os resultados quanto antibioticoterapia para os grupos de tempo de formação e grau de especialização estão representados nas tabelas 15A e 15B. Não houve diferença estatística entre os grupos em relação à grau de especialização (teste *Qui Quadrado*, $p>0,05$). Entretanto, foi observada diferença estatística nos grupos em relação ao tempo de formação na indicação dos antibióticos para gestantes (Teste *Qui Quadrado*, $p<0,05$).

5.9.4. Antibioticoterapia de segunda escolha

Do total de profissionais 118 responderam a questão a respeito de antibioticoterapia de 2ª escolha, 59 (50%) optaram pelos Macrolídeos sendo assim distribuídos: 30 (25,4%) formados até 10 anos, 21 (17,8%) entre 11 a 20 anos e 8 (6,8%) a mais de 20 anos. Entre estes profissionais 20 (16,9%) eram clínicos gerais e 39 (33,1%) especialistas. Além disso, 33 (28%) escolheram as Cefalosporinas sendo: 11 (9,3%) formados até 10 anos, 14 (11,9%) entre 11 a 20 anos e 8 (6,8%) há mais de 20 anos. Neste grupo, 11 (9,3%) eram clínicos gerais e 22 (18,6%) especialistas. Ainda 4 (3,4%) optaram pelas Sulfas sendo 1 (0,8%) formado entre 0 a 10 anos, 2 (1,7%) entre 11 a 20 anos e 1 (0,8%) há mais de 20 anos. Dentre estes profissionais, 2 (1,7%) eram clínicos gerais e 2 (1,7%) especialistas. Entre o total de profissionais, 4 escolheram a Tetraciclina sendo 1 (0,8%) formado até 10 anos e 3 (2,5%) entre o período de 11 a 20 anos. Dentro deste grupo 1 (0,8%) era clínico geral e 3 (2,5%) especialistas. Dois clínicos gerais (1,7%) escolheram os

Aminoglicosídeos como antibióticos de 2ª escolha sendo 1 (0,8%) formado entre 11 a 20 anos e 1 (0,8%) com mais de 20 anos de formação. Seis profissionais optaram por outros antibióticos sendo: 2 (1,7%) formado até 10 anos, 2 (1,7%) entre 11 a 20 anos e 2 (1,7%) há mais de 20 anos. Quanto o grau de especialização dos profissionais, 4 (3,4%) eram clínicos gerais e 2 (1,7%) especialistas. Não houve diferença estatística entre os grupos de tempo de formação e grau de especialização (teste *Qui Quadrado*, $p>0,05$).

5.9.5. Ansiolíticos

O número total de profissionais que responderam sobre prescrição de ansiolíticos durante a gestação foi 171 profissionais. Destes profissionais, 143 (82,2%) profissionais não afirmaram não indicar os ansiolíticos durante a gestação, sendo: 61 (35,1%) profissionais formados há menos de 10 anos, 53 (30,5%) formados no período de 11 a 20 anos e 29 (16,7%) formados há mais de 20 anos. Dentre estes profissionais, 91 (52,35) eram especialistas e 52 (29,9%) clínicos gerais. Por outro lado, 18 (10,3%) profissionais indicaram o Diazepam, sendo: 6 (3,4%) profissionais de cada categoria (até 10 anos, de 11 a 20 anos e acima de 20 anos). Destes, 11 (6,3%) eram especialistas e 7 (4%) clínicos gerais. Além disso, 4 (2,3%) profissionais indicaram o Lorazepam, sendo 1 (0,6%) formado há menos de 10 anos e 3 (1,7%) formados há mais de 20 anos. Neste grupo, 3 (1,7%) eram especialistas e 1 (0,6%) clínico geral. Ainda, 9 (5,2%) profissionais indicaram a Buspirona para gestantes, estando os profissionais assim distribuídos: 7 (4%) formados há menos de 10 anos e 2 (1,1%) formados no período de 11 a 20 anos. Dentre estes, 5 (2,9%) eram especialistas e 4 (2,3%) clínicos gerais. Os dados referentes à indicação de ansiolíticos para gestantes estão representados nas tabelas 16A e 16B. Observou-

se diferença estatística entre os grupos de tempo de formação (teste de *Qui Quadrado*, $p < 0,05$), embora não tenha sido observada entre os grupos quanto ao grau de especialização em relação à indicação de ansiolíticos para gestantes (Teste *Qui Quadrado*, $p > 0,05$).

5.10. Anestésicos locais

Do total de 151 profissionais que responderam a questão, 90 (59,6%) escolheram a Lidocaína como sal anestésico, sendo: 37 (24,5%) formados até 10 anos, 32 (21,2%) entre 11 a 20 anos e 21 (13,9%) a mais de 20 anos. Entre estes profissionais, 36 (23,8%) eram clínicos gerais e 54 (35,8%) especialistas. Além disso, 33 (21,9%) afirmaram utilizar a Mepivacaína sendo 16 (10,6%) formados até 10 anos, 10 (6,6%) entre 11 a 20 anos e 7 (4,6%) há mais de 20 anos. Neste grupo, 10 (6,6%) eram clínicos-gerais e 23 (15,2%) especialistas. Ainda, 20 profissionais escolheram a Prilocaína, sendo 5 (3,3%) formados até 10 anos, 11 (7,3%) entre 11 a 20 anos e 4 (2,6%) há mais de 20 anos. Dentre estes, 8 (5,3%) eram clínicos gerais e 12 (7,9%) especialistas. Três (2%) especialistas optaram pela Bupivacaína sendo 1 (0,7%) formado até 10 anos e 2 (1,3%) com mais de 20 anos de formação. Três (2%) especialistas afirmaram utilizar Lidocaína ou Mepivacaína sendo 1 (0,7%) formado até 10 anos e 2 formados entre 11 a 20 anos. Somente 1 (0,7%) clínico geral respondeu administrar Prilocaína ou Lidocaina em gestantes e 1 especialista (0,7%) afirmou utilizar a Prilocaína ou a Mepivacaína. Os dados estão sintetizados nas tabelas 17A e 17B. Não existe diferença estatística entre os grupos de tempo de formação e grau de especialização quanto ao sal anestésico utilizado em gestantes (Teste *Qui Quadrado*, $p > 0,05$).

5.10.1. Vasoconstritor associado ao anestésico local

Um total de 169 profissionais respondeu esta questão. Nesse contexto, 92 (54,4%) profissionais recomendaram a utilização de vasoconstrictores associados aos anestésicos locais, estando os profissionais assim distribuídos: 42 (24,9%) formados há menos de 10 anos, 30 (17,8%) formados no período de 11 a 20 anos e 20 (11,8%) formados há mais de 20 anos (Tabela 18A). Quanto ao grau de especialização, 33 (19,5%) eram clínicos gerais e 59 (34,9%) especialistas (Tabela 18B).

Não houve diferença estatística quanto ao tempo de formação (Teste de Tendência, $p>0,1$) e grau de especialização em relação a utilização de vasoconstrictores associados aos anestésicos locais em gestantes (Teste *Qui* Quadrado, $p>0,05$).

Tabela 13A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação ao tempo de formação quanto a indicação de analgésicos em gestantes.

Tempo de formação	Frequência						Total
	AAS	Paracetamol	Dipirona	Codeína	Não utiliza	Paracetamol e Dipirona	
0 a 10 anos	4	43	18	1	4	2	72
	2,3%	25,0%	10,5%	,6%	2,3%	1,2%	41,9%
11 a 20 anos	4	45	6	1	4	1	61
	2,3%	26,2%	3,5%	,6%	2,3%	,6%	35,5%
> de 20 anos	1	29	4		5		39
	,6%	16,9%	2,3%		2,9%		22,7%
Total	9	117	28	2	13	3	172
	5,2%	68,0%	16,3%	1,2%	7,6%	1,7%	100,0%

n.s. (Teste *Qui Quadrado*)

Tabela 13B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação à especialização quanto a indicação de analgésicos para gestantes.

Especialidade	Frequência						Total
	AAS	Paracetamol	Dipirona	Codeína	Não utiliza	Paracetamol/ Dipirona	
Clínicos Gerais	4	36	15	1	7	1	64
	2,3%	20,9%	8,7%	,6%	4,1%	,6%	37,2%
Especialistas	5	81	13	1	6	2	108
	2,9%	47,1%	7,6%	,6%	3,5%	1,2%	62,8%
Total	9	117	28	2	13	3	172
	5,2%	68,0%	16,3%	1,2%	7,6%	1,7%	100,0%

n.s. (Teste *Qui Quadrado*)

Tabela 14A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação ao tempo de formação quanto a indicação de antiinflamatórios para gestantes.

Tempo de formação	Frequência							Total
	Não indicam	Paracetamol	AAS	Outros AINES	Ant. Esteroidal	Inibidor COX2	Associações com Paracetamol	
0 a 10 anos	21 12,6%	21 12,6%	2 1,2%	26 15,6%		2 1,2%	1 ,6%	73 43,7%
11 a 20 anos	22 13,2%	17 10,2%	1 ,6%	11 6,6%	1 ,6%	3 1,8%	2 1,2%	57 34,1%
> 20 anos	9 5,4%	9 5,4%	1 ,6%	15 9,0%	2 1,2%	1 ,6%		37 22,2%
Total	52 31,1%	47 28,1%	4 2,4%	52 31,1%	3 1,8%	6 3,6%	3 1,8%	167 100,0%

n.s. (Teste *Qui Quadrado*)

Tabela 14B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação ao tempo de formação quanto a indicação de antiinflamatórios para gestantes

Especialização	Frequência							Total
	Não indicam	Paracetamol	AAS	Outros AINES	Antiinflamatório esteroidal	Inibidor seletivo de COX2	Paracetamol e associações	
Clínicos Gerais	17 10,2%	13 7,8%	3 1,8%	26 15,6%	17 10,2%	13 7,8%	3 1,8%	26 15,6%
Especialistas	35 21,0%	34 20,4%	1 ,6%	26 15,6%	35 21,0%	34 20,4%	1 ,6%	26 15,6%
Total	52 31,1%	47 28,1%	4 2,4%	52 31,1%	52 31,1%	47 28,1%	4 2,4%	52 31,1%

$p < 0,05$ (Teste *Qui Quadrado*).

Tabela 15A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação ao tempo de formação quanto a indicação de antibióticos para gestantes.

Tempo de formação	Frequência					Total
	Penicilinas	Macrolídeos	Sulfonamidas	Cefalosporinas	Penicilinas / Macrolídeos	
0 a 10 anos	53 31,0%	18 10,5%			1 ,6%	72 42,1%
11 a 20 anos	58 33,9%	2 1,2%		1 ,6%	1 ,6%	62 36,3%
> 20 anos	29 17,0%	4 2,3%	1 ,6%	2 1,2%	1 ,6%	37 21,6%
Total	140 81,9%	24 14,0%	1 0,6 %	3 1,8%	3 1,8%	171 100 %

n.s. (Teste *Qui Quadrado*)

Tabela 15B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação a especialização quanto a indicação de antibióticos para gestantes.

Especialização	Frequência					Total
	Penicilinas	Macrolídeos	Sulfonamidas	Cefalosporina	Penicilinas / Macrolídeos	
Clínicos Gerais	49 28,7%	11 6,4%	1 ,6%		1 ,6%	62 36,3%
Especialistas	91 53,2%	13 7,6%		3 1,8%	2 1,2%	109 63,7%
Total	140 81,9%	24 14,0%	1 ,6%	3 1,8%	3 1,8%	171 100,0%

n.s. (Teste *Qui Quadrado*)

Tabela 16A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação a tempo de formação quanto a indicação de ansiolíticos para gestantes.

Tempo de Formação	Frequência				Total
	Diazepam	Lorazepam	Buspirona	Não indica	
0 a 10 anos	6 3,4%		7 4,0%	61 35,1%	74 42,5%
11 a 20 anos	6 3,4%	1 ,6%	2 1,1%	53 30,5%	62 35,6%
> 20 anos	6 3,4%	3 1,7%		29 16,7%	38 21,8%
Total	18 10,3%	4 2,3%	9 5,2%	143 82,2%	174 100,0%

$p < 0,05$ (Teste *Qui Quadrado*)

Tabela 16B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação a especialização quanto a indicação de ansiolíticos para gestantes.

Especialização	Frequência				Total
	Diazepam	Lorazepam	Buspirona	Não indica	
Clínicos Gerais	7 4,0%	1 ,6%	4 2,3%	52 29,9%	64 36,8%
Especialistas	11 6,3%	3 1,7%	5 2,9%	91 52,3%	110 63,2%
Total	18 10,3%	4 2,3%	9 5,2%	143 82,2%	174 100,0%

$p < 0,05$ (Teste *Qui Quadrado*)

Tabela 17A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação ao tempo de formação quanto a escolha dos anestésicos locais para gestantes.

Tempo de formação	Frequência							Total
	Lidocaína	Mepivacaína	Prilocaína	Bupivacaína	Lidocaína/ Mepivacaína	Prilocaína/ Lidocaína	Prilocaína/ Mepivacaína	
0 a 10 anos	37	16	5	1	1	1		61
	24,5%	10.6%	3.3%	.7%	.7%	.7%		40.4%
11 a 20 anos	32	10	11		2			55
	21,2%	6.6%	7.3%		1.3%			36.4%
> 20 anos	21	7	4	2			1	35
	13,9%	4.6%	2.6%	1.3%			.7%	23.2%
Total	90	33	20	3	3	1	1	151
	59,6%	21.9%	13.2%	2.0%	2.0%	.7%	.7%	100.0%

n.s. (Teste *Qui Quadrado*)

Tabela 17B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação ao grau de especialização quanto a escolha dos anestésicos locais para gestantes.

Especialização	Frequência							Total
	Lidocaína	Mepivacaína	Prilocaína	Bupivacaína	Lidocaína/ Mepivacaína	Prilocaína/ Lidocaína	Prilocaína/ Mepivacaína	
Clínicos Gerais	36	10	8			1		55
	23.8%	6.6%	5.3%			.7%		
Especialistas	54	23	12	3	3		1	100.0%
	35.8%	15.2%	7.9%	2.0%	2.0%		.7%	
Total	90	33	20	3	3	1	1	100.0%
	59.6%	21.9%	13.2%	2.0%	2.0%	.7%	.7%	100.0%

n.s. (Teste *Qui Quadrado*)

Tabela 18A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação ao tempo de formação quanto a utilização de vasoconstrictores associados aos anestésicos locais para gestantes.

Tempo de formação	Frequência		Total
	Sim	Não	
0 a 10 anos	42 24,9%	27 16,0%	69 40,8%
11 a 20 anos	30 17,8%	32 18,9%	62 36,7%
> 20 anos	20 11,8%	18 10,7%	38 22,5%
Total	92 54,4%	77 45,6%	169 100,0%

n.s. (Teste de Tendência)

Tabela 18B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação ao grau de especialização quanto a utilização de vasoconstrictores associados aos anestésicos locais para gestantes.

	Frequência		Total
	Sim	Não	
Clínicos Gerais	33 19,5%	30 17,8%	63 37,3%
Especialistas	59 34,9%	47 27,8%	106 62,7%
Total	92 54,4%	77 45,6%	169 100,0%

n.s. (Teste Qui Quadrado)

5.11. Informações sobre o atendimento a gestantes

Do total de 181 profissionais que responderam esta questão, 125 (69,1%) afirmaram ter recebido informações sobre o atendimento a gestantes, estando os profissionais assim distribuídos de acordo com o tempo de formação: 51 (28,2%) representantes do período de 0 a 10 anos, 43 (23,8%) do período de 11 a 20 anos e 31 (17,1%) da categoria acima de 20 anos. Ainda, dentre estes profissionais, 85 (47%) eram especialistas e 40 (22,1%) clínicos gerais. Não foi observada uma relação entre tempo de formação e informações sobre o atendimento a gestantes (Teste de Tendência, $p > 0,1$), assim como não foi observada diferença estatística entre especialistas e clínicos gerais (Teste *Qui Quadrado*, $p > 0,05$). Os dados referentes estão representados nas tabelas 19A e 19B.

5.12. Realização de procedimentos curativos em gestantes

Do total de 183 profissionais, 99 (54,1%) afirmaram realizar rotineiramente procedimentos curativos em gestantes. Destes, 27 (14,8%) eram formados há menos de 10 anos, 38 (20,8%) tinham entre 11 a 20 anos de formação e 34 (18,6%) eram formados há mais de 20 anos. Ainda, dentre estes profissionais, 40 (21,9%) eram clínicos gerais e 59 (32,2%) especialistas. Os dados referentes à realização de procedimentos curativos em gestantes estão sintetizados nas tabelas 20A e 20B. Foi observado que profissionais formados há mais tempo realizam procedimentos curativos em gestantes mais freqüentemente (Teste de Tendência, $p < 0,1$). Entretanto, não houve diferença estatística quanto ao grau de especialização dos profissionais (Teste *Qui Quadrado*, $p > 0,05$).

5.13. *Segurança no atendimento a gestantes*

A questão sobre a segurança no atendimento a gestantes foi respondida por 118 profissionais. Destes, 87 (73,7%) cirurgiões-dentistas afirmaram que sentem-se seguros no atendimento a gestantes, estando os profissionais assim distribuídos: 22 (18,6%) formados há menos de 10 anos, 34 (28,8%) formados no período de 11 a 20 anos e 31 profissionais (26,3%) formados há mais de 20 anos (Tabela 21A). Quanto ao grau de especialização destes profissionais, 31 (26,3%) eram clínicos gerais e 56 (47,5%) especialistas (Tabela 21B). A partir destes dados, foi observado que profissionais formados há mais tempo sentiam-se mais seguros no atendimento a gestantes (Teste de Tendência, $p < 0.1$), porém não houve diferença estatística entre os grupos quanto ao grau de especialização profissional (Teste *Qui Quadrado*, $p > 0,05$).

5.14. *Consulta ao ginecologista-obstetra*

Do total de 181 profissionais que responderam esta questão, 55 (30,4%) relataram consultar os ginecologistas-obstetras antes de realização de procedimentos de rotina, sendo: 22 (12,2%) profissionais formados até 10 anos, 16 (8,8%) formados no período de 11 a 20 anos e 17 (9,4%) formados há mais de 20 anos. Dentre estes, 22 (12,2%) eram clínicos gerais e 33 (18,2%) especialistas. Dos 121 (66,9%) profissionais que afirmaram consultar o ginecologista-obstetra antes da realização de tratamentos invasivos, 51 (28,2%) pertenciam à categoria até 10 anos de formação, 47 (26%) de 11 a 20 anos e 23 (12,7%) acima de 20 anos. Neste grupo, 41 (22,7%) eram clínicos gerais e 80 (44,2%) especialistas. Por outro lado, 5 profissionais (2,8%) afirmaram consultar o ginecologista-obstetra em gestações de alto risco, sendo 4 (2,2%) formados até 10 anos e 1 (0,6%) da categoria de 11 a 20 anos. Quanto ao grau de especialização deste grupo, 2 (1,1%) eram clínicos gerais e 3 (1,7%)

especialistas. Os dados referentes à consulta aos ginecologistas-obstetras antes do atendimento odontológico estão sintetizados nas tabelas 22A e 22B. Não houve diferença estatística entre os grupos para tempo de formação e grau de especialidade (Teste *Qui* Quadrado, $p > 0,05$).

Tabela 19A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação ao tempo de formação quanto a informações recebidas sobre o atendimento a gestantes.

Tempo de formação	Frequência		Total
	Sim	Não	
0 a 10 anos	51 28,2%	25 13,8%	76 42,0%
11 a 20 anos	43 23,8%	22 12,2%	65 35,9%
> 20 anos	31 17,1%	9 5,0%	40 22,1%
Total	125 69,1%	56 30,9%	181 100,0%

n.s. (Teste *Qui Quadrado*)

Tabela 19B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação a especialização quanto informações recebidas sobre o atendimento a gestantes.

Informações sobre o atendimento a gestantes

Especialização	Frequência		Total
	Sim	Não	
Clínicos Gerais	40 22,1%	25 13,8%	65 35,9%
Especialistas	85 47,0%	31 17,1%	116 64,1%
Total	125 69,1%	56 30,9%	181 100,0%

n.s. (Teste *Qui Quadrado*)

Tabela 20A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação ao tempo de formação em relação à realização de procedimentos curativos em gestantes.

Tempo de formação	Frequência		Total
	Sim	Não	
0 a 10 anos	27 14,8%	50 27,3%	77 42,1%
11a 20 anos	38 20,8%	27 14,8%	65 35,5%
> 20 anos	34 18,6%	7 3,8%	41 22,4%
Total	99 54,1%	84 45,9%	183 100,0%

P<0,1 Teste de Tendência

Tabela 20B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR quanto ao grau de especialização em relação à realização de procedimentos curativos em gestantes.

Especialização	Frequência		Total
	Sim	Não	
Clínicos Gerais	40 21,9%	25 13,7%	65 35,5%
Especialistas	59 32,2%	59 32,2%	118 64,5%
Total	99 54,1%	84 45,9%	183 100,0%

n.s. (Teste *Qui Quadrado*)

Tabela 21A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR quanto ao tempo de formação em relação à segurança no atendimento a gestantes

Tempo de formação	Frequência		Total
	Sim	Não	
0 a 10 anos	22 18,6%	13 11,0%	35 29,7%
11 a 20 anos	34 28,8%	11 9,3%	45 38,1%
> 20 anos	31 26,3%	7 5,9%	38 32,2%
Total	87 73,7%	31 26,3%	118 100,0%

$p < 0,1$ (Teste de Tendência).

Tabela 21B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR quanto ao grau de especialização em relação à segurança no atendimento a gestantes.

	Frequência		Total
	Sim	Não	
Clínicos Gerais	31 26,3%	31 26,3%	12 10,2%
Especialistas	56 47,5%	56 47,5%	19 16,1%
Total	87 73,7%	87 26,3%	31 100,0%

n.s. (Teste *Qui Quadrado*)

Tabela 22A - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação ao tempo de formação quanto a consulta aos ginecologistas-obstetras antes do atendimento a gestantes.

Tempo de formação	Frequência			Total
	Procedimentos de rotina	Tratamentos invasivos	Gestação de alto risco	
0 a 10 anos	22 12,2%	51 28,2%	4 2,2%	77 42,5%
11 a 20 anos	16 8,8%	47 26,0%	1 0,6%	64 35,4%
> 20 anos	17 9,4%	23 12,7%		40 22,1%
Total	55 30,4%	121 66,9%	5 2,8%	181 100,0%

n.s. (Teste *Qui Quadrado*)

Tabela 22B - Distribuição dos cirurgiões-dentistas de Londrina-PR em relação a especialização quanto a consulta aos ginecologistas-obstetras antes do atendimento a gestantes.

	Frequência			Total
	Procedimentos de rotina	Tratamentos invasivos	Gestação de alto risco	
Clínicos Gerais	22 12,2%	41 22,7%	2 1,1%	65 35,9%
Especialistas	33 18,2%	80 44,2%	3 1,7%	116 64,1%
Total	55 30,4%	121 66,9%	5 2,8%	181 100,0%

n.s. (Teste *Qui Quadrado*)

6. DISCUSSÃO

A gestação é um período favorável para a promoção de saúde, não somente pelo acompanhamento clínico mediante intervenções curativas, mas pela possibilidade de estabelecimento e incorporação de novos hábitos. As pacientes grávidas tornam-se mais receptivas às novas informações devido à singularidade e o encanto do momento que remetem a uma série de dúvidas que podem servir como estímulo para aquisição de novas práticas de saúde que propiciem melhorias no auto-cuidado da gestante. Ainda, os novos conceitos adquiridos estendem-se a todo núcleo familiar inclusive ao futuro bebê, minimizando a possibilidade de surgimento de várias patologias na criança, dentre elas, a cárie dentária por transmissão precoce de *S. mutans* ao bebê (CODATO, 2005).

De acordo com Alves (2004), muitas gestantes desconhecem que a cárie é uma doença transmissível e este fato contribui para uma infecção precoce da criança, por falta de informação sobre os cuidados necessários para evitar a transmissão de microrganismos cariogênicos. Além disso, é importante ressaltar a necessidade de orientação à gestante pelo cirurgião-dentista quanto ao uso racional do açúcar, materiais de higiene e formas adequadas para a realização da limpeza da boca do bebê, mesmo antes do aparecimento dos primeiros dentes.

Este estudo mostrou que a maioria dos profissionais orientam as gestantes quanto a higiene bucal do bebê, estando em concordância com dados da literatura (ALVES, 2004). Neste grupo destacaram-se os especialistas e, além disso, observou-se que quanto menor o tempo de formação mais os profissionais orientavam as gestantes quanto à higiene bucal do bebê.

As gestantes apresentam alterações fisiológicas que as predispõem a problemas na cavidade bucal como a exacerbação de gengivite devido ao aumento

dos níveis de estrógeno e progesterona circulantes, quadros de emese que podem propiciar erosões dentais, além do aumento do risco de cáries mediante alterações alimentares com maior frequência de ingestão de açúcares. Além disso, as mudanças sistêmicas que ocorrem durante a gravidez podem intervir na conduta do profissional e no sucesso do tratamento da gestante. Ainda, as gestantes têm um medo subjetivo do tratamento odontológico repleto de tabus e mitos que são transmitidos através de gerações. Desta forma, os cirurgiões-dentistas devem passar segurança para as pacientes, favorecendo a adesão das gestantes ao tratamento odontológico.

Portanto, o cirurgião-dentista, deve ser capaz de aplicar estratégias de promoção de saúde. Neste contexto, a prescrição de flúor pré-natal traz muitas controvérsias na classe odontológica.

Neste estudo, a maioria dos profissionais afirmou não prescrever o flúor pré-natal, destacando-se percentualmente os profissionais formados até 10 anos e os especialistas. Estes resultados concordam com dados de Losso e Ramalho (2001), que afirmam que a administração de flúor pré-natal durante a gestação não traz benefícios à dentição do feto, pois o período de maturação pré-eruptiva, no qual há maior absorção de minerais e do flúor pelo esmalte dental, ocorre após o nascimento. Além disso, Campos *et al* (2000) afirma que, quando o flúor é prescrito na forma associada a minerais e vitaminas ocorre drástica redução da absorção do halogênio devido à presença da cálcio na composição dos polivitamínicos.

Para a manutenção da saúde e conforto da mãe assim como a integridade fetal, a intervenção odontológica torna-se, muitas vezes, necessária durante o período gestacional em situações emergenciais ou eletivas. Em tratamentos emergenciais, com presença de infecção de origem odontológica, o quadro de dor

instalada leva a liberação de catecolaminas pelas glândulas supra-renais e pelo próprio quadro infeccioso, tornando esta situação ainda mais prejudicial à gestante (ANDRADE, 2006). Ainda, a infecção pode se disseminar causando riscos à saúde do feto e da mãe. Neste estudo, apesar de não ter existido diferença estatística entre os grupos, observou-se que a maioria dos profissionais afirmou realizar tratamentos emergenciais em qualquer período gestacional, destacando-se entre eles os especialistas e formados há menos de 10 anos. Este resultado concorda com outros relatos da literatura (FITZSIMONS *et al.*, 1998; FERREIRA, 1997), os quais afirmam que tratamentos emergenciais em pacientes grávidas devem ser realizados independentemente do período no qual a gestante se encontra. Quanto aos tratamentos eletivos, a maioria dos especialistas afirmou aceitar sua realização em qualquer período gestacional. Ainda, uma porcentagem significativa (31,1%) de profissionais afirmou realizar tratamentos eletivos no 2º trimestre onde se destacaram os profissionais formados até 10 anos e não se observou diferença significativa no padrão das respostas dos profissionais em relação ao grau de especialização dos profissionais. Ainda, foi observada diferença estatística somente para o tempo de formação profissional. Estes dados estão em concordância com vários relatos que afirmam que a intervenção odontológica pode ser feita em qualquer período gestacional, no entanto, é preferível escolher o segundo trimestre, por se tratar do período de maior estabilidade gestacional (SILVA, 2002; SCAVUZZI e ROCHA, 1999). De acordo com Mills e Moses (2002), o tratamento eletivo deve ser evitado, quando possível, no primeiro trimestre devido à vulnerabilidade do feto à teratogênese durante o período da organogênese (segunda à oitava semanas de gestação) e ao fato de ocorrer maior incidência de abortos espontâneos no 1º trimestre gestacional (ANDRADE, 2006; BRENT *et al.*, 2006; LEE *et al.*, 1999).

O estudo mostrou que a maioria dos profissionais afirmou realizar procedimentos em gestantes tais como restaurações, tratamentos endodônticos, exodontias não complicadas e reabilitação oral, sendo os especialistas e os formados no período inferior a 10 anos os profissionais os que mais realizavam estes procedimentos curativos em gestantes, com exceção das exodontias não complicadas que eram realizadas com maior frequência por profissionais formados há mais tempo. Estes resultados concordam com Andrade (2006) quando relata que tratamentos como exodontias não complicadas, tratamento periodontal, restaurações dentárias, endodontia e colocação de próteses podem ser realizados durante toda a gestação. Entretanto, o autor afirma que as reabilitações orais não devem ser realizadas no período gestacional.

Ainda, a maioria dos entrevistados não responderam não realizar cirurgias periodontais o que corrobora com relatos de Gajendra e Kumar (2004) e Barak *et al.*(2003) que afirmam que as cirurgias mais invasivas devem ser adiadas para o período pós-natal.

Não foram observadas diferenças estatísticas em relação ao tempo de formação e grau de especialização na realização de procedimentos curativos em gestantes, com exceção das exodontias.

A radiografia periapical na odontologia apresenta-se como um importante exame complementar para a verificação do diagnóstico e orientação terapêutica do tratamento da gestante. No entanto, a utilização de radiografias durante o período gestacional tem ocasionado muitas controvérsias na classe odontológica, uma vez que existem dúvidas a respeito dos possíveis danos que este exame possa causar ao feto.

O estudo mostrou que a maior parte dos profissionais respondeu não indicar

tomadas radiográficas durante toda a gestação destacando-se neste grupo os formados há menos de 10 anos. Além disso, 33,3% do total de profissionais indicaram o uso de radiografias após o primeiro trimestre gestacional, sendo a maioria constituída de especialistas. Ainda, 22,2% afirmaram realizar tomadas radiográficas durante todo período gestacional destacando-se, dentre estes, os especialistas.

Os fatores relevantes quanto aos efeitos da radiação em gestantes são a dose aplicada e o período de gestação. A literatura mostra que o feto é mais susceptível à radiação no primeiro trimestre (BRENT *et al.*, 2006; BARAK *et al.*, 2003; HALL, 2000; WALSYKO *et al.*, 1998). Além disso, a maioria dos abortos espontâneos ocorre no 1º trimestre, podendo estar associados à realização de tomadas radiográficas quando realizadas durante este período (ABBOTT, 2000). Porém, várias alterações têm sido documentadas em experimentos com animais após radiação no período fetal como: alterações nos sistemas hematopoiético, hepático e renal (HALL, 2000). Ainda, o risco relativo de desenvolvimento de câncer ou leucemia para uma dose de 10 mGy de radiação no feto aumenta em 40% sobre o índice normal (BRENT *et al.*, 2006). De acordo com a portaria da Vigilância Sanitária número 453 de primeiro de junho de 1998 item 2.14, as exposições normais de indivíduos do público devem ser restringidas de modo que a dose efetiva anual não exceda 1mSv (1mGy ou 0,1 rads para casos de raios X). Num paciente típico (peso entre 60 a 74 Kg e altura de 1,60m a 1,75m), a dose de radiação que entra na pele em uma radiografia periapical é de 3,5 mGy (SILVA, 2002), porém quando uma gestante se submete a uma radiografia de crânio a dose de penetração aproximada no feto é menor que 0,01mGy (BRENT *et al.*, 2006). Desta forma, seriam necessárias 100 tomadas radiográficas dos elementos dentais por ano para

atingir a dose efetiva . Por outro lado, o item 2.12 dos limites de dose da portaria 453 da ANVISA diz que os limites de dose “não devem ser considerados como uma fronteira entre o seguro e o perigoso”, não existindo, portanto, dose mínima inócua ao indivíduo. Desta forma, o dentista deve prover proteção radiológica à paciente gestante evitando radiografias desnecessárias (SCAVUZZI e ROCHA, 1999), assim como proteger o abdômen com avental de chumbo e usar filmes rápidos com pequenos tempos de exposição, além de assegurar a manutenção do aparelho de raio X calibrado com colimação e filtração corretos. Assim, a realização de tomadas radiográficas em gestantes deve analisar não somente o período de gestação, mas principalmente a necessidade incondicional da realização do procedimento para o diagnóstico e tratamento da paciente, utilizando-se de todo equipamento necessário para a proteção da mãe e do feto.

A gengivite gravídica é uma patologia bucal que acomete de 30% a 75% das gestantes e o quadro pode variar de uma hiperplasia assintomática a dor e sangramentos gengivais severos que causam desconforto à mãe (BARAK *et al.*, 2003). A concentração de hormônios sexuais durante a gravidez pode desempenhar um importante papel na patogenicidade da gengivite, exacerbando a resposta da gengiva à placa bacteriana de uma condição já existente (GAJENDRA e KUMAR, 2004), elevando a quantidade do biofilme e cálculo dentais, além de estar relacionada ao crescimento de algumas bactérias associadas à inflamação gengival inclusive espécies bacterioides e a *Prevotella intermédia* (BARAK *et al.*, 2003). Neste contexto, a gengivite em gestantes, deve ser tratada durante o período gestacional para o conforto da mãe e proteção do futuro bebê, uma vez que a saliva materna pode atuar como fonte de transmissão de anaeróbios gram-negativos para a microbiota bucal do filho (SCAVUZZI e ROCHA,1999).

Ainda, a gengivite pode desenvolver-se, afetando as estruturas de sustentação do periodonto levando a um quadro de periodontite. Este quadro pode afetar negativamente o processo gestacional em decorrência do aumento do risco de parto prematuro e nascimento de bebês de baixo peso.

Neste estudo, a maior parte dos profissionais afirmou realizar o tratamento de gengivite em qualquer período gestacional, destacando-se os especialistas e os profissionais formados no período entre 11 a 20 anos. Nota-se ainda que 11 (6,1%) dos profissionais afirmaram não realizar o procedimento, o que contradiz a literatura que afirma que o tratamento dentário pode ser seguramente realizado em qualquer período gestacional, desde que seja feita uma anamnese completa da paciente (SCAVUZZI e ROCHA,1999).

A mortalidade infantil é um problema de saúde pública mundial estando presente até mesmo em países desenvolvidos. Entre os anos de 1965 e 1980 houve um decréscimo de 47% da mortalidade infantil nos Estados Unidos da América, entretanto estes dados não diminuíram na última década. O nascimento de bebês de baixo peso (peso inferior a dois quilos e quinhentos gramas) representa, ainda nos dias de hoje, uma importante causa de mortalidade e morbidade infantis. Os fatores de risco para o nascimento de bebês de baixo peso são: idade da mãe superior a 34 anos ou inferior a 17 anos, mães afro-americanas, situação sócio-econômica baixa, inadequado cuidado pré-natal, álcool, tabaco e drogas, hipertensão arterial, infecção do trato urinário, diabetes e gestações múltiplas. Entretanto, 25% dos nascimentos de bebês de baixo peso ocorrem sem os fatores de risco tradicionais quais sejam: fumo, genética, álcool, cuidado pré-natal, nutrição e infecção urinária. Nesse contexto, o parto prematuro e rompimento prematuro da bolsa são responsáveis por 10% do nascimentos de bebês com peso inferior a dois quilos e quinhentos gramas.

Muitos estudos sugerem que a relação entre doença periodontal e risco de parto prematuro ocorre como resultado indireto da infecção pelo deslocamento de produtos bacterianos como endotoxinas (lipossacarídeos) e pela produção de mediadores inflamatórios como as prostaglandinas pelas gestantes que podem estimular contrações uterinas desempenhando um importante papel no trabalho de parto (OFFENBACHER et al., 1996, WILLIAMS e OFFENBACHER, 2000).

Este estudo mostrou que a maioria dos profissionais entrevistados desconhecia a interrelação doença periodontal e risco de parto prematuro destacando-se os especialistas e os formados até 10 anos.

O controle da dor em situações de dores odontológicas agudas é extremamente importante para o conforto da mãe e o bem-estar do feto. O Paracetamol apresenta-se como uma droga segura para gestantes de acordo com a FDA, por não apresentar efeitos teratogênicos ou efeitos adversos (BALLIGAN e HALE, 1993)

Nesta pesquisa, a maior parte dos profissionais prescreveu analgésicos às gestantes sendo que a maioria (68%) afirmou utilizar o Paracetamol. Os profissionais formados no período de 11 a 20 anos apareceram neste grupo como a classe que mais optou pelo Paracetamol, porém com uma pequena diferença em relação aos demais. Apesar de não ter sido observada diferença estatística entre os grupos quanto o grau de especialização e tempo de formação, os especialistas destacaram-se na escolha do Paracetamol para analgesia em gestantes. Estes resultados concordam com a literatura que considera o Paracetamol a droga analgésica de 1ª escolha para as gestantes (ANDRADE, 2006; HAAS *et al.*, 2000).

Neste estudo, não foi observada uma característica definida dos profissionais quanto a prescrição de antiinflamatórios, uma vez que a mesma quantidade de

profissionais que afirmou não prescrever esta classe de medicamentos às gestantes respondeu administrar outros AINES como o Nimesulide e o Piroxicam. Uma parte considerável dos profissionais respondeu prescrever o Paracetamol, mas também houve cirurgiões dentistas que afirmaram prescrever AAS, inibidores de COX₂, antiinflamatórios esteroidais, além do Paracetamol associado a outros antiinflamatórios. De acordo com a literatura, os antiinflamatórios devem ser evitados durante o período gestacional, principalmente no 3º trimestre, por estarem relacionados ao aumento de pressão arterial pela retenção de água e sódio (TIRELLI *et al.*, 2003). Ainda, estes medicamentos podem levar à inibição da síntese de prostaglandinas causando possíveis prolongamento da gestação e dificuldades de trabalho de parto, além de poderem produzir o fechamento precoce do ducto arterioso no feto (TIRELLI *et al.*, 2003). Ainda, o AAS está classificado como D para gestantes, uma vez que pode causar hemorragia materna e fetal devido à ação de antiagregante plaquetário superior aos demais AINES.

Dentre os profissionais que não indicaram antiinflamatórios durante a gestação, destacaram-se os grupos de tempo de formação de 0 a 10 anos e de 11 a 20 anos e os especialistas sendo que os profissionais apresentaram diferença estatística quanto ao grau de especialização.

Os antibióticos devem ser utilizados na presença de sinais de disseminação da infecção como febre, tumefação ganglionar, caquexia (prostração do paciente), elevação dos sinais vitais (aumento dos batimentos cardíacos e elevação da pressão arterial). Ainda, a profilaxia antibiótica deve estar presente antes de tratamentos invasivos em pacientes de risco como diabéticos não compensados, pacientes portadores de válvulas cardíacas, histórico de febre reumática .

As infecções odontológicas são usualmente causadas por bactérias

anaeróbias, anaeróbias facultativas, bactéria aeróbias e, em menor quantidade por espiroquetas. Neste contexto, a Penicilina tem sido considerada o antibiótico de escolha para o tratamento, de infecções bucais (WASYLKO *et al.*, 1998) agindo na parede celular de microrganismos aeróbios e anaeróbios.

Nesta pesquisa, a grande maioria dos profissionais optou pela Penicilina concordando com a literatura sendo que a maior quantidade de entrevistados foi representada pelos formados no período de 11 a 20 anos e especialistas. Quanto ao tempo de formação as categorias apresentaram diferença estatística. Entretanto, deve-se considerar que a Penicilina apresenta um potencial efeito de hipersensibilidade e deve ser substituída nestas situações. Como medicação de 2ª escolha para as gestantes, a metade do total de profissionais optou pelos Macrolídeos concordando com autores como Andrade (2006); Silva (2002) e Balligan e Hale (1993). Entre estes profissionais, a maioria são formados até 10 anos e especialistas. Entretanto, estes resultados não apresentaram diferença estatística. Alguns profissionais optaram pela Clindamicina como 2ª escolha antibiótica provavelmente por sua efetividade contra microrganismos gram-positivos e negativos, entretanto esta medicação está associada a casos de colites severas e deve ser reservada para tratamentos de infecções graves (BALLIGAN e HALE, 1993). Uma pequena porcentagem de profissionais optou pelas Sulfas, Tetraciclina, Aminoglicosídeos e outros antibióticos como o Cloranfenicol e Vancomicina. O Cloranfenicol é categorizado como C pela FDA e pode causar reações tóxicas e colapso circulatório em recém-natos denominados Síndrome “Gray Baby” (SILVA, 2002) não devendo ser administrado em gestantes. Em relação às Vancomicinas, estas podem ser uma opção para os alérgicos às Penicilinas uma vez que apresentam o mesmo espectro e são efetivas contra microrganismos gram-positivos,

porém a Vancomicina é considerada C pela FDA e pode estar associada à nefro e ototoxicidade no feto (SILVA, 2002; BALLIGAN e HALE, 1993). Ainda, em relação aos Aminoglicosídeos, apesar de apresentarem espectro igual ao das Penicilinas, apresentam-se somente na forma de administração parenteral limitando seu uso ambulatorial.

O controle da ansiedade em pacientes que irão ser submetidos à intervenções odontológicas torna-se muitas vezes necessário para o conforto do paciente, porém a classificação destas medicações na FDA é D para o uso em gestantes mediante os efeitos adversos que podem causar ao feto. Nesta pesquisa, a grande maioria dos profissionais (82,2%) afirmou não administrar ansiolíticos em pacientes grávidas, dentre os quais destacaram-se os especialistas e os profissionais formados até 10 anos. Observou-se diferença estatística entre as categorias do grupo de tempo formação profissional. Entretanto, entre os profissionais que optaram pela prescrição de ansiolíticos, a maior parte escolheu o Diazepam. Porém, na literatura, os benzodiazepínicos (Diazepam e Lorazepam) estão relacionados à depressão do sistema nervoso central do feto quando utilizados no final da gestação e à dependência do neonato com o uso crônico durante a gravidez (HAAS *et al.*, 2000; GAJENDRA e KUMAR, 2004). Além disso, os efeitos teratogênicos dos benzodiazepínicos são controversos na literatura (HAAS *et al.*, 2000).

As intervenções odontológicas de rotina e invasivas necessitam do controle da dor local por meio de anestesia. Entretanto, a escolha do sal anestésico e o uso de vasoconstritores causam controvérsias na classe odontológica, uma vez que todos os anestésicos locais atravessam a barreira placentária (ANDRADE, 2006). Neste estudo, observou-se que a maioria dos profissionais escolheu a Lidocaína como sal

anestésico concordando com autores como Barak *et al.* (2003), Andrade (2006), Hilgers *et al.* (2003). Dentre estes, destacaram-se os especialistas e os profissionais formados a menos tempo (até 10 anos) com pequena diferença para os profissionais formados entre 11 a 20 anos (estes resultados não apresentaram significância estatística). Uma grande parte indicou a Mepivacaína como sal anestésico, porém esta é classificada como C pela FDA e apresenta metabolização hepática mais lenta que a Lidocaína (ANDRADE, 2006), podendo causar bradicardia fetal (HILGERS *et al.*, 2003). A Prilocaína ficou em 3º lugar na escolha anestésica e apesar de ser considerada segura (GAJENDRA e KUMAR, 2004), pode causar metemoglobinemia na gestante, além de contrações uterinas por sua apresentação no Brasil estar associada ao vasoconstritor Felipressina (ANDRADE, 2006). Poucos entrevistados escolheram a Bupivacaína como sal anestésico, porém sua administração deve ser evitada por ter classificação C na FDA. Em relação ao uso de vasoconstritores, a maioria dos profissionais afirmou prescrever anestésicos locais com vasoconstritores dentre os quais destacaram-se os especialistas e os profissionais formados até 10 anos (não houve diferença estatística entre os grupos). Tal atitude corrobora com Haas *et al.* (2000) que defende o uso de vasoconstritores em gestantes por impedirem a absorção sistêmica do anestésico local e, portanto, reduzem sua toxicidade além de prolongarem a duração e efetividade do mesmo (HAAS *et al.*, 2000).

A disponibilidade do tratamento odontológico à gestante é primordial uma vez que as alterações sistêmicas que ocorrem na gestação podem contribuir na exacerbação condições patológicas bucais pré-existentes. Além disso, condições patológicas bucais, como a doença periodontal, podem intervir negativamente no processo gestacional ocasionando partos prematuros e ocasionando riscos a

sobrevida dos bebês. Ainda, o encanto que a gestação causa na mulher propicia a aquisição de novos conhecimentos e atitudes que possam contribuir para a sua saúde e do futuro bebê. Entretanto, muitos cirurgiões-dentistas alegam desconhecimento científico (CODATO, 2005) quanto ao atendimento às gestantes, o que gera insegurança quanto às ações a serem executadas no tratamento odontológico e dúvidas quanto à prescrição medicamentosa (TIRELLI *et al.*, 2003; HAAS *et al.*, 2000; MOORE, 1998;).

Neste trabalho, a maioria dos profissionais afirmou ter recebido informações sobre o atendimento odontológico à gestante onde se destacaram os especialistas e os profissionais com até 10 anos de formação profissional.

A maioria dos profissionais entrevistados afirmou realizar procedimentos curativos durante o período gestacional com freqüência e a maior parte destes afirmaram ter segurança ao tratarem gestantes. Quanto ao grau de especialização destes profissionais, destacaram-se os especialistas. Ainda, observou-se que quanto maior o tempo de formação, mais procedimentos são realizados em gestantes e maior a segurança dos profissionais.

Apesar da segurança apresentada pela maioria dos entrevistados, uma quantidade expressiva de cirurgiões-dentistas (66,9%) afirmou consultar os ginecologistas-obstetras para a realização de tratamentos invasivos em gestantes sendo que grande parte destes profissionais foi representada por especialistas e formados até 10 anos. De acordo com Lee *et al.* (1999), o cirurgião-dentista deve ser responsável pela prescrição de medicamentos às gestantes baseando-se na FDA e deve ter o parecer do obstetra quando existirem dúvidas quando a teratogenicidade da droga. Assim como, SHROUT *et al.* (1992) afirmam que os cirurgiões-dentistas devem conferir com os ginecologistas-obstetras as contra-indicações e precauções

quando um procedimento poder resultar em bacteremia. Ainda, em casos de dúvidas, informações devem ser trocadas com o médico sobre o estado de saúde geral da paciente (SCAVUZZI e ROCHA, 1999), devendo haver uma boa interação entre paciente, dentista e obstetra (SILVA, 2002). Portanto, os cirurgiões- dentistas não devem recorrer aos ginecologistas–obstetras, visando transmitir a estes profissionais a responsabilidade do tratamento. Além disso, existem relatos que muitos ginecologistas-obstetras não recebem, tanto na graduação quanto na pós-graduação, informações sobre saúde bucal (MENOLI e FROSSARD, 1997). No entanto, se uma paciente tem uma gravidez de alto risco, os cuidados com o tempo e freqüência de atendimento e principalmente com a medicação devem ser redobrados. Em situações dessa natureza, deve-se trabalhar de maneira mais integrada com o médico obstetra da paciente, buscando sempre um trabalho em equipe (SILVA, 2002). Neste contexto, apenas a minoria (2,8%) dos profissionais analisados no estudo afirmou consultar os médicos quando as gestantes são consideradas de alto risco.

A dinâmica atual da saúde caracteriza-se pela evolução do modelo assistencial com a substituição do curativismo pela lógica da promoção da saúde. Desta forma, vale ressaltar a necessidade de qualificação e requalificação de recursos humanos em saúde bucal.

Nesse contexto, este trabalho após traçar o perfil dos profissionais em relação ao atendimento odontológico a gestantes, tentou-se fornecer subsídios para posterior elaboração de material técnico de caráter educativo direcionado tanto à categoria odontológica quanto à categoria médica, visando à intensificação da transdisciplinariedade no atendimento a gestantes.

7. CONCLUSÕES

A partir dos resultados obtidos, podemos concluir que:

- a maioria dos profissionais orienta as gestante a respeito da higiene bucal do bebê;
- o flúor pré-natal e as radiografias odontológicas não são indicados pela maioria dos profissionais;
- os tratamentos emergenciais, de gengivite e eletivos são realizados preferencialmente em qualquer período gestacional pela maioria dos profissionais entrevistados. Entretanto, uma parte significativa dos profissionais realiza procedimentos eletivos somente durante o 2º. trimestre gestacional;
- a maioria dos cirurgiões-dentistas de Londrina realiza procedimentos curativos em gestantes como restaurações, tratamentos endodônticos, exodontias e reabilitações oclusais, com exceção das cirurgias periodontais;
- as Penicilinas e os Macrolídeos constituem os antibióticos mais indicados para gestantes, assim como o Paracetamol constitui o analgésico mais indicado;
- os antiinflamatórios não são prescritos durante a gestação por mais de um terço dos profissionais;
- a maioria dos profissionais que participou do estudo não indica ansiolíticos para as pacientes gestantes;
- quanto aos anestésicos locais, a maior parte dos dentistas da cidade de Londrina opta pela Lidocaína associada a agentes vasoconstritores;
- a maioria dos profissionais afirma ter recebido informações sobre o atendimento às gestantes e sente-se segura para a realização de procedimentos odontológicos durante a gestação. Entretanto, a maioria dos entrevistados consulta os ginecologistas-obstetras antes da realização de procedimentos invasivos e afirma desconhecer a inter-relação doença periodontal e risco de parto prematuro.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto aos grupos de profissionais analisados neste estudo, os profissionais formados há menos de 10 anos e os especialistas apresentaram maior número de conhecimentos e atitudes condizentes com a literatura. Os resultados analisados quanto ao tempo de formação dos profissionais, sugerem uma possível relação com a implementação das novas diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em odontologia homologadas em 4 de dezembro de 2001 as quais traçam o perfil do formando egresso (profissional) cuja formação deve ser generalista, humanista, crítica e reflexiva. Desta forma, os profissionais devem atuar em todos os níveis de atenção à saúde capacitados na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade. Assim, os egressos a partir deste período, têm a possibilidade de uma visão mais ampla de atendimento odontológico onde se considera e se presta assistência ao indivíduo como um todo dotado de necessidades e peculiaridades próprias.

Quanto ao destaque positivo de especialistas neste estudo, pode-se supor que a realização de cursos de pós-graduação lato-sensu ampliem informações aos profissionais possibilitando seu conhecimento e possível capacitação para o atendimento de pacientes especiais como as gestantes. Contudo, este trabalho não é conclusivo quanto a essas questões, mostrando a necessidade de continuidade da pesquisa aproveitando dados ou ampliando as questões para a determinação exata das causas das conclusões aqui demonstradas.

Além disso, foi observado na pesquisa que são os profissionais formados há mais de 20 anos os que realizam procedimentos curativos com mais frequência

e sentem-se mais seguros no atendimento a gestantes. O estudo também mostrou que apesar dos especialistas e profissionais formados há menos de 10 anos constituem o grupo que recebeu mais informações a respeito do atendimento odontológico à gestante, estes profissionais são os que mais desconhecem a interrelação da doença periodontal e risco de parto prematuro. Ainda, estes profissionais são os que mais consultam os ginecologistas-obstetras antes da realização de tratamentos invasivos, demonstrando uma certa dependência do ginecologista-obstetra para o atendimento a gestantes. Além disso, houve muita discrepância de respostas entre os profissionais em relação à administração de antiinflamatórios, ressaltando as dúvidas que os cirurgiões-dentistas apresentam quanto à prescrição medicamentosa durante o período gestacional.

Finalmente, considerando a dinâmica atual da saúde em nível mundial, com a substituição do curativismo pela promoção de saúde, mudanças no modelo assistencial da odontologia brasileira são imprescindíveis. Desta forma, existe uma clara necessidade na qualificação e requalificação da força de trabalho para o enquadramento desta dentro do novo cenário das políticas públicas do país. Nosso trabalho espera contribuir, nesse contexto, para a formação de recursos humanos em saúde, através da elaboração de material técnico (manual) sobre atendimento odontológico a gestantes, direcionado a cirurgiões-dentistas atuantes tanto na rede pública quanto em clínicas privadas.

REFERÊNCIAS

ABBOTT, P. Are dental radiographs safe? **Aust. Dent. J.**, v.45, n.3, p.208-213, 2000.

ALVES, C.S. Atenção odontológica no pré-natal: a percepção das gestantes do bairro do Padre Palhano, Sobral- CE. Monografia (Especialização com Caráter de Residência em Saúde da Família), Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2004.

ANDRADE, E.D. **Terapêutica medicamentosa em Odontologia**. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

ASIKANEN, S., CHEN, C. ALALUUSA,S. Can one acquire periodontal bacteria and periodontitis from a family member? **JADA**, v.125, n.9, p.1263-1271, Sept, 1997.

BALLIGAN, F.J.; HALE, T.M. Analgesic and antibiotic administration during pregnancy. **Gen. Dent.**, may/june, p.220-225, 1993.

BARAK, S.; OETTINGER-BARAK, O; OETTINGER, M; MACHTEI, E.E; PELED, M; OHEL, G. Common oral manifestations during pregnancy: a review. **Obstet Gynecol**, v.58, n.9, p. 624-27, 2003.

BOGGESS , K.A.; LIEFF, S.; MURTHA, A.P.; MOSS, K.; BECK, J.; OFFENBACHER, S. Maternal periodontal disease is associated with an increased risk for preeclampsia. **Obstetrics & Gynecology**, v.101(2), p. 227-231, 2003.

BRABIN, B.J. Epidemiology of infection in preagnancy. **Rev. Infect. Dis.**, 7: 579-603, 1985.

BRENT, R.; METTLER, F.; WAGNER, L.; STREFFER, ; C.; BENY, M.; HE S.; KUSAMA, T. **Pregnancy and Medical Radiation**. Disponível em www.icrp.org. Acesso em: 22 de março de 2006.

CAMPOS, P.R.B.; ARMONIA P.L.; SARACENI JUNIOR G.; RIBAS, T.R.C. Suplementos fluorados durante a gestação e lactação: verdades e mitos. **Ver. Odont. Univ. Santo Amaro**, v.5, n. 2, p.84-89, jul/dez ,2000.

CODATO, L.A.B. **Pré-natal odontológico e saúde bucal: percepções e representações de gestantes**. 2005, p.129. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Londrina, Londrina , 2005.

CORDEIRO, C.C.; COSTA L.C.S. Prevenção odontológica associada a alterações hormonais. **RBO**, v.56, N.5,P.255-56, 1999.

CHIODO, G.T.; ROSENSTEIN, D.I. Dental treatment during pregnancy: a preventive approach. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 110, p.365-68, 1985.

COZZUPOLI, C. A. Odontologia na gravidez. São Paulo, **Panamed Editorial**, 1981.154 p.

FARIA, C. F. **Programas odontológicos durante a gravidez e o impacto na saúde bucal do bebê** , 1996. 55 f. Monografia (Conclusão do Curso de Especialização em Odontopediatria) Associação Paulista de Cirurgião Dentista – Escola de Aperfeiçoamento profissional, Regional Araraquara, Araraquara, 1996.

FASSMAN, D.K. Prenatal Fluoridation. **NYSDJ**, june/july, p.47-51, 1993.

FERREIRA B. O começo de tudo. **Rev. ABO** , v. 5, n.3 p.70-77, 1997.

FITZSIMONS D; DWYER J.T.; PALMER C; BOYD LD. Nutrition and oral health guidelines for pregnant women, infants and children. **J AM Diet Assoc**, v.98:182-189, 1998.

GAJENDRA, S.; KUMAR, J.V.K. Oral Health and preagnancy. **NYSDJ**, jan:40-4, 2004.

HAAS, D; RYNN, B; SANDS, T.D. Drug use for the pregnant or lating patient. **Gen. Dent.**, jan/feb, p.54-60, 2000.

HALL, E.J. Effects of radiation on the embryo and fetus. In: Radiobiology for the biologist. 5 ed. Philadelphia: Lippincott Willians & Wilkins, 2000. p.178-197.

HILGERS, K.K.; DOUGLASS, J.; MATHIEU, J.P. Adolescent pregnancy: a review of dental treatment guidelines. **Pediatric Dent.**, v.25, n.5, p. 459-67, 2003.

IMPARATO, P. C. J; ECHEVERRIA, S. A Gestante no Contexto do Atendimento

Odontológico. **J. Bras. Odontopediatria, Odontol. Bebê**, v. 5, n.23, jan/fev. 2002.

JEFFCOAT, M. K; GEURS, M.C.; REDDY, M.S. Periodontal Infection And Preterm Birth. **J. Am Dent Assoc.**, v. 132, p. 875-80, 2001.

KINNBY, B; MATSSON, L; ASTEDT, B. Agravation of gingival inflammatory symptoms during preagnancy associated with the concentration of plasminogen activator inhibitor type 2 (PAI-2) in gingival fluid. **J. Periododontal Res.**, 31: 271-277, 1996.

KINANE D.F, LINDHE J. Pathogenesis of periodontitis. IN: Lindle J. **Clinical Periodonthology and Implant Dentristry**, 3ª ed. Copenhagen: Munksggard. p.189-225, 1997.

KOHLER B; ANDREEN I. Influence of caries-preventive measures in mothers on cariogenic bacteria and caries experience in their children. **Arch Oral Biol.**, v. 39, n. 10, p.907-11, 1994.

KONISHI, F. Odontologia intra-uterina. **Rev. Assoc. Paul Cir. Dent**, v. 49, N.2, p. 135 –136, mar/abr, 1995.

KONISHI, F.; KONISHI, R. Odontologia intra-uterina: um novo modelo de construção de saúde bucal. In: CARDOSO, A.J.R. Odontopediatria: Prevenção. São Paulo: Artes Médicas, 317 p, p.155-165, 2002.

KOMMAN, K.S.; LOESHE, W.J.The subgingival flora during preagnancy. **J.**

Periodontology , v.15, p.111-122, 1980.

KORZENIOWSKI, O.M. Antibacterial Agents in Pregnancy. **Infect Dis. Clin. North Am**, v.9, p.639-651, 1995.

LEE, A; MCWILLIANS, M, JANCHAR, T. Care of the pregnant patient on dental office. **Dent Clin. North Am.**, v.43; n.3, p.485-494, 1999.

LOSSO, M.E.; RAMALHO, G.M. Avaliação da prescrição de flúor pré-natal em Curitiba e região metropolitana. **RBGO**, v.23, n. 6, p. 391-95, 2001.

MENINO, R.T.M. Necessidade de saúde bucal em gestantes dos núcleos de saúde de Bauru. Bauru, 1995. 82 p. Tese (Doutorado). Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo.

MENOLI, A.P.V.; FROSSARD, W.T.G. Perfil dos médicos ginecologistas/obstetras de Londrina com relação à saúde oral da gestante. **Semina**, v.18, p. 34-42, 1997.

MILLS, L. W.; MOSES, D. T. Oral health during pregnancy. **Am. J. Matern. Child Nurs** v.27(5), p.275-80, 2002.

MOORE, P.A . Selecting drugs for the pregnant dental patient. **J. Am Dent. Ass.**, v. 129, p.1281-6, 1998.

MURRAY, J.J. O uso correto de fluoretos na saúde pública. São Paulo: Santos, 1992.131p .

MURAMATSU, Y., TAKAESU, Y. Oral health status related to sub-gingival bacterial flora and sex hormones in saliva during pregnancy. **Bull Tokyo Dent Coll**, v: 35. p.139-51, 1994

NEWMAN, M.G. Anaerobic oral e dental infection. **Rev. Infect Dis.**, v;6 (suppl1):p. S107-S114, 1984.

OFFENBACHER, S.; KATZ, V.; FERTIK, G. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. **Journal of Periodontology**, v.67, p.1103-1113, 1996.

OFFENBACHER, S.; JARED, H.L.; O'RELLY, P.G.; WELLS, S.R.; SALVI, G.E.; LAWRENCE, H.P.; SOCRANSKY, S.S.; BECK, J.D. Potential pathogenic mechanisms of periodontitis-associated pregnancy complications. **Annals of periodontology**, v. 3(1), p. 233-250, 1998.

PRETRY, P. C.; PRETTO, M. S. Educação e Motivação em saúde bucal. In: KRIGER, I. **ABOPREV – Promoção em saúde bucal**. São Paulo: Artes médicas, p. 363 – 370; 1997.

RABER-DURLACHER, JE; LEENE, W.; PALMER-BOUVA, C.C.R. Experimental gengivitis during pregnancy and post-parturium: imunohistochemical aspects. **J. Clin. Periodontol**, v. 64, p.211-218, 1993.

SCAVUZZI, A.I.F.; ROCHA, M.C.B.S. Atenção odontológica na gravidez: uma revisão. **Rev. Fac. Odontol. UFBA**, v. 18, p. 46-52, 1999.

SHIRMER, J. et al. In: **Assistência pré-natal: Manual Técnico** – 3ª Ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde – SPS/Ministério da Saúde, p.66, 2000.

SRHOUT, M.K.; COMER, R.W.; POWELL, B.J.; McCOY, H.P. Treating the pregnant dental patient: four basic rules addressed. **JADA**, v. 132, p. 75-80, 1992.

SILVA, R.S. Atendimento à gestante: 9 meses de espera? **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v. 56, n. 2, p.89-99, 2002.

SILVEIRA, R.C.J; CARLOS JR, A; SOUZA, E.H.A. Avaliação das condições de saúde e de higiene bucal em gestantes. **Rev. Cons. Reg. Odontol. Pernambuco**, v. 3, p. 61-70, 2000.

SOORY, M. Hormonal factors in periodontal disease. **Dent UPdate** v. 27, p. 380-383, 2000.

TARTASIANO, B.F.; ROLLINGS, R.E.The pregnant dental patient ; evaluation and management. **Gen Dent**, may/jun, p.226-30, 1993.

TIRELLI, M.C.; Armonia, P.L.; Rocha, R.G.; Tortamano, N. Comportamento dos cirurgiões-dentistas quanto ao uso de antiinflamatórios e analgésicos em pacientes gestantes: riscos e benefícios. **Rev. Inst. Ciênc Saúde**, v. 21, n.1, p. 41-8, 2003.

TORRES, S. A.; ROSA, O. P. S.; AKIYOSHI, N.; SILVEIRA, A. M. M.; BRETZ, W. A. Níveis de infecção de estreptococos do grupo *mutans* em gestantes. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, v. 13, n. 3, p. 225-231, jul./set. 1999.

TSAMTSOURS, A.; STACK, A.; PADAMSEE, M. Dental education of expectant parents. **J. Pedodontics**, v.10, p.309-321, 1986.

VITTEK, J.; GORDON, G.; RAPPAPORT, C. Specific progesterone receptors in rabbit gengiva. **J Periodontal Res**, v.17, p.657, 1982.

WASYLKO, L.; MATSUI, D.; DYKXHOORN, S.M.; RIEDER, M.J.; WEINBERG, S. A review of common dental treatments during pregnancy: implications for patients and dental personnel. **Canadian Dental Assoc.**, v.64, n. 6, p. 434-439, 1998.

WILLIAMS, P. C; OFFENBACHER, S. Periodontal medicine: The emergence of a new branch of periodontology. **Periodontoly**, v. 23, p. 9 –12, 2000.

WHITAKER, S.B.; BOUQUOT, J.E.; ALIMARIO, A.E. Identification and semiquantification of estrogen and progesterone receptors in pyogenic granulomas of pregnancy. **Oral Surg. Oral Med. Oral Path**, v. 78, p.755-760, 1994.

10. APÊNDICES

CARTA DE INFORMAÇÃO

A atenção odontológica durante a gestação deve ser priorizada, pois a negligência à saúde bucal neste período causa prejuízos agravados à mãe (gingivite, granuloma gravídico, agudização de focos infecciosos) e, ainda, pode colocar a saúde do feto em risco (aumento do risco de parto prematuro).

Nesse sentido, o atendimento odontológico educativo/preventivo e também curativo são metas da Organização mundial da saúde e do Ministério da Saúde do Brasil. Entretanto, o atendimento odontológico de gestantes ainda é muitas vezes negligenciado, uma vez que muitos profissionais de odontologia apresentam dúvidas quanto à prescrição medicamentosa, indicação e execução de procedimentos invasivos.

No intuito de coletar dados sobre a conduta dos profissionais de odontologia e o nível de interação entre ginecologistas-obstetras e cirurgiões-dentistas no atendimento a gestantes, solicitamos sua preciosa colaboração no sentido de responder o questionário em anexo. Esse trabalho faz parte de um projeto de pesquisa vinculado ao Mestrado em Odontologia da Universidade Norte do Paraná. Desta forma, os dados obtidos a partir desta pesquisa serão utilizados em dissertações, teses, revistas científicas e/ou livros especializados.

Fica claro que o profissional pode a qualquer momento deixar de participar do estudo alvo desta pesquisa. Além disso, fica expressa a liberdade ao profissional em receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca de assuntos referentes à pesquisa. Adicionalmente, fica resguardado ao profissional o caráter confidencial das informações fornecidas assim como sua identidade, ficando o questionário, para fins de pesquisa, desvinculado deste termo.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o sr(a) portador(a) da cédula de identidade no., após a leitura minuciosa da CARTA DE INFORMAÇÃO, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos procedimentos aos quais será submetido (a), não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, concordando em participar da pesquisa proposta.

Por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Assinatura do profissional

Assinatura do pesquisador(a)

QUESTIONÁRIO

Tempo de formado:

Faculdade/Universidade onde cursou a graduação:

Especialidade:

Faculdade/Universidade onde cursou a especialização:

Área de atuação profissional

- () Clínica privada
 () Saúde pública ambulatorial
 () Docência
 () Outros (especificar):

1 – Você já recebeu alguma informação sobre atendimento odontológico a gestantes?
 () SIM () NÃO

2- Rotineiramente em seu consultório, você atende e realiza procedimentos odontológicos curativos em gestantes?
 () SIM () NÃO

No caso de resposta afirmativa, sente-se seguro para a realização destes procedimentos?
 () SIM () NÃO

3 – Você consulta o ginecologista:
 () Antes da realização de qualquer procedimento odontológico de rotina
 () Antes de tratamentos invasivos (ex: raspagem e cirurgias)
 () Em tratamentos que necessitem da administração de anestésicos locais
 () Antes da prescrição de qualquer medicamento
 () Somente para gestantes com gravidez de alto risco (hipertensão e diabetes gestacional)

4 – Você recomenda a administração de flúor pré-natal?
 () SIM () NÃO

5 – Você orienta a gestante a respeito da higiene oral do bebê?
 () SIM () NÃO

6 – Qual é o período no qual você realiza procedimentos odontológicos em gestantes?

<p>Tratamentos emergenciais (ex: abscessos)</p> <p>() Em qualquer período gestacional () A partir do 2º. Trimestre de gestação () Somente durante o 2º. Trimestre () Não realiza</p>	<p>Tratamentos eletivos (ex: restaurações)</p> <p>() Em qualquer período gestacional () A partir do 2º. Trimestre de gestação () Somente durante o 2º. Trimestre () Não realiza</p>
---	--

Tratamento de gengivite

- Em qualquer período gestacional
 A partir do 2º. Trimestre de gestação
 Somente durante o 2º. Trimestre de gestação
 Não realiza

7 – Na sua opinião, quais procedimentos odontológicos podem ser realizados em gestantes?

- | | |
|---|---|
| Restaurações dentárias | Tratamento endodôntico |
| <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| Exodontias não complicadas | Reabilitações oclusais |
| <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| Cirurgias periodontais | |
| <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | |

8 - A respeito das radiografias odontológicas, você:

- Indica durante toda a gestação
 Indica após o 2º. Trimestre da gestação
 Indica somente durante o 2º. Trimestre da gestação
 Não indica durante toda a gestação

9 – A respeito da administração medicamentosa para gestantes, qual seria sua opção de primeira escolha?

Antibioticoterapia:

- Penicilinas (Ex: Penicilina V, G, amoxicilina e ampicilina)
 Macrolídeos (Ex: Eritromicina)
 Tetraciclina (Ex: Clortetraciclina)
 Aminoglicosídeos (Ex: Gentamicina)
 Sulfonamidas (Ex: Sulfadiazina)
 Vancomicina

Considerando que a gestante fosse alérgica a esta droga de primeira escolha, sugira uma alternativa de tratamento: -----

Ansiolíticos:

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diazepam | <input type="checkbox"/> Lorazepam |
| <input type="checkbox"/> Buspirona | <input type="checkbox"/> Não utiliza |

Analgésicos:

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ácido acetil salicílico | <input type="checkbox"/> Dipirona |
| <input type="checkbox"/> Paracetamol | <input type="checkbox"/> Codeína |
| <input type="checkbox"/> Não utiliza | |

Antiinflamatórios:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Piroxicam | <input type="checkbox"/> Ácido acetil salicílico |
| <input type="checkbox"/> Paracetamol | <input type="checkbox"/> Diclofenaco sódico |
| <input type="checkbox"/> Nimesulide | <input type="checkbox"/> Dexametasona |
| <input type="checkbox"/> Não utiliza | |

Anestésicos locais para pacientes com ausência de hipertensão:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prilocaína com vasoconstrictor | <input type="checkbox"/> Prilocaína sem vasoconstrictor |
| <input type="checkbox"/> Bupivacaína com vasoconstrictor | <input type="checkbox"/> Bupivacaína sem vasoconstrictor |
| <input type="checkbox"/> Lidocaína com vasoconstrictor | <input type="checkbox"/> Lidocaína sem vasoconstrictor |
| <input type="checkbox"/> Mepivacaína com vasoconstrictor | <input type="checkbox"/> Mepivacaína sem vasoconstrictor |
| <input type="checkbox"/> Não utiliza | |

10– Você conhece a interrelação entre a doença periodontal na gestante e o risco de parto prematuro do feto?

- SIM NÃO

11 - Qual a terapia que você recomenda para gestantes com periodontite?

- Bochechos com agentes antimicrobianos
 Controle de placa
 Curetagem periodontal
 Curetagem + Metronidazol
 Procedimento cirúrgico

12 – Com relação ao granuloma gravídico, você considera correto afirmar:

- Lesão de fácil diagnóstico
 Lesão que pode ser confundida com fístulas periodontais ou periapicais
 Desconhece a lesão
 A conduta terapêutica independe do tamanho e localização da lesão