

MÁRCIA CRISTINA TIRELLI

**CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS MÉDICOS
GINECOLOGISTAS E OBSTETRAS EM RELAÇÃO À SAÚDE
BUCAL E AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO
DE PACIENTES GESTANTES**

São Paulo
2004

Márcia Cristina Tirelli

**Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos
ginecologistas e obstetras em relação à saúde
bucal e ao tratamento odontológico
de pacientes gestantes**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da
Universidade de São Paulo para concorrer ao
Título de Doutor pelo Curso de Pós - Graduação
em Odontologia.

Área de Concentração: Clínica Integrada
Orientador: Prof. Dr. Nicolau Tortamano

São Paulo
2004

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Tirelli, Márcia Cristina

Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos ginecologistas e obstetras em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico de pacientes gestantes / Márcia Cristina Tirelli; orientador Nicolau Tortamano. -- São Paulo, 2004.

115p. : fig., tab., graf., 30 cm.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Área de Concentração: Clínica Integrada) -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

1. Gravidez – Odontologia 2. Saúde bucal – Gravidez 3. Obstetrícia – Saúde bucal 4. Ginecologia – Saúde.

CDD 617.601
BLACK D57

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE E COMUNICADO À AUTORA A REFERÊNCIA DA CITAÇÃO.

São Paulo, 09 / 07 / 2004.

Assinatura: Márcia Cristina Tirelli

E-mail: marciatirelli@terra.com.br

FOLHA DE APROVAÇÃO

Tirelli MC. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos ginecologistas e obstetras em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico de pacientes gestantes [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2004.

São Paulo, _____ / _____ / _____

Banca Examinadora

1) Prof. Dr. _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ (_____) Assinatura: _____

2) Prof. Dr. _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ (_____) Assinatura: _____

3) Prof. Dr. _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ (_____) Assinatura: _____

4) Prof. Dr. _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ (_____) Assinatura: _____

5) Prof. Dr. _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ (_____) Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por terem me dado a vida e guiado os meus primeiros passos e à minha família, por terem possibilitado a minha formação. Sem eles, eu não teria chegado até aqui.

Ao Prof. Dr. Nicolau Tortamano, pela oportunidade de realizar este trabalho.

Ao Prof. Dr. Paschoal Laércio Harmonia, pela ajuda na elaboração do questionário para a coleta dos dados desta pesquisa.

Ao Prof Dr. Rodney Garcia Rocha, pela confiança durante o curso e colaboração na revisão deste trabalho.

Aos professores e colegas da Disciplina de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pela convivência durante o curso.

A todos aqueles que possibilitaram, direta e/ou indiretamente, a realização desta pesquisa.

“Palavras verdadeiras
não são lisonjeiras,

Palavras lisonjeiras não
são verdadeiras.

O homem de bem não fala
muito,

Quem fala muito não é
homem de bem.

Homens sábios não são
eruditos,

Homens eruditos não são
sábios.

Quem trilha o caminho da
perfeição

Não acumula tesouros.

Riqueza é para o sábio
O que ele faz pelos
outros...

Assim age o sábio,
Sem ferir ninguém."

Lao Tzu, Tao-Te Ching,
Séc.VI a.C.

Tirelli MC. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos ginecologistas e obstetras em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico de pacientes gestantes [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2004.

RESUMO

A proposta deste estudo foi investigar os conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos ginecologistas e obstetras em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico de pacientes gestantes. Foram entrevistados, através de questionários padronizados, 204 médicos ginecologistas e obstetras associados à Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (SOGESP) e que atuam no Município de São Paulo. Os resultados mostraram que 94,12% dos entrevistados possuem informações sobre os fatores etiológicos da cárie dental e 82,36% possuem informações sobre os fatores etiológicos das alterações gengivais e periodontais que ocorrem no período gestacional. Dos que possuem informações sobre os fatores etiológicos da cárie dental e/ou das alterações gengivais e periodontais que acontecem na gravidez, 96,97% repassam essas informações às pacientes gestantes. Em relação ao nível de informações sobre saúde bucal, 32,35% consideram satisfatório o próprio nível de conhecimentos sobre saúde bucal, enquanto 47,06% julgam relativamente satisfatório e 20,59% acreditam ser insatisfatórios seus conhecimentos sobre

esse tema. 94,12% dos entrevistados acreditam que cabe tanto ao cirurgião dentista quanto ao médico orientar as pacientes grávidas em relação à prevenção em saúde bucal na gestação, mas 5,88% acreditam que a orientação às gestantes, no que diz respeito à saúde bucal, cabe apenas ao cirurgião dentista. 97,06% dos pesquisados consideram segura a realização de um tratamento odontológico durante a gravidez, 85,29% consideram segura a realização do exame radiográfico odontológico nesse período e 97,06% recomendam às gestantes procurar atendimento odontológico durante o pré-natal. O segundo trimestre da gravidez é considerado o período mais indicado para o atendimento odontológico programado de pacientes gestantes por 64,71% dos entrevistados. O relacionamento cirurgião dentista-médico, no que diz respeito aos cuidados com a saúde da paciente gestante é satisfatório para 23,53% dos pesquisados, relativamente satisfatório para 35,29% e não satisfatório para 41,18%. Somente 5,88% dos ginecologistas e obstetras realizam um exame bucal das gestantes durante as consultas do pré-natal, mas 100,00% consideram importante a integridade da saúde bucal das pacientes grávidas em relação ao desenvolvimento normal da gestação e orientam-nas sobre a importância da saúde bucal durante o pré-natal.

Palavras-chave: gravidez; odontologia; ginecologia e obstetrícia; tratamento odontológico; saúde bucal.

Tirelli MC. The gynecologists and obstetrics physicians' knowledge and behavior about oral health and dental treatment in pregnant patients [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2004.

ABSTRACT

The propose of the present study was to investigate the gynecologists and obstetrics physicians' knowledge and behavior about the oral health and dental treatment in the pregnant patients. Standardized questionnaires was used to interview 204 gynecologists and obstetrics physicians associates to the Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia do Estado de São Paulo (SOGESP) and they act in the São Paulo city. The results showed that 94,12% possess information about etiology of the gengival and periodontal diseases that occur during the pregnancy. Among these professionals, 96,97% repass these information to the pregnant patients. 32,35% consider satisfactory the own knowledge about oral health while 47,06% judge relatively satisfactory and 20,59% believe to be unsatisfactory the own knowledge about the subject. 94,12% believe that dentists and physicians to guide the pregnant patients in oral health in the pregnancy, but 5,88% believe that the the dentists are responsible for this task. 97,06% consider insurance the accomplishment of dental treatment during the pregnancy. 85,29% consider insurance the accomplishment of the radiographic dental examination in this period and 97,06% recommend to the pregnant patients

to look dental treatment during the prenatal. The second trimester of pregnancy is considered the most indicated period to realize a planned dental treatment in pregnant patients by 64,71%. The relationship dentist / physician in whom it says respect to the cares with oral health of the pregnant patients is satisfactory for 23,53% of the searched ones, relatively satisfactory for 35,29% and unsatisfactory for 41,18%. 5,88% only carry through oral examination of the pregnant patients during the prenatal, but 100,00% consider important the integrity of oral health during the pregnancy in relation of the normal development of the pregnancy and guide the pregnant patients on the importance of the oral health during the prenatal.

Key-words: pregnancy; dentistry; gynecological and obstetrician; dental treatment; oral health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 6.1 – Médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, segundo o sexo	69
Figura 6.2 – Tempo de graduados em medicina dos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, em anos	70
Figura 6.3 – Médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, segundo a localidade onde cursaram medicina	71
Figura 6.4 – Tempo de formados na residência em ginecologia e obstetrícia dos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, em anos	72
Figura 6.5 – Médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, segundo a localidade onde cursaram a residência em ginecologia e obstetrícia	73
Figura 6.6 – Informações dos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, em relação aos fatores etiológicos da cárie dental	74

Figura 6.7 – Local onde os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, obtiveram as informações sobre os fatores etiológicos da cárie dental 77

Figura 6.8 – Outras fontes onde os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, obtiveram as informações sobre os fatores etiológicos da cárie dental 78

Figura 6.9 – Informações dos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, sobre os fatores etiológicos das alterações gengivais e periodontais que ocorrem durante a gravidez 79

Figura 6.10 – Local onde os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, obtiveram as informações sobre os fatores etiológicos das alterações gengivais e periodontais que ocorrem durante a gravidez 82

Figura 6.11 – Outras fontes onde os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, obtiveram as informações sobre os fatores das alterações gengivais e periodontais que ocorrem durante a gravidez .. 83

Figura 6.12 – Repasse das informações sobre os fatores etiológicos da cárie dental e das alterações gengivais e periodontais pelos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa que possuem tais

informações, às gestantes durante o pré-natal 84

Figura 6.13 – Julgamento dos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, em relação ao seu próprio nível de informação sobre saúde bucal 87

Figura 6.14 – Atribuição da tarefa de orientar as gestantes sobre prevenção em saúde bucal durante a gravidez de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa 88

Figura 6.15 – Realização de um exame bucal da paciente gestante durante a consulta de rotina no pré-natal pelos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa 90

Figura 6.16 – Orientações sobre a importância da saúde bucal durante a gestação dadas pelos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, às gestantes durante o pré-natal 91

Figura 6.17 – Segurança em relação à realização de um tratamento odontológico durante a gravidez, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa 93

Figura 6.18 - Período considerado pelos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, o mais seguro para o atendimento de

pacientes gestantes quando o quadro clínico não é de urgência 95

Figura 6.19 – Segurança em relação à realização de um exame radiográfico odontológico durante a gestação, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa 98

Figura 6.20 – Recomendação em relação à procura de atendimento odontológico às pacientes durante o pré-natal, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa 100

Figura 6.21 – Relacionamento cirurgião dentista-médico, no que diz respeito aos cuidados com a saúde da paciente gestante, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa 102

Figura 6.22 – Importância da integridade da saúde bucal da paciente grávida em relação ao desenvolvimento normal da gestação, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa 104

Figura 6.23 – Dificuldade em responder ao questionário no que diz respeito à formulação das perguntas, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa 106

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 – Médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, segundo o sexo 60

Tabela 5.2 – Tempo de graduados em medicina dos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, em anos 60

Tabela 5.3 – Médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, segundo a localidade onde cursaram medicina 61

Tabela 5.4 – Tempo de formados na residência em ginecologia e obstetrícia dos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, em anos 61

Tabela 5.5 – Médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, segundo a localidade onde cursaram a residência em ginecologia e obstetrícia 61

Tabela 5.6 – Informações dos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, em relação aos fatores etiológicos da cárie dental 61

Tabela 5.7 – Local onde os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, obtiveram as informações sobre os fatores etiológicos da cárie dental 62

Tabela 5.8 – Outras fontes onde os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, obtiveram as informações sobre os fatores etiológicos da cárie dental 62

Tabela 5.9 – Informações dos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, sobre os fatores etiológicos das alterações gengivais e periodontais que ocorrem durante a gravidez 62

Tabela 5.10 – Local onde os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, obtiveram as informações sobre os fatores etiológicos das alterações gengivais e periodontais que ocorrem durante a gravidez 63

Tabela 5.11 – Outras fontes onde os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, obtiveram as informações sobre os fatores das alterações gengivais e periodontais que ocorrem durante a gravidez .. 63

Tabela 5.12 – Repasse das informações sobre os fatores etiológicos da cárie dental e das alterações gengivais e periodontais pelos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa e que possuem

tais informações, às gestantes durante o pré-natal 63

Tabela 5.13 – Julgamento dos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, em relação ao seu próprio nível de informação sobre saúde bucal 64

Tabela 5.14 – Atribuição da tarefa de orientar as gestantes sobre prevenção em saúde bucal durante a gravidez de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa 64

Tabela 5.15 – Realização de um exame bucal da paciente gestante durante a consulta de rotina no pré-natal pelos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa 64

Tabela 5.16 – Orientações sobre a importância da saúde bucal durante a gestação dadas pelos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, às gestantes durante o pré-natal 64

Tabela 5.17 – Segurança em relação à realização de um tratamento odontológico durante a gravidez, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa 65

Tabela 5.18 – Período considerado pelos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, o mais seguro para o atendimento

de pacientes gestantes quando o quadro clínico não é de urgência 65

Tabela 5.19 – Segurança em relação à realização de um exame radiográfico odontológico durante a gestação, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa 65

Tabela 5.20 – Recomendação em relação à procura de atendimento odontológico às pacientes durante o pré-natal, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa 65

Tabela 5.21 – Relacionamento cirurgião dentista-médico no que diz respeito aos cuidados com a saúde da paciente gestante, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa 66

Tabela 5.22 – Importância da integridade da saúde bucal da paciente grávida em relação ao desenvolvimento normal da gestação, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa 66

Tabela 5.23 – Dificuldade em responder ao questionário no que diz respeito à formulação das perguntas, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa 66

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	18
2 REVISÃO DA LITERATURA	20
3 PROPOSIÇÃO	48
4 MATERIAL E MÉTODOS	49
4.1 Material	49
4.2 Métodos	49
5 RESULTADOS	60
6 DISCUSSÃO	67
7 CONCLUSÕES	107
REFERÊNCIAS	111

1 INTRODUÇÃO

A gestação representa um processo biológico natural na vida da mulher. Todavia, durante esse período, acontecem no organismo da mulher alterações fisiológicas em consequência dos níveis elevados de estrógeno e progesterona, necessários para a manutenção da gravidez.

As principais alterações bucais atribuíveis à gravidez relacionam-se ao aumento da vascularização dos tecidos gengivais e à resposta exacerbada do periodonto aos fatores irritantes locais (CORDEIRO; COSTA, 1999; LAINE, 2002; MACHUCA et al., 1999; MCCANN; BONCI, 2001; OLIVEIRA, 1990; SARTÓRIO; MACHADO, 2001), com elevada incidência de doença periodontal (GAFFIELD et al., 2001; LAINE, 2002; MCCANN; BONCI, 2001; ROSELL; POMPEU; VALSECKI JR, 1999; SARTÓRIO; MACHADO, 2001), que representa um risco, em potencial, à ocorrência de parto prematuro (BRUNETTI; NARVAI; SOUZA, 2004; GAFFIELD et al., 2001; LAINE, 2002; MCCANN; BONCI, 2001; OFFENBACHER; KATZ; FERTIK, 1996). Portanto, a assistência odontológica mostra-se imprescindível como parte dos cuidados pré-natais, cujo objetivo é garantir que a gravidez termine no parto de uma criança sadia sem prejuízo da saúde materna (PRITCHARD; MACDONALD, 1983). Assim, para que esse objeto seja alcançado, é necessário um intercâmbio entre a odontologia e a medicina (CORDEIRO; COSTA, 1999; COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002;

COSTA et al., 1998).

Dos profissionais da área de saúde, os médicos ginecologistas e obstetras são os que têm um contato mais próximo e freqüente com as gestantes. Assim, destaca-se a importância das informações que esses profissionais possuem em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico durante a gestação.

Tendo em vista os fatos mencionados anteriormente, o propósito deste estudo foi investigar conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos ginecologistas e obstetras em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico de pacientes gestantes.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Gravidez ou gestação pode ser definida como a seqüência de eventos que ocorre após a fecundação do óvulo, o qual desenvolve-se até o feto chegar a termo (GUYTON, 1977). Representa um processo biológico natural e, portanto, um estado fisiológico normal. Entretanto, durante esse período, acontecem no organismo da mulher alterações fisiológicas, tanto funcionais quanto anatômicas, sistêmicas e locais, em consequência das modificações hormonais típicas desse período e que representam a adaptação de seu organismo à gestação.

As principais alterações bucais atribuíveis à gravidez são aquelas relacionadas ao aumento da vascularização e da permeabilidade vascular dos tecidos gengivais e à resposta exacerbada dos tecidos moles do periodonto aos fatores irritantes locais (CORDEIRO; COSTA, 1999; LAINE, 2002; MACHUCA et al., 1999; MCCANN; BONCI, 2001; OLIVEIRA, 1990; SARTÓRIO; MACHADO, 2001). Independente do quadro inflamatório pré-existente, devido a essas alterações nos níveis hormonais, ocorre aumento da mobilidade dentária, do fluido gengival e da profundidade do sulco gengival, elementos que se reduzem após o parto (CORDEIRO; COSTA, 1999; LAINE, 2002; LASCALA; MOUSSALLI, 1995; MACHUCA et al., 1999; MCCANN; BONCI, 2001; OLIVEIRA, 1990).

Os níveis elevados de estrógeno e progesterona, necessários

para a manutenção da gravidez, são os responsáveis pela resposta inflamatória exacerbada à ação dos agentes irritantes locais, como a placa bacteriana (CORDEIRO; COSTA, 1999; LAINE, 2002; LASCALA; MOUSSALLI, 1995; MACHUCA et al., 1999; MCCANN; BONCI, 2001; OLIVEIRA, 1990; ROSELL; POMPEU; VALSECKI JR, 1999; SARTÓRIO; MACHADO, 2001).

A resposta intensificada aos agentes irritantes locais diante de uma gengivite pré-existente pode ser percebida já no primeiro trimestre, época que coincide com a elevação dos níveis de estrógeno e progesterona (LAINE, 2002; OLIVEIRA, 1990; SARTÓRIO; MACHADO, 2001; TUNES; RAPP, 1999). Tais níveis hormonais se elevam ainda mais no terceiro trimestre, momento em que a inflamação gengival pode atingir sua máxima severidade (LAINE, 2002; OLIVEIRA, 1990; SARTÓRIO; MACHADO, 2001; TUNES; RAPP¹, 1999; apud SARTÓRIO; MACHADO, 2001). Entretanto, esse quadro patológico pode ser evitado através do controle da placa bacteriana (CORDEIRO; COSTA, 1999; MACHUCA et al., 1999; OLIVEIRA, 1990; SALKIN, 1999; SARTÓRIO; MACHADO, 2001).¹

Durante a gravidez, a gengivite apresenta características inflamatórias marcantes, com acentuado edema, maior tendência ao sangramento, eritema intenso e certa tendência hiperplásica (LAINE, 2002; MACHUCA et al., 1999; SARTÓRIO; MACHADO, 2001). Assim, ocasionalmente, uma área de gengiva, geralmente uma papila, produz uma zona localizada de proliferação capilar e reação inflamatória acentuada,

formando lesões idênticas ao granuloma piogênico, denominadas granulomas gravídicos (LAINE, 2002; MACHUCA et al., 1999; MCCANN; BONCI, 2001; OLIVEIRA, 1990).

Ainda como alteração da cavidade bucal em função dos níveis elevados de estrógeno e progesterona, pode ocorrer espessamento e acentuada descamação da mucosa (MACHUCA et al., 1999; OLIVEIRA, 1990; PRITCHARD; MACDONALD, 1983).

Doença periodontal é um termo genérico para as condições inflamatórias crônicas de origem bacteriana que se iniciam com a inflamação gengival, a gengivite, podendo ou não levar à extensão da inflamação aos tecidos de suporte dos dentes, a periodontite (SOCRANSKY, 1984).

Rosell, Pompeu e Valsecki Jr (1999) avaliaram a prevalência, severidade e necessidades básicas de tratamento da doença periodontal em gestantes e constataram que 100,0% das pacientes examinadas apresentavam alguma alteração gengival. Em relação às necessidades de tratamento, 90,2% das gestantes necessitavam de tratamentos adicionais aos preventivos, 61,0% necessitavam de raspagem e polimento coronário-radicular e/ou eliminação de margens de restaurações defeituosas e 29,2%, de tratamento mais complexo.

De acordo com Gaffield et al. (2001), 25 a 100% das gestantes podem apresentar gengivite em algum momento da gravidez e 10% podem desenvolver granuloma gravídico. Para McCann e Bonci (2001), a gengivite

¹ Tunes UR, Rapp GE. Influência das condições sistêmicas sobre as doenças periodontais.

pode ser observada em 30 a 100% das mulheres grávidas, sendo comum em 60 a 70% dessas pacientes.

Sartório e Machado (2001) examinaram 60 pacientes com o objetivo de estudar a prevalência da doença periodontal na gravidez e constataram que 43 (71,6%) apresentavam sinais de doença periodontal (gingivite), confirmando que essa é a mais prevalente das doenças periodontais. Entre as mesmas pacientes, 34 (56,6%) apresentavam gingivite moderada e 39 (65,0%) não procuraram assistência odontológica durante a gravidez.

De acordo com Laine (2002), durante a gestação, pode ocorrer aumento considerável da inflamação gengival sem que se observe um aumento significativo no acúmulo de placa bacteriana. Entretanto, deve ser enfatizado que um efetivo controle da placa bacteriana é essencial nesse período.

A doença periodontal em gestantes vem recebendo atenção considerável como fator de risco potencial independente para nascimentos prematuros de bebês com baixo peso.

Offenbacher; Katz e Fertik (1996), num estudo com 124 mulheres grávidas ou no pós-parto, constataram que aquelas que apresentavam doença periodontal eram sete vezes mais vulneráveis a ter um filho prematuro com baixo peso.

As doenças periodontais, que estimulam a síntese de mediadores

químicos do processo inflamatório, especialmente as prostaglandinas, podem oferecer perigo ao feto em desenvolvimento, pois há um aumento do risco de nascimentos prematuros de bebês com baixo peso, uma vez que as prostaglandinas são os principais mediadores químicos responsáveis pelas contrações uterinas (BRUNETTI; NARVAI; SOUZA, 2004; GAFFIELD et al., 2001; LAINE, 2002; MCCANN; BONCI, 2001).

Gaffield et al. (2001), verificaram que mulheres com um grau severo de periodontite apresentavam altos níveis sanguíneos de prostaglandinas, o que eleva a possibilidade de ocorrer parto prematuro de bebês com baixo peso, devido à associação das prostaglandinas com o desencadeamento das contrações uterinas, como foi mencionado anteriormente. Além disso, os altos níveis sanguíneos de prostaglandinas podem aumentar a sensibilidade do periodonto aos agentes irritante locais, exacerbando ainda mais a resposta inflamatória (Gaffield et al., 2001).

Existem ainda evidências indicando que filhos de mães com doença periodontal apresentam um elevado risco de desenvolver doenças periodontais, devido à transmissibilidade de microorganismos patogênicos entre membros de uma mesma família (SARTÓRIO; MACHADO, 2001). Dessa forma, o atendimento às necessidades de tratamento odontológico na gravidez deve receber especial atenção, tendo como objetivo promover a saúde bucal, contribuindo para minimizar a provável transmissibilidade de microorganismos bucais patogênicos para a criança, a fim de obter a prevenção das principais doenças bucais (ROSELL, POMPEU; VALSECKI JR, 1999).

De acordo com Zardetto, Rodrigues e Ando (1998), há uma tendência a melhores condições de saúde bucal em crianças cujas mães receberam orientação e educação sobre prevenção de doenças bucais, assim como os resultados obtidos são mais favoráveis e conseguidos com maior facilidade quando a prevenção começa precocemente.

Atualmente, ainda é comum ouvirem-se queixas de pacientes de que, durante a gravidez, “apareceram várias cáries” ou que as “obturações caíram”, demonstrando que a crença de que há remoção do cálcio da estrutura dental para formar a estrutura calcificada do feto ainda persiste (OLIVEIRA, 1990). Entretanto, avaliações da incidência de cárie em mulheres grávidas e não grávidas não mostraram diferenças estatisticamente significantes (OLIVEIRA, 1990), assim como a avaliação da composição mineral da dentina de dentes dessas mulheres constatou não haver diferenças (LAINE, 2002; OLIVEIRA, 1990).

Apesar de existirem relatos da prevalência de estreptococos mutans e de lactobacilos acidófilos em placas bacterianas de pacientes grávidas, assim como a diminuição do pH da saliva dessas pacientes, é relevante a importância dada à problemática da dieta e à negligência com a higiene bucal (OLIVEIRA, 1990).

Não há qualquer relação entre a presença de cárie e o número de gestações e o feto em desenvolvimento não pode calcificar-se às custas dos dentes da mãe (DUAILIBI; DUAILIBI, 1985), pois a gravidez não pode mobilizar diretamente o mineral dos dentes para causar aumento da

incidência de cárie dental (MCCANN; BONCI, 2001; NEIDLE; YAGIELA, 1989). Consenso é que, durante a gravidez e no período da amamentação, ocorre acentuada negligência com a higiene bucal e um conseqüente aumento da incidência de cáries (OLIVEIRA, 1990).

Cabe salientar que a paciente grávida apresenta um decréscimo na capacidade fisiológica do estômago durante o terceiro trimestre da gestação e pode ingerir menos quantidade de alimentos de cada vez, porém mais freqüentemente (OLIVEIRA, 1990). Suas refeições tornam-se hábitos constantes e com alimentos que podem ser altamente cariogênicos (CORDEIRO; COSTA, 1999; COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002; OLIVEIRA, 1990), fato que, somado à negligência com a higiene bucal e à crença equivocada de que “é preciso comer para dois”, resulta em um aumento da incidência de cárie dental e doenças periodontais, atribuídas erroneamente pelas gestantes e pela população em geral à gravidez.

Sabe-se que, no primeiro trimestre da gestação, podem ocorrer náusea matinal e vômitos, com a exposição do esmalte dental ao conteúdo gástrico, que é ácido (OLIVEIRA, 1990), mas os danos em potencial dessa ocorrência podem ser perfeitamente evitados se a gestante possuir adequados hábitos de higiene bucal.

A verdade é que as mulheres que tinham hábitos inadequados de controle da placa bacteriana antes de tornarem-se grávidas, frente às mudanças hormonais e de comportamento que ocorrem no período gestacional, tornam-se acentuadamente mais propensas ao

desenvolvimento de cáries, gengivite, periodontite, granuloma gravídico e até à perda de elementos dentais (CHIODO; ROSENSTEIN, 1985; CORDEIRO; COSTA, 1999; LAINE, 2002).

O conceito de que a cárie dental se agrava com a gravidez é totalmente infundado (PRITCHARD; MACDONALD, 1983), pois não existem provas documentadas de que a gravidez por si provoque a perda de dentes (PRITCHARD; MACDONALD, 1983), assim como não há qualquer relação entre a presença de cárie e o número de gestações e, como foi mencionado anteriormente, o feto em desenvolvimento não pode calcificar-se às custas dos dentes da mãe (DUAILIBI; DUAILIBI, 1985; MCCANN; BONCI, 2001), uma vez que a gravidez não pode mobilizar diretamente o mineral dos dentes para causar aumento da cárie dental (MCCANN; BONCI, 2001; NEIDLE; YAGIELA, 1989).

Portanto, os hormônios sexuais, estrógenos e progesterona, exercem suas influências sobre os tecidos periodontais modificando a resposta tecidual à placa bacteriana devido às alterações vasculares que provocam, influenciando a composição da microbiota da placa, estimulando a síntese de mediadores químicos do processo inflamatório, particularmente as prostaglandinas (GAFFIELD et al., 2001; LAINE, 2002; MACHUCA et al., 1999; TUNES; RAPP, 1999; apud SARTÓRIO; MACHADO, 2001), além de afetar o sistema imunológico e a produção de colágeno na gengiva, o que diminui a capacidade de reparação dos tecidos gengivais (GAFFIELD et al., 2001; LAINE, 2002; MACHUCA et al., 1999).

Em relação à freqüente ocorrência de hipersecreção das glândulas salivares (sialorréia) no início da gravidez, sua etiopatogenia não está definida, parecendo ser relevante a participação psicológica (MCCANN; BONCI, 2001; OLIVEIRA, 1990).

Pode ainda ocorrer o aparecimento de pigmentação na face de mulheres grávidas, que se caracteriza por pigmentação difusa ou circunscrita, mais nítida nas regiões muito expostas (fronte, nariz e região zigomática), de tonalidade escura, denominada cloasma ou máscara gravídica (OLIVEIRA, 1990). Também é possível observar essa alteração nos mamilos e na vulva, assim como no interior da boca e nos lábios, atribuída às alterações hormonais (OLIVEIRA, 1990).

Durante a vida pós-natal da mulher, nenhum outro acontecimento fisiológico produz alterações tão numerosas e intensas quanto as que ocorrem em seu organismo em resposta ao feto e à placenta em rápido crescimento e suas crescentes exigências durante a gestação (LAINE, 2002; PRITCHARD; MCDONALD, 1983; TARSITANO; ROLLINGS, 1993). Com a gravidez, a mulher tem necessidade de reajustar-se e readaptar-se a uma nova situação, o que exige cuidados pré-natais específicos.

Os objetivos dos cuidados pré-natais são garantir que a gravidez termine no parto de uma criança sadia sem prejuízo da saúde materna (PRITCHARD; MACDONALD, 1983). Os cuidados sistemáticos com a saúde da mulher, começando bem antes da gravidez, mostram-se muito benéficos para a saúde física e emocional da futura mãe e para o futuro filho

(PRITCHARD; MACDONALD, 1983). Portanto, os cuidados pré-natais ideais devem ser uma continuação de um esquema de cuidados de saúde supervisionado já estabelecido para a mulher antes da gestação (PRITCHARD; MACDONALD, 1983). Na gravidez, a mulher deve iniciar o pré-natal o mais cedo possível e ser examinada em intervalos regulares (PRITCHARD; MACDONALD, 1983). Obviamente, pelo que foi mencionado sobre as alterações relacionadas à saúde bucal, a assistência odontológica não somente faz parte dos cuidados pré-natais, mas é imprescindível. Entretanto, ainda é muito comum a crença popular de que não se deve tocar nos dentes de uma mulher durante a gravidez (OLIVEIRA, 1990). Quantos de nós já ouvimos a alegação de gestantes que não desejavam tratar os dentes porque “as obturações iriam cair” ou queixas de que, durante a gravidez, os dentes “ficariam fracos”, ocorrendo muitas cáries e mesmo a perda de alguns elementos dentais (OLIVEIRA, 1990). Atualmente, ainda é grande a força desses conceitos equivocados na população em geral e, o que é ainda mais preocupante, entre os profissionais da área de saúde.

A verdade é que uma mulher, preocupada com a gravidez e com a amamentação, pode passar muitos meses sem consultar um cirurgião dentista. A somatória dos problemas pré-existentes e/ou negligenciados pode facilmente levar à perda de dentes ou, no mínimo, ao aumento da atividade cariogênica e da incidência de doenças periodontais, devido à falta de cuidados com a higiene bucal (LAINE, 2002; OLIVEIRA, 1990).

Até 1920, a literatura recomendava o tratamento odontológico das gestantes somente durante o segundo trimestre da gravidez e apenas o

tratamento de urgência. Atualmente, sabe-se que a gestante precisa de assistência odontológica durante toda a gravidez, principalmente em relação ao aspecto preventivo (OLIVEIRA, 1990).

No Brasil, Pereira (1929) já enfatizava a necessidade de orientação sobre a saúde bucal desde a gestação. O autor afirmava que “é necessária uma propaganda sem limites no seio da família, pois a profilaxia deve começar desde a vida da criança no ventre materno, com a formação dos órgãos dentários sadios e bem calcificados”.

O fato de a mulher estar grávida não é obstáculo ao tratamento odontológico (AALTONEN; TENEVUO; LEHTONEN, 1988; GIER; JANES, 1983; GORACCI et al., 1984; KONISHI, 1996), pois esse é um momento bastante oportuno para se estabelecer medidas de promoção da saúde (COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002; COSTA et al., 1998; GAFFIELD et al., 2001; KONISHI, 1996; ROSELL; POMPEU; VALSECKI JR JR, 1999; ZARDETTO; RODRIGUES; ANDO, 1998) e esclarecer sobre os riscos e conseqüências da saúde bucal deficiente, pois é essencial que a gestante tenha consciência da importância de seu papel na família, especialmente quando a questão é saúde (MEDEIROS; ZEVALLOS; ROSIANGELA, 2002).

Infelizmente, a população, de uma forma geral, não possui conhecimento acerca do potencial que a prevenção tem no controle e na redução das doenças bucais (COSTA et al., 1998). Portanto, é importante que as pessoas sejam informadas sobre as causas e conseqüências das doenças bucais para que possam delas se prevenir (COSTA et al., 1998).

Quanto maior for a atitude positiva da mãe em relação à sua própria saúde, melhor será a saúde de seus filhos (COSTA et al., 1998). Assim, as gestantes, como agrupamento populacional mais vulnerável, devem constituir-se num grupo especial de educação para a saúde, além do que elas constituem um grupo de risco no que diz respeito à suscetibilidade aos problemas bucais em função do caráter infeccioso da cárie dental, pois as mães são as principais fontes de transmissão de bactérias cariogênicas aos seus filhos (COSTA et al., 1998).

A mãe é considerada a principal fonte de infecção de microorganismos relacionados tanto à cárie quanto à doença periodontal, devendo este fato ser considerado, principalmente se a mesma apresentar alto risco para quaisquer dessas patologias (GAFFIELD et al., 2001; ROSELL; POMPEU; VALSECKI JR, 1999). Assim, a diminuição desse grau de risco da mãe constitui-se em importante conduta preventiva para a criança, iniciando-se ainda no período gestacional e reduzindo a possibilidade de infecção precoce por microorganismos causadores da cárie dental e da doença periodontal (ROSELL; POMPEU; VALSECKI JR, 1999).

A maioria das mulheres chega à gravidez com limitados conhecimentos sobre as técnicas de higiene bucal, o que constitui a principal causa das patologias bucais de maior incidência, ou seja, a cárie e a doença periodontal, fato que é um alerta e direciona os esforços preventivos da equipe de saúde durante a gravidez (ROSELL; POMPEU; VALSECKI JR, 1999).

O atendimento às necessidades de assistência odontológica no período gestacional é fundamental e deve receber especial atenção por parte dos profissionais que acompanham a paciente, visando promover a sua saúde geral, o que inclui, obviamente, a saúde bucal, minimizando a transmissibilidade de microorganismos bucais patogênicos para seus filhos e obtendo a prevenção das principais doenças bucais, ou seja, a cárie dental e a doença periodontal.

A gravidez não contra-indica os procedimentos odontológicos necessários (PRITCHARD; MACDONALD, 1983) e devem ser consideradas em caráter de urgência, independente do período da gestação, as intervenções que tenham por objetivo remover a dor e focos de infecção, pois foi demonstrada a relação das infecções com a toxemia (BECK-COON; BECK-COON, 1982; CHIODO; ROSENSTEIN, 1985; DELZER; PROVANT JR, 1981; FIESE; HERZOG, 1988; GIER; JANES, 1999; GUIDELINES FOR DENTAL TREATMENT [...], 1984; LITTLE; FALACE, 1988; LITTNER et al., 1984; MILLER, 1995; MONIACI et al., 1990; OLIVEIRA, 1990; RANALI; ANDRADE; VOLPATO², 1996; apud TODESCAN; BOTTINO, 1996; ROTHWELL; GREGORY; SHELLER, 1987; SCHWARTZ; HOLMES; SCHWARTZ, 1987; TARSITANO; ROLLINGS, 1993; TONOLI et al., 1984).

A disseminação sistêmica de uma infecção (septicemia) é considerada teratogênica (CHIODO; ROSENSTEIN, 1985; GIER; JANES, 1983), podendo ser apontada como uma das causas, em potencial, do

² Ranali J, Andrade ED, Volpato MC

aborto espontâneo (LITTLE; FALACE, 1988) e existem evidências significativas ligando a bacteremia crônica ao baixo peso do recém-nascido (OLIVEIRA, 1990).

A gestante deve ser convencida da importância e da disponibilidade de cuidados pré-natais relacionados à sua saúde bucal. O medo do tratamento odontológico, que pode surgir ou se intensificar na gravidez, é aliviado através de esclarecimentos sobre a necessidade e a importância do tratamento nessa fase (RANALI; ANDRADE; VOLPATO, 1996; apud TODESCAN, BOTTINO, 1996; TARSITANO; ROLLINGS, 1993).

O ideal seria que toda gravidez fosse planejada, pois, assim, toda mulher, antes engravidar, se preocuparia em estar em bom estado geral de saúde, o que inclui a saúde bucal evidentemente. Como essa não é a realidade da maioria da população, veremos, a seguir, porque o segundo trimestre é o período mais indicado para um tratamento odontológico programado durante a gestação.

No primeiro trimestre, a ocorrência de náuseas e vômitos, comum entre as gestantes, tornam desconfortáveis as intervenções clínicas, principalmente se realizadas no período da manhã (DAVIS, 1988; FIESE; HERZOG, 1988; GIER; JANES, 1983; MCCANN; BONCI, 2001; MONIACI et al., 1990; ROTHWELL; GREGORY; SHELLER, 1987; SCHWARTZ; HOLMES; SCHWARTZ, 1987). As náuseas e os vômitos, durante a gestação, são essencialmente de fundo psicogênico, associado às alterações metabólicas, mas a hipersecreção salivar (sialorréia) pode ser

apontada como uma das possíveis causas que, ao ser deglutida, poderia provocar tais manifestações (DUAILIBI; DUAILIBI, 1985; MCCANN; BONCI, 2001; TORTAMANO, 1997). Ainda no primeiro trimestre, há aumento do risco de aborto (MCCANN; BONCI, 2001; MILLER, 1995; OLIVEIRA, 1990; TARSITANO; ROLLINGS, 1993) e instabilidade emocional, fatos relacionados às alterações metabólicas (DUAILIBI; DUAILIBI, 1985).

No segundo trimestre, o organismo materno estabiliza-se fisiologicamente frente ao aumento do trabalho físico e metabólico e corresponde ao período mais estável no aspecto emocional, constituindo, portanto, a época mais propícia para o tratamento odontológico (DUAILIBI; DUAILIBI, 1985; MACHUCA et al., 1999; MCCANN; BONCI, 2001; MILLER, 1995; OLIVEIRA, 1990; TARSITANO; ROLLINGS, 1993).

No terceiro trimestre, existe a possibilidade da ocorrência da síndrome da hipotensão supina e de partos prematuros (MILLER, 1995; OLIVEIRA, 1990; TARSITANO; ROLLINGS, 1993). Devido ao tamanho aumentado do útero, manter a paciente na posição supina pode, por compressão, causar a obstrução parcial ou completa das veias cava e aorta. Essa redução no retorno do suprimento sanguíneo cardíaco reduz a pressão sanguínea e a circulação útero-placentária, representando perigo para o feto. A manutenção dessa posição causa à gestante sintomas de insuficiência circulatória, como hipotensão, taquicardia e síncope, podendo oferecer risco para o feto mesmo na ausência de sintomas maternos. Esse fenômeno é conhecido como síndrome da hipotensão supina ou síndrome da veia cava (BECK-COON; BECK-COON, 1982; CHIDO; ROSENSTEIN,

1985; DAVIS, 1988; FIESE; HERZOG, 1988; GIER; JANES, 1983; GORACCI et al., 1984; LAWRENZ; WHITLEY; HELFRICK, 1996; LITTLE; FALACE, 1988; LITTNER et al., 1984; MILLER, 1995; MONIACI et al., 1990; OLIVEIRA, 1990; PENIN; BERMUDEZ, 1991; RANALI; ANDRADE; VOLPATO, 1996; apud TODESCAN, BOTTINO, 1996; ROTHWELL; GREGORI; SHELLER, 1987; SCHWARTZ; HOLMES; SCHWARTZ, 1987; TARSITANO; ROLLINGS, 1993). A compressão aorta-cava na posição supina causa diminuição no débito cardíaco, levando à diminuição da circulação plasmática renal. Essa posição deve ser evitada por períodos prolongados, prevenindo a diminuição da filtração glomerular e da eliminação de urina da paciente gestante (LAWRENZ; WHITLEY; HELFRICK, 1996). Outro fenômeno que pode ser observado durante o terceiro trimestre é a dispnéia, que pode levar à hipóxia discreta das gestantes quando na posição supina. O mecanismo responsável por essa alteração é o volume do conteúdo abdominal pressionando o diafragma (LITTLE; FALACE, 1988; SCHWARTZ; HOLMES; SCHWARTZ, 1987; TARSITANO; ROLLINGS, 1993). A frequência urinária apresenta-se aumentada durante o terceiro trimestre, devido ao grande volume uterino, sendo comum a incontinência urinária nas gestantes nesse período, o que aumenta o desconforto de consultas prolongadas (DAVIS, 1988; GIER; JANES, 1983; ROTHWELL; GREGORY; SHELLER, 1987; SCHWARTZ; HOLMES; SCHWARTZ, 1987).

Resumindo, nos primeiros meses da gestação, o organismo da mulher sofre alterações de ordem geral que podem tornar, não só essa fase,

como também os últimos meses da gestação, mais propensos ou suscetíveis ao aborto e ao parto prematuro, respectivamente (ARMONIA; TORTAMANO, 1995; DAVIS, 1988; DELZER; PROVANT JR, 1981; GIER; JANES, 1983; GORACCI et al., 1984; MILLER, 1995; MONIACI et al., 1990; OLIVEIRA, 1990; PENIN; BERMUDEZ, 1991; RANALI; ANDRADE; VOLPATO, 1996; apud TODESCAN, BOTTINO, 1996). Nesses períodos, qualquer estímulo emocional ou físico pode provocar essas ocorrências, sendo aconselhável evitar todas as intervenções que não apresentem caráter de urgência, deixando-as para os meses mais favoráveis ou para após o parto (BECK-COON; BECK-COON, 1982; DAVIS, 1988; LITTLE; FALACE, 1988; LITTNER et al., 1984; MILLER, 1995; MONIACI et al., 1990; MOREIRA; VALDRÃO JR, 1993; NEIDLE; YAGIELA, 1989; OLIVEIRA, 1990; RANALI; ANDRADE; VOLPATO, 1996; apud TODESCAN, BOTTINO, 1996; SCHWARTZ; HOLMES; SCHWARTZ, 1987).

Sendo assim, o segundo trimestre da gravidez apresenta-se como o momento mais favorável à atuação do cirurgião dentista por ser o período mais estável fisiologicamente e psicologicamente (BECK-COON; BECK-COON, 1982; CHIODO; ROSENSTEIN, 1985; DAVIS, 1988; DELZER; PROVANT JR, 1981; FIESE; HERZOG, 1988; GIER; JANES, 1983; GORACCI et al., 1984; LITTLE; FALACE, 1988; LITTNER et al., 1984; MCCANN; BONCI, 2001; MILLER, 1995; MONIACI et al., 1990; MOREIRA; VALDRÃO JR, 1993; NEIDLE; YAGIELA, 1989; OLIVEIRA, 1990; RANALI; ANDRADE; VOLPATO, 1996; apud TODESCAN, BOTTINO, 1996; ROTHWELL; GREGORY; SHELLER, 1987; SCHWARTZ; HOLMES;

SCHWARTZ, 1987; TARSITANO; ROLLINGS, 1993). Portanto, todo tratamento odontológico essencial pode ser feito durante a gravidez e, de preferência, durante o segundo trimestre, porém as reabilitações mais extensas e os procedimentos cirúrgicos eletivos devem ser programadas para o período pós-parto (DAVIS, 1988; GIER; JANES, 1983; GORACCI et al., 1984; LITTLE; FALACE, 1988; MILLER, 1995; MONIACI et al., 1990; NEIDLE; YAGIELA, 1989; RANALI; ANDRADE; VOLPATO, 1996; ROTHWELL; GREGORY; SHELLER, 1987).

Independente do período da gestação, consultas prolongadas devem ser evitadas devido à possibilidade de ocorrer hipotensão supina e hipóxia, especialmente na segunda metade da gravidez, quando o útero se apresenta com um volume já bastante aumentado (ARMONIA; TORTAMANO, 1995; GUIDELINES FOR DENTAL TREATMENT [...], 1984; GORACCI et al., 1984; LAWRENZ; WHITLEY; HELFRICK, 1996; LITTLE; FALACE, 1988; MONIACI et al., 1990; PENIN; BERMUDEZ, 1991; RANALI; ANDRADE; VOLPATO, 1996; apud TODESCAN, BOTTINO, 1996; TARSITANO; ROLLINGS, 1993).

De acordo com Duailibi e Duailibi (1985), apesar de a gravidez representar uma fase de profundas alterações, tanto fisiológicas quanto psicológicas na vida da mulher, não há uma proibição efetiva para a execução de qualquer tratamento odontológico, seja curativo ou eletivo, emergencial ou não, em qualquer fase, desde que sejam tomados alguns cuidados, como consultas com duração máxima de 30 minutos,

principalmente do segundo trimestre em diante, uso criterioso de medicamentos e anestésicos locais e exposição à radiação ionizante só quando necessário. Entretanto, a maioria dos pesquisadores concorda que os procedimentos eletivos devem ser realizados somente após o parto (MILLER, 1995; MOREIRA; VALDRÃO JR, 1993; OLIVEIRA, 1990; ROSE; KAYE³, 1990; apud MILLER, 1995).

As manobras clínicas normalmente não sofrem qualquer alteração (GIER; JANES, 1983; LAWRENZ; WHITLEY; HELFRICK, 1996; LITTLE; FALACE, 1988; LITTNER et al., 1984; MONIACI et al., 1990; OLIVEIRA, 1990; ROTHWELL; GREGORY; SHELLER, 1987; TARSITANO; ROLLINGS, 1993). No entanto, a preocupação básica deve ser com o binômio necessidade-oportunidade da intervenção clínica, bem como a complementação ou não com a terapêutica medicamentosa à terapêutica clínica (OLIVEIRA, 1990; TARSITANO; ROLLINGS, 1993). Independente do período da gestação, deve-se evitar o estresse das pacientes e as consultas devem ser curtas (ARMONIA; TORTAMANO, 1995; GUIDELINES FOR DENTAL TREATMENT [...], 1984; LAWRENZ; WHITLEY; HELFRICK, 1996; RANALI; ANDRADE; VOLPATO, 1996; apud TODESCAN, BOTTINO, 1996; TARSITANO; ROLLINGS, 1993).

De acordo com a literatura, a prescrição de medicamentos deve ser evitada durante a gestação e mesmo os mais indicados para serem utilizados nesse período devem ser prescritos somente em casos de real necessidade, avaliando-se o binômio risco-benefício, devido à passagem

³ Rose L, Kaye D. Internal medicine for denstistry. 2.ed. St. Louis; 1990.

trasplacentária das substâncias químicas e ao fato de não se poder afirmar, com certeza, se determinada droga é ou não inócua para o organismo em desenvolvimento (ARMONIA; TORTAMANO, 1995; BALLINGAN; HALE, 1993; BRIGGS; YAFFE; FREEMAN, 1987; DELZER; PROVANT JR, 1981; DUAILIBI; DUAILIBI, 1985; GIER; JANES, 1983; GORACCI et al., 1984; LAWRENZ; WHITLEY; HELFRICK, 1996; LITTLE; FALACE, 1988; LITTNER et al., 1984; MILLER, 1995; NEIDLE; YAGIELA, 1989; PENIN; BERMUDEZ, 1991; RANALI; ANDRADE; VOLPATO, 1996; apud TODESCAN, BOTTINO, 1996; ROTHWELL; GREGORY; SHELLER, 1987; SCHWARTZ; HOLMES; SCHWARTZ, 1987; TARSITANO; ROLLINGS, 1993; TONOLI et al., 1984; TORTAMANO, 1997; WORMALD, 1991). Entretanto, o tratamento das infecções deve ser considerado em caráter de urgência, incluindo o uso de antibióticos, se necessário, pois elas podem ser prejudiciais ao desenvolvimento normal da gravidez, conforme a literatura (BECK-COON; BECK-COON, 1982; CHIODO; ROSENSTEIN, 1985; DELZER; PROVANT JR, 1981; FIESE; HERZOG, 1988; GIER; JANES, 1983; GUIDELINES FOR DENTAL TREATMENT [...], 1984; LITTLE; FALACE, 1988; LITTNER et al., 1984; MILLER, 1995; MONIACI et al., 1990; OLIVEIRA, 1990; RANALI; ANDRADE; VOLPATO, 1996; apud TODESCAN, BOTTINO, 1996; ROTHWELL; GREGORY; SHELLER, 1987; SCHWARTZ; HOLMES; SCHWARTZ, 1987; TARSITANO; ROLLINGS, 1993; TONOLI et al., 1984).

De acordo com Narvai (1984), quadros inflamatórios e/ou infecciosos crônicos podem desencadear processos patológicos agudos localizados, que constituem fatores de agravamento das condições de saúde

durante a gravidez, parto e puerpério. Por outro lado, no caso da dor, geralmente o que resolve o problema é a intervenção clínica, sendo a prescrição de medicamentos praticamente dispensada.

Como foi relatado anteriormente, durante a gravidez, o organismo da mulher sofre inúmeras alterações físicas e psicológicas que podem tornar esse um período de instabilidade emocional. Assim, qualquer estímulo adicional que possa aumentar o estresse já existente deve ser evitado. Desse modo, caso seja necessária uma intervenção clínica onde haja a possibilidade de ocorrer um processo doloroso, o anestésico local deve ser utilizado para evitar que a paciente sinta dor, que é um fator causador e intensificador do estresse (BERGGREN; MEYNERT, 1984; GREEN; GREEN, 1984).

Sabendo-se que o tratamento odontológico freqüentemente está associado ao medo de sentir dor, que a dor é um dos fatores causadores do estresse e da ansiedade (BERGGREN; MEYNERT, 1984; GREEN; GREEN, 1984) e que esses devem ser evitados durante a gravidez, torna-se praticamente inevitável o uso de anestésicos locais para a realização da maioria das intervenções clínicas em odontologia.

Os anestésicos locais são medicamentos intensamente utilizados na área odontológica e, de uma forma geral, são considerados seguros para uso durante a gestação, desde que utilizados em doses terapêuticas (FIESE; HERZOG, 1988; NEIDLE; YAGIELA, 1989; OLIVEIRA, 1990; ROTHWELL; GREGORY; SHELLER, 1987; SCHWARTZ; HOLMES; SCHWARTZ, 1987).

A lidocaína é o sal anestésico mais indicado para ser utilizado em

gestantes, quando associada ao vasoconstritor noradrenalina (ARMONIA; TORTAMANO, 1995; DUAILIBI; DUAILIBI, 1985; LAWRENZ; WHITLEY; HELFRICK, 1996; RAMALHO⁴, 1968; apud OLIVEIRA, 1990; TORTAMANO, 1997).

Embora existam autores que aconselham o uso de anestésico local sem vasoconstritor devido ao risco de ocorrer uma injeção intravascular acidental (BECK-COON; BECK-COON, 1982; DAVIS, 1988; GIER; JANES, 1983; GORACCI et al., 1984; MONIACI et al., 1990; SCHWARTZ; HOLMES; SCHWARTZ, 1987; STEPKE; SCHWENZER; EICHHORN, 1994), as soluções anestésicas utilizadas em pacientes gestantes devem conter um agente vasoconstritor em sua composição, a fim de retardar a absorção do sal anestésico pela corrente sanguínea, diminuindo sua toxicidade e aumentando o tempo de anestesia (RANALI; ANDRADE; VOLPATO, 1996; apud TODESCAN, BOTTINO, 1996; ROTHWELL; GREGORY; SHELLER, 1987; TONOLI et al., 1984), o que torna possível a aplicação de uma quantidade menor de anestésico local. Sua ausência poderá determinar um nível plasmático do anestésico local mais alto e, portanto, mais nocivo para a mãe e para o feto (ARMONIA; TORTAMANO, 1995; OLIVEIRA, 1990).

Para Armonia e Tortamano (1995), a noradrenalina é o vasoconstritor de escolha para uso em pacientes gestantes, pois é uma substância normalmente presente no organismo com efeitos nocivos somente quando presente em altas concentrações no sangue materno.

⁴ Ramalho A. Odontologia e obstetrícia: problemas odontológicos relacionados com a gravidez. 1968.

As tomadas radiográficas odontológicas podem e devem ser realizadas quando necessárias, utilizando-se os meios disponíveis de proteção ao feto e à gestante como películas de rápida exposição, diafragma ou colimadores, filtro de alumínio, localizadores e avental de chumbo. Muitos fatores garantem a segurança da mulher e do feto na realização do exame radiográfico odontológico, uma vez que a quantidade de radiação utilizada é pequena e o tempo de exposição é breve, o tamanho do raio é curto e não é direcionado para o abdome, o qual deve estar protegido pelo avental de chumbo (BECK-COON; BECK-COON, 1982; CHIODO; ROSENSTEIN, 1985; DAVIS, 1988; GIER; JANES, 1983; GORACCI et al., 1984; LITTLE; FALACE, 1988; LITTNER et al., 1984; MILLER, 1995; MONIACI et al., 1990; MOREIRA; VALDRÃO JR, 1993; PENIN; BERMUDEZ, 1991; RANALI; ANDRADE; VOLPATO. 1996; apud TODESCAN, BOTTINO, 1996; ROTHWELL; GREGORY; SELLER, 1987; SCHWARTZ; HOLMES; SCHWARTZ, 1987; TONOLI et al., 1984). Dessa forma, o risco para o feto torna-se praticamente nulo (DUAILIBI; DUAILIBI, 1985; GORACCI et al., 1984; LITTLE; FALACE, 1988; LITTNER et al., 1984; MONIACI et al., 1990; MOREIRA; VALDRÃO JR, 1993; SELDIN; SELDIN; RAKOME⁵, 1959; apud OLIVEIRA, 1990; TARSITANO; ROLLINGS, 1993; TONOLI et al., 1984; TORTAMANO, 1997). No entanto, como regra geral, as radiografias devem ser evitadas, especialmente durante o primeiro trimestre (BECK-COON; BECK-COON, 1982; CHIODO; ROSENSTEIN, 1985; DAVIS, 1988; GUIDELINES FOR DENTAL TREATMENT [...], 1984; LITTLE; FALACE,

⁵ Seldin HM, Seldin SD, Rakone W. Tratamiento dental en pacientes embarazadas. Odontologia clinica de Norte América. Buenos Aires: Mundi; 1959.

1988; MCCANN; BONCI, 2001; MILLER, 1995; MONIACI et al., 1990; SELDIN; SELDIN; RAKOME, 1959; apud OLIVEIRA, 1990).

Os meios de proteção citados anteriormente devem ser igualmente utilizados em todas as mulheres em idade reprodutiva, pois é muito comum o diagnóstico da gravidez durante o primeiro trimestre, período mais crítico do desenvolvimento fetal (BECK-COON; BECK-COON, 1982; ROTHWELL; GREGORY; SHELLER, 1987).

Os efeitos das radiações, tanto no embrião quanto no feto, são alterações no desenvolvimento, mutações, lesões no sistema nervoso central, hidrocefalia, espinha bífida, catarata, microcefalia, sindilactilia e estão diretamente relacionados à dose, ao tempo de exposição, à região irradiada e à fase da gestação (DUAILIBI; DUAILIBI, 1985; TARSITANO; ROLLINGS, 1993; TORTAMANO, 1997).

Como foi mencionado anteriormente, a gestante deve ser conscientizada sobre a importância da manutenção de sua saúde bucal nesse período e dos cuidados preventivos que devem ser adotados.

A importância que a saúde bucal tem sanidade gestacional foi relatada pioneiramente por Briquet (1945, apud CORDEIRO; COSTA, 1999). Desde então, tem se visto que a presença do cirurgião dentista no acompanhamento paralelo no período pré-natal é indispensável, já que os demais membros da área de saúde pouco conhecem a respeito dos sinais e sintomas clínicos relatados pelas suas pacientes no que diz respeito à saúde bucal (CORDEIRO; COSTA, 1999) e às alterações bucais relacionadas às

alterações hormonais típicas do período gestacional. O intercâmbio de informações entre a odontologia e a medicina é essencial para que possa ser estabelecida uma conduta clínica adequada o mais breve possível, evitando que as condições desfavoráveis existentes não sejam agravadas (CORDEIRO; COSTA, 1999; COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002; COSTA et al., 1998).

Cabe ao cirurgião dentista que assiste a gestante, não só realizar a intervenção clínica, bem como orientá-la sobre a importância da higiene bucal bem conduzida, com o intuito de prevenir periodontopatias e eliminar focos de infecção que podem agudizar e gerar situações de desconforto e dor (CORDEIRO; COSTA, 1999). Entretanto, a maior parte das mulheres demonstra insegurança em relação ao tratamento odontológico durante a gravidez (CORDEIRO; COSTA, 1999), em consequência de crenças equivocadas como a perda de um dente a cada gravidez, o enfraquecimento dos dentes da mãe pelo cálcio que o feto retira deles e temores os mais diversos como dor, hemorragia, danos à formação do feto e até mesmo aborto por causa do uso da anestesia odontológica (CORDEIRO; COSTA, 1999; COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002; SARTÓRIO; MACHADO, 2001).

Nesse contexto, a ação conjunta de ambos os profissionais, cirurgiões dentistas e médicos, no conjunto de assistência à mulher, certamente ajuda vencer esses temores injustificados (CORDEIRO; COSTA, 1999). A segurança psicológica é um fator importante para eliminar essas crenças antigas e equivocadas suportadas por argumentos sem qualquer fundamento científico, mas transmitidos pela cultura popular (CORDEIRO;

COSTA, 1999; COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002; SARTÓRIO; MACHADO, 2001).

O preparo adequado dos profissionais, no que se refere ao conhecimento das alterações bucais relacionadas à gravidez, contribui para a saúde bucal da mãe e do filho, transmitindo tranquilidade e confiança à gestante na equipe de saúde e no tratamento proposto, reduzindo o preconceito e a ansiedade que o tratamento odontológico causa nessas pacientes, levando-as a evitar o contato com o cirurgião dentista (ROSSEL; POMPEU; VALSECKI JR, 1999).

Os profissionais da área de saúde devem ser orientados sobre a importância dos aspectos odontológicos que acometem a mulher no período gestacional (CORDEIRO; COSTA, 1999). Através do conhecimento desses aspectos, é possível estabelecer um bom prognóstico e orientar adequadamente as gestantes no período que antecede essas mudanças hormonais através de um programa bem orientado de prevenção (CORDEIRO; COSTA, 1999).

Para Costa, Saliba e Moreira. (2002), a assistência odontológica à gestante não tem merecido a devida atenção no âmbito da assistência à saúde da mulher. De acordo com esses autores, todos os métodos educativos devem ser usados para que constituam um meio capaz de vencer o medo e a ansiedade da gestante em relação ao tratamento odontológico, muitas vezes compartilhado pelos profissionais que a assistem no pré-natal.

É necessário priorizar o atendimento odontológico à gestante, pois não se concebe a integralidade das ações básicas de saúde com a exclusão de ações em saúde bucal (COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002). O atendimento odontológico à gestante deve ser institucionalizado, atrelando-se as consultas odontológicas às do pré-natal, estabelecendo prioridades como adequação do meio bucal para a redução da ocorrência de cáries dentárias e de doença periodontal, quebrando a cadeia de transmissibilidade de microorganismos patogênicos bucais nos contatos mãe-filho e gerando hábitos bucais saudáveis (COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002).

A participação e a integração do cirurgião dentista como membro fundamental da equipe do pré-natal proporcionará uma assistência melhor, mais consciente e mais segura, o que resultará em maior conforto e melhor atenção à gestante nos níveis preventivo, educativo e curativo, quando necessário (COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002).

A integração entre os profissionais da área de saúde com atualização de seus conhecimentos é essencial, pois não se pode admitir que, num mundo globalizado, um profissional se baste por si. A questão da integração entre os profissionais resgata o sentido de uma formação mais homogênea, dando a eles a oportunidade de aprenderem uns com os outros, atualizando seus conhecimentos.

Entre todas as especialidades médicas, a ginecologia e obstetrícia parece ser a que tem maior perspectiva de enxergar a paciente como um todo e ter uma visão mais holística do ser humano, ao contrário de outras

especialidades médicas que compartimentalizam demais o paciente em função da especialidade, fazendo com que o profissional enxergue apenas aquele órgão de sua atenção. Apesar da formação mais ampla, a maioria dos profissionais, médicos ginecologistas e obstetras, não tem como rotina sequer examinar a boca da paciente, apesar de essa estrutura estar inserida em um contexto único que é o organismo materno e, muito menos, encaminhá-la ao cirurgião dentista para os devidos cuidados.

Nesse contexto, a interação entre o cirurgião dentista e o médico ginecologista e obstetra é essencial, pois é óbvio que a gestante deve ser tratada em grupo por esses profissionais. Sendo o médico ginecologista e obstetra o profissional da área de saúde que mais contato tem com a paciente gestante, seus conhecimentos sobre saúde bucal e sobre a maneira como as alterações hormonais que acontecem na gravidez podem afetá-la, assim como sobre a importância da assistência odontológica nesse período são imprescindíveis para garantir a saúde bucal das pacientes gestantes.

Tendo em vista os fatos anteriormente citados, o objetivo do presente estudo foi investigar conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos ginecologistas e obstetras em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico de pacientes gestantes.

3 PROPOSIÇÃO

O objetivo do presente estudo foi investigar conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos ginecologistas e obstetras do Município de São Paulo - SP em relação à importância da saúde bucal e da assistência odontológica durante a gestação, uma vez que esses profissionais, juntamente com os cirurgiões dentistas, devem atuar conjuntamente nesse período, visando proporcionar a saúde bucal das pacientes em questão através da educação.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Material

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram entrevistados médicos ginecologistas e obstetras associados à Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (SOGESP) e que atuam no Município de São Paulo.

Durante o ano de 2003, a SOGESP informou que a população de médicos ginecologistas e obstetras era composta por 2.400 (dois mil e quatrocentos) profissionais, atuando no Município de São Paulo.

Foram entrevistados 204 profissionais, o que equivale a 8,50% do total da população escolhida como alvo da pesquisa.

4.2 Métodos

4.2.1 Obtenção dos dados

Foram utilizados questionários padronizados, com aprovação do CEP-FOUSP (vide Anexo), cujo objetivo foi verificar conhecimentos,

atitudes e práticas dos médicos ginecologistas e obstetras em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico de pacientes gestantes.

Os profissionais, selecionados aleatoriamente, receberam os questionários em seus respectivos consultórios e foram orientados para que não se identificassem, a fim de manter as respostas anônimas.

Anteriormente ao início da coleta de dados propriamente dita, foi realizado um pré-teste junto a um pequeno grupo de médicos ginecologistas e obstetras, similar ao da amostra global, com a finalidade de testar o questionário de coleta de dados, detectando e corrigindo deficiências de formulação teórica.

A seguir, encontra-se o questionário padrão utilizado para o levantamento dos dados pretendidos.

QUESTIONÁRIO

1 – Dados pessoais:

Sexo: F() M()

Tempo de formado (a) - Graduação: ____ anos. Residência: ____ anos.

Onde cursou Medicina? _____ Estado: ____

Onde cursou a Residência? _____ Estado: ____

2 – Você possui informações sobre os fatores etiológicos da cárie dental?

() Não () Sim

3 – Se você respondeu sim à questão 2, onde obteve tais informações?

- No curso de graduação
- Durante a residência
- Nos cursos de graduação e durante a residência
- Em cursos de reciclagem, especialização e/ou atualização
- Outros

4 – Você possui informações sobre os fatores etiológicos das alterações gengivais e periodontais durante a gestação (gengivite gravídica, granuloma piogênico)?

- Não Sim

5 – Se você respondeu sim à questão 4, onde obteve tais informações?

- No curso de graduação
- Durante a residência
- No curso de graduação e durante a residência
- Em cursos de reciclagem, especialização e/ou atualização
- Outros

6 – Se respondeu sim às questões 2 e/ou 4, você repassa essas informações às pacientes durante o pré-natal?

- Não Sim

7 – Você considera o seu nível de informação sobre saúde bucal:

- Satisfatório
- Relativamente satisfatório
- Não satisfatório

8 – Na sua opinião, a orientação sobre prevenção da saúde bucal da paciente gestante é tarefa:

- Do cirurgião dentista
- De ambos
- Do médico
- De outro(s)

9 – Você realiza um exame bucal da paciente durante a consulta de rotina no pré-natal?

- Não
- Sim

10 – Você orienta a paciente sobre a importância da saúde bucal durante a gestação?

- Não
- Sim

11 – Você considera segura a realização de um tratamento odontológico durante a gravidez?

- Não
- Sim

12 – Desde que não seja um atendimento de urgência, qual período você considera o mais indicado para o tratamento odontológico de gestantes?

- 1º trimestre da gestação
- 2º trimestre da gestação
- 3º trimestre da gestação
- Qualquer trimestre da gestação

13 – Em relação ao exame radiográfico, você considera segura a sua realização durante a gestação?

- Não
- Sim

14 – Você recomenda a procura de atendimento odontológico às pacientes durante o pré-natal?

- Não
- Sim

15 – Como você considera o relacionamento cirurgião dentista-médico no que diz respeito aos cuidados com a saúde da paciente gestante?

- Satisfatório
- Relativamente satisfatório
- Não satisfatório

16 – Você considera importante a integridade da saúde bucal da paciente grávida em relação ao desenvolvimento normal da gestação?

- Não
- Sim

17 – Você sentiu alguma dificuldade em responder ao questionário no que diz respeito à formulação das perguntas:

() Não () Sim

Não é necessário identificar-se.

Obrigada!

4.2.2 Dinâmica da investigação

O questionário padrão teve como finalidades:

- verificar se os médicos ginecologistas e obstetras entrevistados possuem informações sobre os fatores etiológicos da cárie dental e onde foram obtidas tais informações;

- verificar se os médicos ginecologistas e obstetras entrevistados possuem informações sobre os fatores etiológicos das alterações gengivais e periodontais que ocorrem durante a gestação e onde foram obtidas tais informações;

- verificar se os profissionais entrevistados que afirmaram possuir informações sobre os fatores etiológicos da cárie dental e das alterações gengivais e periodontais que ocorrem na gestação repassam ou não tais informações para as pacientes durante as consultas do pré-natal;

- identificar qual o julgamento desses profissionais sobre o próprio nível de informações sobre saúde bucal;

- verificar a quem os médicos ginecologistas e obstetras atribuem a tarefa de orientar a gestante sobre prevenção em saúde bucal;
- verificar se os profissionais entrevistados realizam ou não um exame bucal durante as consultas do pré-natal;
- identificar se esses profissionais orientam ou não as pacientes sobre a importância da saúde bucal durante a gestação;
- verificar se os profissionais entrevistados julgam segura a realização de um tratamento odontológico durante a gravidez;
- identificar qual o período da gestação os entrevistados julgam o mais indicado para o atendimento de pacientes gestantes quando o quadro clínico não é de urgência;
- verificar se os profissionais entrevistados julgam segura a realização do exame radiográfico odontológico durante a gravidez;
- verificar se os médicos ginecologistas e obstetras entrevistados para a pesquisa recomendam a procura de atendimento odontológico às pacientes durante o pré-natal;
- identificar qual o julgamento desses profissionais no que diz respeito ao relacionamento cirurgião dentista-médico no que diz respeito aos cuidados com a saúde da paciente gestante;
- verificar se os entrevistados consideram importante a integridade da saúde bucal da paciente grávida em relação ao desenvolvimento normal da gestação.

Após a coleta dos dados através dos questionários padronizados, eles foram agrupados da seguinte forma:

- distribuição da amostra de profissionais entrevistados de acordo com o sexo;
- tempo de formados em medicina dos entrevistados para a pesquisa;
- localidade onde os profissionais entrevistados cursaram medicina (São Paulo ou outros estados do Brasil);
- tempo de conclusão da residência em ginecologia e obstetrícia dos entrevistados para a pesquisa;
- localidade onde os profissionais entrevistados cursaram a residência em ginecologia e obstetrícia (São Paulo ou outros estados do Brasil);
- informação dos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, em relação aos fatores etiológicos da cárie dental;
- local onde os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, obtiveram as informações sobre os fatores etiológicos da cárie dental;
- informações dos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, sobre os fatores etiológicos das alterações gengivais e periodontais que ocorrem durante a gravidez;

- local onde os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, obtiveram as informações sobre os fatores etiológicos das alterações gengivais e periodontais que ocorrem durante a gravidez;

- repasse das informações sobre os fatores etiológicos da cárie dental e das alterações gengivais e periodontais pelos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa e que possuem tais informações, às gestantes durante o pré-natal

- julgamento dos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, em relação ao seu próprio nível de informação sobre saúde bucal;

- atribuição da tarefa de orientar as gestantes sobre prevenção em saúde bucal durante a gravidez de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa;

- realização de um exame bucal da paciente gestante durante a consulta de rotina no pré-natal pelos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa;

- orientações sobre a importância da saúde bucal durante a gestação dadas pelos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, às gestantes durante o pré-natal;

- segurança em relação à realização de um tratamento odontológico durante a gravidez, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa;

- período considerado pelos médicos ginecologistas e obstetras,

entrevistados para a pesquisa, o mais seguro para o atendimento de pacientes gestantes quando o quadro clínico não é de urgência;

- segurança em relação à realização de um exame radiográfico odontológico durante a gestação, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa;

- recomendação em relação à procura de atendimento odontológico às pacientes durante o pré-natal, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa;

- relacionamento cirurgião dentista-médico no que diz respeito aos cuidados com a saúde da paciente gestante, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa;

- importância da integridade da saúde bucal da paciente grávida em relação ao desenvolvimento normal da gestação, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa;

- dificuldade em responder ao questionário no que diz respeito à formulação das perguntas, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa.

4.2.3 Análise dos dados

Os dados obtidos nesta pesquisa foram avaliados com base em uma análise percentual.

A precisão dos resultados discutidos foi representada através do cálculo do Intervalo de Confiança (AGRESTI, 1990) para os respectivos percentuais, com uma probabilidade de acerto de 95% (IC_{95%}).

O erro máximo esperado foi de $\pm 2,5\%$.

5 RESULTADOS

A seguir, os resultados foram apresentados em tabelas com os percentuais obtidos na pesquisa. A análise estatística foi apresentada somente para os itens que foram discutidos.

Tabela 5.1 – Médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, segundo o sexo

SEXO	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Feminino	108	52,94%
Masculino	96	47,06%
TOTAL	204	100,00%

Tabela 5.2 - Tempo de graduados em medicina dos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, em anos

CLASSE	Ponto Médio	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
05 10	7,5	42	20,59%
10 15	12,5	48	23,53%
15 20	17,5	72	35,29%
20 25	22,5	30	14,71%
25 30	27,5	06	2,94%
30 35	32,5	06	2,94%
TOTAL	-	204	100,00%

* Distribuição de frequências

Tabela 5.3 – Médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, segundo a localidade onde cursaram medicina

LOCALIDADE	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
São Paulo	174	85,29%
Rio de Janeiro	18	8,82%
Paraná	06	2,94%
Santa Catarina	06	2,94%
TOTAL	204	100,00%

Tabela 5.4 - Tempo de formados na residência em ginecologia e obstetrícia dos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, em anos

CLASSE	Ponto Médio	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
02 4	3,0	96	47,06%
04 6	5,0	30	14,71%
06 8	7,0	18	8,82%
08 10	9,0	06	2,94%
10 12	11,0	12	5,88%
12 14	13,0	12	5,88%
14 16	15,0	06	2,94%
16 18	17,0	18	8,82%
18 20	19,0	06	2,94%
TOTAL	-	204	100,00%

* Distribuição de frequências.

Tabela 5.5 - Médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, segundo a localidade onde cursaram a residência em ginecologia e obstetrícia

LOCALIDADE	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
São Paulo	204	100,00%
TOTAL	204	100,00%

Tabela 5.6 – Informações dos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, em relação aos fatores etiológicos da cárie dental

FATORES ETIOLÓGICOS DA CÁRIE DENTAL	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	IC _{95%}
Possuem informações	192	94,12%	(92,83 ; 95,19)
Não possuem informações	12	5,88%	(4,81 ; 7,17)
TOTAL	204	100,00%	

Tabela 5.7 – Local onde os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a

pesquisa, obtiveram as informações sobre os fatores etiológicos da cárie dental

LOCAL	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
No curso de graduação (A)	-	-
Durante a residência (B)	06	3,13%
Em cursos de reciclagem, especialização e/ou atualização (C)	60	31,25%
Outros (D)	48	25,00%
A e B	48	25,00%
A e C	06	3,13%
B e C	06	3,13%
A e D	06	3,13%
A, B e C	06	3,13%
A, C e D	06	3,13%
TOTAL	192	100,00%

Tabela 5.8 – Outras fontes onde os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, obtiveram as informações sobre os fatores etiológicos da cárie dental

OUTROS	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Dentista	18	30,00%
Estudo próprio	06	10,00%
Posto de Saúde	06	10,00%
Não citou	30	50,00%
TOTAL	60	100,00%

Tabela 5.9 – Informações dos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, sobre os fatores etiológicos das alterações gengivais e periodontais que ocorrem durante a gravidez

FATORES ETIOLÓGICOS DAS ALTERAÇÕES GENGIVAIS E PERIODONTAIS	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	IC _{95%}
Possuem informações	168	82,35%	(80,37 ; 84,18)
Não possuem informações	36	17,65%	(15,82 ; 19,63)
TOTAL	204	100,00%	

Tabela 5.10 – Local onde os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, obtiveram as informações sobre os fatores etiológicos das alterações gengivais e periodontais que ocorrem durante a gravidez

LOCAL	Freqüência Absoluta	Freqüência Relativa
No curso de graduação (A)	12	7,14%
Durante a residência (B)	18	10,71%
Em cursos de reciclagem, especialização e/ou atualização (C)	54	32,14%
Outros (D)	12	7,14%
A e B	54	32,14%
A e C	-	-
B e C	-	-
A e D	-	-
A, B e C	12	7,14%
A, C e D	06	-
TOTAL	168	100,00%

Tabela 5.11 – Outras fontes onde os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, obtiveram as informações sobre os fatores das alterações gengivais e periodontais que ocorrem durante a gravidez

OUTROS	Freqüência Absoluta	Freqüência Relativa
Dentista	06	33,33%
Estudo próprio	06	33,33%
Posto de Saúde	06	33,33%
Não citou	-	-
TOTAL	18	100,00%

Tabela 5.12 – Repasse das informações sobre os fatores etiológicos da cárie dental e das alterações gengivais e periodontais pelos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa e que possuem tais informações, às gestantes durante o pré-natal

INFORMAÇÕES SOBRE OS FATORES ETIOLÓGICOS DA CÁRIE DENTAL E DAS ALTERAÇÕES GENGIVAIS E PERIODONTAIS NA GESTAÇÃO	Freqüência Absoluta	Freqüência Relativa	IC _{95%}
Repassam as informações	192	96,97%	(95,97 ; 97,73)
Não repassam as informações	06	3,03%	(2,27 ; 4,03)
TOTAL	198	100,00%	

Tabela 5.13 – Julgamento dos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, em relação ao seu próprio nível de informação sobre saúde bucal

NÍVEL DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE BUCAL	Freqüência Absoluta	Freqüência Relativa	IC _{95%}
Satisfatório	66	32,35%	(29,17 ; 35,71)
Relativamente satisfatório	96	47,06%	(43,58 ; 50,56)
Não satisfatório	42	20,59%	(17,90 ; 23,56)
TOTAL	204	100,00%	

Tabela 5.14 – Atribuição da tarefa de orientar as gestantes sobre prevenção em saúde bucal durante a gravidez de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa

ORIENTAÇÃO SOBRE PREVENÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA GRAVIDEZ	Freqüência Absoluta	Freqüência Relativa	IC _{95%}
Do cirurgião dentista	12	5,88%	(4,22 ; 8,14)
Do médico	-	-	(0,00 ; 0,68)
De ambos	192	94,12%	(91,86 ; 95,78)
De outro(s)	-	-	(0,00 ; 0,68)
TOTAL	204	100,00%	

Tabela 5.15 – Realização de um exame bucal da paciente gestante durante a consulta de rotina no pré-natal pelos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa

EXAME BUCAL DURANTE A CONSULTA DE ROTINA NO PRÉ-NATAL	Freqüência Absoluta	Freqüência Relativa	IC _{95%}
Não realizam	192	94,12%	(92,83 ; 95,19)
Realizam	12	5,88%	(4,81 ; 7,17)
TOTAL	204	100,00%	

Tabela 5.16 – Orientações sobre a importância da saúde bucal durante a gestação dadas pelos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, às gestantes durante o pré-natal

ORIENTAÇÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE BUCAL NA GRAVIDEZ	Freqüência Absoluta	Freqüência Relativa	IC _{95%}
Orientam	204	100,00%	(99,75 ; 100,00)
Não orientam	-	-	(0,00 ; 0,25)
TOTAL	204	100,00%	

Tabela 5.17 – Segurança em relação à realização de um tratamento odontológico durante a gravidez, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa

TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DURANTE A GRAVIDEZ	Freqüência Absoluta	Freqüência Relativa	IC _{95%}
Seguro	198	97,06%	(96,09 ; 97,79)
Não seguro	06	2,94%	(2,21 ; 3,91)
TOTAL	204	100,00%	

Tabela 5.18 – Período considerado pelos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, o mais seguro para o atendimento de pacientes gestantes quando o quadro clínico não é de urgência

PERÍODO DA GESTAÇÃO	Freqüência Absoluta	Freqüência Relativa	IC _{95%}
Primeiro trimestre (A)	06	2,94%	(1,67 ; 5,12)
Segundo trimestre (B)	96	47,06%	(42,18 ; 51,99)
Terceiro trimestre (C)	06	2,94%	(1,67 ; 5,12)
Qualquer trimestre (D)	60	29,41%	(25,13 ; 34,09)
A e C	-	-	(0,00 ; 0,97)
B e C	36	17,65%	(14,20 ; 21,72)
TOTAL	204	100,00%	

Tabela 5.19 – Segurança em relação à realização de um exame radiográfico odontológico durante a gestação, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa

EXAME RADIOGRÁFICO	Freqüência Absoluta	Freqüência Relativa	IC _{95%}
Seguro	174	85,29%	(83,43 ; 86,98)
Não seguro	30	14,71%	(13,02 ; 16,57)
TOTAL	204	100,00%	

Tabela 5.20 – Recomendação em relação à procura de atendimento odontológico às pacientes durante o pré-natal, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO	Freqüência Absoluta	Freqüência Relativa	IC _{95%}
Não recomenda	198	97,06%	(96,09 ; 97,79)
Recomenda	06	2,94%	(2,21 ; 3,91)
TOTAL	204	100,00%	

Tabela 5.21 – Relacionamento cirurgião dentista / médico no que diz respeito aos cuidados com a saúde da paciente gestante, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa

RELACIONAMENTO CIRURGIÃO DENTISTA / MÉDICO	Freqüência Absoluta	Freqüência Relativa	I C _{95%}
Satisfatório	48	23,53%	(20,69 ; 26,63)
Relativamente satisfatório	72	35,29%	(32,02 ; 38,71)
Não satisfatório	84	41,18%	(37,78 ; 44,66)
TOTAL	204	100,00%	

Tabela 5.22 – Importância da integridade da saúde bucal da paciente grávida em relação ao desenvolvimento normal da gestação, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa

INTEGRIDADE DA SAÚDE BUCAL DURANTE A GESTAÇÃO	Freqüência Absoluta	Freqüência Relativa	IC _{95%}
Importante	204	100,00%	(99,75 ; 100,00)
Não importante	-	-	(0,00 ; 0,25)
TOTAL	204	100,00%	

Tabela 5.23 – Dificuldade em responder ao questionário no que diz respeito à formulação das perguntas, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa

DIFICULDADE NO ENTENDIMENTO DO QUESTIONÁRIO	Freqüência Absoluta	Freqüência Relativa	IC _{95%}
Não	198	97,06%	(96,09 ; 97,79)
Sim	06	2,94%	(2,21 ; 3,91)
TOTAL	204	100,00%	

6 DISCUSSÃO

As mudanças hormonais que ocorrem no organismo da mulher e que são induzidas pela gravidez levam a alterações locais que podem comprometer a saúde bucal da gestante. Entretanto, os efeitos adversos dessas alterações hormonais típicas da gestação à saúde bucal da mulher podem ser evitados através de um adequado programa de higiene bucal.

Sabendo-se que existe uma série de crenças populares equivocadas e sem qualquer fundamento científico, mas que provocam insegurança e medo nas gestantes em relação ao tratamento odontológico, fazendo com que evitem o contato com o cirurgião dentista, é fundamental que essas pacientes sejam esclarecidas sobre a importância de se manter a saúde bucal nesse período.

De todos os profissionais da área de saúde que têm contato com as gestantes, são os médicos ginecologistas e obstetras os que delas se encontram mais próximos. Assim, destaca-se a importância das informações que esses profissionais possuem em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico durante a gestação.

A revisão bibliográfica apresentada, assim como os comentários iniciais da discussão, não deixam dúvidas sobre a importância da manutenção da saúde bucal durante a gestação e do papel que assumem os médicos ginecologistas e obstetras nesse contexto, assim como a

importância dos conhecimentos que esses profissionais possuem sobre o assunto e da interação que deve existir entre eles e os cirurgiões dentistas em benefício da saúde bucal da mulher durante a gravidez e que se estende à saúde bucal da criança que está por nascer.

A seguir, serão avaliados conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos ginecologistas e obstetras em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico de pacientes gestantes.

Não é objetivo deste estudo discutir as diferenças entre as respostas dos médicos ginecologistas e obstetras entrevistados levando em consideração o sexo, nem o local onde esses profissionais cursaram medicina e a residência ou o tempo de graduados em medicina ou de conclusão da residência. Entretanto, foram apresentados, inicialmente, os dados citados anteriormente, para que o leitor conheça algumas características do grupo de médicos ginecologistas e obstetras que constituíram o alvo desta pesquisa.

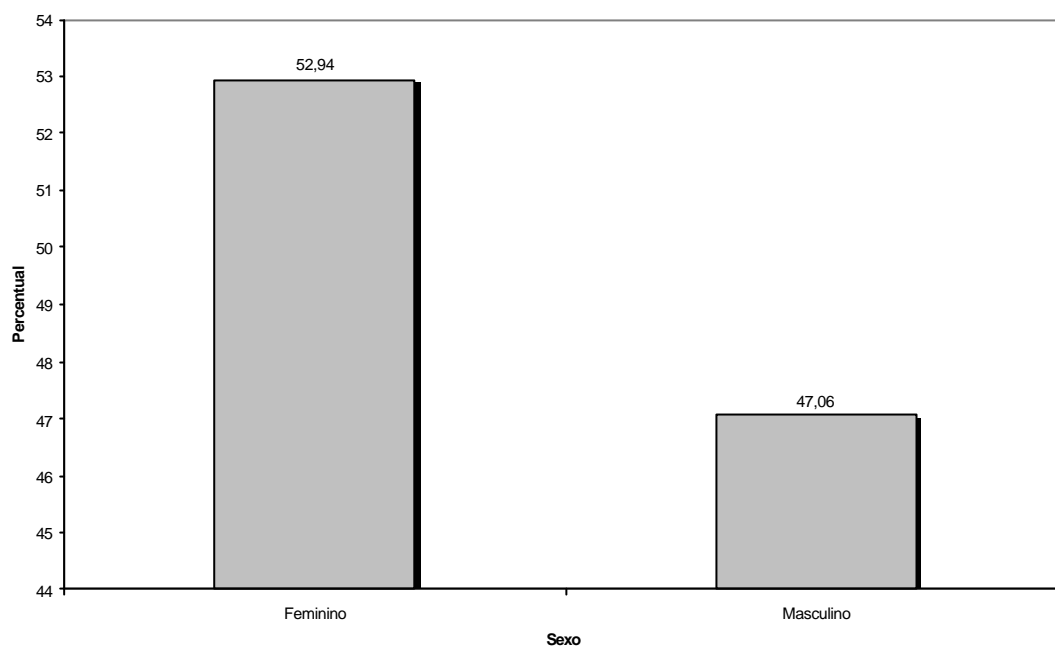


Figura 6.1 – Médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, segundo o sexo

Através da observação da Tabela 5.1 e da Figura 6.1, verificou-se que foram entrevistados tanto médicos ginecologistas e obstetras do sexo feminino, que corresponderam a 52,94% dos profissionais pesquisados, quanto do sexo masculino, que corresponderam aos 47,06% restantes do total de entrevistados.

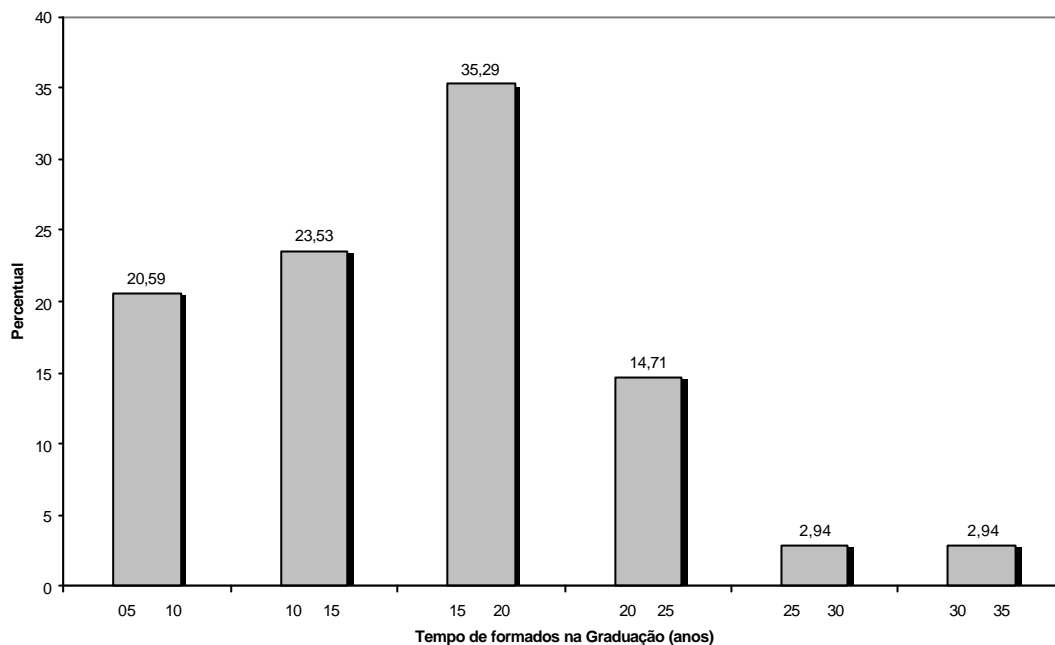


Figura 6.2 - Tempo de graduados em medicina dos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, em anos

Através da análise da Tabela 5.2 e da Figura 6.2, observou-se que 44,12% dos profissionais entrevistados têm entre 5 e 14 anos de formados, 50,00% têm entre 15 e 24 anos de formados, enquanto 5,88% têm entre 25 e 34 anos de formados.

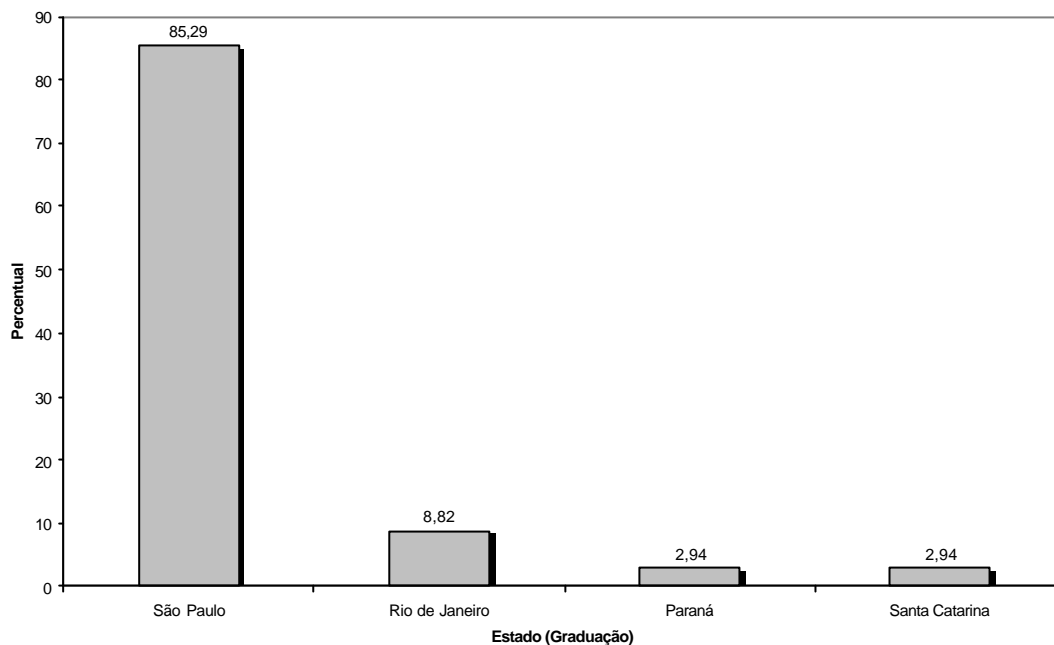


Figura 6.3 – Médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, segundo a localidade onde cursaram medicina

A Tabela 5.3 e a Figura 6.3 mostraram que a maioria dos profissionais entrevistados (85,29%) cursou medicina no Estado de São Paulo, enquanto os demais profissionais (14,70%), que constituíram a minoria dos entrevistados, cursou medicina em outros estados do Brasil, como Rio de Janeiro, Paraná e Santa Catarina.

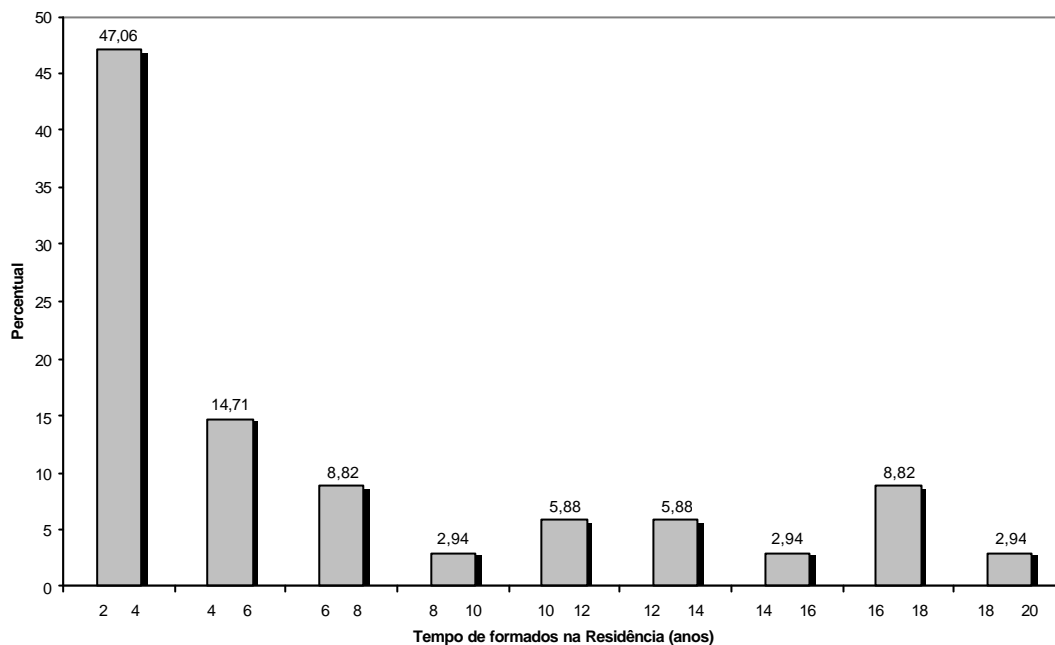


Figura 6.4 - Tempo de formados na residência em ginecologia e obstetrícia dos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, em anos

Analisando a Tabela 5.4 e a Figura 6.4, constatou-se que a maioria dos profissionais entrevistados (47,06%) concluiu a residência em ginecologia e obstetrícia há menos de 4 anos, enquanto 26,47% concluíram a residência há menos de 10 anos e 26,46% concluíram a residência em ginecologia e obstetrícia há 10 anos ou mais.

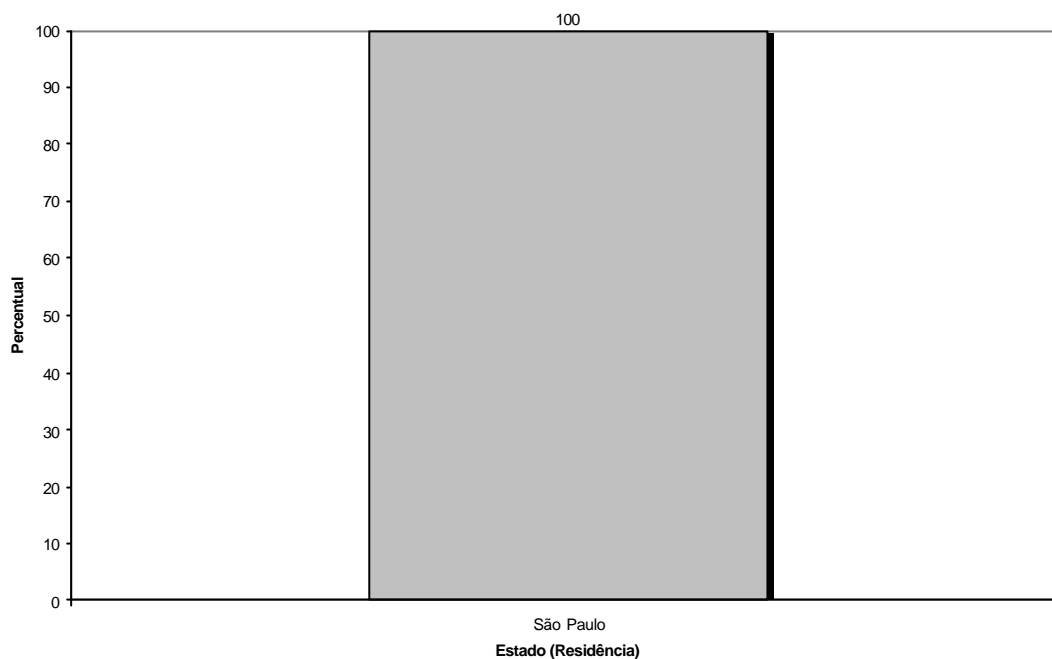


Figura 6.5 - Médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, segundo a localidade onde cursaram a residência em ginecologia e obstetrícia

A Tabela 5.5 e a Figura 6.5 mostraram claramente que a maioria absoluta dos médicos ginecologistas e obstetras entrevistados para a pesquisa (100,00%) cursou a residência em ginecologia e obstetrícia no Estado de São Paulo.

A seguir, inicia-se a discussão propriamente dita, onde foram avaliados conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos ginecologistas e obstetras em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico de pacientes gestantes.

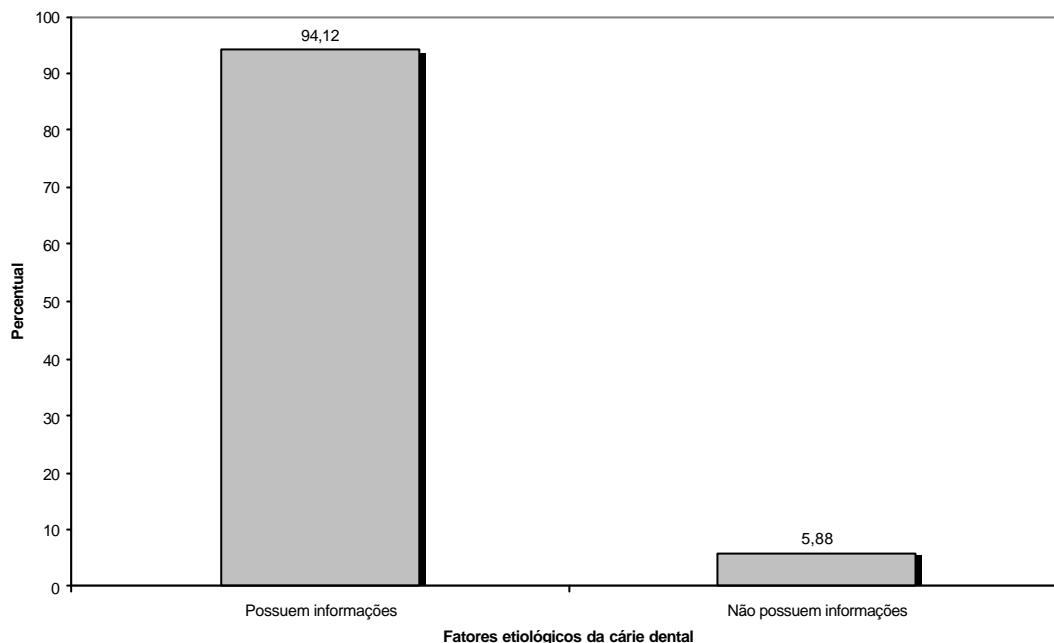


Figura 6.6 – Informações dos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, em relação aos fatores etiológicos da cárie dental

Observando os dados da Tabela 5.6 e da Figura 6.6, percebeu-se, felizmente, que um percentual elevado (94,12%) dos profissionais entrevistados afirmou possuir informações sobre os fatores etiológicos da cárie dental. Esse é um fato positivo, pois o conhecimento dos fatores etiológicos da cárie dental é imprescindível ao médico ginecologista e obstetra, que é o profissional da área de saúde que tem um contato mais freqüente com a paciente gestante, especialmente porque, atualmente, ainda persistem, entre a população em geral, crenças equivocadas em relação ao desenvolvimento da cárie dental durante a gravidez.

A cárie dental é uma das patologias bucais de maior incidência (ROSELL; POMPEU; VALSECKI JR, 1999) e as gestantes constituem um grupo de risco no que diz respeito à suscetibilidade aos problemas bucais

em função do ser caráter infeccioso, pois a mãe é a principal fonte de transmissão de bactérias cariogênicas aos seus filhos (COSTA et al., 1998; ROSELL; POMPEU; VALSECKI JR, 1999). A redução da ocorrência de cáries favorece a quebra da cadeia de transmissibilidade de microorganismos patogênicos bucais nos contatos mãe-filho (COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002).

Sabe-se que, durante a gestação, podem ocorrer náusea e vômitos, expondo o esmalte dental ao conteúdo gástrico ácido (OLIVEIRA, 1990), que as refeições tornam-se constantes e com alimentos que podem ser cariogênicos (CORDEIRO; COSTA, 1999; COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002; OLIVEIRA, 1990) e que há acentuada negligência com a higiene bucal, favorecendo o acúmulo da placa bacteriana, o que pode levar ao aumento da incidência de cáries (OLIVEIRA, 1990). No entanto, a gravidez por si não provoca cáries (PRITCHARD; MACDONALD, 1983). O feto em desenvolvimento não obtém o cálcio de que precisa às custas dos dentes da mãe (DUAILIBI; DUAILIBI, 1985; MCCANN; BONCI, 2001; NEIDLE; YAGIELA, 1989), não há diferença na composição mineral da dentina de mulheres grávidas e não grávidas e não há aumento na incidência de cárie dental se os hábitos de higiene bucal forem efetivos (LAINE, 2002; OLIVEIRA, 1990).

Vale lembrar que mulheres que tinham hábitos inadequados de controle da placa bacteriana antes da gravidez são mais propensas ao desenvolvimento de cárie, devido ao acúmulo da placa bacteriana sobre a

superfície do dente, principal fator etiológico da cárie dental (CHIODO; ROSENSTEIN, 1985; CORDEIRO; COSTA, 1999; LAINE, 2002).

Em relação aos 5,88% dos profissionais pesquisados que relataram não possuir informações sobre os fatores etiológicos da cárie dental, mesmo sendo uma pequena parcela em relação ao total, esse fato é preocupante, pois, como foi mencionado anteriormente, a cárie dental é uma das patologias bucais de maior incidência, possui um caráter infeccioso e as gestantes constituem um grupo de risco para essa patologia, conforme a literatura (COSTA et al., 1998; ROSELL; POMPEU; VALSECKI JR, 1999; COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002).

As diferenças entre as respostas obtidas foram consideradas estatisticamente significantes, conforme a Tabela 5.6.

As Figuras 6.7 e 6.8 não foram analisadas, pois o presente estudo não tem como objetivo discutir as fontes de informação dos médicos ginecologistas e obstetras entrevistados em relação aos fatores etiológicos da cárie dental. Assim, esses dados foram apresentados apenas para que o leitor conhecesse mais algumas características do grupo de profissionais alvo desta pesquisa.

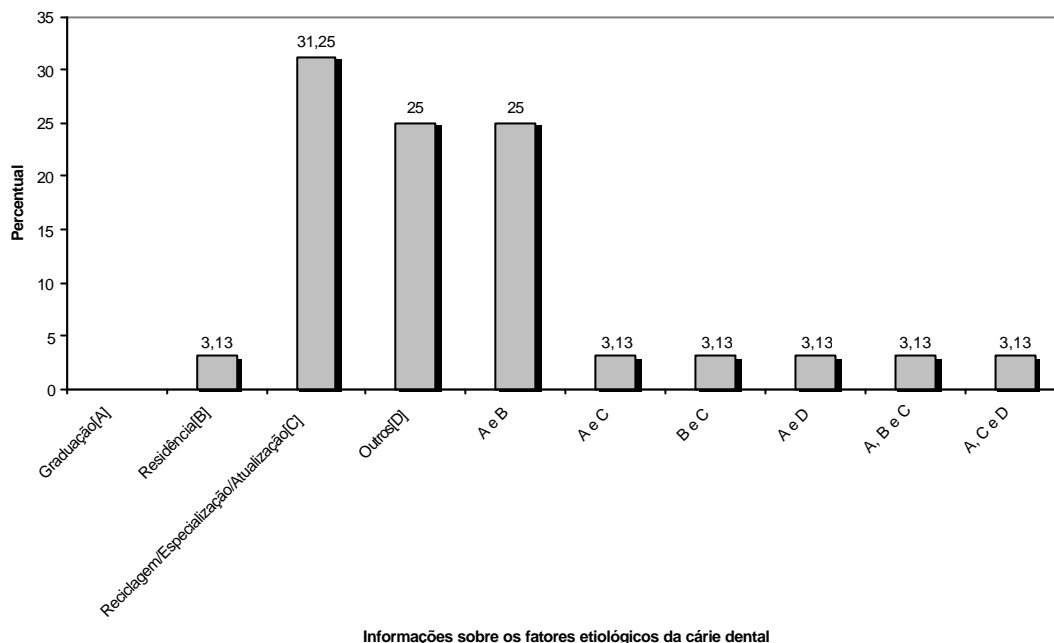


Figura 6.7 – Local onde os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, obtiveram as informações sobre os fatores etiológicos da cárie dental

Quando questionados sobre o local onde obtiveram as informações sobre os fatores etiológicos da cárie dental, verificou-se, através da análise da Tabela 5.7 e da Figura 5.7, que 40,64% dos profissionais entrevistados que afirmaram ter esses conhecimentos responderam que conseguiram tais informações em cursos de reciclagem, atualização e/ou especialização, enquanto 37,52% obtiveram as informações durante o curso de graduação e 34,39%, durante a residência.

Continuando a análise da Tabela 5.7 e da Figura 5.7, observou-se que 31,26% dos médicos ginecologistas e obstetras entrevistados para a pesquisa e que afirmaram ter as informações sobre os fatores etiológicos da cárie dental conseguiram esses conhecimentos através de outras fontes de informação.

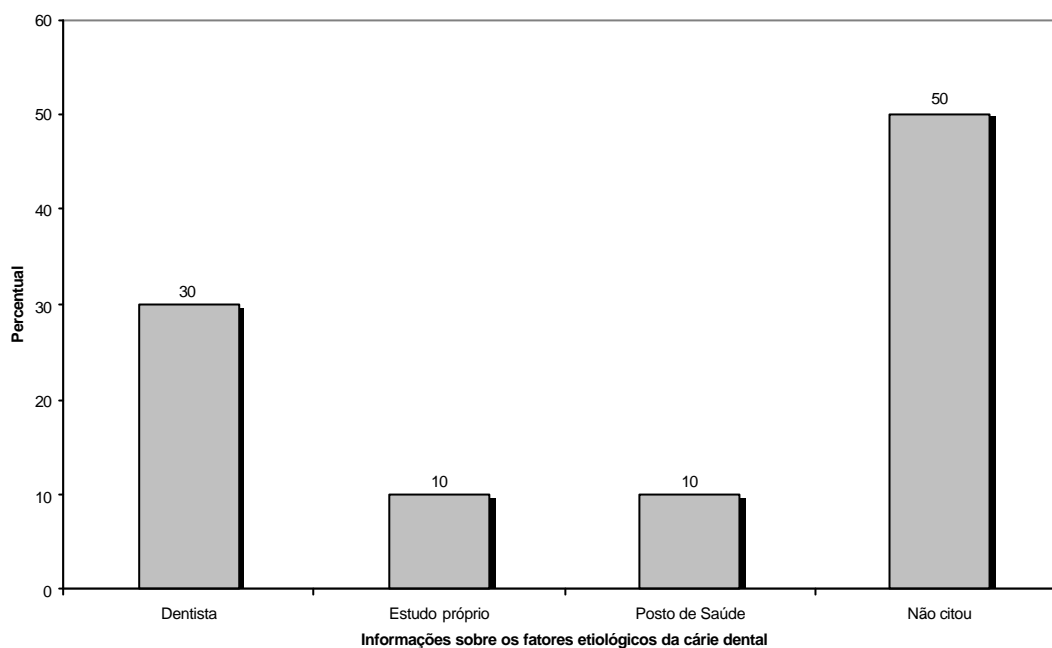


Figura 6.8 – Outras fontes onde os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, obtiveram as informações sobre os fatores etiológicos da cárie dental

A Tabela 5.8 e a Figura 6.8 destacaram as outras fontes citadas por 31,26% dos profissionais entrevistados que afirmaram possuir informações sobre os fatores etiológicos da cárie dental, conforme a Tabela 5.7 e a Figura 6.7, onde eles obtiveram tais conhecimentos.

Assim, observou-se que 30,00% desses entrevistados conseguiram as informações em questão com cirurgiões dentistas, enquanto 10,00% aprenderam por estudo próprio; outros 10,00% obtiveram os conhecimentos em questão em postos de saúde e 50,00% não citaram a fonte.

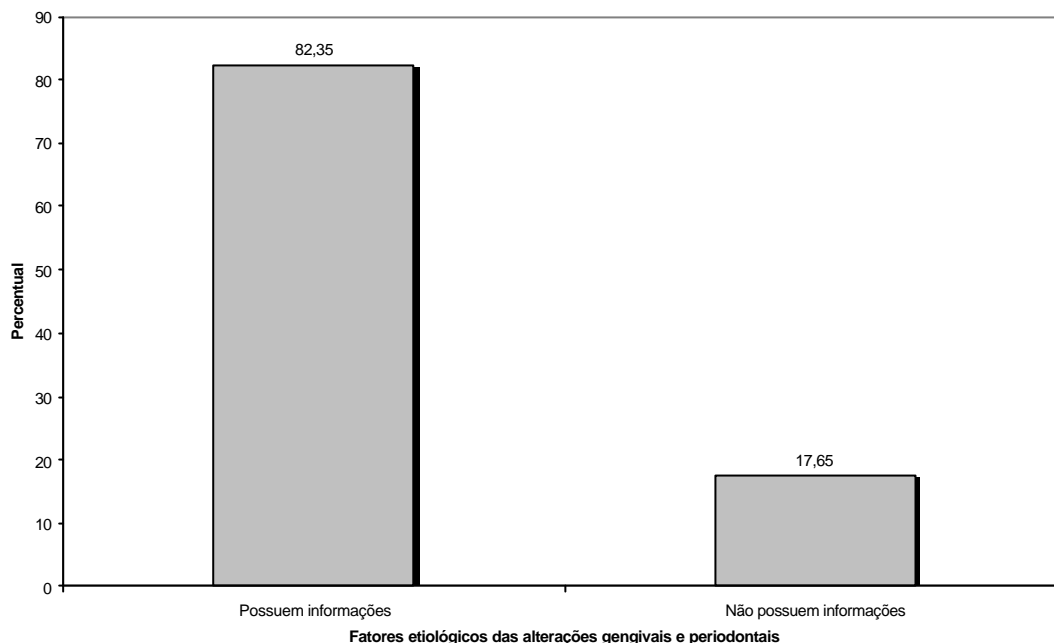


Figura 6.9 – Informações dos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, sobre os fatores etiológicos das alterações gengivais e periodontais que ocorrem durante a gravidez

Analisando os dados da Tabela 5.9 e da Figura 6.9, observou-se que 82,36% dos profissionais entrevistados afirmaram que possuíam conhecimentos sobre os fatores etiológicos das alterações gengivais e periodontais que ocorrem durante a gestação.

Os níveis elevados de estrógeno e progesterona são os responsáveis pelas alterações gengivais e periodontais no período gestacional (CORDEIRO; COSTA, 1999; LAINE, 2002; LASCALA; MOUSSALLI, 1995; MACHUCA et al., 1999; MCCANN; BONCI, 2001; OLIVEIRA, 1990; ROSELL; POMPEU; VALSECKI JR, 1999; SARTÓRIO; MACHADO, 2001).

As principais alterações bucais que ocorrem na gravidez podem afetar até 100% das gestantes (GAFFIELD et al., 2001; ROSELL; POMPEU; VALSECKI JR, 1999; SARTÓRIO; MACHADO, 2001) e estão relacionadas ao aumento da vascularização e da permeabilidade vascular dos tecidos gengivais, o aumento da mobilidade dentária, do fluido gengival e da profundidade do sulco, ao espessamento e à acentuada descamação da mucosa e à resposta exacerbada dos tecidos moles do periodonto aos fatores irritantes locais, como a placa bacteriana (CORDEIRO; COSTA, 1999; LASCALA; MOUSSALLI, 1995; LAINE, 2002; MACHUCA et al., 1999; MCCANN; BONCI, 2001; OLIVEIRA, 1990; PRITCHARD; MACDONALD 1983; SARTÓRIO; MACHADO, 2001).

De acordo com a literatura, a gengivite gravídica apresenta características inflamatórias exacerbadas com uma tendência hiperplásica (LAINE, 2002; MACHUCA et al., 1999; SARTÓRIO; MACHADO, 2001), o que pode levar ao desenvolvimento do granuloma piogênico ou gravídico (LAINE, 2002; MACHUCA et al., 1999; MCCANN; BONCI, 2001; OLIVEIRA, 1990).

Vale lembrar que, devido à transmissibilidade de microorganismos patogênicos entre membros de uma mesma família, filhos de mães com doença periodontal apresentam um elevado risco de desenvolver doenças periodontais (SARTÓRIO; MACHADO, 2001).

As doenças periodontais (gengivite e periodontite) estimulam a síntese de mediadores químicos do processo inflamatório, especialmente as prostaglandinas, responsáveis pelas contrações uterinas, o que aumenta o

risco de nascimentos prematuros de bebês com baixo peso (GAFFIELD et al., 2001; LAINE, 2002; MCCANN; BONCI, 2001; OFFENBACHER; KATZ; FERTIK, 1996; ZARDETTO; RODRIGUES; ANDO, 1998).

Pelo que foi exposto anteriormente, não há dúvidas de que é indispensável que os médicos ginecologistas e obstetras conheçam a etiopatogenia das alterações gengivais e periodontais que ocorrem no período gestacional, uma vez que são eles os profissionais da área de saúde que mais têm contato com essas pacientes nesse período.

Continuando a análise da Tabela 5.9 e da Figura 6.9, observou-se que 17,65% dos médicos ginecologistas e obstetras entrevistados relataram que não possuíam informações sobre os fatores etiológicos das alterações gengivais e periodontais que ocorrem na gravidez, fato que é preocupante, pois essas informações são essenciais a esses profissionais, devido à função que eles exercem e pela responsabilidade que eles têm em garantir a saúde global da mulher, da qual faz parte a saúde bucal, durante a gestação.

As diferenças entre as respostas obtidas foram consideradas estatisticamente significantes, conforme a Tabela 5.9.

As Figuras 6.10 e 6.11 não foram analisadas, pois o presente estudo não teve como objetivo discutir as fontes de informação dos médicos ginecologistas e obstetras entrevistados em relação aos fatores etiológicos das alterações gengivais e periodontais que ocorrem na gravidez. Assim, esses dados serão apresentados apenas para que o leitor conhecesse mais algumas características do grupo de profissionais alvo desta pesquisa.

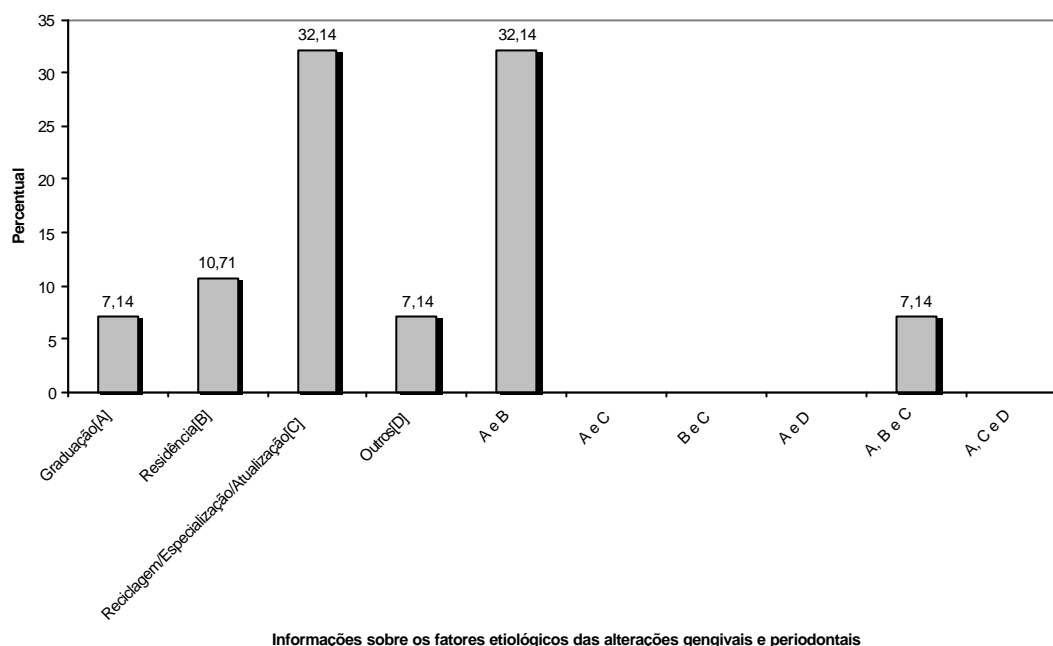


Figura 6.10 – Local onde os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, obtiveram as informações sobre os fatores etiológicos das alterações gengivais e periodontais que ocorrem durante a gravidez

Quando questionados sobre o local onde obtiveram as informações sobre os fatores etiológicos das alterações gengivais e periodontais que ocorrem durante a gravidez, verificou-se, através da análise da Tabela 5.10 e da Figura 6.10, que 49,99% dos profissionais entrevistados que afirmaram ter esses conhecimentos responderam que conseguiram tais informações durante a residência, enquanto 46,42% obtiveram os conhecimentos durante o curso de graduação e 39,28%, em cursos de reciclagem, especialização e atualização.

Continuando a análise da Tabela 5.10 e da Figura 6.10, notou-se que 7,14% dos médicos ginecologistas e obstetras entrevistados para a pesquisa que afirmaram ter as informações sobre os fatores etiológicos das

alterações gengivais e periodontais que ocorrem na gravidez conseguiram esses conhecimentos através de outras fontes de informação.

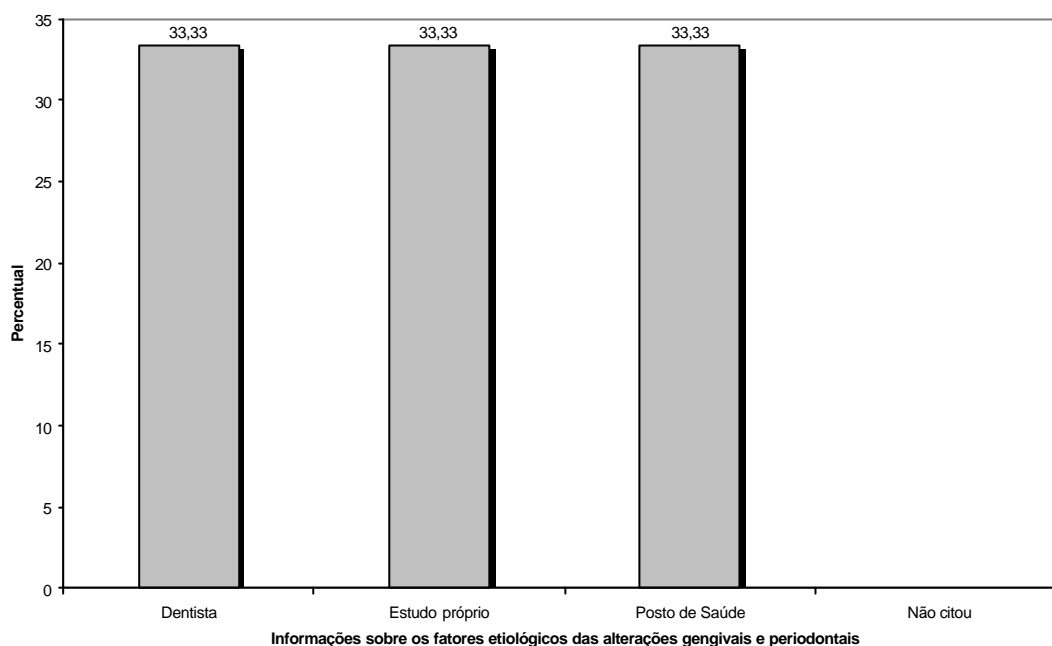


Figura 6.11 – Outras fontes onde os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, obtiveram as informações sobre os fatores das alterações gengivais e periodontais que ocorrem durante a gravidez

A Tabela 5.11 e a Figura 6.11 destacaram as outras fontes citadas por 7,14% dos profissionais entrevistados que possuíam informações sobre os fatores etiológicos das alterações gengivais e periodontais que ocorrem durante a gestação, conforme a Tabela 5.10 e a Figura 6.10, onde eles obtiveram tais conhecimentos.

Dessa maneira, verificou-se que 3,33% desses entrevistados conseguiram as informações em questão com cirurgiões dentistas, enquanto

3,33% aprenderam por estudo próprio e outros 3,33% obtiveram essas informações em postos de saúde.

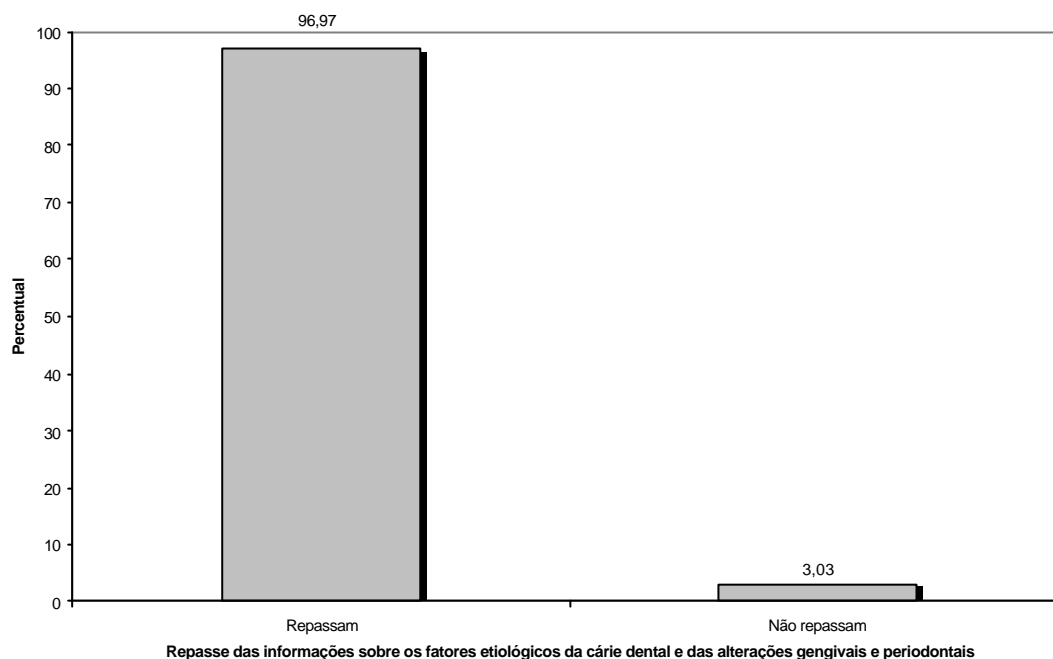


Figura 6.12 – Repasse das informações sobre os fatores etiológicos da cárie dental e das alterações gengivais e periodontais pelos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa que possuem tais informações, às gestantes durante o pré-natal

Os dados da Tabela 5.12 e da Figura 6.12 demonstraram que 96,97% dos médicos ginecologistas e obstetras entrevistados que afirmaram possuir informações sobre os fatores etiológicos da cárie dental e/ou das alterações gengivais e periodontais que acontecem na gravidez disseram que repassam essas informações às pacientes gestantes. Por outro lado, 3,03% desses profissionais disseram que não repassam essas informações às pacientes durante o período da gravidez.

A cárie dental é uma das patologias bucais de maior incidência (ROSELL; POMPEU; VALSECKI JR, 1999) e gestantes com hábitos inadequados de controle da placa bacteriana são mais propensas ao seu desenvolvimento (CHIODO; ROSENSTEIN, 1985; CORDEIRO; COSTA, 1999; LAINE, 2002; OLIVEIRA, 1990), pois se sabe que gravidez por si não provoca cáries (DUAILIBI; DUAILIBI, 1985; LAINE, 2002; MCCANN; BONCI, 2001; NEIDLE; YAGIELA, 1989; OLIVEIRA, 1990; PRITCHARD; MACDONALD, 1983).

Em relação à doença periodontal, sabe-se que até 100% das gestantes podem ser afetadas em maior ou menor grau (GAFFIELD et al., 2001; ROSELL; POMPEU; VALSECKI JR, 1999; SARTÓRIO; MACHADO, 2001).

Devido à transmissibilidade de microorganismos patogênicos bucais entre membros de uma mesma família, filhos de mães com cárie dental e doença periodontal apresentam um elevado risco de desenvolver essas mesmas patologias (COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002; COSTA et al., 1998; ROSELL; POMPEU; VALSECKI JR, 1999; SARTÓRIO; MACHADO, 2001). E gestantes que apresentam doença periodontal (gingivite e periodontite) têm maior probabilidade de ter parto prematuro de bebês com baixo peso (GAFFIELD et al., 2001; LAINE, 2002; MCCANN; BONCI, 2001; OFFENBACHER; KATZ; FERTIK, 1996; ZARDETTO; RODRIGUES; ANDO, 1998).

É importante que a gestante tenha informações sobre o que pode afetar a sua saúde bucal, pois a gravidez é um momento oportuno para se

estabelecer medidas de promoção da saúde (COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002; COSTA et al., 1998; GAFFIELD et al., 2001; KONISHI, 1996; ROSELL; POMPEU; VALSECKI JR, 1999; ZARDETTO; RODRIGUES; ANDO, 1998) e esclarecer sobre os riscos e conseqüências da saúde bucal deficiente, pois a gestante exerce um papel chave na família, especialmente quando a questão é saúde (MEDEIROS; ZEVALLOS; ROSIANGELA, 2002).

Assim, foi considerada apropriada a conduta dos médicos ginecologistas e obstetras que possuem informações sobre os fatores etiológicos da cárie dental e/ou das alterações gengivais e periodontais que acontecem na gravidez e que repassam essas informações às pacientes gestantes.

Quanto àqueles entrevistados que possuem informações sobre os fatores etiológicos da cárie dental e/ou das alterações gengivais e periodontais que acontecem na gravidez, mas que não repassam essas informações às pacientes gestantes, pode-se dizer que eles, no mínimo, desperdiçam a oportunidade de agir de forma positiva no que diz respeito à manutenção da saúde dessas pacientes. Evidentemente, que essa é uma postura incorreta.

As diferenças entre as respostas obtidas foram consideradas estatisticamente significantes, conforme a Tabela 5.12.

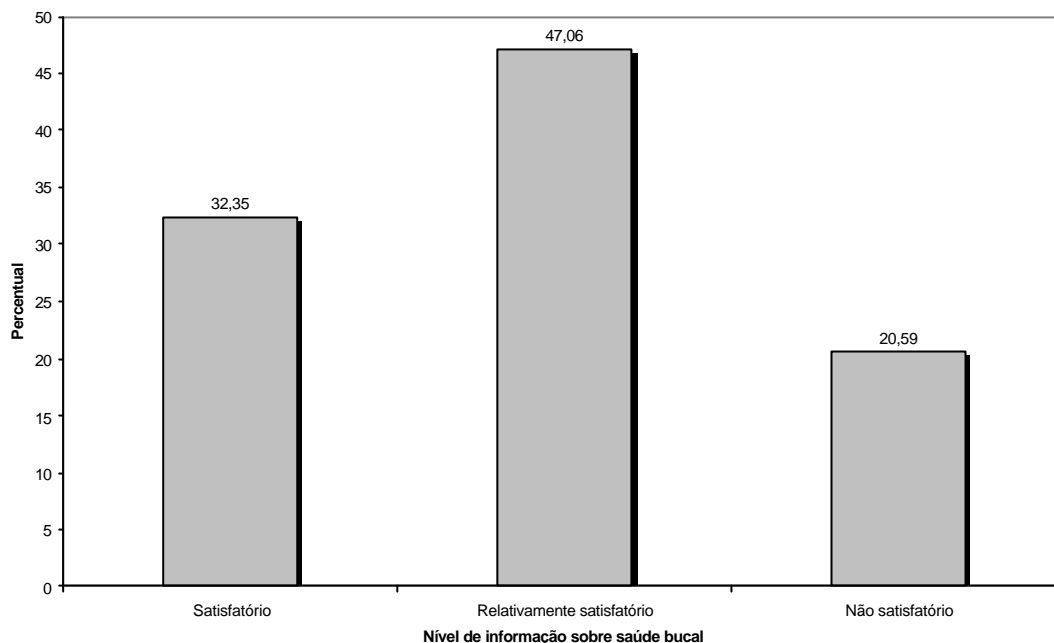


Figura 6.13 – Julgamento dos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, em relação ao seu próprio nível de informação sobre saúde bucal

Análise da Tabela 5.13 e da Figura 6.13 revelou qual o julgamento dos médicos ginecologistas e obstetras entrevistados para a pesquisa em relação ao seu próprio nível de conhecimentos sobre saúde bucal. Os dados obtidos nesta pesquisa indicaram que 32,35% dos entrevistados consideraram satisfatório o próprio nível de informações sobre saúde bucal, enquanto 47,06% julgaram relativamente satisfatório e 20,59% julgaram insatisfatórios seus conhecimentos sobre o assunto em questão são. Portanto, 67,65% dos profissionais não consideraram totalmente satisfatório o próprio nível de informações sobre saúde bucal.

Essa situação, onde uma parcela elevada dos profissionais entrevistados não julgou totalmente satisfatório o próprio nível de conhecimento sobre saúde bucal pode ser atribuída, certamente, ao fato de

a assistência odontológica à gestante não receber a devida atenção no âmbito da assistência à saúde da mulher.

As diferenças entre as respostas obtidas foram consideradas estatisticamente significantes, conforme a Tabela 5.13.

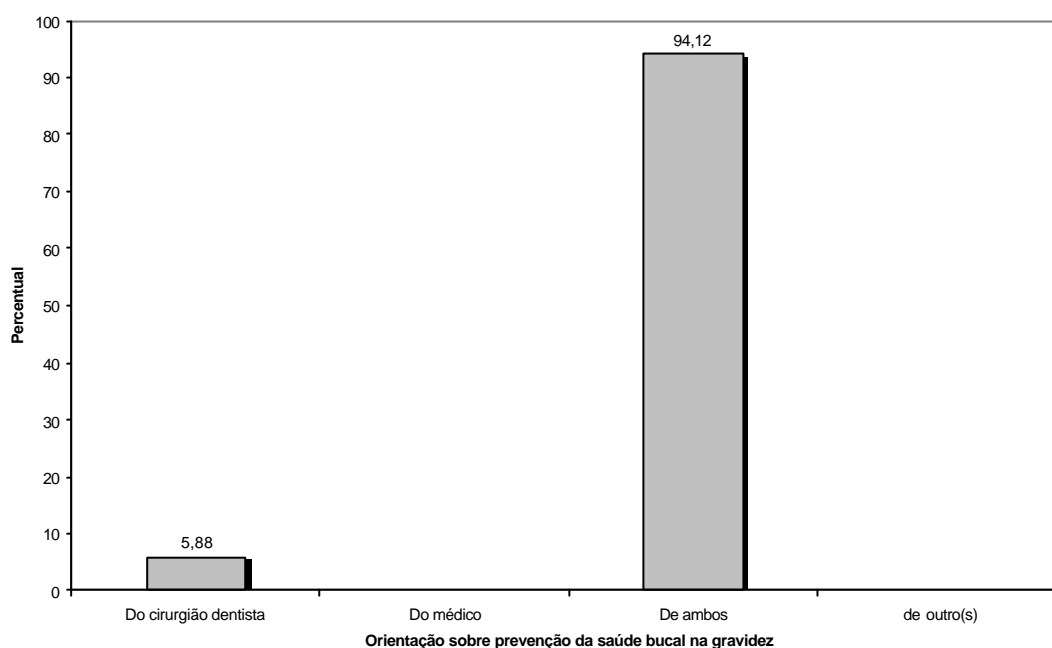


Figura 6.14 – Atribuição da tarefa de orientar as gestantes sobre prevenção em saúde bucal durante a gravidez de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa

A avaliação da Tabela 5.14 e da Figura 6.14 permitiu identificar a quem os profissionais entrevistados neste estudo atribuiu a tarefa de orientar as gestantes sobre prevenção em saúde bucal durante a gravidez. De acordo com a grande maioria dos médicos ginecologistas e obstetras pesquisados (94,12%), cabe tanto ao cirurgião dentista quanto ao médico orientar as pacientes grávidas, no que diz respeito à prevenção em saúde bucal, nesse período.

Sabe-se que maioria das mulheres chega à gravidez com limitados conhecimentos sobre saúde bucal (ROSELL; POMPEU; VALSECKI JR, 1999). Todavia, a importância que a saúde bucal tem na sanidade gestacional foi relatada por Briquet (1945, apud CORDEIRO; COSTA, 1999). Assim, a ação deve ser conjunta, de cirurgiões dentistas e médicos, na assistência à mulher no período gestacional (CORDEIRO; COSTA, 1999; COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002).

Portanto, foi considerada correta a postura dos entrevistados que afirmaram que cabe tanto ao cirurgião dentista quanto ao médico orientar as gestantes, no que diz respeito à prevenção em saúde bucal durante a gravidez.

Entretanto, 5,88% dos médicos ginecologistas e obstetras analisados afirmaram acreditar que a orientação às gestantes, no que diz respeito à saúde bucal, cabe apenas ao cirurgião dentista, postura considerada incorreta, pois eles são os profissionais que têm um contato mais próximo com a paciente nesse período. Além disso, a saúde bucal faz parte da saúde geral, o que leva a crer que todo o profissional da área de saúde que é responsável deve levar em consideração esse fato, tornando essencial a interação entre eles.

Conforme a Tabela 5.14, as diferenças foram estatisticamente significantes entre todas as respostas, com exceção das respostas “Do médico” e “De outro(s)”, que apresentaram o mesmo percentual.

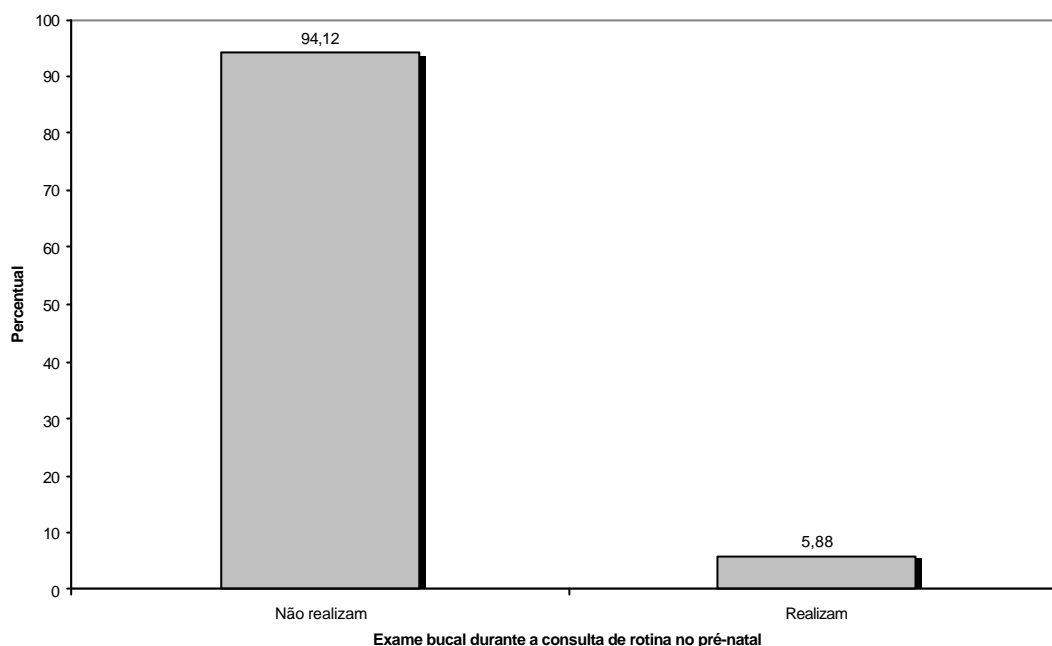


Figura 6.15 – Realização de um exame bucal da paciente gestante durante a consulta de rotina no pré-natal pelos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa

A Figura 5.15 e a Tabela 6.15 mostraram que apenas uma pequena parcela dos profissionais entrevistados nesta pesquisa (5,88%) afirmou que realiza um exame bucal das gestantes durante as consultas de rotina no pré-natal. A maioria dos médicos ginecologistas e obstetras pesquisados (94,12%) confessou que não realiza esse tipo de exame durante o pré-natal.

A ginecologia e obstetrícia, entre todas as especialidades médicas, é a que tem uma formação mais ampla e, mesmo assim, a maioria dos médicos especialistas, não tem como rotina a examinar a boca da paciente, apesar de essa estrutura estar inserida em um contexto único que é o organismo materno. Essa postura também pode, certamente, ser atribuída ao fato de a assistência odontológica à gestante não receber a

devida atenção no âmbito da assistência à saúde da mulher, pois o exame bucal deveria fazer parte dos procedimentos de inspeção gerais da paciente.

As diferenças entre as respostas obtidas foram consideradas estatisticamente significantes, conforme a Tabela 5.15.

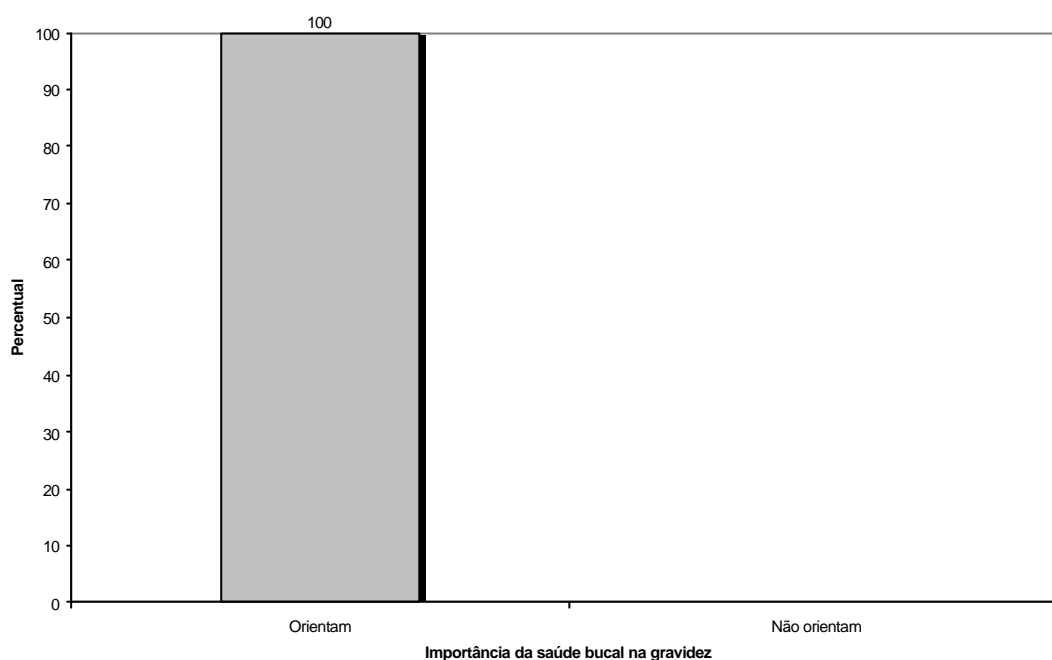


Figura 6.16 – Orientações sobre a importância da saúde bucal durante a gestação dadas pelos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, às gestantes durante o pré-natal

Através da observação da Tabela 5.16 e da Figura 6.16, verificou-se que a maioria absoluta dos médicos ginecologistas e obstetras entrevistados para a pesquisa (100,00%) afirmou orientar as pacientes gestantes sobre a importância da saúde bucal durante o pré-natal.

Há necessidade de orientação sobre a saúde bucal desde a gestação, pois há uma tendência a melhores condições de saúde bucal em

crianças cujas mães receberam orientação sobre a importância da saúde bucal, assim como os resultados obtidos são melhores quando a prevenção começa precocemente (BRIQUET, 1945 apud CORDEIRO; COSTA, 1999; COSTA et al., 1998; PEREIRA, 1929; ZARDETTO; RODRIGUES; ANDO, 1998).

A gestante deve ser conscientizada sobre a importância da manutenção de sua saúde bucal nesse período, que é um momento oportuno para se estabelecer medidas de promoção da saúde (COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002; COSTA et al., 1998; GAFFIELD et al., 2001; KONISHI, 1996; MEDEIROS; ZEVALLOS; ROSIANGELA, 2002; ROSELL; POMPEU; VALSECKI JR, 1999; ZARDETTO; RODRIGUES; ANDO, 1998), a fim de evitar o desenvolvimento da cárie dental e da doença periodontal, que são as patologias bucais de maior incidência (CHIODO; ROSENSTEIN, 1985; CORDEIRO; COSTA, 1999; LAINE, 2002; ROSELL; POMPEU; VALSECKI JR, 1999).

Portanto, foi considerada perfeitamente adequada a postura dos profissionais entrevistados, que afirmaram orientar as pacientes sobre a importância da saúde bucal na gravidez, período em que a mulher se encontra receptiva a influências positivas que as levem a adotar posturas mais saudáveis em relação à própria saúde.

As diferenças entre as respostas obtidas foram consideradas estatisticamente significantes, conforme a Tabela 5.16.

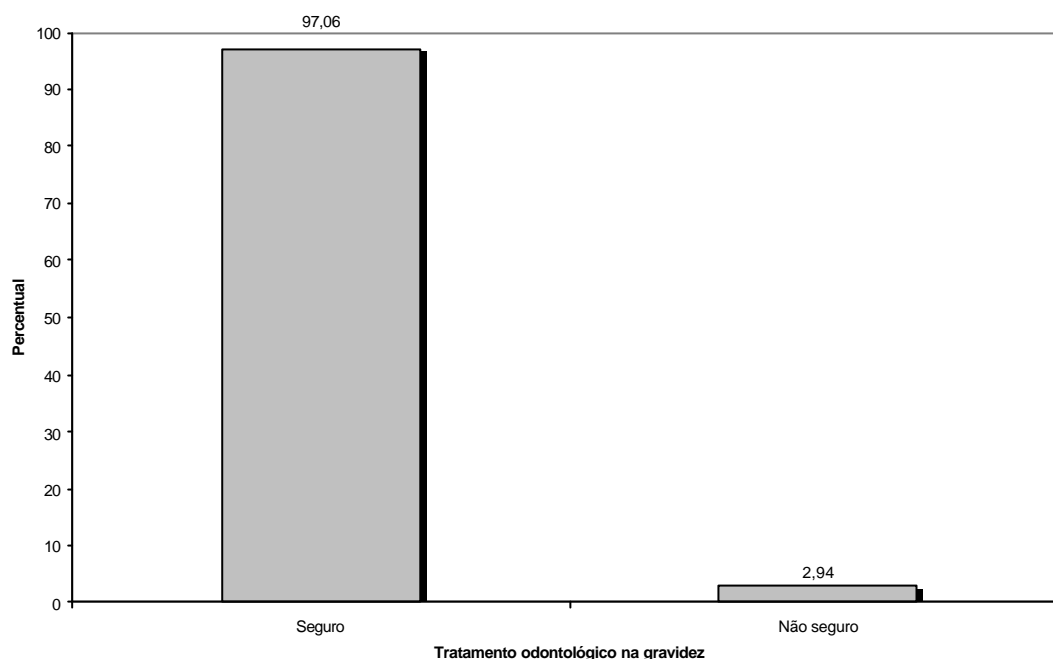


Figura 6.17 – Segurança em relação à realização de um tratamento odontológico durante a gravidez, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa

Quando analisadas através da Tabela 5.17 e da Figura 6.17, as respostas dos entrevistados para a pesquisa indicaram que 97,06% consideraram segura a realização de um tratamento odontológico durante a gravidez, conduta considerada correta.

Segundo a literatura, a gravidez não contra-indica o tratamento odontológico (AALTONEN; TENEVUO; LEHTONEN, 1988; COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002; COSTA et al., 1998; DUAILIBI; DUAILIBI, 1985; GAFFIELD et al., 2001; GIER; JANES, 1983; GORACCI et al., 1984; KONISHI, 1996; MEDEIROS; ZEVALLOS; ROSIANGELA, 2002; PRITCHARD; MACDONALD, 1983; ROSELL; POMPEU; VALSECKI JR, 1999; ZARDETTO; RODRIGUES; ANDO, 1998). E todo procedimento

odontológico essencial pode ser feito durante a gravidez, de preferência, durante o segundo trimestre (DAVIS, 1988; GIER; JANES, 1983; GORACCI et al., 1984; LITTLE; FALACE, 1988; MILLER, 1995; MONIACI et al., 1990; NEIDLE; YAGIELA, 1989; RANALI; ANDRADE; VOLPATO, 1996; apud TODESCAN, BOTTINO, 1996; ROTHEWELL; GREGORY; SELLER, 1987). Entretanto, a maioria dos pesquisadores concorda que os procedimentos eletivos devem ser realizados somente após o parto (MILLER, 1995; MOREIRA; VALDRÃO JR, 1993; OLIVEIRA, 1990; ROSE; KAYE, 1990; apud MILLER, 1995).

É importante salientar que devem ser consideradas em caráter de urgência, independente do período da gestação, as intervenções que tenham por objetivo remover a dor e focos de infecção (BECK-COON; BECK-COON, 1982; CHIDO; ROSENSTEIN, 1985; DELZER; PROVANT JR, 1981; FIESE; HERZOG, 1988; GIER; JANES, 1983; GUIDELINES FOR DENTAL TREATMENT [...], 1984; LITTLE; FALACE, 1988; LITTNER et al., 1984; MILLER, 1995; MONIACI et al., 1990; OLIVEIRA, 1990; RANALI; ANDRADE; VOLPATO, 1996; apud TODESCAN, BOTTINO, 1996; ROTHEWELL; GREGORY; SELLER, 1987; SCHWARTZ; HOLMES; SCHWARTZ, 1987; TARSITANO; ROLLINGS, 1993; TONOLI et al., 1984).

Por outro lado, 2,94% dos profissionais questionados neste estudo, não consideraram segura a realização de um tratamento odontológico no período da gestação. Esse comportamento demonstrou falta de informação e de conhecimentos científicos sobre o assunto.

As diferenças entre as respostas obtidas foram consideradas estatisticamente significantes, conforme a Tabela 5.17.

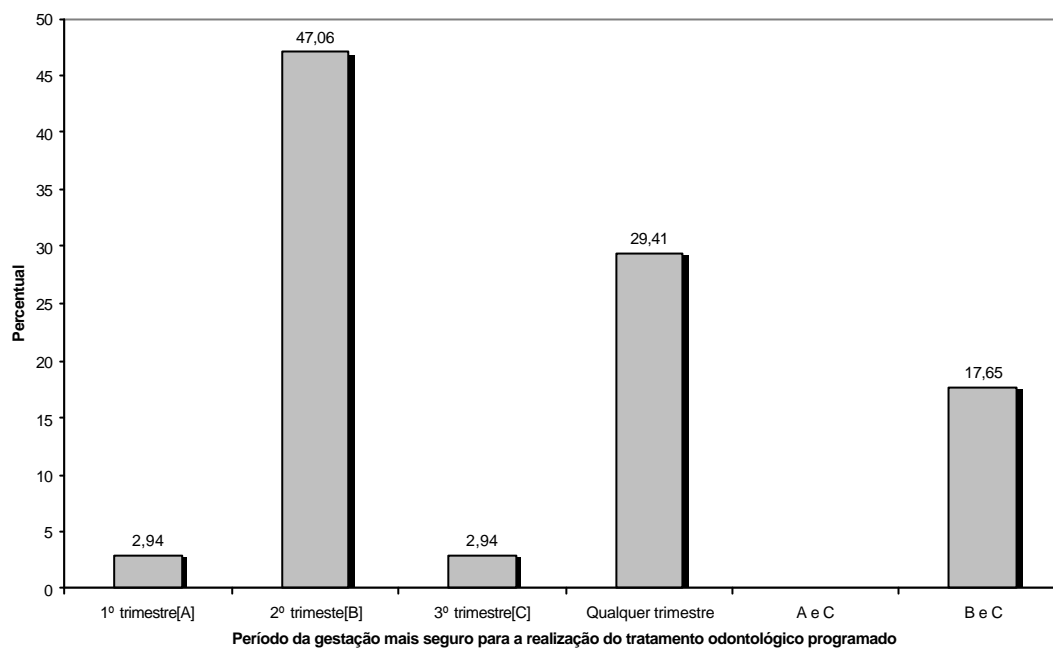


Figura 6.18 - Período considerado pelos médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa, o mais seguro para o atendimento de pacientes gestantes quando o quadro clínico não é de urgência

O conjunto de dados da Figura 5.18 e da Tabela 6.18 demonstrou que foram corretas as respostas de 64,71% dos médicos ginecologistas e obstetras entrevistados que afirmaram ser o segundo trimestre da gravidez o período mais indicado para um tratamento odontológico quando o quadro clínico não é de urgência, o que pode ser afirmado com base na revisão bibliográfica apresentada, onde os autores são unânimes ao considerar o segundo trimestre da gravidez o período mais favorável à realização de um tratamento odontológico programado (BECK-COON; BECK-COON, 1982; CHIDO; ROSENSTEIN, 1985; DAVIS, 1988; DELZER; PROVANT JR,

1981; DUAILIBI; DUAILIBI, 1985; FIESE; HERZOG, 1988; GIER; JANES, 1983; GORACCI et al., 1984; LITTNER et al., 1984; LITTLE; FALACE, 1988; MILLER, 1995; MONIACI et al., 1990; MOREIRA; VALDRÃO JR, 1993; NEIDLE; YAGIELA, 1989; OLIVEIRA, 1990; RANALI; ANDRADE; VOLPATO, 1996; apud TODESCAN, BOTTINO, 1996; ROTHEWELL; GREGORY; SHELLER, 1987; SCHWARTZ; HOLMES; SCHWARTZ, 1987; TARSITANO; ROLLINGS, 1993).

Quanto às respostas de 2,94% dos entrevistados que afirmaram ser o primeiro trimestre da gestação o período mais indicado para um tratamento odontológico quando o quadro clínico não é de urgência, assim como as respostas dos 20,59% que indicaram o terceiro trimestre, considerou-se, ambas as respostas incorretas, uma vez que no primeiro e no terceiro trimestres devem ser evitadas todas as intervenções que não apresentarem caráter de urgência, deixando para realizá-las nos meses mais favoráveis ou após o parto (BECK-COON; BECK-COON, 1982; CHIODO; ROSENSTEIN, 1985; DAVIS, 1988; FIESE; HERZOG, 1988; GIER; JANES, 1983; GORACCI et al., 1984; LAWRENZ; WHITLEY; HELFRICK., 1996; LITTLE; FALACE, 1988; LITTNER et al., 1984; MILLER, 1995; MONIACI et al., 1990; MOREIRA; VALDRÃO JR, 1993; NEIDLE; YAGIELA, 1989; OLIVEIRA, 1990; PENIN; BERMUDEZ, 1991; RANALI; ANDRADE; VOLPATO, 1996; apud TODESCAN, BOTTINO, 1996; ROTHEWELL; GREGORY; SHELLER, 1987; SCHWARTZ; HOLMES; SCHWARTZ, 1987; TARSITANO; ROLLINGS, 1993).

Ainda analisando a Tabela 5.18 e a Figura 6.18, observou-se que 29,41% dos entrevistados afirmaram que em qualquer trimestre da gravidez pode ser realizado um tratamento odontológico quando o quadro clínico não é de urgência, o que não está de acordo com a opinião da maioria dos pesquisadores que apontam o segundo trimestre como o período mais favorável à atuação do cirurgião dentista (BECK-COON; BECK-COON, 1982; CHIODO; ROSENSTEIN, 1985; DAVIS, 1988; DELZER; PROVANT JR, 1981; FIESE; HERZOG, 1988; GIER; JANES, 1983; GORACCI et al., 1984; LITTLE; FALACE, 1988; LITTNER et al., 1984; MILLER, 1995; MONIACI et al., 1990; MOREIRA; VALDRÃO JR, 1993; OLIVEIRA, 1990; RANALI; ANDRADE; VOLPATO, 1996; apud TODESCAN, BOTTINO, 1996; ROTHEWELL; GREGORY; SHELLER, 1987; SCHWARTZ; HOLMES; SCHWARTZ, 1987; TARSITANO; ROLLINGS, 1993).

Todavia, devem ser considerados em caráter de urgência, independente do período gestacional, as intervenções que tenham por objetivo remover a dor e focos de infecção, que podem ser prejudiciais à mãe, ao feto em desenvolvimento e ao recém-nascido (BECK-COON; BECK-COON, 1982; CHIODO; ROSENSTEIN, 1985; DELZER; PROVANT JR, 1981; FIESE; HERZOG, 1988; GIER; JANES, 1983; GUIDELINES FOR DENTAL TREATMENT [...], 1984; LITTLE; FALACE, 1988; LITTNER et al., 1984; MILLER, 1995; MONIACI et al., 1990; NARVAI, 1984; OLIVEIRA, 1990; RANALI; ANDRADE; VOLPATO, 1996; ROTHEWELL; GREGORY; SHELLER, 1987; SCHWARTZ; HOLMES; SCHWARTZ, 1987; TARSITANO & ROLLINGS, 1993; TONOLI et al., 1984).

Conforme a Tabela 5.18, as diferenças foram estatisticamente significantes entre todas as respostas, com exceção da resposta “Primeiro trimestre (A)” e “Terceiro trimestre (C)”, que apresentaram o mesmo percentual.

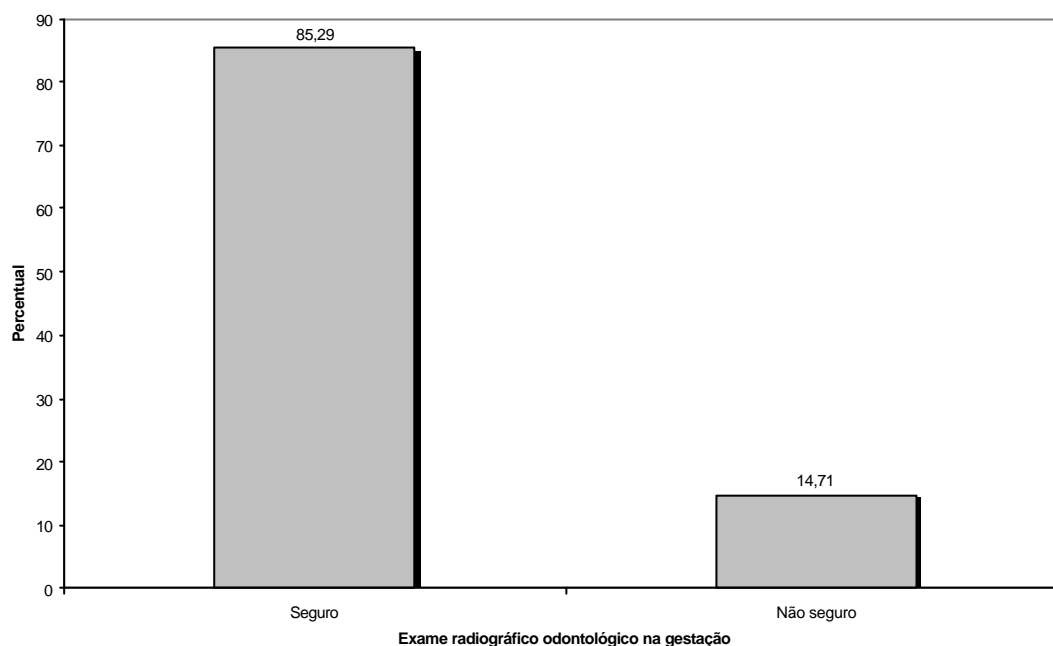


Figura 6.19 – Segurança em relação à realização de um exame radiográfico odontológico durante a gestação, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa

Através da análise da Tabela 5.19 e da Figura 6.19, verificou-se que 85,29% dos médicos entrevistados neste estudo consideraram corretamente segura a realização do exame radiográfico odontológico durante a gestação.

Os efeitos das radiações, tanto no embrião quanto no feto, estão diretamente relacionados à dose, ao tempo de exposição, à região irradiada e ao período gestacional (DUAILIBI; DUAILIBI, 1985; TARSITANO;

ROLLINGS, 1993; TORTAMANO, 1997). Entretanto, muitos fatores garantem a segurança da gestante e do embrião ou do feto na realização do exame radiográfico odontológico, tornando o risco praticamente nulo (DUAILIBI; DUAILIBI, 1985; GORACCI et al., 1984; LITTLE; FALACE, 1988; LITTNER et al., 1984; MONIACI et al., 1990; MOREIRA; VALDRÃO JR, 1993; SELDIN, SELDIN, RAKONE, 1959 apud OLIVEIRA, 1990; TARSITANO; ROLLINGS, 1993; TONOLI et al., 1984; TORTAMANO, 1997). Portanto, as tomadas radiográficas odontológicas podem e devem ser realizadas quando necessárias, de acordo com a literatura (BECK-COON; BECK-COON, 1982; CHIODO; ROSENSTEIN, 1985; DAVIS, 1988; GIER; JANES, 1983; GORACCI et al., 1984; LITTLE; FALACE, 1988; LITTNER et al., 1984; MILLER, 1995; MONIACI et al., 1990; MOREIRA; VALDRÃO JR, 1993; PENIN; BERMUDEZ, 1991; RANALI; ANDRADEL; VOLPATO, 1996; apud TODESCAN, BOTTINO, 1996; ROTHEWELL; GREGORY; SELLER, 1987; SCHWARTZ; HOLMES; SCHWARTZ, 1987; TONOLI et al., 1984).

Entretanto, 14,71% dos profissionais entrevistados duvidaram da segurança na realização do exame radiográfico odontológico no período gestacional. Tal comportamento foi considerado incorreto e pode ser atribuído à insegurança conseqüente à falta de conhecimentos científicos sobre o assunto.

As diferenças entre as respostas obtidas foram consideradas estatisticamente significantes, conforme a Tabela 5.19.

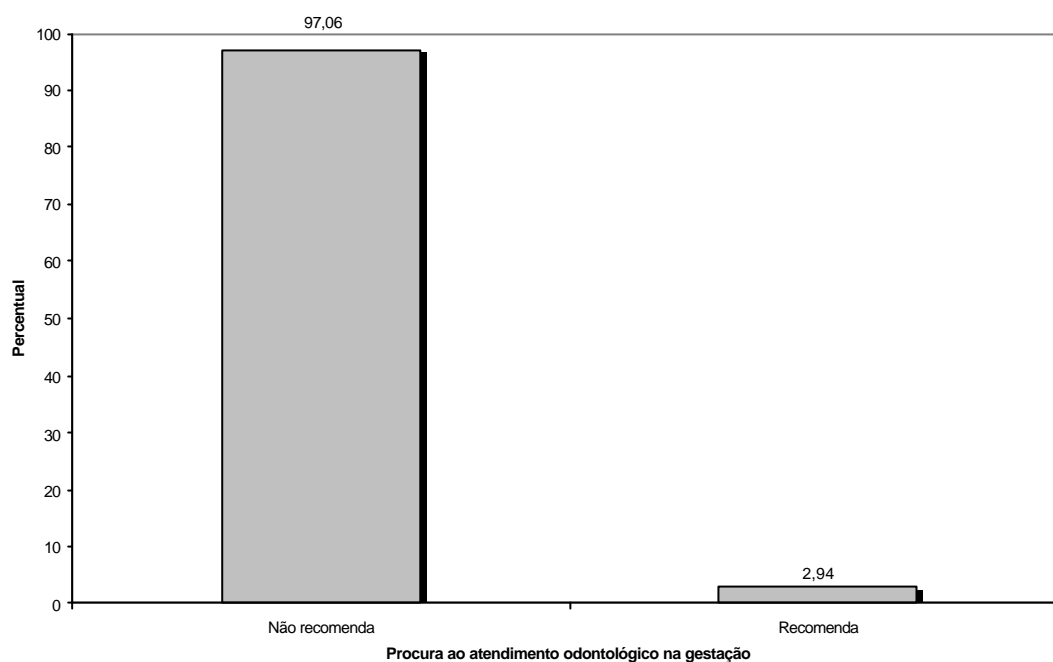


Figura 6.20 – Recomendação em relação à procura de atendimento odontológico às pacientes durante o pré-natal, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa

Em relação à procura por assistência odontológica durante o período gestacional, os dados da Tabela 5.20 e a Figura 6.20 indicaram que grande parte dos profissionais questionados para a pesquisa (97,06%) afirmou que recomenda às gestantes procurar atendimento odontológico durante o pré-natal. Mas 2,94% afirmaram agir de forma contrária e, portanto, não recomendam às pacientes grávidas a procura por tratamento odontológico nesse período.

A gravidez exige cuidados pré-natais específicos e entre os quais está incluída a assistência odontológica (PRITCHARD; MACDONALD, 1983; OLIVEIRA, 1990). Segundo Costa, Saliba e Moreira (2002), o atendimento

odontológico à gestante deve ter as consultas odontológicas atreladas às do pré-natal.

Crenças equivocadas e sem fundamento científico, como a perda de um dente a cada gravidez, o enfraquecimento dos dentes da mãe pelo cálcio que o feto retira deles e temores os mais diversos como dor, hemorragia, danos à formação do feto e até mesmo aborto por causa do uso da anestesia odontológica causam insegurança em relação ao tratamento odontológico durante a gravidez (CORDEIRO; COSTA, 1999; COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002; OLIVEIRA, 1990; SARTÓRIO; MACHADO, 2001). Mas o medo do tratamento odontológico pode ser superado através de esclarecimentos sobre a necessidade e a importância do tratamento nessa fase (RANALI; ANDRADE; VOLPATO, 1996; apud TODESCAN, BOTTINO, 1996; TARSITANO; ROLLINGS, 1993).

Dessa forma, com base na literatura, foi considerada correta a conduta dos médicos ginecologistas e obstetras entrevistados que afirmaram recomendar a procura por assistência odontológica durante o pré-natal e, evidentemente, é considerada incorreta a conduta dos profissionais que agem de modo contrário.

As diferenças entre as respostas obtidas foram consideradas estatisticamente significantes, conforme a Tabela 5.20.

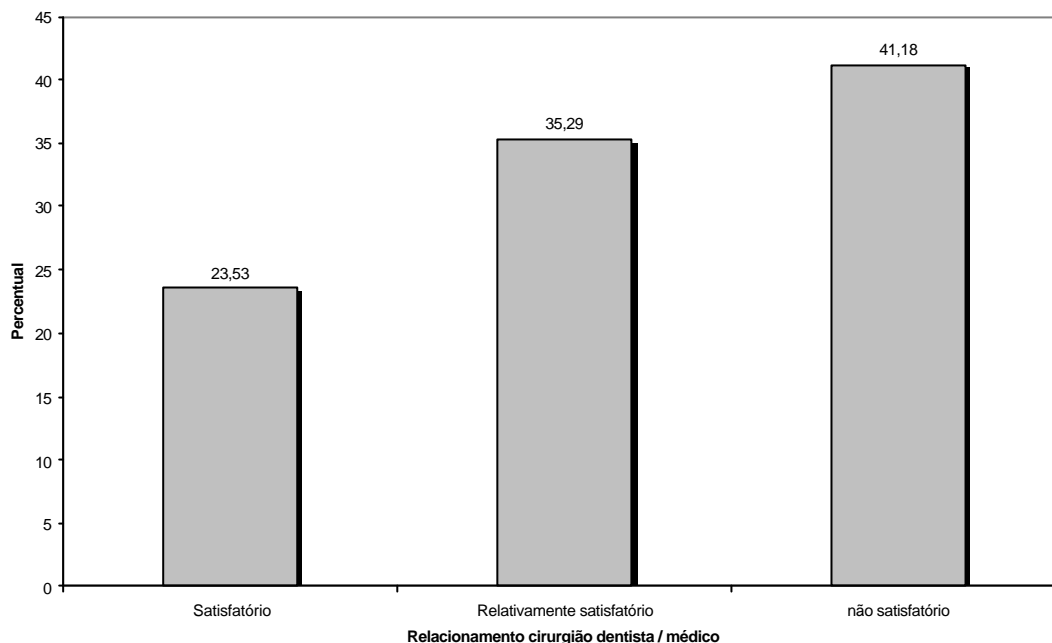


Figura 6.21 – Relacionamento cirurgião dentista-médico, no que diz respeito aos cuidados com a saúde da paciente gestante, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa

Quando questionados no que diz respeito ao relacionamento cirurgião dentista-médico, como mostrou a Tabela 5.21 e a Figura 5.21, verificou-se que somente 23,53% dos profissionais entrevistados pesquisa consideraram satisfatório tal relacionamento. Por outro lado, 35,29% julgaram relativamente satisfatório o relacionamento cirurgião dentista-médico, enquanto 41,18% dos pesquisados consideraram esse relacionamento não satisfatório. Portanto, 76,47% julgaram que o relacionamento cirurgião dentista-médico, no que diz respeito à saúde bucal da mulher durante o período da gravidez, não é totalmente satisfatório.

O intercâmbio de informações entre a odontologia e a medicina é essencial para que a gestante seja conscientizada sobre a importância da manutenção de sua saúde bucal nesse período e dos cuidados necessários

que devem ser adotados, evitando que as condições desfavoráveis existentes sejam agravadas (CORDEIRO; COSTA, 1999; COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002; COSTA et al., 1998).

Grande parte das mulheres demonstra medo e insegurança em relação ao tratamento odontológico durante a gravidez (CORDEIRO ;COSTA, 1999), em consequência de crenças equivocadas e sem fundamento científico (CORDEIRO; COSTA, 1999; COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002; SARTÓRIO; MACHADO, 2001). Nesse contexto, um relacionamento satisfatório entre cirurgiões dentistas e médicos ginecologistas e obstetras é capaz de desmistificar esses tabus populares, pois transmite à gestante segurança psicológica, que é um fator essencial para eliminar essas crenças antigas e equivocadas suportadas por argumentos sem qualquer fundamento científico, mas transmitidos pela cultura popular (CORDEIRO; COSTA, 1999; COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002; SARTÓRIO; MACHADO, 2001).

Enfim, um relacionamento satisfatório entre o cirurgião dentista e o médico ginecologista e obstetra é desejado, uma vez que proporcionará à gestante uma assistência melhor e mais abrangente durante o pré-natal, o que resultará em maior segurança e melhores resultados nos níveis preventivo, educativo e curativo, quando necessário.

A integração entre os profissionais resgata o sentido de uma formação mais homogênea, dando a eles a oportunidade de aprenderem uns com os outros, atualizando seus conhecimentos.

Conforme a Tabela 5.21, o percentual da resposta “Satisfatório” foi estatisticamente diferente dos percentuais das outras duas respostas (“Relativamente satisfatório” e “Não satisfatório”), mas estes não foram estatisticamente diferentes entre si.

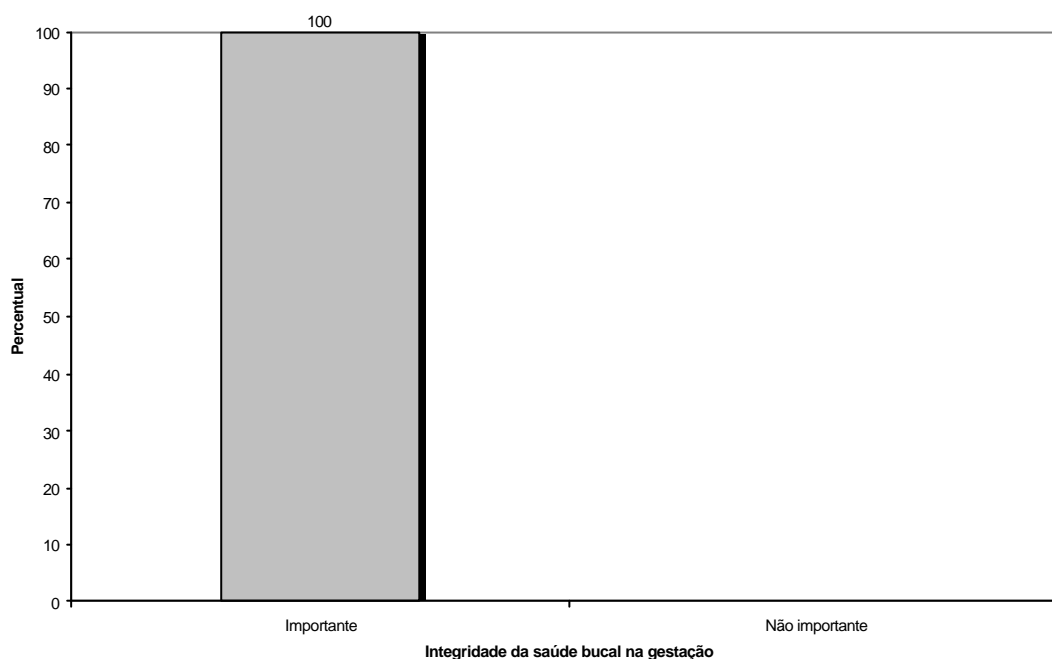


Figura 6.22 – Importância da integridade da saúde bucal da paciente grávida em relação ao desenvolvimento normal da gestação, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa

A Tabela 5.22 e da Figura 6. não deixaram dúvidas, felizmente, de que a maioria absoluta (100,00%) dos médicos ginecologistas e obstetras entrevistados considerou importante a integridade da saúde bucal da paciente grávida em relação ao desenvolvimento normal da gestação.

A cárie dental e a doença periodontal não podem ser negligenciadas, pois focos de infecção podem levar à toxemia e à septicemia

que são fatores teratogênicos e causas, em potencial, do aborto espontâneo, de acordo com a literatura (BECK-COON; BECK-COON, 1982; CHIODO; ROSENSTEIN, 1985; DELZER; PROVANT JR, 1981; FIESE; HERZOG, 1988; GIER; JANES, 1983; GUIDELINES FOR DENTAL TREATMENT [...], 1984; LITTLE; FALACE, 1988; LITTNER et al., 1984; MILLER, 1995; MONIACI et al., 1990; OLIVEIRA, 1990; RANALI; ANDRADE; VOLPATO, 1996; apud TODESCAN, BOTTINO, 1996; ROTHEWELL; GREGORY; SHELLER, 1987; SCHWARTZ; HOLMES; SCHWARTZ, 1987; TARSITANO; ROLLINGS, 1993; TONOLI et al., 1984).

Em consequência da transmissibilidade de microorganismos patogênicos bucais entre membros de uma mesma família, filhos de mães com cárie dental e doença periodontal apresentam um elevado risco de desenvolver essas mesmas patologias (COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002; COSTA et al., 1998; ROSELL; POMPEU; VALSECKI JR, 1999; SARTÓRIO; MACHADO, 2001). E gestantes que apresentam doença periodontal (gingivite e periodontite) tem maior probabilidade de ter parto prematuro de bebês com baixo peso (GAFFIELD et al., 2001; LAINE, 2002; MCCANN; BONCI, 2001; OFFENBACHER; KATZ; FERTIK, 1996; ZARDETTO; RODRIGUES; ANDO, 1998).

Os fatos expostos anteriormente evidenciaram a importância da integridade da saúde bucal durante o período gestacional, fato que foi corretamente reconhecido pela maioria absoluta dos médicos ginecologistas e obstetras entrevistados no presente estudo.

As diferenças entre as respostas obtidas foram consideradas estatisticamente significantes, conforme a Tabela 5.22.

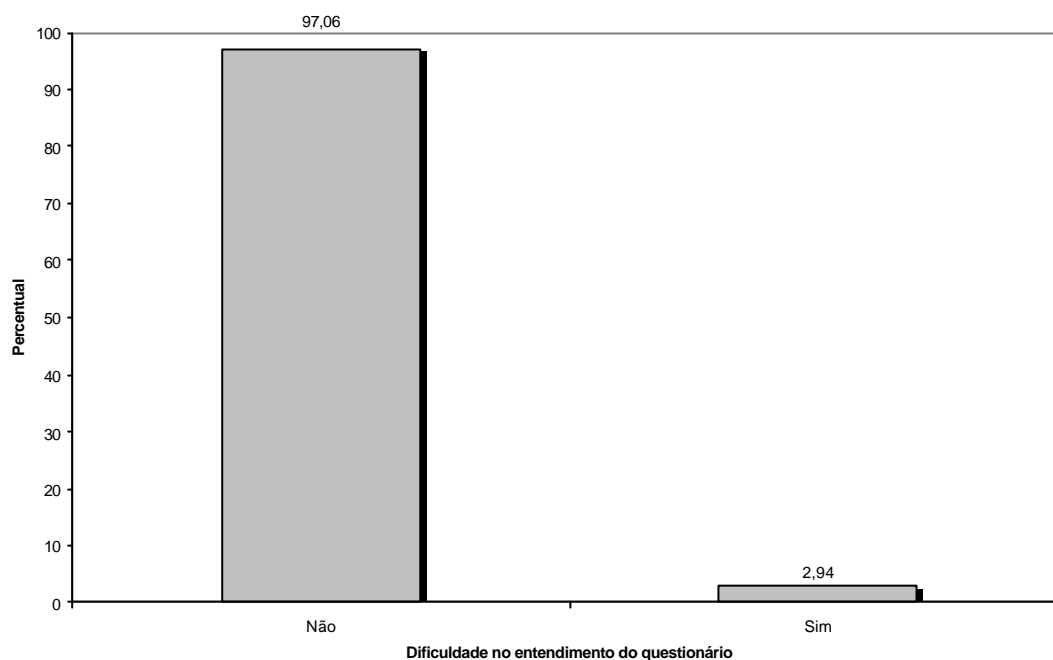


Figura 6.23 – Dificuldade em responder ao questionário no que diz respeito à formulação das perguntas, de acordo com os médicos ginecologistas e obstetras, entrevistados para a pesquisa

Os dados da Tabela 5.23 e da Figura 5.23 permitiram concluir que a grande maioria dos profissionais entrevistados para a pesquisa (97,06%) não encontrou dificuldade em responder ao questionário no que diz respeito à formulação das perguntas. Somente 2,94% dos pesquisados afirmaram ter encontrado alguma dificuldade em responder às questões abordadas.

As diferenças entre as respostas obtidas foram consideradas estatisticamente significantes, conforme a Tabela 5.23.

7 CONCLUSÕES

Em função dos dados obtidos através deste estudo e à luz da literatura, pode-se concluir que:

7.1 94,12% dos médicos ginecologistas e obstetras entrevistados possuem informações sobre os fatores etiológicos da cárie dental.

7.2 82,36% dos profissionais pesquisados possuem informações sobre os fatores etiológicos das alterações gengivais e periodontais que ocorrem no período gestacional.

7.3 96,97% dos médicos ginecologistas e obstetras entrevistados que possuem informações sobre os fatores etiológicos da cárie dental e/ou das alterações gengivais e periodontais que acontecem na gravidez repassam essas informações às pacientes gestantes.

7.4 32,35% dos entrevistados consideram satisfatório o próprio nível de informações sobre saúde bucal, enquanto 47,06% julgam relativamente satisfatório e 20,59% acreditam ser insatisfatórios seus conhecimentos sobre

saúde bucal.

7.5 94,12% dos médicos ginecologistas e obstetras questionados acreditam que cabe tanto ao cirurgião dentista quanto ao médico orientar as pacientes grávidas em relação à prevenção sem saúde bucal na gestação, mas 5,88% dos profissionais analisados acreditam que a orientação às gestantes, no que diz respeito à saúde bucal, cabe apenas ao cirurgião dentista.

7.6 5,88% dos médicos ginecologistas e obstetras entrevistados para esta pesquisa realizam um exame bucal das gestantes durante as consultas de rotina no pré-natal, todavia, 94,12% não realizam esse procedimento durante o pré-natal.

7.7 100,00% dos entrevistados orientam as pacientes gestantes sobre a importância da saúde bucal durante o pré-natal.

7.8 97,06% dos médicos ginecologistas e obstetras entrevistados consideram segura a realização de um tratamento odontológico durante a gravidez.

7.9 64,71% dos profissionais entrevistados consideram, corretamente, o segundo trimestre da gravidez o período mais indicado para o atendimento odontológico programado de pacientes gestantes.

7.10 85,29% dos médicos entrevistados neste estudo consideram, corretamente, segura a realização do exame radiográfico odontológico durante a gestação.

7.11 97,06% dos profissionais pesquisados recomendam às gestantes procurar atendimento odontológico durante o pré-natal.

7.12 23,53% dos profissionais ginecologistas e obstetras questionados nesta pesquisa consideram satisfatório o relacionamento cirurgião dentista-médico, no que diz respeito aos cuidados com a saúde da paciente gestante, mas 35,29% julgam relativamente satisfatório o relacionamento cirurgião dentista-médico e 41,18% dos pesquisados consideram esse relacionamento não satisfatório.

7.13 100,00% dos médicos entrevistados consideram importante a integridade da saúde bucal da paciente grávida em relação ao desenvolvimento normal da gestação.

Como foi mencionado anteriormente, deve ser enfatizado neste momento que a integração entre os profissionais da área de saúde é essencial, pois resgata o verdadeiro sentido de uma formação mais homogênea e de uma visão mais holística do ser humano, permitindo tratar o paciente como um todo ao invés de compartimentalizá-lo demais em função da especialidade.

Nesse contexto, particularmente a interação entre o cirurgião dentista e o médico ginecologista e obstetra é essencial, tendo em vista o que representa o processo da gestação, pois durante a vida pós-natal de uma mulher, nenhum outro acontecimento fisiológico produz alterações tão numerosas e intensas quanto as que ocorrem em seu organismo em resposta ao feto e à placenta em rápido crescimento e suas crescentes exigências durante esse período. Assim, os conhecimentos do médico ginecologista e obstetra sobre a saúde bucal, que é parte integrante da saúde geral, são imprescindíveis, uma vez que ele é o profissional da área de saúde que mais contato tem com a paciente durante o período gestacional.

REFERÊNCIAS¹

Aaltonen AS, Tenevuo J, Lehtonen OP. Antibodies to the oral bacterium *Streptococcus mutans* and the development of caries in children in relation to maternal dental treatment during pregnancy. *Arch Oral Biol* 1988;33(1):33-39.

Agresti A. *Categorical data analysis*. New York: John Wiley & Sons; 1990.

Armonia PL, Tortamano N. *Como prescrever em odontologia*. 4ª ed. São Paulo: Santos; 1995.

Beck-Coon RJ, Beck-Coon KA. Dental treatment in the pregnant or nursing patient. *Gen Dent* 1982;30(3):237-40.

Berggren U, Meynert G. Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences. *J Am Dent Assoc* 1984;109(2):247-51.

Briggs GG, Yaffe SJ, Freeman R.K. *Drogas na gravidez e na lactação*. 2ª ed. Trad. de Sônia Regina Testa da Silva Ramos. São Paulo: Roca; 1987.

Brunetti MC, Narvai PC, Souza, E. A infecção periodontal como fator predisponente ao parto pré-termo. *Femina* 2004;32(2):105-9.

Chiodo GT, Rosenstein DI. Dental treatment during pregnancy: a preventive approach. *J Am Dent Assoc* 1985;110(3):365-8.

Cordeiro CC, Costa LCS. Prevenção odontológica associada às alterações hormonais. *Ver Brás Odontol* 1999;56(5):255-6.

Costa ICC, Marcelino G, Guimarães MB, Saliba NA. A gestante como agente multiplicador de saúde. *RPG* 1998;5(2):87-92.

¹De acordo com Estilo Vancouver. Abreviatura de periódicos segundo bases de dados Medline.

Costa ICC, Saliba O, Moreira ASP. Atenção odontológica na concepção médico-dentista-paciente: representações sociais dessa interação. *RPG* 2002;9(3):232-43.

Davis I. Prenatal dental care and education for the expectant mother. *J Mich Dent Assoc* 1988;70(4-5):211-3.

Delzer DD, Provant Jr DR. Pregnancy and side effects of analgesics. *Gen Dent* 1981;29(1):49-51.

Duailibi SE, Duailibi MT. A odontologia para a gestante. *Rev Paul Odontol* 1985;1(5):12-36.

Fiese R, Herzog S. Issues in dental and surgical management of the pregnant patient. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1988;65(3):292-7.

Gaffield ML, Gilbert BJC, Malvitz DM, Romaguera R. Oral health during pregnancy. *J Am Dent Assoc* 2001;132(7):1009-16.

Gier RE, Janes DR. Dental management of the pregnant patient. *Dent Clin North Am* 1983;27(2):419-28.

Goracci G, Grimaldi G, Gagliardi S, De Introna A. I trattamenti adontoiatrici in gravidanza: possibilità e limitazioni. *Riv Ital Stomatol* 1984;1:789-794.

Green RM, Green A. Fear of dentistry in adults. *Dent Update* 1984; 11(3):213-9.

Guidelines for dental treatment: dentistry and pregnancy. *Aust Dent J* 1984; 29(4):255-6.

Guyton AC. Tratado de fisiologia médica, 5ª ed. Trad. de Aldo Gomes da Silva. Rio de Janeiro: Interamericana; 1977.

Konishi F. Cariologia: odontologia intra-uterina. *GEOS* 1996;3:1.

Laine MA. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta Odontol Scand* 2002;60(5):257-64.

Lascales NT, Moussalli NH. *Compêndio periodontal*. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1995.

Lawrenz DR, Whitley BD, Helfrick JF. Considerations in the management of maxillofacial infections in the pregnant patient. *J Oral Maxillofac Surg* 1996; 54(4):474-85.

Little JM, Falace DA. *Dental management of the medically compromised patient*. 3.ed. St. Louis: Mosby; 1988.

Littner MM, Kaffe I, Tamse A, Moskona D. Management of the pregnant patient. *Quintessence Int* 1984;2:253-7.

Machuca G, Khoshfeiz O, Lacalle J, Machuca C, Bullón, P. The influence of general health and socio cultural variables on the periodontal condition of pregnant women. *J Periodontol* 1999;70(7):779-85.

Mccann AL, Bonci L. Maintaining women's oral health. *Dent Clin North Am*, 2001;45(3):571-601.

Medeiros UV, Zevallos EFP, Rosiangela K. Promoção da saúde bucal da gestante: garantia de sucesso futuro. *Rev CRO-RJ* 2002;2(2):47-57.

Miller MC. The pregnant dental patient. *J Calif Dent Assoc* 1995;23(8):63-70.

Moniaci D, Anglesio G, Lojacono A, Garavelli M. Il trattamento odontoiatrico durante la gravidanza. *Minerva Stomatol* 1990;39(11):905-9.

Moreira LFCM, Valdrão Jr FPB. Perturbações orais na gravidez. *Femina* 1993;21(1):25-31.

Narvai PC. Saúde bucal de gestantes. *RGO* 1984; 32(3):243-9.

Neidle EA, Yagiela JA. Pharmacology and therapeutics for dentistry. 3.ed. St. Louis: C.V. Mosby; 1989.

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

Oliveira MAM. Atendimento odontológico na gravidez: considerações clínicas e emprego de medicamentos. São Paulo: Santos; 1990.

Penin AS, Bermudez MJM. Salud bucodental y embarazo. Rev Actual Odontoestomatol Esp 1991;51(400):57-62.

Pereira DB. Educação dentária da criança. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1929.

Pritchard JÁ, Mcdonald PC. Williams obstetrícia. 16^a ed. Trad. de J. Israel Lemos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1983.

Rosell FL, Pompeu AABM, Valsecki Jr A. Registro periodontal simplificado em gestantes. Rev Saúde Pública 1999;33(2):157-62.

Rothwell BR, Gregory CEB, Sheller B. The pregnant patient: considerations in dental care. Spec Care Dentist 1987;7(3):124-9.

Salkin LM. A look at PSR impact on one dental practice. J Am Dent Assoc 1999;124:230-2.

Sartório ML, Machado WAS. A doença periodontal na gravidez. Rev Bras Odontol 2001;58(5):306-8.

Schwartz M, Holmes HI, Schwartz SS. Care of the pregnant patient. J Can Dent Assoc 1987;53(4):299-301.

Socransky SS. New concepts of destructive periodontal disease. J Clin Periodontol 1984;11:21-32.

Stepke MT, Schwenzer N, Eichhorn W. Vasoconstrictors during pregnancy - in vitro trial on pregnant and nonpregnant mouse uterus. *Int J Oral Maxillofac* 1994;23:440-2.

Tarsitano BF, Rollings RE. The pregnant dental patient: evaluation and management. *Gen Dent* 1993;41(3):226-31.

Tonoli A, Arcuri F, Cesa F, Cappucci A. Impiego dei farmaci della radiodiagnostica nei trattamenti odontoiatrici in gravidanza. *Dent Cadmos* 1984;52(6):79-85.

Tortamano N. GTO: guia terapêutico odontológico. 12^a ed. São Paulo: Santos. 1997.

Wormald DL. Drogas y embarazo. *Rev Chil Obstet Ginocol* 1991;56(4):293-300.

Zardetto CGDC, Rodrigues CRMD, Ando T. Avaliação dos conhecimentos de alguns tópicos de saúde bucal de gestantes de níveis sócio-econômicos diferentes. *RPG* 1998; 5(1):69-74.