



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CCS – CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**Atendimento odontológico a gestantes: Mitos e Preconceitos por
parte dos Cirurgiões Dentistas**

SARAH MENEGHEL OLIVO

Professora: Inês Beatriz da Silva Rath

Florianópolis, 2013

SARAH MENEGHEL OLIVO

**Atendimento odontológico a gestantes: Mitos e Preconceitos por
parte dos Cirurgiões Dentistas**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Profa. Dra. Inês Beatriz da Silva Rath.

Florianópolis, 2013

Atendimento odontológico a gestantes: Mitos e Preconceitos por parte dos Cirurgiões Dentistas

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 29 de outubro de 2013.

Banca Examinadora:

Prof.^a, Dr.^a Inês Beatriz da Silva Rath,
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof., Dr. Rubens Rodrigues Filho
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a, Dr.^a Etiene de Andrade Muñoz
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho a minha filha, que faz qualquer esforço valer a pena.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por me acompanhar e orientar em todos os momentos da minha vida.

Aos meus pais, Judith e Gaspar, que sempre se esforçaram muito para proporcionar o melhor estudo, as melhores experiências e os melhores momentos. Obrigada por todo o amor, carinho, confiança, dedicação e por serem meus exemplos de vida. Amo muito vocês.

À minha irmã, Gisele, por seu apoio, incentivo e inteligência, que sempre está disposta a ajudar quando preciso.

À minha filha Valentina pelos abraços e palavras de carinho e ser um incentivo a mais à minha dedicação aos estudos.

Aos meus familiares, que mesmo distantes fisicamente são muito presentes em minha vida.

Aos meus amigos da turma de 2008.2 por terem me feito encontrar em vocês uma verdadeira família e por serem grandes responsáveis pelos melhores anos da minha vida. Também agradeço a turma de 2009.1 pela acolhida e, por se tornarem meus confidentes, companheiros de estudos e preocupações. Às amigas Roberta Ferreira, que me auxiliou nas traduções, e a Bruna Mosimann que me ajudou a aplicação dos questionários, além de todo apoio e amizade.

Aos Cirurgiões dentistas que se dispuseram a participar da pesquisa.

Aos mestres que tive a oportunidade de conviver durante esses anos de faculdade em especial a minha orientadora Inês Beatriz da Silva Rath, a Professora Ana Lúcia Ferreira Schaeffer e a professora Mirelle Finkler que possibilitaram a realização deste trabalho. Muito Obrigada.

“A adversidade desperta em nós capacidades que, em circunstâncias favoráveis, teriam ficado adormecidas”.

Horácio

RESUMO

Durante a gestação ocorrem diversas alterações físico-psicológicas na mulher, as quais são responsáveis por inseri-la em um grupo de pacientes necessitando de cuidados diferenciados. É sabido que o atendimento odontológico à gestante é cercado de mitos e preconceitos, tanto por parte das gestantes, como por parte dos Cirurgiões Dentistas (CDs), fazendo com que a mulher no período gestacional não receba tratamento ou não receba um tratamento adequado. Objetivo: Este estudo foi desenvolvido com o propósito de verificar a conduta dos CD da cidade de Florianópolis, SC, incluindo mitos e preconceitos, quanto ao atendimento odontológico às gestantes. Materiais e Métodos: Para tanto, foi elaborado um questionário semiestruturado, baseado na literatura consultada, contendo perguntas objetivas e subjetivas relacionadas às atitudes dos dentistas, o conhecimento do período gestacional que melhor se adequa a realização de procedimentos odontológicos e os temores e preconceitos em relação ao atendimento odontológico, prescrição medicamentosa, uso de drogas anestésicas e particularidades do atendimento a gestante, incluindo questionamentos sobre a realização ou postergação do atendimento e aconselhamento quanto a práticas de saúde bucal. O questionário foi aplicado com CD com inscrição no Conselho Regional de Odontologia-seção SC, escolhidos de maneira aleatória dentre aqueles que atuam na cidade de Florianópolis, SC, em outubro de 2013. Resultados: Os resultados deste levantamento sugerem que a atenção odontológica na gravidez ainda apresenta alguns desvios das recomendações da literatura científica, e que grande parte dos profissionais ainda atua baseando-se em saberes populares, possuindo muitas restrições quanto a realização de procedimentos odontológicos em pacientes gestantes.

Palavras chave: odontologia, gestante, cirurgião dentista, mitos, preconceitos.

ABSTRACT

During pregnancy many psychological and physical changes occur to women, which are responsible for inserting them in a special group of patients, requiring special care. It is well known that dental care to pregnant women is surrounded by myths and prejudices, both by pregnant women as by the dentists, causing women during pregnancy not to receive treatment or not receiving appropriate treatment. Objective: This study was conducted in order to verify the behavior of the dentists of the city of Florianópolis, Santa Catarina, Brazil, including myths and prejudices regarding dental care to pregnant women. Materials and Methods: For this purpose, we designed a semi-structured questionnaire containing objective and subjective questions related to dentists' attitudes about knowledge of the gestational period that best fits the performance of dental procedures and the fears and prejudices about dental care during pregnancy. It includes prescriptions, use of anesthetic drugs and special care to pregnant women and questions about the fulfillment or postponement of care and counseling regarding oral health practices. The questionnaire was administered to dentists - enrolled in the Regional Council of Dentistry of Santa Catarina - section, randomly chosen from among those who work in the city of Florianópolis, SC, in octo 2013. Results: The results of this survey suggest that dental care pregnancy still shows some deviations of the recommendations of the scientific literature, and that most professionals still operate based on popular knowledge, possessing many restrictions on the performance of dental procedures in pregnant patients.

keywords: dentistry, pregnant, dentist, myths, prejudices

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Costuma prestar atendimento odontológico a gestante.....	40
Gráfico 2. Quanto ao período gestacional, costuma atender.....	41
Gráfico3. Uso do Raio X.....	43
Gráfico 4.. Raspagem Periodontal.....	44
Gráfico 5. Problemas Bucais X Saúde do bebê.....	45
Gráfico 6. Prescrição medicamentosa durante a gestação.....	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Associação das características profissionais dos cirurgiões dentistas com o atendimento à gestante (N=55). Florianópolis. SC.2013.....	41
Tabela 2: Distribuição dos cirurgiões dentistas de acordo com a postura no atendimento à gestante (N=55). Florianópolis. SC.2013.....	42
Tabela 3: Distribuição dos cirurgiões dentistas de acordo com a prescrição medicamentosa a pacientes gestantes (N=55). Florianópolis. SC.2013.....	46
Tabela 4: Distribuição dos cirurgiões dentistas de acordo com a prescrição anestésica à pacientes gestantes (N=55). Florianópolis. SC.2013.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA	American Dentistry Association
AL	Anestésicos Locais
AINES	Antinflamatórios Não Estereoidais
ATF	Aplicação Tópica de Flúor
CD	Cirurgião Dentista
CDC	Center of Disease Control
CPO-D	Índice de cárie
DP	Doença Periodontal
FDA	Food and Drug Administration
TNF	Fator de Necrose Tumoral
MS	Ministério da Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

Conteúdo

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 PERÍODO GESTACIONAL	19
2.2 ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO À GESTANTE.....	25
2.3 MITOS DAS GESTANTES	33
3 OBJETIVOS	38
3.1 OBJETIVO GERAL.....	38
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
4 JUSTIFICATIVA	Erro! Indicador não definido.
5 MATERIAL E MÉTODOS	39
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	39
5.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	39
5.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	39
5.4 PRÉ-TESTE.....	39
5.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	39
5.6 COLETA DE DADOS.....	39
5.7 ANÁLISE DOS RESULTADOS	39
6 RESULTADOS	41
7 DISCUSSÃO	48
8 CONCLUSÃO	58
9 REFERENCIAS	60
APÊNDICE A. Questionário	
APÊNDICE B. Carta convite e termo de consentimento livre e esclarecido	
Anexo A. Parecer enviado pelo Comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos	

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um período único na vida da mulher e se caracteriza por muitas mudanças fisiológicas complexas. Algumas destas mudanças podem afetar a saúde bucal durante este período. Entretanto esta fase pode ser encarada como um tempo em que a mulher encontra-se mais disposta à novos conhecimentos, como a prevenção da cárie dental nos seus filhos e hábitos de higiene. Isto é de suma importância uma vez que estudos mostram que a primeira fonte de contaminação por patógenos causadores de problemas bucais são as próprias mães. Também existem evidências de que a doença periodontal está associada ao nascimento de bebês com baixo peso e a pré-eclampsia (ADA, 2010).

A gestação representa uma experiência humana complexa que envolve uma dimensão social, na qual há influência de diversos fatores externos e outros biológicos, sendo assim, é necessário o equilíbrio entre as condições orgânicas para o desenvolvimento do feto e o sistema imunológico da mãe (BARBIERI et al, 2000).

As mudanças biológicas são tanto em nível bioquímico quanto imunológico e hemodinâmico. Duailib & Duailibi (1985) citam um aumento na produção de hormônios, do peso corpóreo, alterações nos sistemas cardiovascular, respiratório, gastrointestinal e diversas mudanças no sistema metabólico.

Já no primeiro trimestre de gestação começam a se instalar alterações no ritmo biológico da mulher, que passa a dormir mais, sentindo-se mais cansada e sonolenta durante todo o dia. Isso é uma consequência normal da adaptação do seu corpo à gravidez, esse sintoma deve melhorar no segundo trimestre de gestação. A mulher ainda pode sofrer de enjoos neste período que estão ligados principalmente ao aumento da secreção de hormônios na gravidez causando maior sensibilidade olfativa, afetiva, digestiva.

Esse período também é marcado pela descoberta da gravidez que é, geralmente, acompanhada por sentimentos contraditórios. Medo, ansiedade e tristeza, geralmente se misturam com alegria, entusiasmo e euforia. Esse período também é propenso a abortos naturais. Estudos revelam que menos de 50% de todos os óvulos fecundados ultrapassam o primeiro trimestre de gestação, sendo este o período mais crítico ao atendimento odontológico.

No segundo trimestre de gravidez ocorre, comumente, uma melhoria geral do estado de saúde da gestante. Os enjoos começam a diminuir, e também a sonolência. Nessa fase, é comum a mulher se sentir bem. Porém a literatura afirma que podem surgir outras alterações gastrointestinais como azia ou pirose devido à pressão que o útero avolumado exerce sobre

o estômago. Nesta fase o aumento de progesterona leva à diminuição do tônus e motricidade dos músculos lisos, podendo ocorrer refluxo gastroesofágico e aumento do tempo de esvaziamento gástrico. Também é comum a obstipação, devido à diminuição dos movimentos intestinais, provocada pelas alterações hormonais e pela pressão exercida pelo útero dilatado sobre a parte baixa do intestino. O aumento das taxas de progesterona, a qual condiciona a perda de tônus muscular e diminuição dos movimentos intestinais, produz aumento da absorção de água pelo cólon. Assim aconselha-se a grávida a ingerir alimentos ricos em fibras e beber muita água. A partir desse momento, o ganho de peso e a pressão arterial da gestante serão focos de atenção para o profissional da saúde que a acompanha, pois são indicativos de boa saúde geral.

Com o avanço do estágio gestacional, os desconfortos advindos da gravidez podem ser intensificados, próximos ao fim da gestação, principalmente devido ao aumento significativo do volume abdominal, e seu efeito nos demais sistemas, além da preparação do corpo para o parto. As respostas aos desconfortos da gravidez variam dependendo da seriedade dos sintomas, tendo um significado diferente para cada mulher dependendo da tolerância individual ao desconforto. O terceiro trimestre de gestação é caracterizado por um aumento marcante do tamanho do abdômen da gestante, acompanhado de um aumento de peso rápido - em média 250 gramas por semana.

Junto com o aumento de peso surgem alguns desconfortos físicos, tais como, dores lombares, nas virilhas e nas pernas, inchaço nas pernas e cansaço provocados pela pressão exercida sobre os músculos das costas pelo aumento do volume do útero e ao relaxamento das articulações pélvicas. Podem ainda ser provocadas pelas mudanças de postura exigidas pelo aumento de tamanho do bebê.

Além destas, outras adaptações ocorrem no período, incluindo o relaxamento das articulações, alterações do centro de gravidade, sensação de falta de forças, e desconfortos. Problemas relacionados com o equilíbrio e a coordenação são comuns.

Estas situações de adaptação que ocorrem fisiologicamente nas gestantes não devem ser encaradas como empecilho para o tratamento odontológico. Mas devem ser levadas em consideração na elaboração do plano de tratamento, escolha do melhor momento para determinadas intervenções e de como proceder no ambiente odontológico para oferecer o acolhimento mais adequado para esta categoria de paciente.

Não é encontrada nenhuma proibição efetiva para o atendimento odontológico a gestantes, seja este curativo, ou eletivo, emergencial ou não. Alguns autores recomendam condutas específicas dependendo do período

gestacional. De acordo com Duailibi & Duailibi (1985) pode se executar qualquer procedimento clínico odontológico em qualquer fase da gestação sendo que para isto tomemos os devidos cuidados: sessões curtas (máximo meia hora), principalmente do segundo trimestre em diante. Uso criterioso de medicamentos, soluções anestésicas locais e exposição à radiação ionizante somente quando necessário.

Torres & Andrade, (1984), Scavuzzi e Rocha (1999), Pinto et. al (2001), Corrêa et. al (2003) chegaram à mesma conclusão em suas revisões: qualquer intervenção odontológica pode ser realizada durante a gestação, desde que se atente para uma anamnese completa da gestante. Precauções devem ser tomadas quanto ao preparo psicológico da paciente, à escolha do anestésico, às tomadas radiográficas e à administração de medicações. Os CD também devem atentar ao plano de tratamento definitivo, queixa principal e história médica, seguido por exame clínico e se necessário exame radiográfico. (ADA, 2010).

Nos primeiros meses, a formação fetal exige que medicamentos sejam evitados, assim como situações de estresse maiores. Nos últimos meses o tratamento também pode ser evitado para o conforto da gestante, pois o volume do abdômen impossibilita a posição quase deitada da cadeira odontológica e a compressão das veias cavas pelo abdômen grávidico dificulta a respiração nesta posição. Assim, procedimentos eletivos devem ser preferencialmente executados entre o 4º. e o 7º. mês pela maior estabilidade da gestação. Entretanto, dor e infecção devem ser tratadas a qualquer momento, buscando a remoção de sua etiologia. Profilaxia, controle de placa e orientações para a higiene fazem parte de uma rotina preventiva, que também pode e deve ser realizada em qualquer trimestre gestacional. (CHIODO, ROSENSTEIN, 1985; LIVINGSTON, DELLINGER, HOLDER, 1998; SCAVUZZI, ROCHA, 1999; COSTA, 2000; CASAMASSIMO, 2001).

No entanto, há diversos mitos e preconceitos em torno do atendimento odontológico a mulheres grávidas, que em grande parte das situações, acabam por suplantar a evidência científica de que não é contraindicada a consulta odontológica. Pelo contrario, a literatura é unanime ao relatar a importância deste tipo de atendimento, principalmente neste período em que a mulher encontra-se mais suscetível a problemas bucais por diversos fatores.

Anteriormente à abordagem sobre mitos e preconceitos durante o atendimento odontológico faremos uma breve reflexão sobre o significado destas palavras.

“Mito é uma realidade cultural extremamente complexa, que pode ser abordada e interpretada em perspectivas múltiplas e

complementares. O mito conta uma história sagrada, relata um acontecimento que teve lugar no tempo primordial, o tempo fabuloso dos começos. [...] uma realidade que passou a existir, [...] é sempre, portanto, uma narração de uma criação, descreve-se como uma coisa foi produzida. Sendo encarado como uma representação de fatos ou personagens reais, exagerada pela imaginação popular, pela tradição. É uma narrativa de significação simbólica, transmitida de geração em geração e considerada verdadeira ou autêntica dentro de um grupo.” (Mitólogo Mircea Eliade, em Aspectos do Mito (1963, p.12,13)

“Preconceito é um conceito ou opinião formados antecipadamente, sem maior ponderação ou conhecimento dos fatos, ideia preconcebida”. Para o autor, preconceito é também “julgamento ou opinião formada sem levar em conta o fato que os conteste, prejuízo. Superstição, credence, suspeita, intolerância, ódio irracional ou aversão [...]”. (Ferreira, 1995, p. 524)

Esses mitos têm suas raízes no passado onde, devido às alterações fisiológicas que mexem profundamente com a condição médica das mulheres, a gestação era considerada um impedimento ao tratamento odontológico, a incerteza sobre os riscos a que estariam expondo gestantes e fetos em desenvolvimento acabavam com que o tratamento odontológico fosse adiado para após o nascimento do bebê. Entretanto, hoje é sabido que procedimentos preventivos, de rotina e de emergência, são todos possíveis de serem realizados, apenas com algumas modificações e planejamento inicial (LIVINGSTON, DELLINGER, HOLDER, 1998).

Porém, mesmo com o respaldo da literatura, ainda hoje alguns profissionais de odontologia compartilham das ideias concebidas no passado e acabam por excluir as pacientes gestantes da sua rotina de atendimentos odontológicos, compartilhando dos mesmos temores apresentados pelas suas pacientes (NARVAI, 1984; TORRES & ANDRADE, 1984; BERND et al, 1992; COSTA et al, 2002).

Alguns estudos se dedicaram a elucidar os motivos da não procura pelo atendimento odontológico por gestantes e alguns citam o CD como propagador da contra indicação de uma intervenção odontológica, entre outros fatores responsáveis pela não adesão ao tratamento (MENINO & BIJELLA 1995; SCAVUZZI et al, 1998; ROMERO et al, 2001).

Com o intuito de conhecer estes aspectos do tratamento odontológico o presente estudo realizado, através de um questionário, com uma amostra de cirurgiões-dentistas residentes e atuantes na cidade de Florianópolis, SC, Brasil, buscou conhecer as atuais práticas dos CD relacionadas ao atendimento odontológico durante a gestação.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Período Gestacional

O período de gestação e parto envolve grandes mudanças e requer uma adaptação à chegada do novo membro de uma família, constituindo-se, assim, um momento de maior vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, propício para o desenvolvimento de ações preventivas e de promoção de saúde. (BRASIL, 2011)

A gestação representa uma experiência humana complexa que envolve uma dimensão social, na qual há a influência de diversos fatores externos, e outros biológicos, onde torna-se necessário o equilíbrio entre as condições orgânicas para o desenvolvimento do feto e o sistema imunológico da mãe. (BARBIERI et. al, 2000)

O período gestacional compreende entre a data da última menstruação e o nascimento do bebê, em torno de 40 semanas, podendo variar entre 38 e 42 semanas para bebês em prazo. Durante este período a gestante sofre muitas alterações orgânicas e psicológicas com o intuito de conceber um novo ser.

Dualibi e Dualibi (1985) em um artigo classificam o período gestacional como sendo um período de grandes adaptações, existindo equilíbrio entre ação e reação. Sendo este, denominado de estado de modificação físico-gravídica e classificam essas alterações em modificações locais e sistêmicas. Entre as locais tem-se as modificações de morfologia nas camadas circundantes do útero visando, inicialmente, nutrir o ovo implantado e, posteriormente, outras diversas mudanças a nível estromal e vascular para que o ovo possa se aninhar e se desenvolver, até que ocorram as atividades contrateis com o objetivo de expulsá-lo. Também ocorrem modificações vaginais, dos ovários e tubas e das mamas, visando prepara-las para a lactação.

Quanto às modificações sistêmicas tem-se diversas situações de adaptação que exibem verdadeiros quadros patológicos, como aumento de peso, edema, varizes, dor abdominal difusa, hemorróidas, dispnéias ou taquipnéia, poliúria ou paliaciúria, lipotímia, sonolência e palpitação (DUALIBI & DUALIBI, 1985).

O aumento de peso dentre outros fatores está relacionado com o aumento da pressão oncótica, aumento da permeabilidade capilar e retenção de sódio, que durante a gravidez chega a 3 gramas por semana, aproximadamente. O aumento de peso no período gestacional também está relacionado ao crescimento do bebê e ao aumento do volume uterino. Este acréscimo deve estar por volta de 12 kg, sendo que o aumento de peso

exacerbado pode estar relacionado com diabetes gestacional e hipertensão. (DUA ILIBI & DUA ILIBI, 1985).

Existem também alterações no metabolismo de hidrocarbonados. Como é sabido, o Diabetes Mellitus poderá apresentar-se agravado durante a gestação, em decorrência de baixa tolerância aos hidratos de carbono e maior utilização periférica de glicose. É o que se chama de diabetes gestacional. Também frequentemente é encontrado hipoglicemia puerperal que no final da gestação retornará ao normal (DUA ILIBI & DUA ILIBI, 1985).

Também são citadas alterações no metabolismo mineral e hormonal. As alterações hormonais devem-se à elaboração, pela placenta, de grandes quantidades de gonadotrofina coriônica, a qual impede a involução do corpo lúteo. Cabe também à placenta secretar maiores quantidades de progesteronas e estrogênios. Os estrogênios são responsáveis pelos caracteres sexuais e crescimento dos órgãos sexuais na mulher. As progesteronas promovem o preparo final do útero para a gravidez, das mamas para a lactação e seus efeitos vão originar o desenvolvimento de células decíduas do endométrio responsáveis pela nutrição do embrião. A progesterona também é responsável pela diminuição das contrações uterinas impedindo a expulsão do ovo. (DUA ILIBI & DUA ILIBI, 1985)

As alterações hemodinâmicas consistem em hipervolemia, que se caracteriza pelo aumento do volume sanguíneo progressivamente, a partir do primeiro trimestre, expandindo-se mais rapidamente no segundo e mais lentamente no terceiro (média 50%). As causas desse aumento parecem ser devido a compressão da veia cava (hipotensão supina) e para compensar a perda sanguínea no parto. O aumento de volume sanguíneo circulante se faz à custa do plasma e dos eritrócitos, [...] a leucocitose apresenta-se em mais ou menos 20% especialmente no fim da gestação, retornando aos seus níveis normais após o parto. Também se observa aumento nos polimorfonucleares e bastonetes, juntamente com uma linfopenia. O aumento de proteínas plasmáticas, principalmente o fibrinogênio, é responsável pelo aumento na hemossedimentação a partir do 6º mês de gravidez. (DUA ILIBI & DUA ILIBI, 1985)

Tem-se por alterações cardiovasculares nas gestantes o aumento no débito cardíaco, cerca 30 a 40% maior nos últimos meses de gestação. Em 90% das gestantes a frequência cardíaca passa de, em média, 72 bpm para 82-87 bpm entre a 14ª e 30ª semana de gestação. Existe também um declínio na pressão arterial das gestantes no primeiro trimestre devido à ação de mediadores locais que promovem a vasodilatação. Por volta da 28ª. semana ocorre compressão da veia cava inferior causando a chamada Síndrome da Hipotensão Postural em 8% das gestantes. Também ocorre aumento da frequência respiratória e consumo de oxigênio; nas alterações gastrointestinais

observa-se refluxo, enjoos e emese, principalmente no período matutino. (DUAİLİBİ e DUAİLİBİ, 1985)

Além das alterações sistêmicas citadas anteriormente a gestação também repercute na saúde bucal da mulher. A gravidez, apesar de não ser causadora de afecções bucais ela parece somente evidenciar alguns quadros clínicos pré-existentes. (TIRELLI et. al, 1999)

As alterações hormonais, imunológicas e comportamentais referentes à gestação fazem com que, segundo Machuca e cols. (1999), a futura mãe seja considerada uma paciente de risco para doença periodontal. Também é relatado alta experiência em gestantes, e outros agravos favorecidos pelas adaptações orgânicas provocadas pela gestação como a erosão dental.

A doença periodontal (DP) é o agravo mais prevalente em pacientes gestantes. (SCAVUZZI, ROCHA, VIANNA, 1999a; 1999b; TILAKARATNE et al., 2000; CASAMASSIMO, 2001; GAFFIELD et al., 2001). Segundo Brás et al (2010) os dados sobre a prevalência da DP neste período variam de 10,1% a 100%.

O mecanismo de ação da DP, segundo Cordeiro e Costa (1999) se dá pelas alterações hormonais que favorecem a permeabilidade vascular favorecendo a inflamação. Isso se deve a higiene oral deficiente associado a estes fatores causando uma super-resposta inflamatória gengival.

O correto diagnóstico e tratamento da DP é extremamente importante, pois o estudo clássico de Offenbacher et. al (1996) e muitos outros que se seguiram a ele associam a DP a diversos riscos para o feto, O primeiro cita que a DP contribuiu para nascimentos pré-termos e de baixo peso em magnitude (probabilidade sete vezes maior de nascimentos prematuros e de baixo peso) mais significativa do que o uso de cigarro ou álcool. Os autores relatam que existem estimativas sugerindo que 18,2% de todos os nascimentos pré-termo e de baixo peso podem ser atribuídos à DP, e que a periodontite representa um fator de risco clinicamente importante e anteriormente desconhecido, o qual leva a ruptura prematura das membranas ou ao trabalho de parto precoce. Por estas razões, todas as gestantes e as mulheres que planejam engravidar deveriam, idealmente, buscar a assistência odontológica no sentido de assegurar a saúde periodontal, de preferência antes mesmo da concepção (LIVINGSTON, DELLINGER, HOLDER, 1998; CASAMASSIMO, 2001; POLYZOS, 2009).

Offenbacher et. al (1996) também elucidaram o sistema metabólico que liga a DP ao nascimento prematuro. Isto ocorre porque a infecção promove um rápido aumento nos níveis de prostaglandina E₂ e do fator de necrose tumoral (TNF) que, além de se relacionarem com o processo inflamatório periodontal, regulam também o processo fisiológico do parto e a prematuridade patológica,

visto que são responsáveis pela dilatação cervical, mudança na integridade da membrana e contração uterina. (OFFENBACHER et. al, 1996)

O nascimento considerado prematuro (idade gestacional inferior a 37 semanas) e o baixo peso ao nascimento (peso inferior a 2.500g) estão associados à elevada taxa de mortalidade no período pós-natal. Além do efeito significativo na taxa de mortalidade infantil, há evidência crescente para ligar esses eventos a outros problemas de saúde que podem incapacitar a criança total ou parcialmente pelo resto da vida (OFFENBACHER et. al, 1998 apud MIANA et. al 2010).

Outros estudos como o de Barros et al. (2001) afirmam a necessidade de mais estudos que comprovem esta ligação. Porém quanto à realização de tratamento periodontal com raspagem e alisamento radicular a literatura é categórica ao afirmar sua importância. Como é relatado em Polysos (2009), confirmado por Brasil (2011), o tratamento periodontal deve ser realizado, em qualquer momento da gestação, pois reduz a inflamação periodontal. Assim, é de suma importância que o dentista e a gestante pactuem o processo terapêutico com vista a garantir o melhor resultado possível e reduzir o risco de desfechos negativos.

Outra enfermidade que pode ser agravada pelo período gestacional é a Periodontite. Esta consiste um agravamento patológico em resposta aos irritantes locais, atingindo estruturas de sustentação do órgão dental (osso e periodonto) que pode ser favorecida devido a fatores psicológicos associados, principalmente ao estresse emocional. (DUALLIBI & DUALIBI,1985)

A hiperplasia gengival também é mais prevalente durante a gestação. Para que esta possa se desenvolver se faz necessária a presença de irritantes locais Os estrógenos e as progesteronas são hormônios sexuais, estes são produzidos em maior quantidade na gravidez e podem promover uma acentuada resposta inflamatória, em especial nos primeiros meses. (DUALIBI & DUALIBI,1985). Seu tratamento consiste em procedimentos básicos de periodontia, como raspagens e o polimento, seguida de motivação para a técnica de escovação.

Além destes, o Tumor gravídico também é relatado como relativamente comum em pacientes gestantes. Este se caracteriza por ser uma lesão benigna que surge geralmente no primeiro trimestre da gestação, resultante de agressões repetitivas, micro traumatismo e irritação local sobre a mucosa gengival. (NEVILLE et. al, 2004). Sua característica principal é em relação ao aspecto e a cor, que lembram uma amora, superfície granulomatosa e cor avinhada. (DUALIBI & DUALIBI, 1985). Ocorre preferencialmente na região anterior da maxila, por vestibular. (Silva-Souza et. al, 2000) Ao exame histopatológico apresenta-se semelhantemente ao granuloma piogênico. (DUALIBI & DUALIBI, 1985)

Este tumor costuma aumentar gradualmente de tamanho. A remoção cirúrgica é indicada nos casos em que houver interferência na mastigação, na execução da higiene bucal ou em situações de ulceração; caso contrário os irritantes locais devem ser removidos e o tumor preservado até o pós-parto, quando normalmente ocorre sua redução espontânea . (SIGLE, 1997)

Quanto a doenças de ordem periodontal ainda é exposto por Lascala & Moussalli (1980), a ocorrência de aumento de mobilidade dentária, do fluído gengival e da profundidade do sulco gengival, que independente do quadro inflamatório pré-existente, devido a alterações no equilíbrio hormonal. Estes três elementos reduzem-se no pós-parto.

Atrás da doença periodontal, na prevalência de agravos no período gestacional está a doença cárie. Brás e cols. (2010) relatam que o índice CPO-D encontrado em suas gestantes atendidas por um programa de saúde indicou alta taxa de dentes cariados. Miana et al (2010), também observaram, em seu estudo, que apenas 5% das gestantes apresentaram-se livres de cárie, no dia do exame bucal. Scavuzzi, Rocha e Vianna (1999b) ao avaliarem a prevalência de cárie, comprovaram que não houve um aumento em seu incremento, durante o período gestacional, entretanto, identificaram também uma alta prevalência, com mais de 65% das gestantes com atividade de doença. Torres et. al (1999) também relatam que 96% das futuras mães se apresentavam infectadas por estreptococos do grupo *mutans*, principal agente bio-etiológico da cárie.

A gestação por si só não determina um risco maior para o desenvolvimento de cárie ou infiltrações em obturações dentárias. Acontecem na verdade modificações nos hábitos alimentares e de higiene bucal, associadas ao aumento da acidez bucal devido aos enjoos e vômitos em alguns casos. (BRASIL, 2011). Também se associado a diminuição de pH e capacidade tampão da saliva, as quais podem favorecer o crescimento e desenvolvimento bacteriano (LAINE, 2002 apud MIANA et al 2010).

Considerando a cárie uma doença multifatorial, essa questão não deve ser vista isoladamente. Além da presença de micro-organismos na boca, vários fatores estão relacionados com a doença cárie, destacando-se a suscetibilidade do hospedeiro (dente) e uma dieta rica em carboidratos fermentáveis (principalmente sacarose). (BRASIL, 2011)

Os estudos até então conduzidos são pouco conclusivos ao estabelecer uma possível relação entre a cárie dentária e a gestação. Entretanto, a gestação parece aumentar o risco ao desenvolvimento e/ou agravamento da doença cujas repercussões locais, sistêmicas e sociais, justificam a inserção de medidas educativas, preventivas e/ou de controle, direcionadas aos fatores associados à cárie dentária durante a gestação. (MIANA et. al 2010)

Finkler et. al (2004) ressaltam que “há aspectos importantes da doença carie que devem ser levados em conta no atendimento odontológico a gestantes.”

A cárie dentária é uma infecção bacteriana que é altamente transmissível da mãe para o bebê, o controle da cárie dentária em mulheres grávidas tem potencial para reduzir a gravidade de transmissão, uma vez que seus bebês nascem. (BRASIL, 2011). A mãe e os familiares mais próximos são as fontes de transmissão de bactérias cariogênicas para o bebê. Por isso é importante alertar sobre isso e, quando necessário, recomendar tratamento odontológico para as pessoas quem mantêm contato direto com o bebê, principalmente a mãe. (BRASIL, 2011)

Para o controle da contaminação, faz-se necessário o tratamento curativo dessas lesões para que ocorra uma redução do número de microrganismos cariogênicos. Dessa maneira, a mãe se encontrará em melhor condição bucal na hora do nascimento do seu filho. (LEAL, 2006)

Massoni e cols. (2009), ao investigar o nível de conhecimento das gestantes sobre saúde bucal, concluíram que as participantes de seu estudo apresentavam conhecimento razoável, entretanto limitado, em relação aos cuidados com a saúde bucal, como por exemplo, no que diz respeito a transmissibilidade da cárie dental. O que reflete a necessidade de se elaborar, junto às Instituições que lhe prestam assistência, programas educativos que contribuam com melhorias nas práticas voltadas a higiene bucal das futuras mães e de seus filhos.

Outro problema comumente encontrado em gestantes é a erosão dentária. FLEURY, em 1929 (apud HOLST e LANGE, 1939) definiu a erosão dental como “a perda de substância dentária por um processo químico que não envolve ação bacteriana conhecida”. De acordo com SCARTEZZINI (1959) a erosão dentária é a destruição progressiva dos tecidos duros do dente.

GIUNTA (1983) determinou que as causas da erosão dental pudessem ser dietéticas, como o consumo exagerado de frutas e alimentos com ácido cítrico, sucos de frutas cítricas, bebidas ácidas (carbonatadas), refrigerantes (dietéticos e não dietéticos), vinagre e alimentos em conserva a base de vinagre, doces, balas e confeitos, refrescos; devido ao uso de determinados medicamentos, tais como, repositores do ácido clorídrico, tônicos férricos, vitamina C, tabletes ácidos e aspirina; por regurgitação, decorrente de distúrbios psicogênicos, como a anorexia nervosa, vômitos, estresse – fenômeno de refluxo; fatores ocupacionais ou idiopática. Segundo Brasil (2011) este problema pode estar relacionado às náuseas e vômitos, intensificados neste período.

Sendo assim, a gestação é um acontecimento fisiológico, com alterações orgânicas naturais, mas que impõe aos profissionais da saúde a necessidade de conhecimentos para uma abordagem diferenciada. O estado da saúde bucal apresentado durante a gestação tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar na saúde geral e bucal do bebê, refletindo a necessidade do acompanhamento odontológico durante a gestação tal qual em outras etapas da vida. (BRASIL, 2011).

Por muito tempo, devido à insegurança dos profissionais e aspectos culturais, acreditava-se que gestante não podia consultar com o CD. No entanto, sabe-se que muitos são os benefícios do tratamento odontológico no período gestacional tanto para a saúde da mãe como para o seu futuro filho. Por isso, a consulta odontológica deve ser estimulada pela equipe envolvida no acompanhamento pré-natal. (BRASIL, 2011). A cárie dental é uma infecção bacteriana que tem um alto índice de transmissibilidade da mãe para o filho, e o controle das caries dentais da mulher grávida tem o potencial de reduzir a severidade da transmissão assim que seus bebês nascem.

2.1 Atendimento odontológico à gestante

Durante a década passada, publicações científicas na área da odontologia, chamaram a atenção para a importância da saúde bucal durante a gravidez, não somente pelos riscos potenciais de prejuízos a gravidez, mas também porque infecções bucais não tratadas podem ser dolorosas e trazer, em longo prazo, consequências à saúde da mulher e do recém-nascido. Existe uma crença muito forte [...] que contraindica o tratamento odontológico durante a gestação. Esta crença compreende o tratamento como sendo um risco importante à saúde e até mesmo à vida do feto em desenvolvimento. (FINKLER et.al 2004)

Porém a literatura respalda este tipo de atendimento. Brasil (2011) é categórico ao afirmar que “ Todo o tratamento odontológico essencial pode ser feito durante a gravidez”. Brasil (2006) salienta que o CD não só é responsável pelo atendimento eficaz e seguro à gestante mas, também, deve preocupar-se com a segurança do feto, de modo que profissional e paciente sintam-se tranquilos com qualquer tratamento proposto.

Os estudos recentes ressaltam a importância e necessidade do atendimento odontológico também no período gestacional, pois a saúde oral materna deficiente pode aumentar o risco de complicações da gravidez, incluindo parto prematuro ou baixo peso ao nascer, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e natimorto (VERGNES & SIXOU, 2007).

Segundo a ADA (2010), todos os CDs devem saber e informar a suas pacientes de que os cuidados dentários são seguros e eficazes durante a gravidez dispensados pelos prestadores de cuidados pré-natal e de saúde bucal.

Todos os profissionais de saúde devem orientar as pacientes em relação a sua saúde bucal e a saúde bucal de bebês, abordando temas como escovação, uso de creme dental e fio dental diariamente, dissertar sobre alimentos cariogênicos, cuidados com bebidas gaseificadas e manter uma alimentação saudável. (ADA, 2010)

Sendo comprovado pelo estudo de Michalowics e cols. (2008), que concluíram, em sua pesquisa, que incluindo educação em saúde bucal como parte do pré-natal pode-se melhorar o conhecimento sobre a importância da saúde bucal entre as mulheres grávidas vulneráveis, melhorando assim sua saúde bucal e de seu filho. Finkler et.al (2004, p 364), em sua pesquisa, relataram que todas as gestantes entrevistadas demonstraram o desejo de adquirir informações que venham em benefício da saúde de seus filhos.

O estudo de Braz e cols. (2010) reforça a recomendação da participação do CD, não somente nas orientações de dieta e higiene bucal mas, também, no cuidado à gestante, o qual deve incluir o tratamento de problemas bucais existentes.

De acordo com as Diretrizes, estabelecidas pela ADA (2010), os profissionais da saúde são incentivados, ainda, a tomar as seguintes ações para as mulheres grávidas: plano de tratamento definitivo, considerando aspectos de saúde bucal, incluindo a queixa principal e história médica, questionamentos sobre o uso de tabaco, álcool e outras substâncias, seguido por exame clínico e, se necessário, exame radiográfico.

2.2.1 Anamnese

A história que cada mulher grávida traz deve ser acolhida integralmente, a partir do relato da gestante e de seus acompanhantes. São também parte dessa história os fatos, emoções ou sentimentos. (BRASIL, 2011)

Segundo Duailibi & Duailibi (1985), a anamnese de pacientes gestantes deve abordar temas específicos e direcionados a problemas que podem ocorrer neste período, podendo subdividi-la em IDENTIFICAÇÃO visando obter dados pessoais; QUEIXA E DURAÇÃO que diz respeito aos sintomas ou sensações subjetivas de anormalidades psíquicas e também do início dos sintomas até a presente data; HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL fazendo perguntas de forma simples e clara, visando obter respostas que posicionarão

2.2.2 Exame Físico Intra e Extra Bucal

Neste deve-se estar atento principalmente a coloração dos tecidos moles, em especial a gengiva pois, durante a gravidez, o revestimento da boca tem suas células queratinizadas reduzidas. (DUALIBI & DUALIBI, 1985)

2.2.3 Exames Complementares

Segundo Duailibi e Duailibi (1985) a pressão arterial deve ser aferida uma vez que a hipertensão pode ocorrer em cerca de 30% das primigestas. Mas sua importância maior se relaciona a toxemia grávida ocorrendo normalmente no terceiro trimestre caracterizando-se pela tríade edema-hipertensão-proteinúria.

Através do hemograma, segundo Duailibi & Duailibi (1985) observar-se-á queda progressiva do teor de hemoglobina, do hematócrito, do número de células vermelhas caindo progressivamente a partir do fim do primeiro trimestre voltando ao normal 1 a 2 meses após o parto. Observa-se também aumento de polimorfos nucleares, bastonetes e linfopenia. A hemossedimentação aumenta a partir do 6 mês.

O exame radiográfico deve ser realizado, quando realmente necessário, em qualquer trimestre da gestação (TIRELLI, 1999); pois, desde que medidas protetoras sejam tomadas (uso de filmes ultrarrápido e avental de chumbo) uma exposição radiográfica não afeta o desenvolvimento fetal. (TORRES & ANDRADE, 1984; ELIAS et.al, 2004). As radiografias mais empregadas em Odontologia, panorâmicas e periapicais, são seguras durante a gestação e importantes para o estabelecimento de um correto diagnóstico e plano de tratamento mais adequado (SURECH; RADFAR, 2004).

Alguns outros passos anteriores ao tratamento em si são: Desenvolver e discutir um plano de tratamento abrangente que inclui prevenção, e cuidados de manutenção. (ADA, 2010)

2.2.4 Prescrição Medicamentosa

Durante a gestação pode ser difícil manter os níveis plasmáticos terapêuticos dos medicamentos pelo aumento do volume sanguíneo, diminuição da concentração das proteínas plasmáticas, metabolização hepática e excreção renal aumentadas, e diminuição da absorção gastrointestinal. A redução da quantidade de proteínas plasmáticas pode diminuir a ligação da

droga, aumentando a quantidade de medicamento livre, permitindo que as drogas atravessem facilmente a placenta, atingindo a circulação fetal. (FERRERO et al., 2004; ABBAS et al., 2005)

Com o objetivo de orientar o prescritor na escolha terapêutica mais adequada para a gestante, a agência americana Food and Drug Administration (FDA) classificou os fármacos quanto aos efeitos na gestação em categorias de risco A, B, C, D e X. (MEADOWS, 2008)

Na categoria A, foram incluídos os medicamentos que, em estudos controlados em gestantes, não demonstram risco para o feto durante a gravidez; na categoria B, aqueles em que as pesquisas em animais não demonstraram risco fetal, mas também não existem estudos controlados em mulheres grávidas, ou aqueles cujos estudos em animais mostraram risco, não confirmado em pesquisas controladas em gestantes. Na categoria C, aqueles em que não foram realizados testes em animais ou mulheres grávidas; ou então, os estudos em animais demonstram risco fetal, mas não existem em mulheres grávidas. Na categoria D, aqueles com evidências positivas de risco fetal humano, porém os benefícios potenciais para a mulher grávida podem, eventualmente, justificar seu risco; e na categoria X, aqueles com evidências positivas de anormalidades fetais, em animais e humanos, sendo contraindicados em mulheres que estão grávidas ou poderão engravidar. (MEADOWS, 2008)

2.2.4.1 Analgésicos e Anti-inflamatórios

Os anti-inflamatórios não-esteroides (AINEs) e o ácido acetilsalicílico devem ser usados com extrema precaução durante a gestação (principalmente durante o terceiro trimestre) e por tempo restrito, e também durante a amamentação. Os AINEs quando usados no terceiro trimestre podem causar fechamento do ducto arterioso e hipertensão pulmonar no feto ou neonato (BRASIL, 2011). O analgésico mais amplamente prescrito pelo cirurgião-dentista é o paracetamol, podendo ser prescrito também a pacientes gestantes e lactantes. (FUCHS, 2006; ARMONIA, TORTAMANO, 2001 apud AMADEI, 2011). A dipirona sódica (Novalgina®) é o analgésico de segunda escolha, pois pode provocar agranulocitose. (Armonia; Tortamano, 2006 apud Amadei, 2011) Ou seja, a redução do número de granulócitos no sangue periférico (neutropenia), podendo predispor o indivíduo às infecções. (COTRAN, 1999, apud AMADEI, 2011).

2.2.4.2 Antibióticos

Quanto aos antibióticos, considerando a recomendação internacional de Food and Drug Administration (FDA). A penicilina, cefalosporina, clindamicina

estearato de eritromicina, e azitromicina são categorizados como B e podem ser prescritos durante a gravidez. A utilização de eritromicina deve ser restrito, devido à hepatotoxicidade. Aminoglicosídeos são contraindicada devido à sua ototoxicidade, bem como tetraciclina, o que faz com que a descoloração dos dentes (categoria D). Quase 15% dos pacientes com alergia à penicilina podem apresentar reação cruzada à cefalosporina pacientes com alergia à penicilina podem apresentar. Este aspecto deve ser considerado durante a seleção de antibióticos alternativos. (ZANATTA et. al, 2004)

Abaixo segue uma lista dos medicamentos mais comumente consumidos e suas implicações sobre a gestante:

Medicamento	Efeitos indesejáveis
Ácido acetilsalicílico	Evitar no terceiro trimestre devido a risco de hemorragia, atraso do início e aumento da duração do trabalho de parto; evitar doses analgésicas nas últimas semanas; doses elevadas podem levar ao fechamento do ducto arterioso fetal no útero e possivelmente hipertensão pulmonar persistente no recém-nascido e kernicterus em neonatos ictericos.
Atenolol	Beta-bloqueadores durante a gravidez pode prejudicar o crescimento do feto, causar hipoglicemia e bradicardia neonatal.
Captopril	Uso contraindicado. Além de potenciais malformações no primeiro trimestre, os IECA podem causar danos ou morte ao feto em qualquer trimestre da gravidez.
Carbamazepina	Primeiro trimestre: risco de teratogênese e defeitos no tubo neural, recomenda-se suplemento de folato. Terceiro trimestre: risco de deficiência de vitamina K e sangramento neonatal. A combinação com outros anticonvulsivantes aumenta o risco de malformação. Contudo, os benefícios do uso do anticonvulsivante justificam seu uso, sob monitoramento criterioso, a despeito dos riscos envolvidos.
Cloridrato de lidocaína	Uso de doses elevadas no terceiro trimestre pode causar depressão respiratória, hipotonia e bradicardia, no neonato, após bloqueio paracervical ou epidural.
Cloridrato de lidocaína + hemitartrato de epinefrina	O uso de vasoconstritores adrenérgicos deve ser cauteloso na grávida, pelo pequeno risco potencial de diminuir a irrigação placentária, em decorrência do efeito vasoconstritor em musculatura lisa uterina, circulação placentária e veias umbilicais.
Cloridrato de propranolol	O uso de beta-bloqueadores pode prejudicar o crescimento do feto, causar hipoglicemia e bradicardia neonatal.
Dipirona sódica	Primeiro e terceiro trimestres: possível fechamento prematuro de ducto arterial e retardo do trabalho de parto.
Fluconazol	O uso é contraindicado durante a gravidez, pois há registros de anormalidade congênitas múltiplas em esquemas posológicos de longa duração. Primeiro trimestre: risco de malformação congênita. Segundo e terceiro trimestres: pode afetar o crescimento e desenvolvimento funcional do feto ou ter efeitos tóxicos sobre o tecido fetal.
Fluoreto de sódio	Risco fetal é mínimo. Flúor atravessa barreira placentária, com níveis sanguíneos fetal e materno quase iguais no platô.
Ibuprofeno	Terceiro trimestre: com uso regular fechamento do ducto arterioso fetal no útero e possivelmente hipertensão pulmonar persistente no recém-nascido. Início retardado e aumento da duração do trabalho de parto.
Metronidazol	Segundo e terceiro trimestres: deve ter seu uso limitado a casos não responsivos a agentes alternativos, devido ao potencial mutagênico visto em experimentação animal. Primeiro trimestre: evitar. Segundo e terceiro trimestres: avaliar o risco-benefício.
Omeprazol / omeprazol sódico	Evitar o uso, especialmente no primeiro trimestre de gravidez. Há relatos de anormalidades congênitas em humanos.
Óxido nitroso	No terceiro trimestre: depressão respiratória neonatal.
Sulfato de morfina	Terceiro trimestre: deprime respiração neonatal; efeitos de retirada em neonatos de mães dependentes; estase gástrica e risco de pneumonia de inalação na mãe durante o trabalho de parto. Pode prolongar trabalho de parto.
Sulfato de salbutamol	O sulfato de salbutamol inalado é o broncodilatador de escolha para uso na gravidez. A oxigenação insuficiente do feto devido à asma não controlada na gestante representa riscos maiores do que qualquer efeito advindo do fármaco. Porém o uso parenteral pode afetar o miométrio e oferecer potenciais riscos

Quadro 1 – Medicamentos e efeitos indesejáveis no período gestacional

2.2.5 Anestésicos Locais

O uso de anestesia local para o tratamento dentário é seguro e o CD deverá saber qual é o melhor anestésico e a dose ideal para não oferecer riscos a gestante e ao bebê. (BRASIL, 2011)

A solução anestésica é o fármaco mais empregado nas consultas odontológicas e, quando necessário, ela deve ser aplicada para a eliminação da dor, pois certamente o estresse e a ansiedade das gestantes ao sentir dor durante os procedimentos clínicos podem provocar uma descarga de adrenalina causando injúria à mãe e ao feto. É consenso entre os autores que o uso é recomendável (LEAL, 2006)

Segundo a ADA (2010), anestésicos locais contendo epinefrina podem ser utilizados no atendimento a gestante. A lidocaína com epinefrina é considerada segura durante a gravidez, sendo este sal anestésico o mais apropriado para as gestantes, segundo a literatura pesquisada. (BRASIL, 2011). A lidocaína (2%) é uma categoria droga B em contraste com mepivacaína (3%), que é uma categoria de droga C.

Lidocaína com epinefrina prolonga o efeito da anestesia, porque esta é absorvida lentamente. Outra preocupação é sobre o efeito da epinefrina no músculo uterino. Não há estudos científicos, no entanto, poderia ser encontrado para confirmar este efeito em mulheres grávidas. (ADA, 2010)

Procaína e benzocaina não devem ser usadas porque podem levar a metemoglobinemia, prejudicando o transporte de oxigênio para os tecidos tanto da mãe como do feto. A bupivacaína apresenta maior cardiotoxicidade e, em relação à mepivacaína, mais pesquisas devem ser realizadas já que seus riscos para o feto não são bem detalhados, portanto, seu uso é desaconselhado (MALAMED, 2004 apud BRASIL, 2011).

2.2.6 Estágio Gestacional

Diferentemente do que se acredita, o atendimento odontológico pode ser realizado em qualquer período da gestação, porque o estresse gerado pela dor e o risco de disseminação de uma infecção não tratada podem trazer bem mais prejuízos para a mãe e ao feto. Além de tudo a septicemia é considerada teratogênica e pode ser apontada como uma das causas, em potencial, do aborto espontâneo (TIRELLI et al., 1999; SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006; CODATO; NAKAMA; MELCHIOR, 2008).

Segundo as diretrizes da ADA (2010), deve-se fornecer profilaxia e tratamento dentário durante toda a gravidez, mas deve-se dar preferência ao início do segundo trimestre, mas definitivamente antes do parto. O mesmo discurso é encontrado em ZANATTA et.al (2004) que ressaltam que a intervenção odontológica deve ser concentrada no segundo trimestre de gravidez.

O Ministério da Saúde (MS) salienta que o primeiro trimestre (2^a a 8^a semana de concepção) é o período menos adequado para o tratamento odontológico (principais transformações embriológicas). Além disso, a maioria das pacientes pode apresentar indisposição, enjoos matutinos e náuseas a menor provocação. Neste período, devem-se evitar tomadas radiográficas (BRASIL, 2006). Porém quando necessário, fazê-la tomando as devidas precauções, tais como, o uso de avental de chumbo, protetor de tireoide e filmes de exposição ultrarrápida. (TIRELLI et. al 1999). Deve ser enfatizado que os cuidados bucais da mãe se refletem no bebê em desenvolvimento. Realizar, somente, terapia periodontal básica, polimento coronário e controle de placa.

A escolha do segundo trimestre se deve ao fato de que este período (14^a a 28^a semana de concepção) é o mais adequado para a realização de atendimentos clínicos e procedimentos odontológicos essenciais, sempre de acordo com as indicações. Durante este período a organogênese está completa e o feto já desenvolvido, sendo mais confortável que durante os estágios iniciais ou finais da gravidez. Contudo, existe risco da síndrome da hipotensão postural, se a paciente é tratada na posição supina e houver uma mudança brusca para a posição em pé (BRASIL, 2006), o que pode levar a lipotimia ou síncope. Procedimentos como exodontias não complicadas, tratamentos periodontal e endodôntico, restaurações dentárias, instalação de próteses e outros tipos de procedimentos devem ser realizados com segurança, de preferência no segundo trimestre. Já os tratamentos seletivos como as reabilitações bucais extensas e as cirurgias mais invasivas podem ser programadas para o período de pós-parto

O terceiro trimestre da gravidez (29^a semana até o nascimento), particularmente nas últimas semanas, não é um bom período para um tratamento prolongado.(BRASIL, 2011). Não por haver riscos ao feto, mas a paciente aumenta seu nível de desconforto. Para outros autores é um momento em que há maior risco de síncope, hipertensão e anemia. É frequente o desconforto na cadeira odontológica, podendo ocorrer hipotensão postural. É prudente evitar tratamento odontológico nesse período. (BRASIL, 2006)

Já as urgências devem ser atendidas, independentemente do período gestacional (ZANATTA et.al, 2004), observando-se os cuidados indicados em cada período da gestação (BRASIL, 2006).

Alguns tratamentos, que não necessitam de urgência podem ser adiados até depois do parto, desde que não resultem em risco significativo para a mãe e indiretamente para o feto. (ADA, 2010)

2.2.6 Peculiaridades Relativas ao Atendimento

Independentemente do trimestre alguns cuidados devem ser observados para a realização da maioria dos procedimentos odontológicos: planejar sessões curtas, adequar à posição da cadeira devido à possibilidade de vir a ocorrer hipotensão supina e hipóxia. (TIRELLI et al.1999). Em relação à posição da gestante, em decúbito lateral ocorre redução do débito cardíaco e há maior facilidade de retorno sanguíneo pela veia cava inferior. A paciente ainda pode empurrar o útero para esquerda durante o tratamento, principalmente no terceiro e último trimestre de gestação. (PASSARELLI et. al, 2005)

Também devem ser evitadas consultas matinais, já que neste período as gestantes têm mais ânsia de vômito (KOCH, FRISSORA, 2003) e risco de hipoglicemia. Além disso, deve-se orientar para evitar sobre o uso de bebidas ácidas ou alimentos gordurosos, que causam desordens gástricas e dificultam o esvaziamento do estômago. Em caso de vômito, recomenda-se cessar o atendimento imediatamente e a gestante deve ser colocada em posição ereta. Após este episódio, a cavidade bucal deve ser lavada com água fria ou um enxaguatório bucal fluoretado (SURESH; RADFAR, 2004).

Outra preocupação seria de marcar consultas para as gestantes em horários diferentes dos das crianças que frequentam o consultório, prevenindo desta forma o possível contágio das doenças viróticas da infância. Neste mesmo sentido deve-se evitar o agendamento de consultas às gestantes quando o CD ou auxiliar estiverem acometidos de gripes ou resfriados (FERREIRA, 1998 apud BRASIL 2011).

A presença de focos infecciosos na boca da gestante traz prejuízos para a gestação e saúde geral (podendo inclusive levar a endocardite), havendo dores frequentes, alteração do estado de ânimo, dificuldades na mastigação – que podem interferir na sua nutrição e do bebê. (BRASIL, 2011)

Os cuidados com a atenção odontológica na gravidez parecem fazer parte de um sistema de significados negativos e, por esse motivo, a desatenção em relação aos cuidados bucais fica ainda mais evidente na gestação. Nessa fase da vida, esse descuido parece se justificar, dando a impressão de que faz parte da “normalidade” da gestação as complicações e perdas de elementos dentários. (LEAL, 2006)

As barreiras do atendimento odontológico a gestante vão além dos procedimentos em si, este tipo de assistência enfrenta ainda dois problemas principais. Primeiramente tem-se a recusa por parte das gestantes ao atendimento, por diversos motivos e também a o declínio ao atendimento por parte dos próprios CD.

2.2 MITOS DAS GESTANTES

A atenção odontológica durante o período gestacional muitas vezes é posta em segundo plano. Vários trabalhos se dedicam a desvendar a não adesão ao tratamento odontológico por parte das pacientes em período gestacional. Gaffield et. al (2001), analisaram informações sobre a saúde bucal de gestantes de quatro diferentes estados americanos, coletadas em um sistema de monitoramento de gestações e constataram que apenas um terço, aproximadamente, das gestantes procurou assistência odontológica. De 12,2% a 25,4% das gestantes relataram ter tido problemas odontológicos, mas somente metade delas procurou auxílio. O mesmo foi relatado por Ressler-Maerlender, Krishna, e Robison (2005), em um estudo, entre as mulheres que relataram ter problemas de saúde oral, e apenas metade procurou atendimento odontológico. Algumas mulheres disseram que mau estado de saúde oral durante a gravidez é normal, e algumas acreditavam que o tratamento odontológico poderia ser prejudicial para a criança.

Leal (2006) observou que a procura pelos cuidados odontológicos durante a gravidez é desestimulada pelos seus familiares, amigos e colegas, que alertam para o seu perigo e desaconselham essa intervenção. Grande parte das gestantes procura espontaneamente cuidados odontológicos somente em caso de dor. A situação determinante é a presença do sintoma e a necessidade de resolver o problema já instalado. (LEAL, 2006).

Scavuzzi et. al (1998) realizaram entrevistas com 204 gestantes com nível educacional baixo na cidade de Salvador (BA) e constataram que, apesar do relato da presença de sintomas como dores e sangramento gengival, somente 7,4%, ou seja, 15 mulheres procuraram o CD. Mesmo apresentando dor, somente 10,6% delas procuraram o CD e, das que percebiam apenas sangramento gengival, somente 9,2% procuraram. Esses dados demonstram uma pouca valorização ou certo conformismo com os problemas na saúde bucal, bem como podem estar expressando o preconceito contra o tratamento. (LEAL, 2006)

Romero et. al (2001) entrevistaram 958 mulheres e constataram que, independente da idade e escolaridade, elas acreditavam que a perda de dentes

e a descalcificação são inquestionáveis durante a gestação, mas para elas é recomendável não procurar os serviços odontológicos pelos danos que o tratamento pode trazer para o bebê. Leal (2006) realça também a crença de que os dentes enfraquecem durante a gravidez, onde a mãe perde cálcio para a criança que está se formando. Isto representaria a doação materna para a formação do seu filho e, conseqüentemente, funciona como uma justificativa para os possíveis danos que ocorrem na cavidade oral.

Finkler et al. (2004) listaram algumas justificativas, apontadas pelas gestantes entrevistadas, para a não procura pelo tratamento odontológico durante a gestação. Como fatores elas relataram: dificuldades financeiras, o desconforto durante o atendimento odontológico pela posição quase deitada da cadeira e pelos odores dos produtos utilizados, o medo de se sentir mal durante o atendimento ou de sentir dor, num momento em que algumas mulheres se consideram mais sensíveis.

O estudo de Albuquerque et al. (2004) apud Condato, (2011) encontrou outras barreiras para a atenção odontológica de gestantes como a ansiedade, medo do barulho da turbina de alta rotação, dos instrumentos utilizados, da sala fria, de desconfortos sensitivos como cheiro, sabor, visão dos instrumentos, refletor, uniformes, máscaras e também a má posição na cadeira. March et al. (2010), também relataram a falta de consciência sobre a importância e/ou necessidade do tratamento odontológico.

Para Condato et al. (2011), um dos fatores pelos quais gestantes costumam declinar ao atendimento odontológico, é o medo do CD, onde este relata que as práticas odontológicas vivenciadas anteriormente, com técnicas, materiais, equipamentos ultrapassados e rudimentares, podem contribuir para o surgimento de relatos de experiências desagradáveis e traumáticas prévias, fazendo com que as gestantes declinem ao atendimento odontológico

Robles e cols. (2005) reportam que as mães entrevistadas em sua pesquisa lembravam-se de suas “primeiras experiências” no consultório odontológico como sendo bastante relacionados ao medo do CD, a mágoa, a dor e o trauma. Assim, na gestação, somente procuraram um CD em casos emergenciais, como a necessidade de substituição de restaurações, sangramento gengival e sensibilidade. A grande maioria das gestantes entrevistadas por Leal (2006) naturalizou o medo do tratamento odontológico, com afirmações do tipo “todo mundo tem medo de dentista, não é?”. No período gravídico, esse receio ainda é maior, pois elas temem que o tratamento prejudique a criança.

Gilbert et al. (1999), Gaffield et al. (2001) e Finkler et al. (2004) ainda citam, como fator primordial para não aceitação ao tratamento, o medo de que alguma coisa no tratamento odontológico venha a prejudicar o bebê, que torna

este tipo de atendimento durante a gestação uma ideia quase inconcebível para algumas gestantes.

As mesmas relatam que possuem o receio de que hemorragias bucais e a anestesia possam levar ao aborto, por comprometerem a fixação do óvulo fecundo ao endométrio (CORDEIRO e COSTA, 1999; LEAL, 2006). Elas também citam o medo de tomadas radiográficas. (FINKLER et. al, 2004; LEAL, 2006) Na opinião delas, são procedimentos considerados perigosos e que podem fazer mal para si e para a criança. (CORDEIRO & COSTA, 1999; LEAL, 2006)

Finkler et. al (2004) relacionaram, principalmente, ao malefício em potencial de produtos químicos, cujo uso, as gestantes demonstraram saber muito bem, deve ser evitado. Considerando que remédios são produtos químicos e que seu uso deve ser limitado às indicações médicas, as gestantes descartam a possibilidade de utilizarem anestesia no atendimento odontológico e, portanto, de realizá-lo. Nem mesmo a dor, apontada pelas entrevistadas como uma importante razão para a busca do atendimento odontológico, às vezes supera o medo e a resistência ao tratamento durante a gestação.

Este receio não encontra fundamentos científicos, uma vez que a literatura assegura a possibilidade de realizar o tratamento odontológico com gestantes sem maiores problemas, quando medidas de precaução são tomadas pelo profissional (FINKLER et.al. 2004). Muitas mulheres também desconhecem que a infecção periodontal grave pode colocar em risco o feto e muitas mães desconhecem a natureza transmissível da cárie dentária. (LEAL, 2006).

As gestantes mostraram-se repletas de dúvidas com relação à saúde bucal e aos cuidados que esta demanda, especialmente no tocante a bebês. Essa reconhecida falta de conhecimentos é por elas justificada pelo pouco contato com os profissionais da área, especialmente durante a gestação, pela ausência de sua tarefa enquanto educador para a saúde e pelo próprio desinteresse das pessoas, que pode ser compreendido pela falta de estímulo social para a participação e crítica popular [...] as gestantes não têm sido orientadas sobre os cuidados com a própria saúde bucal durante a gestação, nem sobre a necessidade de procurar o tratamento odontológico neste período e, muito menos, a respeito da saúde bucal do bebê. (FINKLER et.al. 2004)

O discurso das gestantes revelou uma necessidade sentida de irem em busca de respostas e orientações profissionais. Entretanto, como não vislumbram a hipótese de realizarem tratamento odontológico durante a gestação, as gestantes guardam suas dúvidas para depois do parto, não obtendo os benefícios do trabalho educativo pré-natal e perdendo a

oportunidade de serem aconselhadas a realizar o tratamento de que necessitam antes do filho nascer. (FINKLER et .al 2004)

Porém, os mitos em torno do atendimento a gestante também podem ser reforçados pelos médicos obstetras, como comprova o estudo realizado em 2008, de Al-Habashneh et. al, que obtiveram o resultado de 88% dos médicos entrevistados aconselharam que o tratamento dentário seja realizado somente após o período gestacional, mesmo sabendo das relações entre saúde bucal e saúde sistêmica. Assim, também concluíram que questões sobre a formação precisam ser revisadas e campanhas de saúde pública são necessárias para informar os profissionais de saúde para encorajar as mulheres grávidas sobre a necessidade de um *check-up* dental regular durante e antes de tentar a gravidez. Condato (2011), em seu trabalho, também relata a relação entre o obstetra e os mitos em torno das gestantes e disserta que uma das justificativas das gestantes para a recusa ao atendimento é a confiança incondicional no medico, só fazendo o recomendado pelo mesmo.

Tirelli (2004), em sua pesquisa, na qual aplicou um questionário para os médicos ginecologistas e obstetras de São Paulo, concluiu que o relacionamento cirurgião-dentista-médico é satisfatório para apenas 23,53% da amostra. Os dentistas também têm críticas aos médicos do pré-natal. Mesmo nas unidades que oferecem serviço de odontologia para gestantes, eles reclamaram que os médicos não valorizam suficientemente os cuidados odontológicos, não se empenham em esclarecer às pacientes e não enfatizam para elas a necessidade da atenção odontológica. (LEAL, 2006)

As gestantes não têm sido orientadas sobre os cuidados com a própria saúde bucal durante a gestação, nem sobre a necessidade de procurar o tratamento odontológico neste período e, muito menos, a respeito da saúde bucal de bebês. O pré-natal que vem sendo realizado na prática parece excluir a saúde bucal das gestantes. Ou terá sido a Odontologia que, de certo modo, se excluiu da saúde geral e, portanto, também da atenção pré-natal? (FINKLER et.al 2004)

Leal (2006) relata que a questão da saúde bucal tem pouca prioridade entre os profissionais e a clientela do pré-natal, não fazendo parte da cultura dos cuidados pré-natais. A ausência da participação do CD e da Odontologia nesta equipe interdisciplinar, a despeito de toda a contribuição que têm a oferecer, desperdiça um importante momento de encontro precoce entre CD e gestantes, fecundo para a educação em saúde. (FINKLER et.al, 2004)

A saúde bucal das gestantes requer uma estratégia multidisciplinar, orientada para a ação, que inclui todos os profissionais de saúde, CD e profissionais de obstetrícia. Tirando proveito de cada encontro com as mulheres para prestar serviço.

Nos grupos operativos é importante que as gestantes sejam ouvidas sobre seus problemas, crenças e tabus, cabendo à equipe respeitá-las e responder de forma clara, mostrando as mudanças que ocorrem na boca durante a gravidez, enfatizando a importância da higiene, estimulando o autocuidado e hábitos de vida saudável (BRASIL, 2006).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Verificar a conduta dos CDs de Florianópolis, SC incluindo mitos e preconceitos quanto ao atendimento odontológico a gestantes.

3.2 Objetivos Específicos

- Conhecer a conduta dos cirurgiões dentistas, que atuam na cidade de Florianópolis, SC, em relação a atender ou preterir o atendimento odontológico durante o período gestacional;
- Verificar a segurança dos CD em relação aos procedimentos mais comuns na clínica odontológica, no período gestacional (anestesia, cirurgias, restaurações, radiografias e terapia medicamentosa);
- Verificar os mitos e preconceitos relacionados ao atendimento odontológico propriamente dito.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório de caráter descritivo.

5.2 População de estudo

A população alvo do estudo abrangeu Cirurgiões Dentistas que atuam na cidade de Florianópolis, Santa Catarina. A amostra foi composta por CDs selecionados aleatoriamente em uma amostra de conveniência, de n=55.

5.3 Instrumento de coleta de dados

Para o presente estudo foi construído, com base nos dados da literatura consultada, um questionário contendo 10 perguntas de múltipla escolha abordando temas sobre as atitudes dos cirurgiões dentistas sobre a realização de procedimentos de rotina, prescrição medicamentosa, uso de anestésicos, realização de exames radiográficos em gestantes, incluindo a realização ou postergação do atendimento, aconselhamento sobre saúde bucal, conhecimento do período gestacional adequado para a realização dos procedimentos odontológicos (Apêndice 1).

5.4 Pré-teste

O pré-teste foi realizado para verificar adequação do instrumento de coleta de dados um grupo de cinco CDs não participantes da pesquisa. Os participantes foram escolhidos de forma aleatória.

Após o pré-teste foram realizadas as adequações necessárias.

5.5 Aspectos Éticos

O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSC e só teve início após a sua aprovação. Anexo ao questionário foi encaminhado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2).

5.6 Coleta de dados

A pesquisa realizou-se através da aplicação de um questionário, realizada pela pesquisadora Sarah Meneghel Olivo, com uma amostra de CDs atuantes em Florianópolis, SC em outubro de 2013.

5.7 Análise dos resultados

Os dados coletados foram organizados em um banco de dados no programa Excel (Windows 2007, Microsoft).

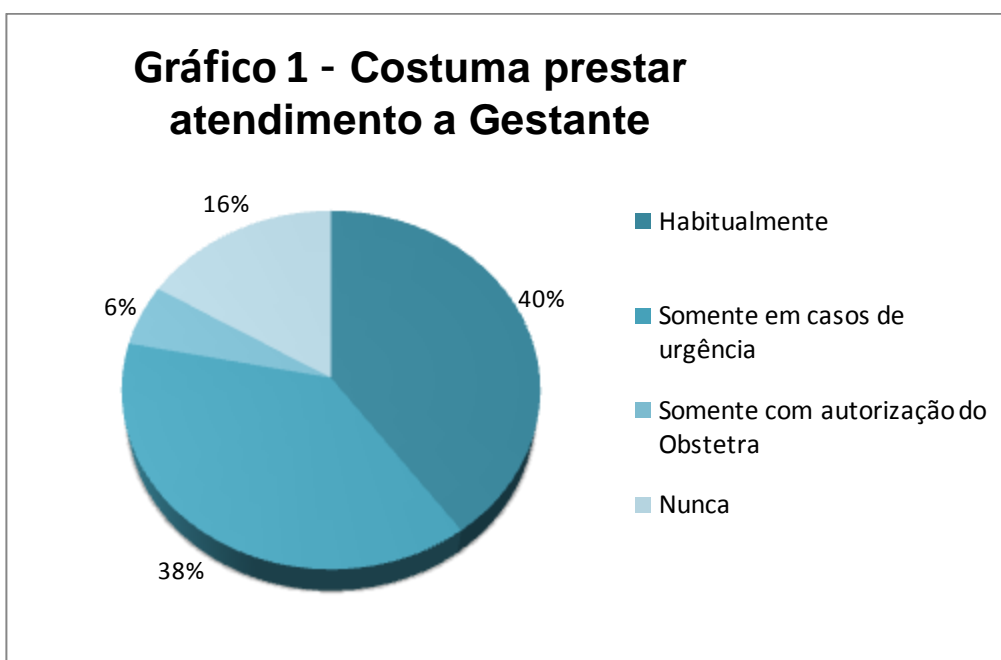
Realizaram-se análises descritivas e porcentuais dos dados, considerando-se um intervalo de confiança de 95%.

Também foi efetivado o teste de associação, Teste do Q^2 de Pearson, e Teste Exato de Fisher.

6 RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 55 cirurgiões dentistas, representados por 31 homens (56,4 %) e 24 mulheres (43,6%), com tempo de formação variando entre 2 meses e 45 anos, sendo a maior parte (36,4%) com variação entre a 0 e 5 anos de formação. Trabalham no setor público 23,6% da amostra, no privado 45,5% e 30,9% prestam serviço no setor público e privado. Do total 68,28% tinham título de especialista.

A primeira pergunta específica “costuma prestar atendimento odontológico a gestante?” apresenta-se no **Gráfico 1**.



Ao associarmos as variáveis gênero, tempo de formação, setor de trabalho e prática com as variáveis “atendo” e “não atendo”, obtivemos os resultados apresentados na Tabela 1:

Tabela 1: Associação das características profissionais dos cirurgiões dentistas com o atendimento à gestante (N=55). Florianópolis. SC.2013.

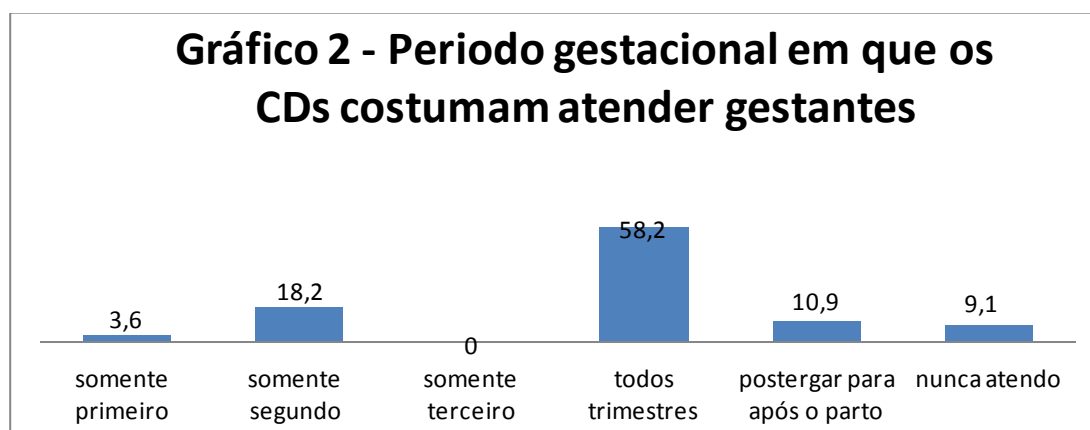
Caracterização da amostra	Atende habitualmente		Não atende		pvalor
	n	%	n	%	
Sexo					0,437*
Masculino	11	35,5	20	64,5	
Feminino	11	45,8	13	54,2	
Ano de Formado					0,500*
0 a 10 anos	12	36,4	21	63,6	
Mais de 10	10	45,5	12	54,5	
Setor que trabalha					0,897*
Público	5	38,5	8	61,5	
Privado	17	40,5	25	59,5	
Prática					0,564**
Generalista	13	36,1	23	63,9	
Especialista	9	47,4	10	52,6	

* Teste do qui-quadrado

** Teste Exato de Fisher

CDs do gênero feminino estão mais dispostas a atender pacientes gestantes do que CDs do gênero masculino. Também pode-se notar que quanto maior o tempo de formação maior é a possibilidade do profissional atender uma paciente no período gestacional. Um número ligeiramente maior de dentistas que trabalham no setor público preferiria preterir o atendimento se comparado ao setor privado e também generalistas estão mais inclinados ao não atendimento da paciente gestante. No entanto, não houve associação estatística entre as variáveis. Este fato pode ser explicado por ser uma amostra de conveniência composta por 55 cirurgiões dentistas.

Quando questionados sobre a melhor época para o atendimento odontológico no período gestacional, os resultados podem ser apreciados no Gráfico 2.



O questionamento sobre seus receios em atender gestantes estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2: Distribuição dos cirurgiões dentistas de acordo com a postura no atendimento à gestante (N=55). Florianópolis. SC.2013.

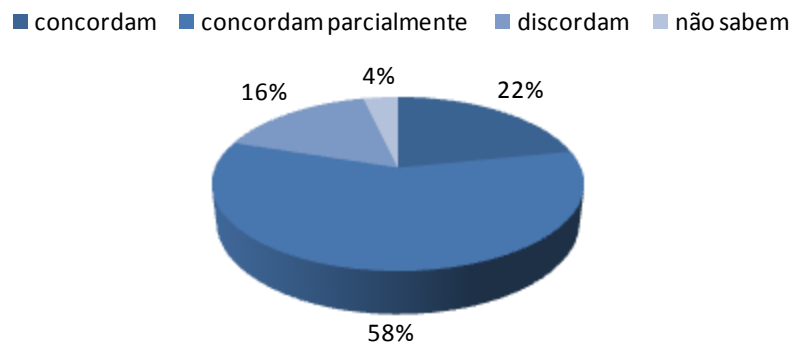
Questionamento	n	%
Sente algum tipo de receio ao atender gestante		
Sim	25	45,5
Não	26	47,3
Não Sabe	4	7,2
Principal receio		
Aborto	7	12,7
Parto Prematuro	3	5,5
Desmaios	8	14,5
Má formação fetal	5	9,1
Outro	32	58,2

Pouco mais da metade dos CDs (47,3%) responderam não sentir algum receio frente ao atendimento odontológico de gestantes, 45,5% responderam sim e 7,2% relatam não saber. Entre os principais receios encontram-se desmaios (14,5%) aborto (12,7%), má formação fetal (9,1%), e por ultimo aparece parto prematuro 5,5%%. Mais da metade (58,18%) da amostra respondeu outro.

Quanto aos procedimentos realizados em pacientes gestantes, 100% dos pesquisados relatou prestar exame clínico e aconselhar quanto à saúde bucal da gestante e 98,2% aprovam o aconselhamento sobre a saúde do bebe.

Em relação à utilização de exames radiográficos, como método diagnóstico, os resultados estão apresentados no Gráfico 3.

Gráfico 3 - Uso do Raio X, quando indicado



Como método auxiliar de diagnóstico, quando indicado, 58,18% dos entrevistados concorda parcialmente em realizar exames radiográficos, 16,33% discordaram, 21,81% concordam sem restrições e 3,63% não souberam responder.

Quando abordados quanto a realização de procedimentos restauradores 67,27% concordam totalmente que este procedimento é seguro e 22,73% concordam parcialmente com essa afirmação.

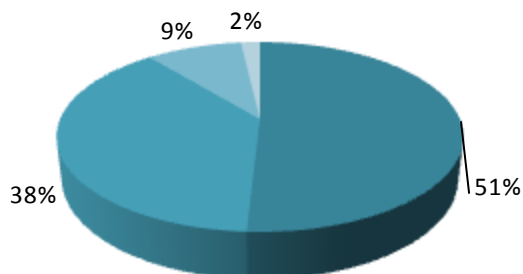
Quanto a procedimentos endodônticos 60% concordam parcialmente que procedimentos devem ser realizados e 32,72% concordam sem restrições, 3,63% discordam da realização deste procedimento e 3,63% não sabem.

A realização de exodontias 61,8% concordam parcialmente que realizariam este procedimento, 20% concordam e 16,4% discordam com a realização do mesmo e 1,8% relatam não saber.

Como é relatado amplamente na literatura, as gestantes apresentam maior risco de desenvolvimento de doença periodontal. Os cuidados em relação ao tratamento e prevenção dessa doença, por parte dos CDs entrevistados, podem ser observados no Gráfico 4.

Gráfico 4 - Raspagem Periodontal em gestantes

■ concordam ■ concordam parcialmente ■ discordam ■ não sabem



Metade dos CDs entrevistados (50,9%) concordam com a prática de raspagens e polimento periodontais em gestantes, 38,2% concordam, mas com restrições, 9,1% não realizariam este procedimento no período gestacional e 1,8% não sabem.

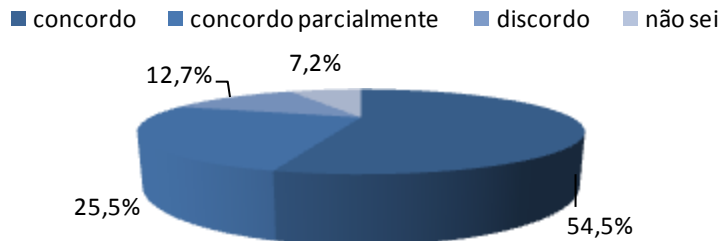
Em relação à aplicação tópica de flúor, durante a gestação, 58,2% dos CDs concordam ser importante, 30,9% concordam parcialmente, 9,1% discordam e 1,8% responderam não saber. Já quanto a administração de suplementação de flúor por via sistêmica a maioria 82,1% discordam com sua prescrição e 17,9% não sabem.

Quanto aos procedimentos de ordem protética 56,4% dos CDs entrevistados concordam e 43,6% concordam parcialmente.

O procedimento encarado com maior receio pelos cirurgiões dentistas foi à cirurgia periodontal com 27,3% de recusas absolutas por parte dos profissionais, 58,2% concordam parcialmente e apenas 14,5% concordam com o procedimento.

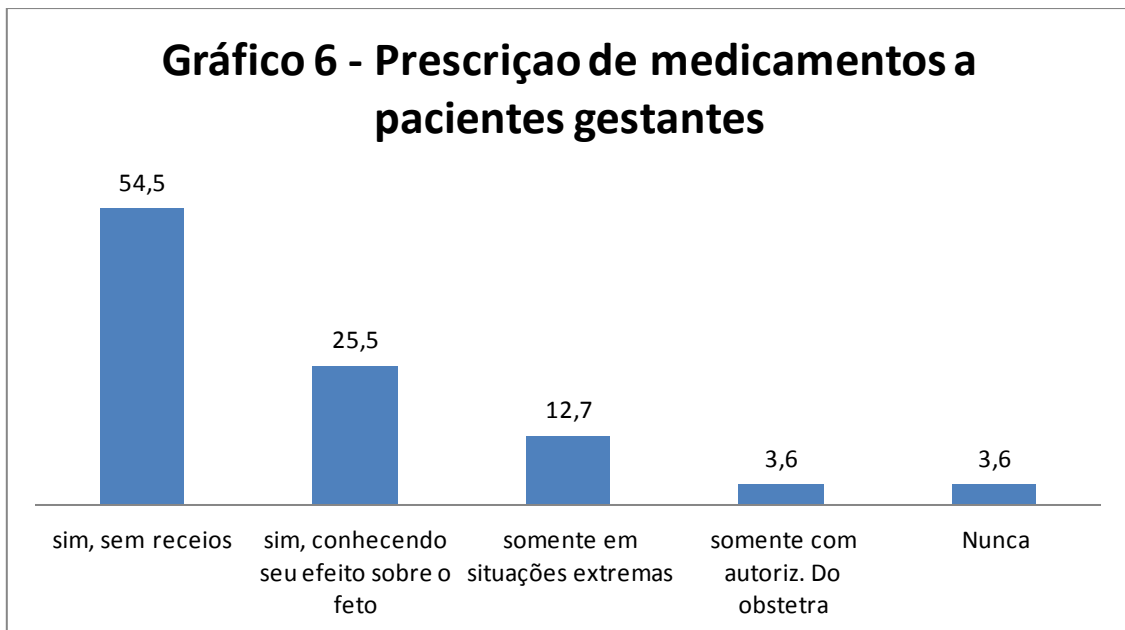
Os resultados obtidos sobre o questionamento “problemas bucais podem acarretar problemas ao desenvolvimento do feto?” estão apresentados no Gráfico 5:

Gráfico 5 - Problemas Bucais podem acarretar problemas ao desenvolvimento do feto



Quanto à indagação “você costuma prescrever medicamentos a pacientes gestantes?”, as respostas encontram-se expressas no Gráfico 6.

Gráfico 6 - Prescrição de medicamentos a pacientes gestantes



54,5% receitam sem receios, 25,5% conhecendo seu efeito sobre o feto, 12,7% somente em situações extremas, 3,6% somente com a autorização do obstetra e 3,6% nunca.

Em relação aos tipos de medicamentos prescritos no período gestacional, os resultados podem ser observados na Tabela 3.

Tabela 3: Distribuição dos cirurgiões dentistas de acordo com a prescrição medicamentosa a pacientes gestantes (N=55). Florianópolis. SC.2013

Fármaco	n	%
Analgésicos		
Concorda	31	56,4
Concorda parcialmente	24	43,6
Antiinflamatórios		
Concorda	14	25,5
Concorda parcialmente	35	63,6
Discorda	6	10,9
Antibióticos		
Concorda	12	21,8
Concorda parcialmente	39	70,9
Discorda	4	7,3
Ansiolíticos		
Concorda	5	9,1
Concorda parcialmente	26	47,3
Discorda	20	36,4
Não sabe	4	7,3

Ao abordar-se quanto a utilização de anestésicos locais se alcançou os seguintes resultados:

Tabela 4: Distribuição dos cirurgiões dentistas de acordo com a prescrição anestésica à pacientes gestantes (N=55). Florianópolis. SC.2013

Utiliza anestesia odontológica	n	%
Sim, com vasoconstritor	22	40,0
Sim, sem vasoconstritor	6	10,9
Somente em situações extremas	17	30,9
Somente com autorização do médico obstetra	8	14,5
Nunca utilizo	2	3,6
TOTAL	55	100

7 DISCUSSÃO

Condato et.al. (2011) reportaram que os profissionais de saúde podem contribuir para o aparecimento e, muitas vezes, para o fortalecimento de medos e mitos relacionados à atenção odontológica durante o período gestacional. [...] alguns profissionais de saúde alimentam e proferem mitos e medos sobre atenção odontológica, quando na verdade deveriam ser os principais agentes para desmistificá-los.

Fala-se em mitos e preconceitos no atendimento odontológico, por exemplo, quando se constata que grande parte dos cirurgiões dentistas prefere adiar o tratamento, não baseado em saberes científicos, mas em uma crença de que a mulher deva permanecer intocada durante este período. Para Leal (2006), a imagem da gravidez como condição que acarreta certas vulnerabilidades e perigos, resultam em uma representação da gestante como um ser intocável. Isso interfere de maneira negativa na oferta e na qualidade da assistência bucal prestada à gestante.

Na caracterização da amostra foi evidenciado que quanto maior o tempo de formação dos CDs maior a sua aceitação quanto ao atendimento a paciente gestante, possivelmente por possuírem mais experiência possuam menos receio, o que está de acordo com o apontado por Lee et.al (2010) de que quanto maior a falta de conhecimento em torno do protocolo de atendimento a gestante maiores as barreiras impostas pelos mesmos para o atendimento a este tipo de paciente.

Também verificou-se que os CDs do gênero masculino estão mais inclinados a não atender uma paciente gestante que CDs do sexo feminino. Esse achado poderia ser explicado pelo fato de que a gestação é uma condição exclusivamente feminina, o que os levaria a um maior desconhecimento da mesma e maiores preconceitos ou temor quanto a possíveis riscos do atendimento odontológico nesse período.

Outro fator interveniente na aceitação do atendimento odontológico a gestantes estava relacionado à prática odontológica no setor público ou privado e quanto a formação em especialidades, onde os trabalhadores do serviço público e de prática generalista se mostraram mais resistentes quanto a prestação de atenção odontológica a mulheres no período gestacional.

Estudos como o de Leal (2006), relatam que os dentistas revelaram ter pouca experiência na abordagem da gestante e eles atribuem o fato, entre outras coisas, à baixa procura espontânea das pacientes e a uma formação deficiente nas escolas de odontologia, no que diz respeito à abordagem de pacientes especiais, entre estes, mulheres grávidas.

Os resultados do levantamento feito por Navarro (2004), com dentistas e médicos obstetras, revelaram que o manejo odontológico durante a gravidez ainda apresenta alguns desvios de recomendações da literatura científica, indicando a necessidade de atualizar esses profissionais de saúde a fim de estabelecer diretrizes para atendimento odontológico pré-natal. Costa et al (2002), em pesquisa qualitativo-quantitativa realizada com médicos, dentistas e gestantes, concluíram ser o grupo de dentistas o que apresentava maior receio em relação ao tratamento odontológico da gestante.

No primeiro questionamento de nosso estudo, sobre atitude do cirurgião dentista, em relação ao atendimento odontológico, observou-se que 38,5% somente realizariam um atendimento em caso de urgência e 16,4% dos entrevistados relatou nunca atender uma paciente no período gestacional. Este dado demonstra a presença de preconceitos em relação ao atendimento odontológico a mulheres no período gestacional, contrariando as evidências levantadas por Duailibi & Duailibi (1985), Scavuzzi, Andrade e Rocha (1999), Pinto et. al (2001), Corrêa et. al (2003), BRASIL (2006), Brás et. al (2010), BRASIL (2011), os quais relatam não haver nenhuma proibição efetiva para o atendimento odontológico a gestantes.

Scavuzzi, Rocha e Vianna (1998), também constataram que, de 204 gestantes, 15 procuraram o dentista, e dessas, somente seis foram atendidas. As outras não o foram porque o cirurgião dentista desaconselhou uma intervenção dentária durante o período gestacional. Para as autoras, esse fato é bastante grave e demonstra que a crença, da população leiga, de que o tratamento prejudica a gestante e o seu filho tem origem, possivelmente, na própria concepção do profissional.

A recusa pura e simples de boa parte dos cirurgiões dentistas em prestar atendimento quando são procurados, segundo Narvai (1984), acontece sobre várias alegações, na maioria das vezes desprovida de fundamentação científica e infelizmente reforçadora do tabu. Para ele, tal fato contribui para a automedicação seja praticada como meio de solucionar problemas odontológicos acarretando prejuízos a saúde materna e fetal.

Nesta pesquisa também foi questionado sobre qual o período gestacional os CDs costumavam prestar atendimento a gestantes. Os resultados apontaram que a maioria (58,2%) concordam com o atendimento a gestante em qualquer período de gestação, 18% no segundo trimestre, 3,6% somente no primeiro trimestre. Estes dados corroboram aqueles encontrados na literatura. De acordo com Duailibi & Duailibi (1985), Chiodo, Rosenstein (1985), Livingston, Dellinger, Holder (1998), Scavuzzi, Rocha, (1999), Costa, (2000), Casamassimo (2001), ADA (2010), o atendimento odontológico a gestantes pode ser realizado em qualquer período gestacional, porém, relatos na literatura revelam ser o segundo trimestre o período mais propício para o

atendimento odontológico. Freire et al. (2001) pesquisando o conhecimento de CD sobre a atenção odontológica à gestante, na cidade de Pelotas (RS), também constataram que 92,2% dos entrevistados relataram atender gestantes, mas 75% elegem apenas o segundo trimestre gestacional para o atendimento.

Lee (2010) e Leal (2006) constataram que muitos cirurgiões dentistas preferem se esquivar do atendimento odontológico à gestante, principalmente no primeiro trimestre.

Os dados também demonstraram que 10,9% dos entrevistados, relatam postergar o atendimento para o período após o parto. Segundo Leal (2006), alguns cirurgiões dentistas consideram ser mais recomendável não fazer intervenções na paciente no período da gestação, pois pensam ser mais seguro realizá-las posteriormente.

O Ministério da Saúde (MS) salienta que o primeiro trimestre (2^a a 8^a semana de concepção) é o período menos adequado para o tratamento odontológico (principais transformações embriológicas). Além disso, a maioria das pacientes pode apresentar indisposição, enjoos matutinos e náuseas a menor provocação. (BRASIL, 2006).

A escolha do segundo trimestre se deve ao fato de que este período (14^a a 28^a semana de concepção) é o mais adequado para a realização de atendimentos clínicos e procedimentos odontológicos essenciais, sempre de acordo com as indicações. Durante este período a organogênese está completa e o feto já desenvolvido, sendo mais confortável que durante os estágios iniciais ou finais da gravidez. (BRASIL, 2006)

Para WALTER (1996) apud CONDATO (2010), muitos profissionais preferem se esquivar do atendimento odontológico à gestante, com receio de serem responsabilizados por possíveis fatalidades ocorridas com o bebê.

Quanto ao questionamento “sente algum receio em atender pacientes gestantes”, 45,5% relatou sentir algum tipo de receio em atender pacientes gestantes. Entre estes profissionais 14,5% tinham o receio que a paciente sofresse um desmaio durante o procedimento, 12,7% tinham receio quanto a um aborto, 9,5% receavam serem responsáveis por possíveis más formações fetais e 5,5% por parto prematuro. Contrariando toda evidência científica levantada até os dias atuais de que o atendimento odontológico no período é seguro.

Para Leal (2006) as ideias de que a gestante tem riscos adicionais para o tratamento odontológico e que “é melhor esperar para tratar depois” foram muito frequentes entre os profissionais de odontologia.

Com o intuito de revelar a opinião dos CDs sobre os procedimentos mais comuns na clínica odontológica, em nosso questionário separamos cada procedimento com as seguintes opções de resposta: concordo, concordo parcialmente, discordo e não sei.

No primeiro item 100% dos participantes (n=55) disseram concordar que sejam feitas orientações sobre saúde bucal a pacientes gestantes e realização de exame clínico e 98,2% concordaram com o aconselhamento quanto a saúde do bucal do bebe .

No estudo realizado por Huebner et. al (2009) em pesquisa realizada com cirurgiões dentistas do estado americano do Oregon, um total de 85,7% relataram que fornecem instruções de higiene oral a pacientes grávidas, e outros 10,6% relataram fazê-lo às vezes. Esta pesquisa foi além, buscando o porquê de alguns CDs não prestarem este tipo de informação. Encontrou 71% dos dentistas relataram a baixa compensação financeira pelos planos como uma barreira para fornecer aconselhamento para pacientes grávidas, 11% disseram que estavam muito ocupados para adicionar aconselhamento sobre cuidados de saúde oral em suas práticas.

Para Lee et. al (2010) 57% dos entrevistados, relataram concordar com o aconselhamento sobre saúde bucal do bebe, transmissão de microrganismos entre mãe e filhos e carie de mamadeira, mas revelaram não o fazer por estarem muito ocupados. De acordo com Gaffield, et al., 2001; Gilbert, et al.,(1999) o aconselhamento se faz muito importante porque muitas mães não possuem informação sobre a transmissão de microrganismo de mãe para filho.

Para Coordeiro e Costa (1999), Michalowics e colaboradores (2008), ADA (2010), cabe ao cirurgião dentista, não só realizar a intervenção clínica, bem como, orienta-la sobre a importância da higiene bucal bem conduzida.

Segundo as Diretrizes da ADA (2010) espera-se que tal profissional atue como importante agente em educação em saúde e, dessa forma, contribua com a desmistificação de medos e mitos relacionados à atenção odontológica durante o pré-natal e também a alterações buco dentais, atribuída ao fato de se estar grávida. (CONDATO, 2011)

Quanto à realização de exame radiográfico 16,4% disseram ser contrários à utilização deste tipo de exame em pacientes no período gestacional. Huebner et al (2009), em estudo realizado com CDs do estado do Oregon, dividiu a questão exame radiográfico em duas assertivas. Uma relacionada ao levantamento periapical e outra sobre apenas uma radiografia. Sobre o levantamento periapical obteve os seguintes resultados 60,1% dos entrevistados em hipótese alguma recomendariam este procedimento e 16,8% raramente o fazem. Se tratando de uma única radiografia os CDs mostraram

maior confiança em comparação ao levantamento, onde 37% o fazem raramente e apenas 5,1% jamais recomendariam tal exame.

No estudo de Zanatta et. al (2004) realizado com CDs de Bauru e Londrina, 37,8% contraindicam o uso do Raios-X durante a gravidez. Segundo o mesmo autor, os CDs desconhecem ou desacreditam do fato de que o uso de Raios-X, desde que conscientemente, não oferece dano à saúde do binômio mãe-filho. E completa que não tomar radiografias, quando houver indicação pode levar a um diagnóstico pobre e ao subtratamento, trazendo outros riscos para a gestante e ao bebê.

Neste período, devem-se evitar tomadas radiográficas (BRASIL, 2006). Porém quando necessário, fazê-la tomando as devidas precauções, tais como, o uso de avental de chumbo, protetor de tireoide e filmes de exposição ultrarrápida. (TIRELLI et. al 1999).

Leal (2006) explica o declínio ao uso de radiografias durante a gestação "Na maioria das vezes o que ocorre, é que o cirurgião dentista sabe que o exame radiográfico pode ser realizado, tomando certos cuidados, mas consideram ser essa uma conduta que pode gerar questionamentos e dúvidas entre pacientes e familiares, e muitas vezes, preferem se auto preservar".

Para o quesito procedimentos restauradores foi encontrado que 67,3% dos CDs concordam e 32,7% concordam parcialmente com a execução do mesmo. Huebener et. al (2009), pesquisando as atitudes dos cirurgiões dentistas do Oregon no atendimento a gestantes encontraram os seguintes resultados: 21,8% dos CDs sempre realizam restauração em paciente gestante, 46,3% as vezes, 23,3% raramente 6% nunca e 2,5% não responderam.

O estudo de Lee et. al (2010) revelou que metade dos dentistas pesquisados se mostraram relutantes em realizar serviços de rotina em algum momento durante a gravidez e três quartos deles estavam relutantes em prestar serviços para aliviar dor ou inchaço associado com uma emergência odontológica. Verificaram, também, que mais da metade dos CD participantes de sua pesquisa se negariam a fazer uma restauração de resina composta em qualquer trimestre de gestação e, em uma emergência odontológica, 69,2% não forneceria esse serviço.

No tratamento endodôntico 60% concordaram com restrições, e 32,7% concordam completamente. Contrapondo-se ao estudo de Huebner et. al (2009) onde apenas 8,1 fariam como procedimento de rotina em uma paciente em gestação e 15,9 % nunca fariam.

Quanto a extrações dentarias os pesquisados mostraram-se um tanto receosos, onde 16,4% se negariam a realiza-lo. Este resultado se assemelha

ao encontrado por Huebner et. al (2009) onde 13,3% de seus entrevistados responderam nunca fazê-lo em paciente no período gestacional.

Metade dos CDs entrevistados (50,9%) concordaram com a prática de raspagens periodontais em gestantes, 38,2% concordaram parcialmente. Segundo as diretrizes da ADA (2010), deve-se fornecer profilaxia e tratamento dentário durante toda a gravidez, mas deve dar preferência ao início do segundo trimestre, mas definitivamente antes do parto. O mesmo discurso é encontrado em ZANATTA et.al (2004) que ressaltam que a intervenção odontológica deve ser concentrada no segundo trimestre de gravidez.

Também constatamos que 9,1 % dos CDs discordam da prática deste procedimento durante o período gestacional. Resultado semelhante ao encontrado por Huebner et. al (2009) onde 9,7% dos pesquisados se negariam a realizar tal procedimento neste período. Estes achados se contrapõem a evidencia que a paciente em período gestacional possui maior predisposição a doença periodontal devido a fatores hormonais, sendo o tratamento periodontal não cirúrgico de suma importância, pois a doença periodontal esta ligada ao parto prematuro, nascimento de bebes de baixo peso e natimortos.

Quanto a aplicação tópica de flúor durante o período gestacional 58,2% dos CDs concordaram e 30,9% concordaram parcialmente. Já na prescrição de suplementação de flúor de maneira sistêmica foi encontrado que 58,2% dos CDs discordam e 18,2% nunca receitariam. Confirmado com o estudo de Zanatta et al. onde 87% dos CD entrevistados não recomendam a suplementação de flúor na gravidez.

Ao contrario do se preconizava antigamente, estes suplementos de flúor não são necessários para pacientes que residem em áreas com fluoretação das águas de abastecimento. Embora a aplicação tópica de flúor não seja contraindicada na gravidez, seu efeito será sobre os dentes da mãe, e não sobre os dentes do bebê, ao contrario do que muitos acreditam. (BRASIL, 2011)

De acordo com as orientações do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, procedimentos como exodontias não complicadas, tratamentos periodontal e endodôntico, restaurações dentárias, instalação de próteses e outros tipos de procedimentos devem ser realizados com segurança, de preferência no segundo trimestre. Já os tratamentos seletivos como as reabilitações bucais extensas e as cirurgias mais invasivas podem ser programadas para o período de pós-parto (BRASIL, 2006)

O procedimento de maior resistência entre os CDs entrevistados foi a Cirurgia Periodontal com 27,3% de recusas e 58,2% concordaram parcialmente. Lee et. al (2010), encontraram em seus resultados que 57% não realizariam este procedimento em algum trimestre de gestação e 69,2% não o

realizaria durante uma emergência, tal como um abscesso periodontal ou gengival envolvendo supuração, edema intra-oral e febre.

Sobre a afirmativa “Problemas bucais podem acarretar problemas de desenvolvimento ao feto”: 54,5% dos participantes da pesquisa concordam, 25,5% concordam parcialmente, 12,7% discordam e 7,2% não souberam responder. No estudo de Huebner (2009) 12,2% dos CDs concordam ou concordam parcialmente; 27% neutralizaram sua resposta, 58,8% discordam total ou parcialmente e 2,1% não responderam. Para Zanatta et. al (2004) 43,2% dos dentistas desconheciam a relação entre DP e risco de nascimento prematuro.

Leal (2006) acreditam que a resistência dos CD em atender a essa clientela também está relacionada ao receio de serem responsabilizados, no caso de alguma intercorrência que afete a saúde da mãe ou do bebê, por considerar que a mulher grávida é uma paciente delicada, mais tensa, frágil e vulnerável, só devendo ser manipulada em caso de extrema necessidade.

Sobre a questão terapia medicamentosa durante a gestação 54,5% dos entrevistados responderam prescrever sem receios. O que de fato não seria a melhor alternativa, pois deve se prescrever medicamentos a uma paciente gestante com parcimônia devido a passagem de substâncias por via placentária podendo causar efeitos nocivos ao bebê (KNUPPEL; DRUKKER, 1995)

Outra alternativa versava costume prescrever mas conhecendo seu efeito sobre o feto, que foi a escolha de 25,5% dos CDs participantes da pesquisa e outra somente em situações extremas (12,7%)

É de extrema importância avaliar os possíveis riscos e benefícios da indicação de qualquer substância terapêutica na gravidez, principalmente durante os três primeiros meses (18º ao 60º dia) de gestação, pois neste período ocorre a organogênese. Nesta fase, os órgãos do feto estão em desenvolvimento, sendo considerado um período crítico para a suscetibilidade teratogênica (CARMO; N ITRINI, 2004; ALVES, 1995)

Outros 3,6% somente receitariam algum medicamento a uma paciente grávida com a autorização de um médico obstetra, esquivando-se da responsabilidade sobre sua paciente. A interação entre obstetras e CD deve ser encorajada, permitindo um trabalho mais completo. No entanto, o CD deve ser treinado para fornecer cuidado independente. O obstetra fornece informação adicional sobre o estado de saúde do paciente mas o CD é legalmente responsável por quaisquer intervenções terapêuticas no tratamento de problemas bucais. (ZANATTA et. al, 2004). Este autor também relata que esse tipo de atitude poderia prejudicar o fluxo de pacientes, principalmente em serviços públicos.

Muitas vezes, a falta de conhecimentos e a informação imprecisa ou equivocada acerca das propriedades e do uso de medicamentos determinam decisões errôneas no momento da prescrição medicamentosa.

Quanto a prescrição de drogas analgésicas houve menor receio quanto a prescrição se comparado as outras modalidades de medicamentos. 56,4% concordam com sua prescrição e 43,6 concordam parcialmente.

Analgésicos podem ser administrados à gestante quando necessários, pois são drogas utilizadas no controle da dor e frequentemente produzem menores problemas ao feto do que aqueles produzidos pela dor não controlada. (CANEPELE et. al, 2011)

Para Zanatta et al. (2009) o acetaminofeno foi a primeira escolha de analgésicos para 25 profissionais (67,6%), dipirona para 8 (21,6%) e ácido acetilsalicílico para 1. Três profissionais consideraram consulta prévia com o obstetra da paciente como necessário.

O analgésico mais recomendado por diversos autores é o Paracetamol (FUCHS, 2006; ARMONIA, TORTAMANO, 2001 apud AMADEI, 2011) que pode ser administrado durante toda a gravidez. Na pesquisa de Caneppele et. al (2011) que teve o intuito de testar os conhecimentos de CD quanto ao atendimento de pacientes especiais, este fármaco foi indicado por 84,5% (n=240) dos profissionais como o analgésico de escolha para a gestante. Como segunda opção estudos apontam a Dipirona Sódica (Armonia; Tortamano, 2006 apud Amadei, 2011) mas deve ser usado com parcimônia devido ao risco de agranulocitose (COTRAN, KUMAR, COLLINS, 1999, apud AMADEI, 2011)

Quanto aos anti-inflamatórios neste estudo 63,6% dos dentistas pesquisados concordam parcialmente com a recomendação deste tipo de medicamento durante o período gestacional, diferindo do encontrado por Huebner (2009) onde 66,8% nunca receitariam Aspirina a uma gestante e 51% nunca receitaria Ibuprofeno, um anti-inflamatório não estereoidal.

Segundo Gilman et al (2003) em geral, não se recomenda o uso de qualquer AINE às gestantes. Se for necessária, a utilização destes fármacos durante a gravidez, o ácido acetilsalicílico em pequenas doses é provavelmente o mais seguro. De qualquer modo, o ácido acetilsalicílico e outros AINES devem ser interrompidos antes da época prevista do parto, a fim de evitar complicações como prolongamento do trabalho de parto, maior risco de hemorragia pós-parto e fechamento do canal da artéria intrauterina.

Em relação ao uso de antibióticos, 70,9% concordam mas com restrições e 7,3% discordam de sua prescrição. Para os dentistas pesquisados por Zanatta et. al (2009) penicilina e cefalosporina são a primeira escolha de 78,3% dos profissionais. Seis profissionais somente prescreveriam após

consulta com o obstetra da paciente. Em caso de alergia à penicilina, 56,7% profissionais considerou que a consulta anterior com o obstetra da paciente era necessário.

Os pesquisados por Caneppele et. al (2011) também elegeram a penicilina (65%, n=185) como o antibiótico de escolha para pacientes gestantes. Este autor também cita que a penicilina é o antibiótico mais indicado pela ausência de toxicidade e teratogenicidade e em casos de alergia a indicação e pelo uso das eritromicinas e cefalosporina.

A prescrição de ansiolíticos foi a que apresentou o maior índice de receio quanto à prescrição a paciente gestantes. 36,4% discordaram de sua administração e 7,3% nunca prescreveriam. Para Caneppele et. al, 88% (n=250) dos profissionais disseram não prescrever tranquilizantes para a gestante.

Os tranquilizantes devem ser evitados, pois há evidências sólidas de que estas drogas provocam defeitos de desenvolvimento no feto. (Elias, 1995). O diazepam (Valium) atravessa a placenta e aparece no plasma fetal em concentrações próximas às observadas no plasma materno. Benzodiazepínicos administrados nos dois primeiros trimestres da gravidez estão relacionados à maior ocorrência de lábio leporino, fenda palatina, problemas cardíacos e hérnias inguinais.(CAPPENELLE et al, 2011)

Outra questão polemica no atendimento a gestantes é o uso dos anestésicos locais. Robles et. al (2005), em entrevistas realizadas com mães assistidas na UFSC, citam a fala de uma gestante que não obteve tratamento por não poder receber anestésico, sendo informada erroneamente que este interferiria na saúde do feto, apesar das indicações da literatura recente.

No presente estudo foi encontrado que 30,9% dos CD só se utilizariam deste artifício para o bloqueio da dor em situações extremas, 14,5% somente com a autorização do medico obstetra e 3,6% nunca utilizariam. Huebner et al (2009) encontraram que 25,1% de seus dentistas raramente utilizariam AL e 2,7% nunca utilizariam.

Sobre o uso de vasoconstrictores, encontramos que entre os CDs que se utilizariam de AL, 40% responderam utilizar solução anestésica com vasoconstrictor e 10,9% sem. Diferentemente dos dados levantados por Zanatta et. al (2004), que revelaram um medo perceptível com a prescrição de anestésicos com vasoconstrictores, no qual 68% dos entrevistados não o utilizariam. O estudo relaciona esta restrição ao potencial risco destas substâncias prejudicarem o fluxo sanguíneo uterino e estimular a função cardíaca. Este anseio não encontra base científica, sendo que estudos mais recentes indicam anestésico com vasoconstrictores.

A primeira opção em solução anestésica é a lidocaína 2% com epinefrina (1:100.000). A lidocaína, há mais de 50 anos, é o anestésico local mais empregado em todo o mundo, sendo o anestésico padrão de comparação para todos os anestésicos locais. Apresenta um início de ação (tempo de latência) rápido, em torno de 2 a 3 minutos. Entretanto, devido a sua ação vasodilatadora, a duração da anestesia pulpar é limitada a 5 a 10 minutos. Por este motivo, praticamente não há indicação de lidocaína 2% sem vasoconstritor em Odontologia.(ANDRADE, 2006)

Hoje é sabido que procedimentos preventivos, de rotina e de emergência, são todos possíveis de serem realizados, apenas com algumas modificações e planejamento inicial (LIVINGSTON, DELLINGER, HOLDER, 1998).

Os resultados encontrados nesse estudo corroboram os apresentados na literatura, os quais apontaram, que, apesar do baixo nível de conhecimento em torno deste tema, houve alguma melhora na distribuição de informações sobre este assunto nos últimos anos. Como no trabalho de Vergnes & Sixou, realizado em 2007, que deixa claro que a má saúde bucal materna pode aumentar o risco de complicações da gravidez incluindo parto prematuro, baixo peso ao nascer maior chance do nascimento de natimortos, entre outros.

8 CONCLUSÃO

A importância da atenção à saúde bucal da gestante aparece nos resultados da pesquisa, Entretanto, muitas vezes, as práticas não refletem uma valorização efetiva dessa atenção. Menos da metade da amostra relatou atender habitualmente gestantes, estes dados refletem insegurança em atender no período gestacional.

A partir de nosso recorte específico, o cenário da atenção odontológica à gestante pode constatar que o mito ainda se sobressai em algumas situações sobre a evidência científica. Principalmente quanto a não realização de alguns procedimentos odontológicos durante o período gestacional, e o pensamento de que os CD entrevistados ainda percebem o atendimento odontológico como um fator de risco para o aborto e parto prematuro.

E principalmente notamos que mitos e saberes populares influenciam a prática de cirurgiões dentistas que por sua vez acabam por reforçar tais mitos e tabus, se contrapondo às evidências científicas e fazendo com que a saúde de gestantes e bebês seja prejudicada pela falta de atendimento ou atendimento insuficiente.

Embora a maior parte tenha afirmado que “problemas bucais podem acarretar problemas ao desenvolvimento do feto”, os achados relatam desconhecimento de que a doença periodontal está relacionada a parto prematuro, baixo peso ao nascer e natimortos.

A prescrição de medicamentos no período gestacional é vista com a cautela necessária. Porém ainda apresenta desvios da literatura. O mesmo acontece com a utilização de soluções anestésicas de uso odontológico.

Embora a amostra estudada não seja representativa do número de cirurgiões dentistas que atuam na cidade de Florianópolis, os resultados encontrados nesse estudo corroboram aqueles da literatura, evidenciando que o preparo adequado dos profissionais, contribui para a atenção bucal do binômio mãe e filho. Da mesma forma, a segurança e preparo do profissional ao atender a gestante transmite confiança reduzindo sua ansiedade e medo durante o tratamento e a longo prazo desmistificando os mitos e preconceitos em relação ao atendimento odontológico no período gestacional.

Cabe ressaltar que, devido ao curto período desta pesquisa e ao pequeno número da amostra, sugere-se que novos estudos sejam realizados, abrangendo uma maior parcela da população de cirurgiões dentistas atuantes

em Florianópolis, bem como, abordando aspectos relacionados ao ensino da odontologia nos cursos de odontologia do Brasil.

9 REFERENCIAS

ANDRADE, E.D. Terapêutica medicamentosa em odontologia. 2a. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2006.

ABBAS, A.E. LESTERA, S.J. CONNOLLY, H. Pregnancy and the Cardiovascular System. **Int. J. Cardiol.** Amsterdam, v.98, p.179–189, 2005.

ALBUQUERQUE, O.M. ABEGG, C. RODRIGUES, C.S. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.20, n. 3, p.789-96, 2004.

AL-HABASHNEH, R ;ALJUNDI, SH ;ALWAELI, HA . Levantamento de atitudes dos médicos e conhecimento da associação entre saúde bucal e os resultados da gravidez. **Int J Dent Hyg.** Amsterdam, v.6, n. 3, p. 214-20, agosto, 2008.

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. ADA. Position Statement on Early Childhood Caries, 2000. 2000. Retrieved July 11, 2008. disponível em: <<http://www.ada.org/prof/resources/positions/statements/caries.asp>.>

ARMONIA PL, TORTAMANO N. **Como prescrever em odontologia.** 7ª ed. São Paulo: Santos. p.167. 2006.

BARBIERI MA, SILVA AAM, BETTIOL H, GOMES AU. Fatores de risco para a tendência ascendente do baixo peso ao nascer em nascidos vivos de parto vaginal no Sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo v.39 n.5. Oct. 2000.

BARROS, BM; MONTEIRO, B; MOLITERNO, LF. Seria a doença periodontal um novo fator de risco para o nascimento de bebês prematuros com baixo peso? **Rev Bras Odontolol.** Rio de Janeiro, v.58, n.4 , p. 256-60,Jul-Ago, 2001.

BERND B, SOUZA CB, LOPES CB, FILHO FM, LISBÔA IC, CURRA LC et al. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso de grávidas de Valão. **Saúde debate.**;v34. p.:33-9. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária Atenção à saúde da gestante em APS / organização de Maria. 2011

BRAZ,G; CAMPOS MACHADO, F.C; OLIVEIRA, AS; OTENIO, CCM; Alves R.T; Ribeiro RA. A experiência de um programa de atenção à saúde bucal no

atendimento às gestantes. **HU Revista**. Juiz de Fora, v. 36, n. 4, p. 324-332, out./dez. 2010

BATTELLINO LJ, BENNUN FR. Nivel de información y conducta farmacoterapéutica de los odontólogos, 1990. **Rev Saúde Pública**. v 27,n.4,p.291-9. 1993.

CANEPPELE, M. F. YAMAMOTO, E.C. SOUZA, A.C., VALERA, M.C. DE ARAÚJO, M.A.M. Knowledge of Dentists about attending special patients: hypertensive, diabetic and pregnant patients. **Journal of Bi dentistry and Biomaterials - Universidade Ibirapuera**. São Paulo,v.20, n. 1, p. 42-48, mar./ago. 2011

CARMO TA, NITRINI SAOO. Prescrições de medicamentos para gestantes: um estudo farmacoepidemiológico. *Cad Saúde Pública*.v. 20,n.4, p.1004-13. 2004;

CATARI, R.F.Z; ANDRADE, S.M; IWAKURA, M.L.H. CONHECIMENTOS, PRÁTICAS E ACESSO A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DURANTE A GRAVIDEZ. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v. 10, n.1, p. 16-24, dez. 2008.

CASAMASSIMO, P. S. Maternal oral health. **Dent. Clin. North. Am.** Philadelphia, v.45, n.3, p. 469-478, Jul. 2001.

CHIODO, G. T.; ROSENSTEIN, D. I. DENTAL treatment during pregnancy: a preventive approach. *J. Am. Dent. Assoc.* Chicago, v. 110, n. 3, p. 365-368, Mar. 1985.

CODATO, L. A. B.; NAKAMA, L.; CORDONI JUNIOR, L.; HIGASI, M. S. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]., v.16, n.4, p. 2297-2301. ISSN 1413-8123. 2011.

CODATO LAB, NAKAMA L, MELCHIOR R. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Cienc Saúde Colet**.n 13v.3 p.:1075-80. 2008

CORDEIRO ,CC; COSTA, LCS. Prevenção odontológica associada às alterações hormonais. **Rev Bras Odontol**. Rio de Janeiro, v. 56, n. 5, p. 255-6, Set-Out, 1999.

COSTA IC. Atenção odontológica na triangulação médico-dentista-paciente: os (des)caminhos desse cotidiano [Dissertação de Doutorado]. São Paulo: Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Araçatuba, UNESP, 2000.

COSTA IC, SALIBA O, MOREIRA, AS. Atenção odontológica à gestante na concepção médico-dentista-paciente: representações sociais dessa interação. **RPG Rev Pos-Grad**. v.9 n.3:p.232-43. 2002.

COTRAN RS, KUMAR V, COLLINS T. **Leucócitos, linfonodos, baço e timo**. In: **Robbins Patologia estrutural e funcional**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p.580-625.

COZZUPOLI CA. **Odontologia na gravidez**. São Paulo: Paramed Editorial, 1981.

DUALIBI, S.E.; DUALIBI, M. I. A odontologia para a gestante. **Rev Paul Odont**. São Paulo, v. 7, n. 5, p. 12-36, set./out. 1985.

ELIADE, M. **Aspectos do Mito**. Lisboa, Edições 70, 1963.

ELIAS, R.A. Pacientes especiais: interação medicamentosa na gravidez. **Rev.Bras odontol.**,v.52, n.5, p.18-20. 1995.

ELIAS R, FIGUEREDO MA, YURGUEL L. Atendimento estomatológico em gestantes -verdades e mitos. **Rev. ABO Nac**. São Paulo, v.11, n. 6, p. 333-4, mar, 2003/04

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. Obra em Fascículos encartados na Folha de São Paulo de outubro de 1994 a fevereiro de 1995. Folha de São Paulo. São Paulo, Nova Fronteira, 1995.

FERRERO, S.; COLOMBO, B.M.; RAGNI, N. Maternal Arrhythmias During Pregnancy. **Arch. Gynecol.Obstet**. München, v.269, n.4 p.244–253, Mai, 2004.

FIESE R, HERZOG S. Issues in dental and surgical management of the pregnant patient. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**.v. 65,n.3, p.:292-7. 1988.

FINKLER, M; OLEINISKI, D. M. B; RAMOS, F. R. S. Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representações sociais com gestantes/ Pregnancy and oral health: a social representation study. **Texto & contexto enferm**. Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 360-368, jul.-set. 2004.

FREIRE, T. B. et al. Avaliação do conhecimento do cirurgião-dentista na atenção odontológica à gestante. **Pesqui. Odontol. Bras**. São Paulo, v. 15, p. 62, 2001. Suplemento.

FUCHS F.D, WANNMACHER L, FERREIRA M.B.C. **Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional**. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

GAFFIELD, M. L. et al. Oral health during pregnancy: an analysis of information collected by the pregnancy risk assessment monitoring system. **J. Am. Dent. Assoc**. Chicago, v. 132, n.7, p. 1009-1016, Jul. 2001.

GILMAN, A.G. HARDMAN, J.G. LIMBIRD, L.E. Goodman & Gilman: as bases farmacológicas da terapêutica. 10ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill. p.1647. 2003.

HUEBNER CE, MILGROM P, CONRAD D, LEE RSY. Providing dental care to pregnant patients: a survey of Oregon general dentists. **J. Am. Dent Assoc**. Chicago, v. 140, n. 2, p. 211–222, feb., 2009.

HORITA,C.M.M; MUKAI, C.S, CAMPEDELLI, F; PIZZOCOLO, F.N; ROSA, M.E.C; DJEHIZIANN,V.S; VOKURKA V.L; SANTOS, W.T. **Manual do Pré-Natal Odontológico & Prática da Odontologia para Bebês**, , s/l, s/d.

KNUPPEL RA, DRUKKER JE. Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

LASCALA, NT & MOUSSALLI NH .periodontia clinica. **Artes médicas**. Porto Alegre, V. 15:225 P LVIII(2): 68-73.1980.

LEAL, N.P; JANNOTTI,C.B Saúde bucal da gestante: conhecimentos, práticas e representações do médico, do dentista e da paciente. INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER. Rio de Janeiro, 2006.

LEE, R S-Y. MILGROM P. HUEBNER C.E. CONRAD D.A. Dentists' Perceptions of Barriers to Providing Dental Care to Pregnant Women. **Womens Health Issues**. Oregon. v 20. n. 5: p.359– 365 set. 2010.

LENZ, L. M. FLORES, R. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011.

LIVINGSTON, H. M.; DELLINGER, T. M.; HOLDER, R. Considerations in the management of the pregnant patient. **Spec. Care Dentist**. São Francisco, v. 18, n. 5, p. 183-188, Sep-Oct. 1998.

MACHUCA, G. et al. The influence of general health and socio-cultural variables on the periodontal condition of pregnant women. **J. Periodontol. Chicago**, v. 70, n. 7, p. 779-785, Jul. 1999.

MICHALOWICZ, B.S, DIANGELIS, A.J, NOVAK, M.J, BUCHANAN,W.B, PAPAPANOU, P.N, MITCHELL, D, CURRAN, A.E, LUPO,V.R, FERGUSON, J.E, BOFILL, J, MATSEOANE, S, DEINARD, A.S, ROGERS,T.B. Examining the Safety of Dental Treatment in Pregnant Women. **J. Amer. Dent. Assoc**. Chicago, v. 139, n. 6, p. 685-695, June 2008.

MASSONI, A.C; FERREIRA, J.M.S; SILVA, F.D.S.C.M; CARVALHO, L.F.P.C; DUARTE, R.C. Conhecimento de gestantes sobre saúde bucal dos bebês. **Revista Bras. de Ciências da Saúde**. V.13. n1.p.41,47. 2009.

MEADOWS M. Pregnancy and drug dilemma. FDA consume [acesso em 4 de janeiro de 2013]. Disponível em: <http://www.fda.gov/fdac/features/2001/301_preg.html>.

NARVAI, P.C. Saúde bucal da gestante. **RGO**. Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 243-49, jul, 1984.

NAVARRO, P.S.L. CHIMENTÃO, L.K. FERNANDES, K.B.P. Conduta dos cirurgiões-dentistas de Londrina a respeito do atendimento odontológico durante a gestação. In: V Encontro Nacional de Odontologia para Bebês, 2004, Londrina – PR. Anais do V Encontro Nacional de Odontologia para Bebês.

NAVARRO, P.S.L.; FERNANDES, K.B.P. Conduta dos ginecologistas-obstetras de Londrina a respeito da intervenção odontológica durante a gestação. In: VII Encontro de Atividades Científicas, UNOPAR, 2004, Londrina – PR. Anais do VII Encontro de Atividades Científicas da UNOPAR.

NEVILLE, B.W. DAMM, D.D. ALLEN, C.M. BOUQUOT, J.E. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

OFFENBACHER, S. et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. **J. Periodontol**. Chicago, v. 67, n. 10, p. 1103-1113, Oct. 1996.

ROBLES, A. C. C.. Atitude e percepção sobre saúde bucal de mães de crianças atendidas na Clínica de Odontopediatria da UFSC. 2005. 76p. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria). Programa de pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROMERO, R.M. CÁRDENAS, M.C. RIOS, J.F. CANELAS, C.E. MARTINEZ. Actitudes que influyen em la demanda de servicios odontológicos durante la gestación. **Revista ADM**, Local, v. 58, n. 2, p. 68-73, mes, 2001.

ROSELL, F. L.; MONTANDON-POMPEU, A. A.; VALSECKI JUNIOR, A. Simplified periodontal record for pregnant women. **Rev. Saúde pública**, v. 33, n. 2, p. 157-62, Apr. 1999.

SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. B. S. Atenção odontológica na gravidez: uma revisão. **Rev. Fac. Odontol. UFBA**. Salvador, v. 18, n.6 p. 46-52, jan./jun. 1999.

SCAVUZZI, A. I. F. ROCHA, M. C. B. S. VIANNA, M. I. P. Percepção sobre atenção odontológica na gravidez. **J. Bras. Odontoped. Odont. Bebê**. Curitiba, v. 1, n. 4, p. 43-50, out./dez. 1998.

SIGLE, J. Managing the pregnant dental patient. **Dent Assist**.v. 66, n.6, p. 7-9, Nov-Dez, 1997.

SILVA-SOUZA, Y.T.C. COELHO, C.M.P, BRENTGANI, L.G. VIEIRA, M.L.S.O. OLIVEIRA, M.L. Clinical and histological evaluation of granuloma gravidarum: case report. **Braz Dent J**. Local, v. 11, , p. 135 , 2000.

STRAFFORD KE, SHELLHAAS C, HADE EM. Provider and patient perceptions about dental care during pregnancy. *Journal of Maternal and Fetal Neonatal Medicine*. v.21 n.1. p.63–71. 2008

TILAKARATNE, A. et al. Periodontal disease status during pregnancy and 3 months postpartum, in a rural population of Sri-Lankan women. **J. Clin. Periodontol**. Copenhagen, v. 27, n. 10, p. 787-792, Oct. 2000.

TIRELLI, M.C. Conhecimentos atitudes e práticas dos médicos ginecologistas e obstetras em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico de pacientes gestantes [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Pós-Graduação em Odontologia, Universidade de São Paulo; 2004.

TIRELLI, M.C. ARMONIA, P.L. TORTAMANO, N. SIMONE, J.L. Odontologia e gravidez: período mais indicado para um tratamento odontológico programado em pacientes gestantes. **Rev Odontol Univers St Amaro**. São Paulo v. 4, n. 1, p. 26-9, maio, 1999.

TORTAMANO, N. ARMONIA, P. L. Anestésicos locais. In: TORTAMANO, N.; ARMONIA, P.L. **Guia terapêutico odontológico**. 14. Ed. São Paulo: Santos. Cap. 4, p. 30-41. 2001.

TORRES, I. A. ANDRADE, M.G.N. Cuidados primários odontológicos durante o período gestacional. **Rev. CCS**. Florianópolis, v. 6, n. 4, p. 48-51, 1984.

VERGES, J. N; SIXOU, M. Reterm low birth weight and maternal periodontal status: a meta-analysis. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**. Oregon, v 196, n. 2, p. 1-135, Feb, 2007.

ZANATA, R.L; FERNANDES, K.B.P; NAVARRO, P.S.L. Prenatal Dental Care: Evaluation of Professional Knowledge of Obstetricians and Dentists in the Cities of Londrina/Pr and Bauru/Sp, Brazil, 2004. **J Appl Oral Sci**. São Paulo; v 16, n.3, p.194-200, May-Jun, 2008.

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
PROJETO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Este questionário faz parte de um projeto de pesquisa que tem como objetivo avaliar a atitude dos cirurgiões dentistas no atendimento odontológico a gestante. A sua participação é voluntária, sendo garantido o sigilo que defenda a sua privacidade, pois você não será identificado. Os resultados obtidos nesta pesquisa serão divulgados através de publicações e apresentações científicas. A sua colaboração é de suma importância. Muito obrigado por participar.

Questionário: assinalar com um X apenas uma alternativa.

Tempo de formado em anos completos (Ex. 2 anos e 8 meses = 2 anos)

() _____

Sexo: (0) M (1) F

Prática Odontológica: (0) Generalista (1) Especialista

QUESTIONÁRIO

1. Presta atendimento no:

(0) setor público (1) setor privado (2) público e privado

2. Costuma prestar atendimento odontológico a gestante?

(0) Habitualmente

(1) Somente para casos de urgência

(2) Somente com autorização do médico obstetra

(3) Nunca

3. Quanto ao período gestacional, costuma atender:

(0) Somente no primeiro trimestre

(1) Somente no segundo trimestre

(2) Somente no terceiro trimestre

(3) Em todos os trimestres

(4) Costumo postergar para após o parto

(5) Nunca atendo

4. Sente algum tipo de receio ou preocupação ao atender pacientes gestantes?

(0) Sim (1) Não (2) Não sei

5. Em caso afirmativo, qual seu principal receio?

(0) Aborto

(1) Parto Prematuro

(2) Desmaios

(3) Má formação fetal

(4) Outro _____

6. Em relação a indicação dos procedimentos odontológicos abaixo relacionados, em pacientes gestantes, é adequado realizar:

6.1 Orientações sobre saúde bucal para a gestante:

(0) Concordo (1) Concordo parcialmente (2) Discordo (3) Não sei

6.2 Exame clínico:

(0) Concordo (1) Concordo parcialmente (2) Discordo (3) Não sei

6.3 Exame Radiográfico:

(0) Concordo (1) Concordo parcialmente (2) Discordo (3) Não sei

6.4 Orientações sobre saúde bucal do bebê:

(0) Concordo (1) Concordo parcialmente (2) Discordo (3) Não sei

6.5 Procedimentos restauradores:

(0) Concordo (1) Concordo parcialmente (2) Discordo (3) Não sei

6.6 Tratamento endodôntico:

(0) Concordo (1) Concordo parcialmente (2) Discordo (3) Não sei

6.7 Extrações dentárias:

(0) Concordo (1) Concordo parcialmente (2) Discordo (3) Não sei

6.8 Raspagens e alisamento periodontal:

(0) Concordo (1) Concordo parcialmente (2) Discordo (3) Não sei

6.9 Aplicação tópica de Flúor:

(0) Concordo (1) Concordo parcialmente (2) Discordo (3) Não sei

6.10 Moldagens, confecção e instalação de próteses:

(0) Concordo (1) Concordo parcialmente (2) Discordo (3) Não sei

6.11 Cirurgia Periodontal:

(0) Concordo (1) Concordo parcialmente (2) Discordo (3) Não sei

7. Sobre a afirmativa: “Problemas bucais podem acarretar problemas de desenvolvimento ao feto”:

(0) Concordo (1) Concordo parcialmente (2) Discordo (3) Não sei

8. Costuma prescrever medicamentos a pacientes gestantes?

(0) Sim, sem receios

(1) Sim, conhecendo seu efeito sobre o feto

(2) Somente em situações extremas

(3) Somente com autorização do médico obstetra

(4) Nunca prescrevo

9. De acordo com a necessidade, o Sr(a) qual sua opinião quanto a prescrição dos seguintes medicamentos no período gestacional:

9.1 analgésicos:

(0) Concordo (1) Concordo parcialmente (2) Discordo (3) Nunca

9.2 antiinflamatórios:

(0) Concordo (1) Concordo parcialmente (2) Discordo (3) Nunca

9.3 antibióticos:

(0) Concordo (1) Concordo parcialmente (2) Discordo (3) Nunca

9.4 ansiolíticos:

(0) Concordo (1) Concordo parcialmente (2) Discordo (3) Nunca

9.5 flúor sistêmico :

(0) Concordo (1) Concordo parcialmente (2) Discordo (3) Nunca

10. Costuma utilizar anestesia odontológica em gestantes:

(0) Sim, com vasoconstritor

(1) Sim, sem vasoconstritor

(2) Somente em situações extremas

(3) Somente com autorização do médico obstetra

(4) Nunca utilizo

APÊNDICE B

CARTA CONVITE

Eu, Sarah Meneghel Olivo, aluna do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação da Profa. Dra. Inês Beatriz da Silva Rath, estou convidando-o(a) a participar de um estudo denominado **Atendimento odontológico a gestantes: Mitos e Preconceitos por parte dos Cirurgiões Dentistas**, cujos objetivos e justificativas são: verificar a conduta dos cirurgiões dentistas em relação ao atendimento odontológico a gestante e quais são seus receios e preconceitos em relação a este tipo de atendimento. O seu aceite está vinculado à resposta e envio do questionário. Será garantido sigilo quanto as informações prestadas, quanto à identificação do participante e o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da sua participação, através do telefone 99517811 ou via e-mail: sarah.olivo@hotmail.com. Todos os dados coletados serão de uso exclusivo para esta pesquisa.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu _____, recebi todas as informações sobre a pesquisa intitulada ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO A GESTANTE – MITOS E PRECONCEITOS, a ser realizada pela acadêmica Sarah Meneghel Olivo e que minha participação no referido estudo será no sentido de responder ao questionário auto-aplicado. **Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.** Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar.

Florianópolis, ____ de _____ de 2013.

(nome e assinatura do pesquisado)

(nome e assinatura do pesquisador responsável)