

# Conhecimento e atitudes dos médicos ginecologistas/obstetras a respeito da saúde bucal da gestante

*Knowledge and attitudes of gynecological/obstetric physicians in relation to the oral health of pregnant women*

Silvana Marchiori de Araújo\*  
Cristine dos Santos Pohlmann\*\*  
Vanessa Gonçalves Reis\*\*

## Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento e atitudes dos médicos ginecologista-obstetras em relação à saúde bucal da gestante. A amostra foi composta por 83 médicos ginecologista-obstetras de Santa Catarina, cadastrados na Unimed dos principais municípios do litoral e Vale do Itajaí, regiões Norte e Oeste, que responderam a um questionário, contendo dez perguntas abertas e fechadas. Os dados coletados foram organizados em figuras por meio de frequência relativa. Somente 44,6% receberam informações sobre saúde bucal por meio do curso de residência médica; 97,6% acreditam que a gestação possa determinar alterações bucais, entre as quais a mais citada foi gengivite (92,8%); 78,3% acreditam que possa haver relação das condições bucais maternas e possibilidade de parto prematuro e baixo peso do bebê, no entanto apenas 51,8% orientam sempre suas pacientes à consulta odontológica; 62,6% afirmam não haver contraindicação de tratamento odontológico durante a gestação; 51,8% afirmam que a dieta da gestante pode influenciar no paladar do bebê e 85,5% orientam quanto ao consumo de sacarose. Quanto à prescrição de suplemento de flúor, 25,3% o fazem sempre e 33,7%, às vezes. Os resultados mostraram que a população de médicos envolvidos neste estudo necessita de informações atuais com embasamento científico a respeito de alguns tópicos referentes à saúde bucal da gestante. Uma maior inserção do cirurgião-dentista na equipe que atua nos programas de pré-natal se faz necessária. O conhecimento básico sobre saúde bucal tanto em nível de graduação como de pós-graduação seria de grande valor na formação dos profissionais da saúde que atuam no atendimento pré-natal para que se tenha uma abordagem integral da saúde da gestante.

Palavras-chave: Gravidez. Obstetrícia. Saúde bucal. Conhecimento. Prática.

## Introdução

Uma abordagem multiprofissional é um princípio fundamental da promoção da saúde, pois profissionais de diferentes áreas trabalhando em conjunto podem influenciar nos determinantes de saúde. A utilização de medidas preventivas desde os primeiros anos de vida auxilia no desenvolvimento de hábitos saudáveis que contribuem para a manutenção da saúde bucal dos indivíduos. Deste modo, a atenção à saúde bucal implica uma atuação concomitante sobre todos os determinantes do processo saúde-doença bucal.

A gravidez se destaca dos demais períodos do ciclo vital pelo fato de que, nesta fase, muito mais do que nas demais, há uma acentuada interdependência. Durante o período gestacional, a mãe e a criança apresentam um íntimo e inseparável relacionamento. Portanto, a saúde física e mental da mãe antes e durante a gestação tem um profundo efeito no estado de saúde do seu filho nos períodos pré e pós-parto. No período de gestação a mulher se mostra psicologicamente receptiva a adquirir novos conhecimentos e a mudar padrões que, provavelmente, terão influência no desenvolvimento da saúde do bebê. A assistência pré-natal permitirá melhores condições de vida tanto para a mãe como para a futura criança. Os conhecimentos sobre promoção da saúde que são repassados à gestante influenciam de modo positivo na formação de hábitos saudáveis desde a infância<sup>1</sup>.

\* Doutora em Odontopediatria, professora das disciplinas de Odontopediatria e Clínica Integrada Materno Infantil, pesquisadora do Grupo de Pesquisa Atenção à Saúde Individual e Coletiva da Univali - SC.

\*\* Acadêmicas do curso de Odontologia da Univali - SC.

É importante que no pré-natal sejam incluídas as orientações sobre saúde bucal. Como ainda é pequena a participação do cirurgião-dentista durante essa fase, é necessário que os médicos obstetras estejam capazes de orientar e motivar as futuras mães a cuidarem de sua saúde bucal, assim como da de seus futuros filhos. Segundo Maeda et al.<sup>2</sup> (2005), as gestantes estariam mais assistidas na parte odontológica se o médico ginecologista-obstetra as orientasse e encaminhasse, cumprindo, assim, seu papel como promotor de saúde.

O atendimento às necessidades e cuidados odontológicos durante a gestação, realizado de forma consciente por parte do profissional, permite a manutenção da saúde integral da paciente e, conseqüentemente, de seu bebê, minimizando os riscos de transmissibilidade de microrganismos bucais patogênicos e transformando a mãe em agente educador ativo, promovendo, assim, a prevenção primária em sua totalidade<sup>3</sup>.

Com base nesses pressupostos, foi conduzida uma pesquisa junto aos médicos ginecologista-obstetras cadastrados na Unimed dos principais municípios do Litoral e Vale do Itajaí, regiões Norte e Oeste, de acordo com o *site* do governo do estado de Santa Catarina, com o objetivo de avaliar o conhecimento e as atitudes desses profissionais em relação à saúde bucal da gestante.

## Materiais e método

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da Univali, segundo parecer nº 470/07.

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva do tipo transversal. Os dados são do tipo primário, coletados por meio de um questionário, que foi enviado pelo correio aos participantes da pesquisa no período de outubro a novembro de 2007. Do instrumento constavam dez perguntas dos tipos “abertas” e “fechadas”, tendo sido elaborada com base no estudo de Feldens et al.<sup>4</sup> (2005).

A população-alvo da pesquisa foi constituída por médicos ginecologista-obstetras de Santa Catarina

cadastrados na Unimed dos principais municípios do Litoral e Vale do Itajaí, regiões Norte e Oeste, de acordo com o *site* do governo do estado de Santa Catarina.

A partir da população-alvo foi constituída uma amostra não probabilística. Os dados foram tabulados e organizados em gráficos e expressos em frequência relativa.

## Resultados e discussão

Foram enviados 310 questionários, dos quais 83 (26,7%) foram respondidos e constituem a amostra do presente estudo. Os demais questionários foram considerados perdidos, pois os médicos se recusaram a responder por motivos não relatados ou não estavam mais atuando como obstetras.

O questionário foi composto por oito perguntas referentes ao conhecimento dos médicos sobre saúde bucal da gestante. A primeira pergunta referia-se ao recebimento de informações sobre saúde bucal no curso de residência médica. Dos 83 médicos participantes da pesquisa, 44,6% receberam informações e 55,4% não receberam nenhuma informação (Tab. 1). Da mesma forma, no estudo de Menoli e Frosard<sup>5</sup> (1997), a maioria dos médicos ginecologista-obstetras afirmou não ter recebido qualquer tipo de orientação sobre saúde bucal em sua graduação ou pós-graduação.

Na pesquisa de Maeda et al.<sup>2</sup> (2005), 60,87% dos médicos ginecologista-obstetras participantes de sua pesquisa afirmaram terem recebido informações sobre saúde bucal por meio da residência médica. No entanto, os autores observaram que a população de médicos ginecologista-obstetras participantes da pesquisa possuía poucos conhecimentos sobre saúde bucal e que estes não são aplicados durante as consultas. Segundo os autores, a população de gestantes estaria bem mais assistida na parte odontológica se o médico ginecologista-obstetra as orientasse e encaminhasse à consulta odontológica, já que é o primeiro profissional a ter contato com a gestante, cumprindo, assim, seu papel como promotor de saúde.

Tabela 1 - Distribuição da frequência relativa das respostas dos médicos para as questões 1, 2, 5, 6, 7

Perguntas	Sim %	Não %	Eventualmente %	Não sabe %	Total %
Recebeu informações sobre saúde bucal?	44,6	55,4			100
Orienta a gestante para consulta odontológica?	51,8	12,0	36,2		100
Acredita que as condições bucais maternas têm relação com a possibilidade de parto prematuro e baixo peso do bebê?	78,3	20,5		1,2	100
A dieta materna durante a gestação pode influenciar o futuro paladar do bebê?	51,8	47,0		1,2	100
Costuma dar orientações quanto ao consumo de sacarose?	85,5	14,5			100

A segunda pergunta questionou se os médicos orientam as gestantes para a consulta odontológica. Dos médicos consultados, 51,8% orientam suas pacientes para uma consulta ao cirurgião-dentista durante o pré-natal, 12,0% não orientam e 36,2% eventualmente fazem esta orientação (Tab. 1). Menoli e Frossard<sup>5</sup> (1997) constataram em sua pesquisa que 68,1% dos profissionais entrevistados encaminham suas pacientes grávidas ao dentista assim que relatam algum problema; 46,4% dos médicos recomendam avaliação com o cirurgião-dentista quando eles próprios percebem algum problema; 5,8% não encaminham a gestante para supervisão odontológica e 5,8% utilizam esse procedimento como rotina.

Para 89,19% dos médicos participantes do estudo de Maeda et al.<sup>2</sup> (2005), o atendimento odontológico durante o segundo trimestre da gestação é seguro, porém apenas 35,14% encaminham sempre as suas pacientes para atendimento odontológico e 62,16% o fazem eventualmente. Tirelli<sup>6</sup> (2004), numa pesquisa com 170 gestantes, observou que a maioria das mulheres chega à gravidez com limitados conhecimentos sobre saúde bucal e que a maioria delas não recebe orientações sobre o assunto durante o pré-natal. Também Martins e Martins<sup>7</sup> (2002) afirmam que as gestantes demonstram carência de orientação quanto à questão de saúde bucal. Num estudo de Zuanon et al.<sup>8</sup> (2008) com o objetivo de avaliar o conhecimento de gestantes sobre o atendimento odontológico, os autores observaram que elas ainda desconhecem conceitos fundamentais para a efetiva promoção da saúde bucal.

A importância da atenção à saúde bucal da gestante aparece nos discursos de muitos médicos, dentistas e pacientes entrevistados. Entretanto, muitas vezes suas práticas não refletem uma valorização efetiva dessa atenção. Os médicos do pré-natal não costumam incluir rotineiramente na anamnese questões referentes à saúde bucal e, nem fazem inspeção visual da cavidade bucal da gestante. Em geral, eles encaminham ou orientam suas pacientes a procurar o cirurgião-dentista quando, por iniciativa própria, elas apresentam alguma queixa. Alguns médicos percebem que, cada vez mais, as gestantes começam a cobrar deles encaminhamento para o tratamento dentário<sup>9</sup>.

A validade do pré-natal é inquestionável tanto para a mãe como para o bebê, devendo ser incluídas orientações sobre saúde bucal com o objetivo de desmistificar as crenças populares e abolir os mitos relacionados ao tratamento odontológico durante a gestação<sup>1,10</sup>.

No período de gestação a mulher se mostra psicologicamente receptiva a adquirir novos conhecimentos e a mudar padrões que, provavelmente, terão influência no desenvolvimento da saúde do bebê. A educação para a saúde deveria ser exercida pela equipe pré-natal, composta por médicos (ginecologista, pediatra), enfermeira, cirurgião-dentista, assistente social e fonoaudióloga, por meio de acom-

panhamento integrado e sequencial nos vários níveis de atenção à saúde<sup>1,2,7</sup>. Hanna et al.<sup>11</sup> (2007) relatam a necessidade de interação entre médico ginecologista, médico pediatra e odontopediatra para que seja instituído no atendimento à gestante um programa educador, levando mais informações para que ocorra a conscientização desta.

A terceira pergunta do instrumento aplicado referiu-se aos procedimentos odontológicos que seriam contraindicados durante a gestação. Um percentual de 62,6% dos médicos acreditam que nenhum procedimento está contraindicado e 37,3% apontaram algum procedimento contraindicado; dentre esses, o mais frequente foi o exame radiográfico, com 25,3%, seguido da exodontia (6,0%) e anestesia (3,6%). Dentre os outros procedimentos, foram relatados implantes e cirurgias maiores (Fig. 1). Resultados semelhantes foram encontrados por Feldens et al.<sup>4</sup> (2005), os quais relatam que a maioria dos médicos obstetras não acredita na existência de procedimentos odontológicos contraindicados na gestação. Quanto àqueles que acreditam em algum procedimento contraindicado, fizeram referência a exames radiográficos e exodontias. Conforme estudos de Leal<sup>9</sup> (2006), os obstetras consideram o tratamento odontológico seguro sob certas condições: restrições e cuidados quanto ao uso dos raios X e do anestésico. Tirelli<sup>6</sup> (2004) também encontrou um percentual de 97,06% de médicos que consideram seguro esse tipo de intervenção e 85,29%, a realização do exame radiográfico odontológico nesse período.

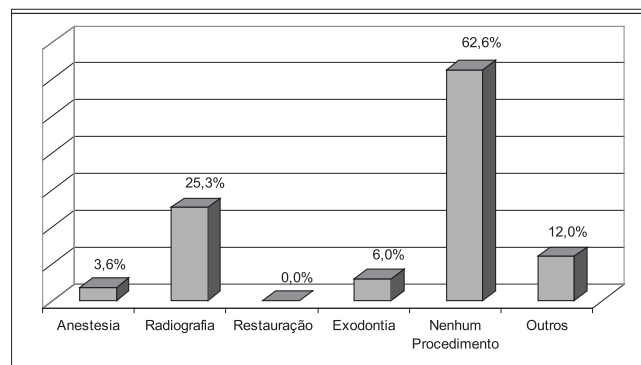


Figura 1 - Distribuição da frequência relativa dos procedimentos odontológicos contra-indicados durante a gestação de acordo com os médicos ginecologista-obstetras participantes da pesquisa

A gravidez não contraindica o tratamento odontológico. Todo procedimento odontológico essencial pode ser feito durante a gravidez, de preferência durante o segundo trimestre. Devem ser consideradas em caráter de urgência, independentemente do período gestacional, as intervenções que tenham por objetivo remover a dor e focos de infecção, que podem ser prejudiciais à mãe, ao feto em desenvolvimento e ao recém-nascido<sup>6</sup>.

A quarta questão referia-se a alterações bucais associadas à gestação. Dos 83 médicos, 2,4% acre-

ditam que a gestante não apresenta alterações bucais associadas à gestação e 97,6%, que a gravidez pode determinar alterações bucais. Na Figura 2 observa-se que os 81 médicos que responderam “sim” passam a ser 100% da amostra para fins da distribuição da frequência relativa das alterações bucais que podem ocorrer durante a gestação, segundo os médicos pesquisados.

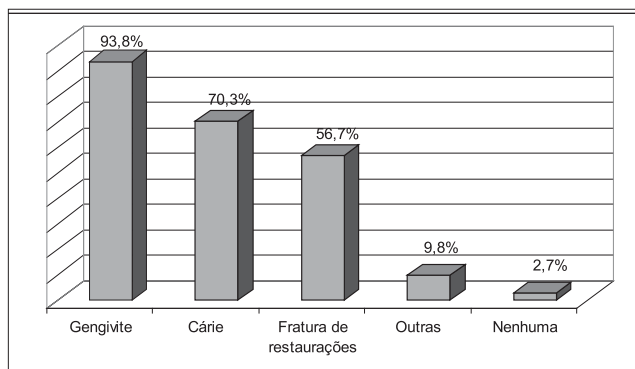


Figura 2 - Distribuição da frequência relativa das alterações bucais que podem ocorrer durante a gestação de acordo com os médicos ginecologistas-obstetras participantes da pesquisa

Os 81 médicos que acreditam que a gravidez pode determinar alterações bucais na gestante apontaram com maior frequência gengivites, com 93,8%, e cáries, com 70,3% das respostas, seguidas de fratura de restaurações, com 56,7%. Resultados semelhantes foram encontrados por Menoli e Frosard<sup>5</sup> (1997), em cujo estudo 95,6% dos médicos entrevistados consideraram a probabilidade de adquirir cárie e/ou ter doença periodontal aumentada durante a gestação. Também no estudo de Feldens et al.<sup>4</sup> (2005) relatou-se que as alterações bucais mais citadas foram gengivite e fratura de restaurações.

Durante a gravidez, com muita frequência, tem-se relatado mudanças no aspecto gengival das pacientes, com uma tendência ao agravamento da gengivite, tornando-se mais perceptível em razão da presença de irritantes locais. Tais mudanças, como hiperemia, edema e sangramento gengival, estão relacionados a fatores como deficiências nutricionais, altos níveis hormonais, presença de placa bacteriana, assim como ao estado transitório de imunodepressão<sup>3</sup>. As principais alterações bucais atribuíveis à gravidez relacionam-se ao aumento da vascularização dos tecidos gengivais e à resposta exacerbada do periodonto aos fatores irritantes locais, com elevada incidência de doença periodontal<sup>1,6</sup>. Complementando, Tiveron et al.<sup>12</sup> (2004) afirmam que a capacidade estomacal diminui enquanto a gravidez avança, de tal modo que muitas vezes as futuras mães se alimentam com mais frequência, deste modo expondo, assim, seus dentes a ambientes ácidos.

Embora algumas mulheres sofram aumento do número de lesões de cárie durante a gravidez, evidências sugerem que seu estado não contribui dire-

tamente no processo da cárie. Antes, isso pode ser atribuído a um ou mais fatores, como a sensibilidade gengival e os enjôos, que podem fazer com que a grávida evite escovar e passar o fio dental, resultando em acúmulo de placa por causa da higiene bucal negligenciada.

A gestação aumenta a gravidade da reação inflamatória gengival, mas não a desencadeia. Boa higiene bucal e mucosa sadia ao iniciar a gravidez asseguram a higidez do periodonto e, conseqüentemente, dos próprios dentes<sup>1</sup>.

Na quinta questão do questionário perguntava-se se as condições bucais da gestante têm relação com parto prematuro e baixo peso do bebê. Dos médicos consultados, 78,3% acreditam que as condições bucais da gestante têm relação com a possibilidade de parto prematuro e baixo peso do bebê, 20,5% não acreditam que esta relação existe e 1,2% responderam que não sabem (Tab. 1). Esses dados são corroborados pelo estudo de Feldens et al.<sup>4</sup> (2005), os quais relataram que a maioria dos médicos também acredita na existência da relação das condições bucais da gestante com a possibilidade de parto prematuro e baixo peso do bebê.

A infecção é uma das principais causas que contribui para o nascimento prematuro e de baixo peso, porém outros fatores têm sido associados a recém-nascidos prematuros e de baixo peso, como a idade materna, infecções genitourinárias, cuidado pré-natal inadequado, uso de drogas, álcool, fumo, hipertensão, diabetes, múltiplas gestações. Mais recentemente, a doença periodontal tem sido citada como um fator de risco<sup>13</sup>.

Lopes et al.<sup>14</sup> (2005) constataram que as puérperas de recém-nascidos prematuros com baixo peso apresentaram piores condições periodontais, sugerindo que a infecção periodontal pode estar relacionada ao nascimento de recém-nascidos prematuros de baixo peso. Já Santana et al.<sup>15</sup> (2005) encontraram elevada prevalência de doença periodontal nas parturientes, porém não constataram associação significativa entre a existência da doença periodontal e a ocorrência de crianças prematuras de baixo peso ao nascer. Também Vettore et al.<sup>16</sup> (2008), num estudo clínico e microbiológico da saúde periodontal de gestantes, não encontraram associação com partos prematuros e bebês de baixo peso. Numa revisão de literatura em busca de evidências da associação da doença periodontal e complicações obstétricas como parto prematuro e bebê de baixo peso, Passini et al.<sup>17</sup> (2007) relataram que, embora a literatura disponível atualmente não permita concluir efetivamente que infecções bucais podem influenciar na ocorrência de complicações obstétricas, a atenção com a saúde bucal da gestante não poderá ser dispensada durante os cuidados pré-natais.

A sexta questão tratou da possível influência da dieta materna no futuro paladar do bebê. Um percentual de 51,8% dos médicos acredita que a dieta materna pode influenciar no paladar do bebê, 47,0%

não acreditam nesta influência e 1,2% responderam que não sabem (Tab. 1). Resultados diferentes foram encontrados por Feldens et al.<sup>4</sup> (2005), os quais relataram que a maioria dos médicos não acredita que a dieta materna possa exercer influência no paladar do bebê.

Os estudos de Konishi e Konishi<sup>18</sup> (2002) demonstram que o desenvolvimento do paladar do bebê inicia em torno da 14<sup>a</sup> semana de vida intrauterina; assim, se a gestante fizer consumo excessivo de açúcar, o bebê pode ter seu paladar direcionado para o doce, porque a alimentação da gestante altera a qualidade do líquido amniótico para mais ou menos doce. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que a partir do quarto mês as gestantes devem evitar a ingestão de açúcar para que o feto, futura criança, não desenvolva uma atração exagerada por estes alimentos, ficando mais suscetível à doença cariada<sup>19</sup>.

A sétima questão foi em relação ao controle dietético da gestante, tendo sido somente questionada a orientação acerca do consumo de sacarose. Dos médicos participantes desse estudo, 85,5% faziam a orientação quanto ao consumo de sacarose e 14,5% não o faziam (Tab. 1). Resultado semelhante foi encontrado por Feldens et al.<sup>4</sup> (2005), em cujo estudo se relatou que a maioria dos médicos faz esta orientação; da mesma forma, num trabalho de Gonzaga et al.<sup>20</sup> (2001), 80% dos ginecologistas-obstetras orientam a gestante a diminuir a ingestão de açúcares. Menolli e Frossard<sup>5</sup> (1997) relataram que, dos 69 médicos entrevistados, apenas 10,1% não fazem qualquer tipo de orientação. A maioria, 75,4%, fornece orientação quanto à quantidade consumida de açúcar, 63,8% orientam a frequência do consumo e 26,1%, quanto ao tipo de açúcar ingerido. O hábito de consumir alimentos contendo sacarose provoca riscos inerentes, favorecendo não apenas a cárie dentária, e também acarreta uma ingestão calórica elevada. Os autores constataram que o controle dietético é largamente utilizado pelos médicos obstetras, porém em razão da manutenção do peso da gestante. Constitui-se, então, um ponto importante verificar as orientações que as gestantes recebem em relação ao consumo de açúcar e suas justificativas.

A oitava questão abordou a prescrição de suplemento de flúor à gestante, verificando-se que 41,0% não o prescrevem, 25,3% o prescrevem e 33,7% fazem a prescrição “às vezes” (Fig. 3). Feldens et al.<sup>4</sup> (2005) encontraram resultados semelhantes aos do presente trabalho, visto que 47% dos 17 médicos participantes da pesquisa nunca prescrevem flúor, 29,5% o prescrevem “às vezes” e 23,5%, “sempre”.

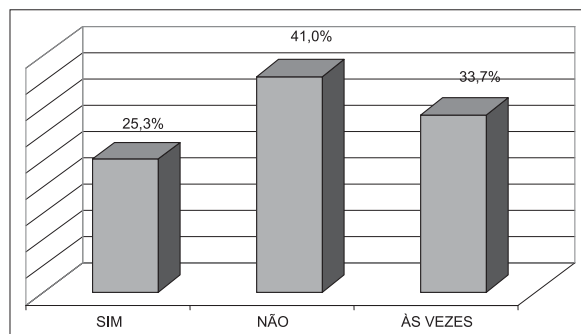


Figura 3 - Distribuição da frequência relativa dos médicos ginecologistas-obstetras participantes da pesquisa quanto à prescrição de suplemento de flúor à gestante

No estudo de Menolli e Frossard<sup>5</sup> (1997) apenas nove médicos dos 69 entrevistados não prescrevem flúor sistêmico. Dos sessenta que o fazem, 52,2% o fazem “sempre” e 34,8% “às vezes”, embora o veículo utilizado seja em 96,7% dos casos o mesmo: um polivitamínico. Como critérios para a prescrição, 3,3% dos médicos levam em consideração a história de cárie; 32,7%, o nível de flúor da água de abastecimento e 73,3% dizem utilizar o flúor como medida preventiva rotineira. O interessante é que em 66,7% dos casos a suplementação visa a atingir mãe e bebê.

Somando os percentuais de médicos que prescrevem o flúor sempre ou às vezes no presente estudo, tem-se 58,3%, valor considerado elevado.

Observa-se um percentual elevado de médicos que prescrevem o flúor “sempre” ou “às vezes”, contrariando as evidências que contraindicam o uso do flúor pré-natal. A utilização de suplemento de flúor pré-natal está contraindicada pelo fato de não existir comprovação científica dos benefícios para os dentes do bebê em desenvolvimento. Também não há nenhuma evidência da eficiência anticárie para a gestante e, além disso, o flúor, quando prescrito à gestante, o é na forma associada a vitaminas e sais minerais, o que causa a redução da absorção do cálcio, substância de grande importância para a gestante e o feto<sup>21-23</sup>.

No final do questionário foi solicitado aos médicos obstetras que registrassem sugestões ou questionamentos sobre o estudo. Assim, foi mencionada a importância do trabalho e solicitada a divulgação dos resultados da pesquisa, além de mostrarem interesse em receber informações atualizadas, com embasamento científico, a respeito de saúde bucal da gestante.

É importante considerar que a gravidez é o melhor momento para o estabelecimento das atividades de promoção da saúde bucal, pois sabe-se que a cooperação é maior de pais que recebem orientações durante o pré-natal. Nesse período os pais estão mo-

tivados para obter informações sobre saúde e sobre como ter melhores cuidados na saúde do bebê. Despertar o interesse da família para os cuidados com a saúde e educá-las para adotar hábitos adequados exerce um grande impacto sobre suas vidas, promovendo uma boa saúde geral e bucal<sup>9</sup>.

## Conclusões

Mediante os resultados obtidos pôde-se concluir que:

- os médicos ginecologista-obstetras participantes deste estudo necessitam de informações atualizadas e com embasamento científico a respeito de alguns tópicos referentes à saúde bucal da gestante;
- é imprescindível que haja uma maior integração entre os profissionais que atuam no atendimento pré-natal, além de uma maior inserção do cirurgião-dentista nesse grupo;
- o conhecimento básico sobre saúde bucal tanto em nível de graduação como de pós-graduação seria de grande valor na formação dos profissionais da saúde que atuam no atendimento pré-natal para que se tenha uma abordagem integral da saúde da gestante.

## Abstract

*The objective of this study was to evaluate the gynecological/obstetric physicians' knowledge and attitude in relation to the pregnant women's oral health. The sample consisted of 83 gynecological/obstetric physicians from the State of Santa Catarina, registered with the private health insurance cooperative society UNIMED, from the main cities of the Itajaí Valley, North and West regions, who answered to a questionnaire containing ten multiple choice open-ended questions. The data collected were organized in figures by means of relative frequency analysis. Only 44.6% of the physicians received information about oral health during their residency; 97.5% believe that pregnancy can cause oral alterations, where gingivitis (92.8%) was the most frequently mentioned. 78.3% believe that there might be a relationship between maternal oral conditions and the possibility of a premature birth and low weight of the baby, therefore only 51.8% direct their patients to a dental care; 62.6% assert there is no dental care contraindication during gestation; 51.8% assert that the pregnant woman diet can influence the baby's taste and 85.5% advise their patients regarding the sucrose consumption. As for the prescription of fluoride supplements, 25.3% recommend to their patients while 33.7% sometimes do it. The results show that the physicians who participated in this study need more up-to-date scientific information concerning the pregnant woman's oral health. Dental surgeons need to be more involved in the activities of the teams that accomplish prenatal programs. The basic knowledge about oral health at undergraduate level would be of great value in the education of health professionals who act in prenatal assistance so that they*

*obtain an integral approach of the pregnant woman's health.*

**Key words:** *Pregnancy. Obstetrics. Oral health. Knowledge. Practice.*

## Referências

1. Pereira AC, Assaf AV, Roncalli AG, Peres AS, Botazzo C, Tem CY et al. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003.
2. Maeda FHI, Imparato JCP, Bussadori SK. Atendimento de pacientes gestantes. RGO 2005; 53(1):01-84.
3. Moimaz SAS, Garbin CAS, Saliba NA, Zina LG. Condições periodontais durante a gestação em grupos de mulheres brasileiras. Cienc Odontol Bras 2006; 9(4):59-66.
4. Feldens EG, Feldens CA, Kramer PF, Claas BM, Marcon CC. A percepção dos médicos obstetras a respeito da saúde bucal da gestante. Pesq Bras Odontopediatr Clin Integr 2005; 5(1):41-6.
5. Menoli APV, Frossard WTG. Perfil dos médicos ginecologistas-obstetras de Londrina com relação à saúde oral da gestante. Semina 1997; 18(ed.esp):34-42.
6. Tirelli MC. Conhecimento, atitudes e práticas dos médicos ginecologistas e obstetras em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico de pacientes gestantes [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2004.
7. Martins RFO, Martins ZIO. O que as gestantes sabem sobre cárie: uma avaliação dos conhecimentos de primigestas e multigestas quanto à própria saúde bucal. Rev ABO Nacional 2002; 10(5):278-84.
8. Zuanon ACC, Beneditti KC de, Guimarães M de S. Conhecimento das gestantes e puerpéras quanto à importância do atendimento odontológico. Odontol Clin Cient 2008; 7(1): 57-61.
9. Leal NP. Saúde bucal da gestante: conhecimentos, práticas e representações do médico, do dentista e da paciente [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira; 2006.
10. Moreira PVL, Chaves AMB, Nóbrega MSG. Uma atuação multidisciplinar relacionada à promoção de saúde oral materno-Infantil. Pesq Bras Odontopediatr Clin Integr 2004; 4(3):259-64.
11. Hanna LMO, Nogueira AJ da S, Honda VYS. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. RGO 2007; 55(3):271-4.
12. Tiveron ARI, Benfatti SV, Bausells J. Avaliação do conhecimento das práticas de saúde em gestantes do município de Adamantina/SP. JBP – Rev Ibero-Am Odontopediatr Bebê 2004; 7(35):66-77.
13. Offenbacher S, Katz V, Fertk G, Collins JB, Maynor G, McKaig R, et al. Periodontal infection as a possible risk factor for pré-term low birth weight. J Periodontal 1996; 67(10):1103-13.
14. Lopes FF, Lima LL, Rodrigues MCA, Cruz MCFN, Oliveira AEF, Alves CMC. A condição periodontal materna e o nascimento de prematuro de baixo peso: estudo caso-controle. Rev Bras Ginecol Obstet 2005; 27(7):282-6.
15. Santana FCM, Santos VIM, Freire S, Couto GBL. A doença periodontal como fator de risco em gestantes com bebês prematuros de baixo peso ao nascer. Pesq Bras Odontopediatr Clin Integr 2005; 5(3):247-52.
16. Vettore MV, Leão AT, Leal MC, Feres M, Sheiham A. The relationship between periodontal disease and preterm low birthweight: clinical and microbiological results. J Periodont Res 2008; 43:615-26.

17. Passini JR, Nomura ML, Politano GT. Doença periodontal e complicações obstétricas: há relação de risco? Rev Bras Ginecol Obstet 2007; 29(7):370-5.
18. Konishi F, Konishi R. Odontologia intra-uterina: Um novo modelo de construção de saúde bucal. In: Cardoso RJA, Gonçalves EAN. Odontopediatria e prevenção. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p. 155-66.
19. Dantas EM, Lóbrega FJO, Dantas PMC, Menezes MRA, Gaspar Junior AA, Leite EBC. Doença periodontal como fator de risco para complicações na gravidez – há evidências científicas? Odontol Clin Cient 2004; 3(1):07-10.
20. Gonzaga HFS, Buso L, Jorge MA, Gonzaga LHS. Intrauterine dentistry: an integrated model of prevention / Odontologia intra-uterina: um modelo integrado de prevenção. Braz Dent J 2001; 12(2):139-42.
21. Fernandes LMA, Cury JA. Avaliação metabólica do flúor pré-natal / Prenatal fluoride - metabolic evaluation. RBM Rev Bras Med 1993; 50(11):1546-54.
22. Cury JA. Uso de flúor e controle de cárie como doença. In: Baratieri LN. Odontologia Restauradora - Fundamentos e possibilidades. São Paulo: Santos; 2001. p. 31-68.
23. Tenuta LMA, Cury JA. Meios de usar fluoretos em Odontologia – Parte II. Assoc Bras Odontol 2008, nº116.

**Endereço para correspondência:**

Silvana Marchiori de Araújo  
Curso de Odontologia da Univali  
Rua Uruguai, 458 – bloco 14/202  
88302-202 Itajaí - SC  
E-mail: silmarchiori@univali.br

Recebido: 04/03/2009 Aceito: 10/08/2009