



## *The Attendance of Pregnancy Patients*

# Atendimento de Pacientes Gestantes

A Importância do Conhecimento em Saúde Bucal dos Médicos Ginecologistas-Obstétricas

## **INTRODUÇÃO**

Dentro do modelo de promoção de saúde, a mulher gestante é um alvo importantíssimo para a implementação de programas de prevenção bucal. Pois é nesta fase em que ela se encontra mais suscetível às informações e orientações, que tragam melhores condições de vida para ela e para o bebê, mesmo que para isso seja necessária a mudança de hábitos não saudáveis; tornando-se importante vetor de conhecimento (CHAPMAN et al.<sup>6</sup>).

O médico ginecologista- obstetra é o primeiro profissional que a atende logo no início da gravidez, sendo esta relação marcada por muita cumplicidade e confiança. Sendo assim, o ginecologista obstetra deveria possuir noções básicas sobre odontologia, para poder beneficiar estas gestantes (MOURA et al.<sup>20</sup>); evitando problemas como a transmissão vertical de bactérias de doenças bucais, como a cárie ( CAUFIELD<sup>4</sup>); poderia também ser amenizado os quadros de patologias bucais, como a doença periodontal.

Esta doença parece ser muito freqüente na gestação, já descrito pelo trabalho clássico de LÖE e SILNESS<sup>17</sup> em 1963, onde toda a amostra de gestante, um total de 121, apresentavam problemas periodontais. Este quadro parece estar intimamente ligado a alteração dos níveis hormonais, onde se observa um aumento na severidade da doença periodontal no mesmo período em que ocorre aumento das concentrações de estrogênio e progesterona no sangue da mulher gestante, do 1º para o 2º trimestre ( COHEN et al.<sup>8</sup>). Após uma revisão de literatura sobre o assunto, MEALEY<sup>18</sup>, concluiu que o quadro de doença periodontal presente durante a gestação está relacionado aos níveis aumentados de hormônio que leva a uma alteração da microbiota subgingival, que se torna mais anaeróbica; o sistema imune também sofre alterações com relação a resposta das células imunológicas assim como o metabolismo das células responsáveis pela reparação dos tecidos atingidos.

Sabe-se hoje que tais problemas podem levar ao nascimento de crianças prematuras com baixo peso, numa proporção maior que o uso de álcool e cigarro durante este período (OFFENBACKER, et al.<sup>22</sup>); surgindo assim como mais um fator de risco (DASANAYAKE<sup>10</sup>); segundo DAMARE et al.<sup>9</sup> a concentração de prostaglandina E2 (pge2), de interleucina- 1β e fator 8 de necrose tumoral (TNF) no líquido intra amniótico. Por esta razão o STATEMENT FROM HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL<sup>31</sup> afirmou que os programas preventivos odontológicos deveriam ser um protocolo durante a gestação.

As gestantes hoje recebem pouco tratamento odontológico devido o tabu que rodeia o atendimento este existe tanto por parte das gestantes como também por parte dos cirurgiões dentistas que não se sentem seguros em atendê-las (CARAVALHO,<sup>3</sup>). No trabalho de SCAVUZZI et al.<sup>29</sup> 32,6% de 204 gestantes responderam que não procuravam o atendimento odontológico por terem medo dos procedimentos realizados pelo profissional.

Justamente nesta fase as mulheres costumam negligenciar sua higienização bucal preocupadas com assuntos relacionados ao bebê (SEWARD,<sup>27</sup>), e geralmente acham

- **Fernanda H.I. Maeda**

Mestre em Odontopediatria pelo CPO São Leopoldo Mandic-Campinas/SP

- **José C. Peterossi Imparato**

- **Sandra Kalil Bussadori**

Professores Doutores do Programa de Mestrado pelo CPO São Leopoldo Mandic-Campinas/SP

Os AA avaliam a atenção sobre saúde bucal, prestada pelos médicos ginecologistas e obstétricas para as gestantes.

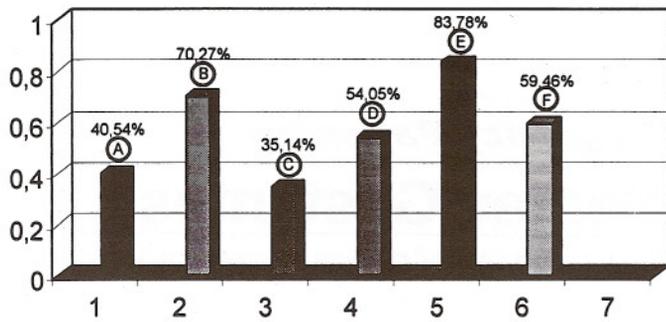
CONTATO C/AUTORES:

e-mail: imparato@uol.com.br

MÊS DO RECEBIMENTO: julho/2004

MÊS DA APROVAÇÃO FINAL: setembro/2004

**Gráfico 1: Distribuição quanto a explicação da relação entre a saúde bucal da mãe com a do bebê.**



A - Fatores Hereditários B - Transmissão de hábitos alimentares inadequados C - Transmissibilidade das doenças bucais D - Ausência de flúor na gestação E - Falta de higienização da mãe, e dela com o bebê F - Falta de aleitamento materno.

comum a perda de algum elemento dental, este fato foi confirmado pelo trabalho de EDWARDS E ROWNTREE<sup>13</sup>, além deste fato elas também acreditam também que os dentes ficam mais fracos devida a transferência de cálcio dos seus dentes para o bebê (GIER E JANES,<sup>15</sup>).

Desta forma, muitas delas optam por sentir dor ou tomam medicamentos para o controle deste sintoma, o que é ainda mais prejudicial (ROTHWELL et al.,<sup>26</sup>).

O atendimento odontológico principalemnte no 2o. trimestre é seguro (CHIODO E ROSENSTEIN,<sup>7</sup>), este atendimento deveria objetivar a remoção de focos infecciosos e evitndo quadros de dor (SCAVUZZI E ROCHA,<sup>28</sup>) e seria uma importante oportunidade para a educação destas futuras mães que serão vetores de informações e transmissoras de bactérias e hábitos relacionados a saúde (ROSSEL et al.<sup>25</sup>).

O médico, devido a confiança depositada pela paciente, poderia orientá-la quanto a segurança e a necessidade do tratamento e acompanhamento odontológico neste período.

Além do mais, um trabalho conjunto entre as profissões deve ser implementado, pois como relatou BAKER et al.<sup>2</sup>, a saúde do paciente é tratada como pontos isolados, as informações dadas pelos vários profissionais da área de saúde que a assiste chegam a ser descoordenadas e às vezes contraditórias para a paciente. Sendo assim os autores propõem um atendimento individualizado, porém realizada por um grupo de profissionais que traçariam junto o plano de tratamento e acompanhamento da paciente, sendo tratada a saúde de forma integral. Mas para que este atendimento se torne algo rotineiro seria preciso a alteração do currículo de medicina, com a incorporação assuntos relacionados a saúde bucal (ABRAMS E JOSELL,<sup>1</sup>).

Sendo assim, a proposta deste estudo foi de avaliar a atenção e a conduta sobre saúde bucal realizada pelos médicos ginecologistas-obstetras para a população de gestantes de Franca (interior de São Paulo).

## MATERIAL E MÉTODO

Foram entregues questionários à 44 médicos, sendo que estes representam o total de médicos ginecologistas obstetras que dão assistência a população da cidade de Franca dentro desta especialidade. Foram excluídos os médicos não residentes nesta cidade e os que possuem a residência médica nesta área porém não atuam exclusivamente como ginecologistas, mas

como clínicos gerais.

O questionário era composto por 24 questões abertas e fechadas, e os resultados serão apresentados em valores absolutos ou em percentuais.

Este trabalho foi aprovado pela equipe do Comitê de Ética em Pesquisa pelo C.P.O. São Leopoldo Mandic.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apenas 37 questionários foram devolvidos. A amostra era composta por 29 médicos do sexo masculino e 8 do sexo feminino; sendo que 43,24% já haviam terminado sua residência médica há mais de 15 anos.

Segundo as respostas dadas no questionário, 62,16% destes profissionais haviam recebido algum tipo de informação sobre saúde bucal para gestantes, sendo que destes, 60,87% adquiriram tais informações durante a residência médica. Estes resultados vêm discordar com os encontrados por SCHALKA & RODRIGUES<sup>30</sup>, num trabalho realizado na cidade de São Paulo, 52,2% dos médicos da sua amostra responderam não ter recebido nenhum tipo de informação à respeito do assunto, deve-se levar em consideração que do total de médicos entrevistados apenas 31% haviam terminado a residência médica há mais de 15 anos.

Para GONÇALVES & KNUPP<sup>16</sup>, a literatura científica que abrange as duas áreas é muito escassa e não há uma preocupação das faculdades de medicina em integrar assuntos da área odontológica na formação dos seus profissionais, segundo os autores, geralmente as orientações médicas realizadas na área odontológica são incompletas ou inadequadas.

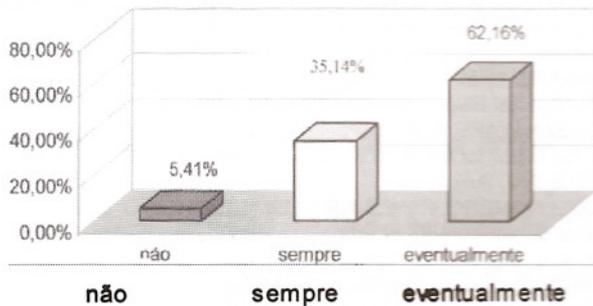
Um quadro ainda mais caótico acontece no atendimento de pacientes gestantes particulares, que são atendidas em vários consultórios de profissionais diversos da área de saúde e recebe orientações descontinuas e até mesmo contraditórias entre os profissionais. (BAKER et al.<sup>2</sup>)

Este despreparo é bem retratado nas respostas dos médicos quanto a administração de flúor durante a gravidez, 78,38% acharam importante tal conduta, deve-se levar em consideração que a água de abastecimento da cidade de Franca é fluoretada; essa administração é realizada por comprimidos, sendo o mais comum o Natalins com fúor e Nativit com o flúor. Estes médicos o fazem por acreditar que este flúor beneficiará a dentição do bebê.

O papel do flúor na gestação tem muitos pontos ainda não respondidos, como é a ação da placenta neste processo, para MONTHERRAT – CARRET et al.<sup>19</sup> a passagem ocorre de maneira passiva, já para PEREIRA<sup>24</sup> a passagem do flúor pela placenta estaria relacionada ao equilíbrio entre os hormônios tireodianos e paratireodianos e as condições nutricionais em que a gestante se encontra. Outro ponto não esclarecido é que não foi determinadas qual a quantidade de flúor ingerido pela mãe que passa para o bebê e qual seria a concentração necessária para que o dente incorporasse e se beneficiasse, tornando-se mais resistente à doença cárie, fica muito difícil determinar a fase ideal da mineralização, quando o flúor seria mais oportuno ser ingerido. (DRISCOLL,<sup>12</sup>)

Outro fato que os médicos mostraram não ter muito conhecimento é sobre a transmissibilidade da doença cárie, 54,05% responderam que não acreditavam neste fato. Esta verdade não é conhecida por muitas pessoas, como comprovou CAUFIELD

**Gráfico 2: Distribuição dos profissionais quanto a frequência da recomendação de visita ao cirurgião-dentista.**



<sup>5</sup> no seu trabalho de 1997, 88% das mães da pesquisa também não sabiam que elas eram a principal fonte de bactérias para seus bebês. Essa transmissibilidade foi confirmada pelo trabalho clássico de CAUFIELD et al.<sup>4</sup>, onde os autores demonstraram existir um período no qual as crianças ficam mais propícias para serem infectadas e adquirirem bactérias cariogênicas, tendo como fonte principal a mãe ou a pessoa que cuidava da criança, como a babá, a idade de 19 à 31 meses do bebê, que seria referente a este período, eles denominaram como “janela de infectividade”.

Dos médicos desta pesquisa, 83,78% sabem que existe uma relação entre a saúde bucal da mãe com a do filho, porém 70,27% acreditam que seja por causa dos hábitos alimentares e 83,78% por problemas de falta de higienização da mãe com ela e com relação ao bebê, apenas 35,14% responderam que seria a transmissibilidade das doenças bucais a relação fundamental.

Do total de médicos que participaram desta pesquisa apenas 5,41% rotineiramente examinava as cavidades bucais das suas pacientes, 62,16% o faziam eventualmente. Este é um aspecto alarmante, pois segundo o trabalho de LÖE & SILNESS<sup>17</sup> 100% das gestantes observadas por estes autores apresentavam algum sinal de doença periodontal.

Há uma relação entre a doença periodontal em gestantes e o nascimento de crianças prematuras com baixo peso, segundo OFFENBACHER et al.<sup>23</sup> as doenças periodontais seriam um reservatório de microrganismos anaeróbicos gram-negativos, lipopolissacarídeos e mediadores da infecção, levando o corpo a induzir um parto prematuro no intuito de preservar a saúde do corpo da mãe. Segundo estes autores as doenças periodontais aumentam em até 6 vezes o risco de nascimento de crianças prematuras com baixo peso, tendo uma influência maior quando comparado com o tabagismo e o alcoolismo.

MURAMATSU & TAKAESU<sup>21</sup> afirmaram que a doença periodontal durante a gestação seria multifatorial, as alterações hormonais modificariam a resposta imunológica e também a composição da flora bacteriana, unindo a presença de biofilme resultaria num quadro exacerbado da doença.

Para 89,19% da amostra deste trabalho o atendimento odontológico durante o 2º trimestre da gestação é seguro, porém, apenas 35,14% encaminham sempre as suas pacientes para atendimento odontológico e 62,16% o fazem eventualmente. Vinte e quatro profissionais encaminham em caso de emergência e o mesmo número para que a gestante receba orientações.

Para ROTHWELL et al.<sup>26</sup>, é de suma importância o acompanhamento odontológico já que a possibilidade do agravamento de uma infecção bucal poderia levar a uma bacteremia, o que causaria grandes preocupações quanto a evolução da gestação,

os procedimentos executados pelo cirurgião dentista para sanar o problema colocam menos riscos que a situação descrita acima, que a permanência da infecção. Segundo SCAVUZZI & ROCHA,<sup>29</sup> o principal objetivo do tratamento durante este período gestacional seria o de impedir que apareçam situações que levem a paciente a ter dor.

Em outra questão, onde foram abordados quais seriam as possíveis razões que levam as gestantes a se queixarem do “enfraquecimento dos seus dentes”, os médicos demonstraram necessitar de mais informações, pois 86,48% deles acham que é em razão de uma condição pré-existente que se exacerba nesta fase e 27,02% responderam que é em razão da transferência do cálcio dos dentes da mãe para o bebê. Na realidade, todos os quadros freqüentes nesta fase são fruto do controle inadequado do biofilme em conjunto com a ação das alterações hormonais. (CHIODO & ROSENSTEIN<sup>7</sup>)

A falta de estímulo por parte do médico para a visita ao cirurgião dentista impede a ação do mesmo, não apenas intervindo, mas principalmente orientando a futura mãe para a manutenção da sua saúde bucal como também do seu filho (CHIODO & ROSENSTEIN<sup>7</sup>), perdendo uma oportunidade ímpar de sensibilizar esta mulher quanto as modificações de hábitos nocivos e a incorporação de conceitos que mudariam sua condição bucal (SEWARD<sup>27</sup>). A necessidade deste atendimento fica clara quando se observa os resultados obtidos no trabalho de ROSSEL et al., 1999<sup>25</sup>, onde 100% das gestantes examinadas apresentavam algum sinal de doença periodontal.

A educação é importante, pois capacita o indivíduo para fazer suas escolhas quanto aos riscos e benefícios de um tratamento, conscientiza a mulher da sua responsabilidade sobre a saúde, desta forma leva a futura mãe a compreender e a tomar a atitude que for melhor para ela e para seu filho. (FRAZIER & HOROWITZ<sup>14</sup>)

Segundo DÍAZ-ROMERO & MARTÍNEZ-SÁNCHEZ<sup>11</sup> avaliando vários programas de educação para gestantes concluíram que os mais eficazes são aqueles não puramente teóricos, mas aqueles que abordam os assuntos de maneira prática também.

## CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos pôde-se observar que a população de médicos que participaram da pesquisa possui poucos conhecimentos sobre saúde bucal das mães durante a gravidez. Salienta-se que mesmo estes poucos conhecimentos que possuem não são aplicados em suas consultas. Isto ficou claro, principalmente, quando se avaliou a questão do suplemento de flúor e da freqüência de avaliação da cavidade bucal de suas pacientes.

## RESUMO

A população de gestantes estariam mais bem assistida na parte odontológica se o médico ginecologista-obstetra as orientasse e encaminhasse, cumprindo assim seu papel como promotor de saúde. Por esta razão, a proposta desta pesquisa foi de avaliar a atenção quanto a saúde bucal dada pelos médicos ginecologistas obstetras, da cidade de Franca. Esta avaliação foi realizada por meio de questionário, composto de perguntas abertas e fechadas, cujos dados foram coletados recebendo tratamento percentual. A população estudada foi formada, predo-

minantemente, de médicos que terminaram a residência médica há mais de quinze anos, correspondendo a 43,24% (dezesseis). Do total, 60,87% (quatorze) receberam informações sobre saúde bucal por meio do curso de residência médica. Com relação a atenção odontológica durante o procedimento de consulta, 62,16% (23) dos profissionais examinam “às vezes” a cavidade bucal de suas pacientes; porém, 89,19% (33) acreditam que condições precárias desta pode influenciar na gestação e no parto, mas apenas 35,14% (13) recomendam “sempre” a visita ao cirurgião-dentista e 54,05% (20) desconhecem o fato de que a doença cárie é transmissível. De acordo com os resultados obtidos pôde-se observar que a população de médicos que participou da pesquisa possui poucos conhecimentos sobre saúde bucal, e que não são aplicados durante suas consultas.

**Palavras-chave:** saúde bucal, médico ginecologista, gravidez.

## SUMMARY

The population of pregnancy better would be attended in the odontology part if the medical gynecologist guided them and directed, thus fulfilling its paper as promotional of health. For this reason, the proposal of this research was to evaluate the attention how much the buccal health given by the medical gynecologists, of the city of Frank. This evaluation was carried through by means of questionnaire, made up of open and closed questions, whose data had been collected receiving treatment percentile. The studied population was formed, predominantly, of doctors who had finished the medical residence has fifteen years more than, corresponding 43.24% (sixteen). Of the total, 60,87% (fourteen) had received information on buccal health by means of the course from medical residence. With regard to odontology attention during the consultation procedure, 62,16% (23) of the professionals examine “to the times” the buccal socket of its patients; however, 89,19% (33) believe that precarious conditions of this can influence in the gestation and the childbirth, but only 35.14% (13) recommend “always” the visit to the surgeon-dentist and 54.05% (20) are unaware of the fact of that the illness caries is transmissible. In accordance with the gotten results could be observed that the population of doctors who participated of the research possess few knowledge on buccal health, e that is not applied during its consultations.

**Key Words:** oral health, medical gynecologist, pregnancy.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRAMS, R. G.; JOSELL, S. D. The role of the pediatrician in oral health care. *Pediatr. Clin. North. Am.*, Philadelphia, v. 38, n. 5, p. 1049-1052, Oct. 1991.
2. BAKER JR., G. H. Integration of oral and general health in maternal and child populations. *J. Public. Health Dent.*, Richmond, v. 50, n. 6, p. 402-405, Sept.1990.
3. CARVALHO, E. M. C. Abordagem odontológica durante a gestação. *OM*, v. 15, n. 7, p. 9-14, ago. 1988.
4. CAUFIELD, P. W.; CUTTER, G. R.; DASANAYAKE, A. P. Initial acquisition of Mutans Streptococci by infants: evidence for a discrete window of infectivity. *J. Dent. Res.*, Washington, v. 72, n. 1, p. 37-45, Jan. 1993.
5. CAUFIELD, W. Dental caries: a transmissible and infectious disease revisited: a position paper. *Pediatr. Dent.*, Illinois, v. 19, n. 8, p.491-498, Nov./Dec. 1997.
6. CHAPMAN, P. J. et al. A dental of an antenatal population. *Aust. Dent. J.*, Sydney, v. 19, n. 4, p.261-263, Dec.1974.
7. 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.
8. COHEN, D. W. et al. A longitudinal investigation of the periodontal changes during pregnancy and fifteen months post-partum: part II. *J. Periodontol.*, Chicago, v. 42, n. 10, p. 653-657, Oct. 1971.
9. DAMARE, S. M. et al. *J. Dent. Res.*, Washington, v. 74, p. 158, Mar. 1995. (Special Issue-Abstract 1173)
10. DASANAYAKE, A. P. Poor periodontal health of the pregnant woman as a risk factor for low birth weight. *Ann. Periodontol.*, Chicago, v.3, n. 1, p. 206-212, July 1998.
11. DÍAZ-ROMERO, R. M.; MARTÍNEZ-SÁNCHEZ, C. Educación para la salud dental durante el embarazo. *Salud Publica Mex.*, México, v. 31, n. 4, p. 530-535, jul./ago. 1989.
12. DRISCOLL, W. S. A review of clinical research on the use of prenatal fluoride administration for prevention of dental caries. *J. Dent. Child.*, Fulton, v. 48, n. 2, p.109-117, Mar./Apr. 1981.
13. EDWARDS, T. S. F.; ROWNTREE, F. S. T. D. Dental attitudes of primigravid women. *J. Periodontal. Res.*, Copenhagen, v. 4, n.4, p. 325-332, 1969.
14. FRAZIER, P. J.; HOROWITZ, A. M. Oral health education and promotion in maternal and child health: a position paper. *J. Public. Health Dent.*, Richmond, v. 50, n. 6, p. 390-395, 1990.
15. GIER, R. E.; JANES, D. R. Dental management of the pregnant patient. *Dent. Clin. North. Am.*, Philadelphia, v. 27, n. 2, p. 419- 428, April 1983.
16. GONÇALVES, J. P.; KNUPP, R. R. S. Avaliação do conhecimento dos pediatras sobre saúde oral na primeira infância. *J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebe*, Curitiba, v. 3, n. 16, p. 496-499, 2000.
17. LÖE, H.; SILNESS, J. Periodontal disease in pregnancy, prevalence and severity. *Acta Odontol. Scand.*, Oslo, v. 21, n. 11, p. 533-551, Dec.1963.
18. MEALEY, B. L. Periodontal implications: medically compromised patients. *Ann. Periodontol.*, Chicago, v. 1, n. 1, p. 256-321, Nov. 1996.
19. MONTHERRAT-CARRET, L. et al. Chemical and X-ray analysis of fluoride, phosphorus, and calcium in human foetal blood and hard tissues. *Arch. Oral Biol.*, Oxford, v. 41, n. 12, p. 1169-1178, Dec. 1996.
20. MOURA, L. F. A. D. et al. Apresentação do programa preventivo para gestantes e bebês. *J. Bras. Odontopediatr. Odontol. BeBe*, Curitiba, v. 4, n. 17, p. 10-14, jan./feb. 2001.
21. MURAMATSU, Y.; TAKAESU, Y. Oral health status related to subgingival bacterial flora and Sex hormones in saliva during pregnancy. *Bull. Tokyo Dent. Coll.*, Tokyo, v. 35, n. 3, p. 139-151, Aug. 1994.
22. OFFENBACHER, S. et al. Multivariate analyses of periodontal disease as risk factor for preterm low birth weight (PLBW) in humans. *J. Dent. Res.*, Washington, DC, v. 74, p. 158, March 1995. (Special Issue-Abstract 1174)
23. 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.
24. PEREIRA, L. A. S. Quais as implicações da ingestão de flúor durante a gestação, especificamente na cidade de São Paulo, que já flureta sua água? *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, São Paulo, v. 54, n. 5, p. 408, set./out. 2000.
25. ROSELL, F.; MONTANDON-POMPEU, A. B.; VALSECKI JR., A. Registro periodontal simplificado em gestantes. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 157-62, abr. 1999.
26. ROTHWELL, B. R.; GREGORY, C. E. B.; SELLER, B. The pregnant patient: considerations in dental care. *Spec. Care Dentist*, Chicago, v. 7, n. 3, p. 124-129, May./Jun. 1987.
27. SEWARD, M. H. E. Dental health education during the ante-natal period. *Br. Dent. J.*, London, v. 122, n. 1, p. 24-26, Jan. 1967.
28. SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. B. S.; VIANNA, M. I. P. Percepção sobre atenção odontológica na gravidez. *J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebe*, Curitiba, v. 1, n. 4, p. 43-50, 1998.
29. SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. B. S. Atenção odontológica na gravidez: uma revisão. *Rev. Fac. Odontol. UFBA.*, Salvador, v. 18, p. 46-52, jan./jun. 1999.
30. SCHALKA, M. M. S.; RODRIGUES, C. R. M. D. A importância do médico pediatra na promoção da saúde bucal. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 179-186, 2000.
31. STATEMENT FROM NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL. Guidelines for dental treatment: dentistry and pregnancy. *Aust. Dent. J.*, Sydney, v. 29, n. 4, p. 265-266, Aug., 1984.