

Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Departamento de Ciências Dentárias



Relatório Final de Estágio

Manifestações orais durante a gravidez

Para obtenção do Grau de Mestrado Integrado de Medicina Dentária

de

Cecília Alexandra Abreu dos Anjos

Orientado pelo Mestre José Pedro Novais de Carvalho

Gandra, 2016

i- Aceitação do orientador

DECLARAÇÃO

Eu, **José Pedro Ribeiro Leocádio Novais de Carvalho**, com a categoria profissional de **Assistente Convidado** do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado **“Manifestações orais durante a gravidez”**, da Aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, **Cecília Alexandra Abreu dos Anjos**, declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes à obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, 27 de Junho de 2016

O Orientador



ii- Agradecimentos

Quero agradecer a todos os professores que partilharam comigo estes cinco anos de estudo e empenho, por me terem transmitido algum do seu conhecimento, sabedoria e experiência.

Aos meus pais e à minha irmã agradeço todo o apoio durante estes anos que foi importante para chegar à etapa final.

E ao meu trinómio por partilharem comigo momentos de grande stress, ansiedade e angústia, mas também de partilha e satisfação.

iii- Resumo

Introdução - A gravidez é um marco importante e único na vida da mulher. A saúde oral durante a gravidez é importante para assegurar que esta fase se desenvolve de forma equilibrada, contribuindo, assim, para a saúde da mãe e do bebê. As progressivas mudanças fisiológicas e físicas que ocorrem durante a gravidez são devidas a diversas alterações hormonais. Contudo, estas mudanças sistêmicas também podem afetar a saúde oral, causando efeitos significativos na qualidade de vida durante a gravidez. As doenças dentárias tais como cárie, erosão e doença periodontal podem ficar exacerbadas, não só devido às alterações hormonais, mas também à placa bacteriana. Além disso, a dieta alimentar, as náuseas e os vômitos podem agravar a cavidade oral e aumentar as possibilidades de cáries e erosões dentárias. Na doença periodontal destaca-se a gengivite gravídica e o granuloma gravídico.

Objetivos - Este trabalho teve como objetivo realizar uma revisão da literatura sobre as manifestações orais mais comuns durante a gravidez, visando a sua etiologia, características e possíveis soluções.

Material e métodos - Para a elaboração desta revisão bibliográfica foram realizadas uma pesquisa através da base de dados *ScienceDirect*, *PubMed*, *Researchgate* e *EbscoHost*. Foram selecionados apenas artigos compreendidos entre os anos de 2006 a 2016.

Conclusão - Durante a gravidez ocorrem alterações hormonais que levam à exacerbação de certas patologias orais, sendo as mais comuns cáries e a gengivite que devem ser prevenidas através de consultas dentárias mais frequentes.

Palavras-chave - saúde oral, gravidez, cárie dentária, lesões orais, gengivite gravídica, granuloma gravídico, erosão.

Abstract

Introduction- Pregnancy is an unique and important milestone in a woman's life. The oral health during pregnancy is important to ensure that this phase develops in a balanced manner, thus contributing to the health of mother and the baby. The progressive physiological and physical changes occurring during pregnancy is due to various hormonal changes. However, these systemic changes can also affect oral health, causing significant effects on quality of life during pregnancy. Dental diseases such as caries, erosion and periodontal disease may be exacerbated, not only due to hormonal changes, but also because of dental plaque. Moreover, diet, nausea and vomiting may aggravate the oral cavity and increase the possibility of caries and dental erosion. Periodontal disease highlights the pregnancy gingivitis and gravidarum granuloma.

Objectives- This study aimed to carry out a literature review of the most common oral manifestations during pregnancy, aiming its etiology, characteristics and possible solutions.

Material and methods- For the preparation of this literature review was performed a search through the database, *ScienceDirect, PubMed, Researchgate and EbscoHost*. Only enrolled articles provided between the years 2006-2016.

Conclusion- During pregnancy occur hormonal changes that lead to exacerbation of some oral diseases, being the most common caries and gingivitis which should be prevented through more frequent dental appointments.

Key words - *oral health, pregnancy, dental caries, oral lesions, pregnancy gingivitis, gravidarum granuloma, erosion.*

iii- Índice

Capítulo I	1
1- Introdução	1
2- Objetivos	1
3- Metodologia	1
4- Desenvolvimento	2
4.1- Manifestações orais durante a gravidez	2
4.1.1- Cárie dentária	3
4.1.2- Erosão dentária	4
4.1.3- Doença periodontal	5
4.1.4- Mobilidade dentária	7
4.1.5- Gengivite gravídica	8
4.1.6- Granuloma gravídico	9
4.1.7- Estratégias de prevenção	10
5- Conclusão	11
6- Bibliografia	13
Capítulo II	15
1-Relatório das atividades práticas das disciplinas de estágio supervisionado	15
1.1- Estágio de clínica geral dentária	15
1.2- Estágio hospitalar	15
1.3- Estágio em saúde oral comunitária	15
1.4- Considerações finais das atividades de estágio	16
Anexos	17

Capítulo I

1- Introdução

O período da gravidez constitui um ciclo de transformações na vida da mulher, pois, além das alterações físicas e fisiológicas, são observadas, também, mudanças no estado emocional. ¹A gravidez cria um estado fisiológico especial caracterizado por uma série de mudanças adaptativas temporárias na estrutura do corpo, devido a um aumento da produção de várias hormonas tais como: o estrogénio e a progesterona, que aumentam a sua concentração 10 a 30 vezes em relação aos níveis encontrados durante o ciclo menstrual. ^{2,3}

Este estado, por si só, não é razão para adiar as consultas dentárias e os tratamentos necessários quando se tem problemas. Os diagnósticos e tratamentos, incluindo a necessidade de realizar raios- x, podem ser realizados, contudo o período considerado ideal é entre as 14 e as 20 semanas. ⁴

As mudanças fisiológicas podem levar a modificações notáveis na cavidade oral. Estas mudanças incluem gengivite gravídica, granuloma gravídico, mobilidade, erosão, cáries e periodontite. É importante informar as grávidas sobre as diversas modificações que podem ocorrer nas gengivas e nos dentes, bem como sobre a necessidade de reforçarem os bons hábitos de higiene oral para manterem os dentes e gengivas saudáveis. ⁵

2- Objetivos

Este trabalho teve como objetivo realizar uma revisão da literatura sobre as manifestações orais mais comuns durante a gravidez, visando a sua etiologia, características e possíveis soluções.

3- Metodologia

Este trabalho é um estudo de revisão de literatura narrativa. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica com recurso a motores de busca: *ScienceDirect*, *PubMed*, *Researchgate* e *EbscoHost*, com as palavras-chave: saúde oral, gravidez, cárie dentária, lesões orais, gengivite gravídica, granuloma gravídico, erosão; Key words: *oral*

health, pregnancy, dental caries, oral lesions, pregnancy gingivitis, gravidarum granuloma, erosion.

No total foram obtidos 241 artigos, dos quais foram selecionados 21 artigos, de acordo com os fatores de inclusão: artigos publicados nas línguas, português, inglês e espanhol, artigos disponibilizados, em texto integral, e de acesso gratuito, nas bases de dados *ScienceDirect, PubMed, Researchgate e EbscoHost*, artigos cujo título referisse os termos de pesquisa e artigos com abstracts considerados como relevantes para a elaboração deste trabalho. Como critérios de exclusão: artigos cujo título não apresentava palavra-chave na íntegra, artigos não disponíveis na íntegra ou a falta de resposta dos autores ao pedido para cedermos os artigos.

Foram selecionados apenas artigos compreendidos entre os anos de 2006 a 2016. Do cruzamento das respectivas palavras-chave, nos últimos 10 anos foram utilizados 21 artigos com interesse significativo para a elaboração do trabalho.

4- Desenvolvimento

4.1- Manifestações orais durante a gravidez

A gravidez é uma condição sistêmica onde ocorrem mudanças fisiológicas múltiplas no organismo, destinadas a prepará-lo para o parto e amamentação, mas que acarreta, também modificações no equilíbrio normal da cavidade oral, provocando um grande número de alterações orais.⁶

A hipersecreção das glândulas salivares, a tendência ao vômito e a maior vascularização do periodonto são alterações gerais e específicas de interesse que ocorrem no período da gravidez.¹

Diferentes manifestações orais podem ocorrer durante a gravidez, destacando-se as alterações hormonais (altos níveis de estrogênios e progesterona) e a presença de placa bacteriana, devido à ineficiente higienização oral.¹

São várias as alterações orais que podem ocorrer na gravidez, sendo as mais comuns a cárie dentária e a doença periodontal, porém a gravidez não é determinante para o seu aparecimento, o que acontece é que há processos já iniciados que tendem a agravar-se.¹

O acompanhamento por médicos dentistas e obstetras podem ser influentes, a fim de ajudarem as mulheres a iniciar e a manter cuidados de saúde oral durante a gravidez, mantendo-os ao longo da vida, e a melhorarem o comportamento alimentar para si e para as suas famílias. ⁵

4.1.1- Cárie dentária

É aceite e estabelecido universalmente que a cárie dentária é uma doença multifatorial, infecciosa, transmissível e dieta dependente que produz uma desmineralização das estruturas dentárias. Este conceito de cárie é baseado na interação de fatores como dente suscetível, microrganismos e dieta, determinando a doença cárie. ⁷

As cáries dentárias são uma mudança de etiologia multifatorial definida como a desmineralização da camada inorgânica e da destruição da estrutura orgânica dos dentes. ⁸

Existem cáries precoces que aparecem como zonas brancas desmineralizadas e se transformam em cavidades acastanhadas. As cáries não tratadas podem levar a um abscesso oral e celulite facial. ^{9,10}

A gravidez não é responsável pelo aparecimento de cáries e nem pela perda de minerais dos dentes da mãe, mas o aumento da atividade cariogénica está relacionado com a alteração da dieta e com a presença da placa bacteriana, causada pela limpeza inadequada dos dentes. ¹

As causas que levam a um maior risco de cárie, são as seguintes: (i) aumentos do pH na cavidade oral devido a vômitos frequentes, (ii) as mulheres grávidas têm desejos por alimentos açucarados e (iii) menos atenção à saúde oral. Cáries ativas deixadas sem tratamento podem conduzir e levar a complicações locais, bem como sistémicas. ²

A saliva contém quantidades substanciais de cálcio e fosfatos e as faixas de pH 7 (neutro) promovem o processo de remineralização do esmalte. No entanto, o ambiente ácido, resultante da acidez elevada da saliva durante a gravidez, aumenta a desmineralização, que, em seguida, predomina durante o processo de remineralização, estimulando, assim, o desenvolvimento de cárie. ⁸

É importante salientar que o fluxo salivar aumenta nos primeiros meses da gestação e a hiperatividade das glândulas salivares é um fenómeno sem causa definida. O excesso de secreção salivar provoca náuseas e vômitos e, se persistir até o final da gestação, provoca

queda da capacidade tampão da saliva – fator importante no aumento do risco de desmineralização dentária.¹

Curiosamente níveis aumentados de *Streptococci mutans* e *Lactobacilli* são encontrados no final da gravidez e durante a amamentação.¹¹

Algumas grávidas têm tendência para não escovarem os dentes, frequentemente, por causa da sensação de náuseas e propensão para vômitos, bem como por causa das gengivas estarem mais vulneráveis ao sangramento e à dor. Neste período há, também, maior persistência de acidez na cavidade oral, aumentando os seus efeitos negativos.⁸

A adequada proteção da saúde dentária é essencial e deve abranger a implementação de medidas preventivas e terapêuticas, *check-ups* regulares durante a gravidez, bem como a participação ativa das mulheres grávidas na preservação e manutenção da saúde oral.⁸

As pacientes grávidas devem diminuir o risco de cáries, escovando os dentes, pelo menos 2 vezes ao dia, utilizando pasta com flúor, e limitando o consumo de alimentos açucarados.⁹

A importância dos seguintes fatores, na preservação da saúde oral durante a gravidez, deve ser destacada: 1) dieta saudável; 2) higiene oral (escovagem regular); 3) educação e motivação das grávidas para praticarem diariamente procedimentos apropriados; 4) acompanhamento regular do estado de saúde oral e potencial introdução relevante de medidas terapêuticas; 5) organização adequada e competência dos serviços preventivos dentários e a cooperação com outros departamentos médicos.⁸

4.1.2- Erosão dentária

A erosão dentária descreve o resultado físico de uma perda patológica, crônica, localizada e assintomática dos tecidos dentários duros pelo ataque químico da superfície do dente por ácido e/ou quelante, sem o envolvimento de bactérias. O ácido de origem não bacteriana é, provavelmente, a causa da erosão, levando à desmineralização da matriz inorgânica do dente.¹²

A desmineralização do tecido dentário por erosão é causada pelo contato frequente e duradouro de ácidos com o dente.¹³

Os ácidos responsáveis pela erosão não são produtos da flora oral, podendo ser de origem da dieta, ocupação ou fatores intrínsecos. As classificações podem ser baseadas na etiologia, sendo divididas em erosão extrínseca: resulta de ácidos exógenos; erosão intrínseca: resulta

de ácidos endógenos e erosão idiopática: quando o diagnóstico não é possível por meio de exames clínicos ou da anamnese. ¹²

A erosão dentária é causada não somente por ácidos exógenos, mas também pelos ácidos endógenos como o efeito dos ácidos gástricos, ou substâncias contendo ácidos gástricos, que chegam até à cavidade oral e aos dentes como resultado de vômito, regurgitação ou refluxo gastroesofágico. O ácido proveniente do suco gástrico tem um pH baixo, à volta de 1 a 1,5. ¹³

Durante a gravidez a cavidade oral está exposta ao ácido gástrico que leva à erosão dos dentes. As possíveis razões podem ser: (i) no primeiro trimestre, a causa mais frequente são os enjoos matinais; (ii) em estados mais adiantados, o esfíncter gastroesofágico laxo e a compressão do útero podem agravar o refluxo ácido. Pacientes que apresentam vômito frequente podem apresentar formas graves de erosão do esmalte. ²

Além do efeito direto dos ácidos, as pacientes que apresentam estes distúrbios podem, também, ter redução da capacidade tampão da saliva, o que aumenta o potencial de erosão do ácido gástrico. ¹³

As estratégias de gestão visam a redução da exposição ácida por via oral, através da dieta e mudanças de estilo de vida, além do uso de antieméticos e antiácidos, ou ambos. Enxaguar a boca com uma colher de chá de bicarbonato de sódio num copo de água depois dos vômitos pode neutralizar o ácido. ⁹

As grávidas devem ser aconselhadas a não escovarem os dentes imediatamente após o vômito e, também, devem ser instruídas para usarem escovas de dentes mais macias, para evitarem danos maiores, devido à exposição do ácido gástrico. ²

A face palatina dos incisivos superiores e dos caninos são as mais afetadas. As grávidas queixam-se, frequentemente, da presença de sensibilidade que é a consequência da exposição da dentina. ¹¹

Medidas de controlo são essenciais para a prevenção e incluem o uso regular de fluoretos para bochecho, especialmente nas grávidas que vomitam frequentemente. ¹¹

4.1.3- Doença periodontal

A doença periodontal é um grupo de doenças inflamatórias dos tecidos periodontais, que são os tecidos de suporte dos dentes e englobam a gengivite e a periodontite. ¹⁴

É uma das infecções orais mais prevalentes nos seres humanos, sendo caracterizada por inflamação e sangramento gengival. Quando os agentes causadores desta doença não são removidos, periodicamente, tendem a atingir o tecido de suporte dos dentes, o osso alveolar e estimular a sua reabsorção por meio de reação inflamatória.¹⁵

A periodontite é uma inflamação destrutiva do periodonto, afetando muitas mulheres na idade fértil. O processo começa com uma inflamação seguida por infiltração de bactérias nas fibras periodontais.²

Toxinas produzidas pelas bactérias estimulam uma resposta crônica inflamatória e o periodonto diminui e é destruído, criando bolsas que ficam infetadas, podendo levar a uma eventual perda de dentes.⁹

Nas bolsas periodontais podem estar isoladas diversas espécies bacterianas, muitas delas gram-negativas e algumas caracterizando-se por alta patogenicidade.¹⁵

As infecções bacterianas resultam, essencialmente, da ativação da imunidade da célula mediada e subsequente produção de citocinas como as interleucinas (IL-1, IL-6), fator de necrose tumoral alfa (TNF-alfa) e prostaglandinas, especialmente PGE 2.¹¹

Níveis elevados destes marcadores inflamatórios foram encontrados no líquido amniótico de mulheres com periodontite e parto prematuro em comparação com pacientes de controlo saudáveis. Num estudo, uns pesquisadores descobriram bactérias orais mínimas no líquido amniótico e na placenta de mulheres com trabalho de parto prematuro e periodontite. Parece, assim, provável que esta cascata inflamatória sozinha inicia prematuramente o trabalho de parto devido às contrações uterinas. O mecanismo parece ser similar para recém-nascidos com baixo peso, onde a liberação de PGE2 restringe o fluxo sanguíneo placentário e provoca necrose da placenta e resultante restrição do crescimento intrauterino.²

As alterações fisiológicas, durante a gravidez, incluem um aumento dos níveis de estrogênio e de progesterona no soro materno, um aumento da permeabilidade vascular e alterações no sistema imunológico. Acredita-se que estes contribuem para a progressão da doença periodontal para um estado mais grave.¹⁴

As modificações do periodonto estão relacionadas com fatores como as “deficiências nutricionais, altos níveis de estrógeno e progesterona, presença de placa bacteriana, muitas vezes favorecida por outros fatores locais, assim como o estado transitório de imunodepressão”.¹

Convém lembrar que a doença periodontal é predisposta por vários fatores (como fumo e diabetes, por exemplo) e que a gravidez não é sinônimo de complicações no periodonto, mas sim um período de desordens hormonais que podem influenciar no decurso da doença periodontal. ⁶

Destaca-se que, quanto mais severa é a doença periodontal, maior é o risco de ocorrer o parto prematuro e que o tratamento desta doença leva a uma diminuição da percentagem de partos prematuros. ¹

As mulheres com doença periodontal preexistente podem reduzir o risco de recorrência ou agravamento da doença, durante a gravidez, através da higiene oral adequada. ⁹

4.1.4- Mobilidade dentária

O aumento da mobilidade dos dentes tem sido detetado na gravidez mesmo em mulheres periodontalmente saudáveis. ¹¹

O aumento do nível das hormonas, tais como: progesterona e estrogênio, que afetam o periodonto (fibras periodontais, gengivais e osso alveolar), torna os dentes soltos mesmo na ausência de infeções periodontais e gengivais. ²

Os casos menos complicados de mobilidade não estão associados à doença periodontal, pelo que os médicos devem tranquilizar as grávidas, informando que a situação é temporária e não vai causar a perda dos dentes. ⁹

Os incisivos superiores têm maior mobilidade durante o último mês da gravidez. O desenvolvimento destas mobilidades deve-se à deslocação dos minerais da lâmina dura e não à modificação do osso alveolar. O grau presente de doença periodontal e perturbação dos tecidos de suporte e fixação, também, contribuem para a mobilidade que normalmente se resolve após o parto. ¹¹

Esta maior mobilidade dentária pode ser associada à redução da capacidade da lâmina dura na substituição das fibras colágenas do periodonto. ⁶

Outro fator que pode contribuir para o aumento da mobilidade dentária é a deficiência em vitamina C, devendo a mesma ser recomendada em doses terapêuticas. ¹⁶

4.1.5- Gengivite gravídica

A gengivite é a doença oral mais comum durante a gravidez, com uma prevalência de 60 a 75%. Aproximadamente metade das mulheres com gengivite pré existente tem uma significativa exacerbação durante a gravidez.⁹

As grávidas estão mais predispostas a inflamações gengivais exageradas, devido às mudanças dos níveis hormonais.¹⁷

A gengivite associada à placa bacteriana é a condição periodontal mais comum durante a gravidez.¹⁰

Embora seja desencadeada pela acumulação de placa bacteriana, não parece estar relacionada diretamente com a quantidade de placa presente e sim ser exacerbada por mudanças vasculares e hormonais, que, por si só, não determinam a instalação de processos infecciosos, mas agravam a resposta dos tecidos à presença de placa bacteriana.³

Esta maior suscetibilidade deve-se, em primeiro lugar, aos altos níveis de progesterona que levam à maior permeabilidade dos vasos sanguíneos gengivais, tornando a área mais sensível aos irritantes locais e, também, à presença de certas bactérias associadas ao processo de inflamação gengival e de irritantes locais oriundos, principalmente, da placa dentária.¹

A gengivite agravada pelas alterações hormonais da gravidez é conhecida como a gengivite gravídica, embora isso não difira histologicamente daquela que se desenvolve num estado de não gravidez.¹¹

A gengivite gravídica pode ocorrer durante toda a gravidez. Representa uma resposta aumentada aos fatores locais e não é causada diretamente pela gravidez.⁶

Torna-se geralmente visível no final do segundo mês de gestação e piora conforme o avanço da gravidez antes de atingir um pico no oitavo mês. No último mês, a gengivite geralmente diminui e, imediatamente, após o parto os tecidos gengivais são comparados aos que foram observados durante o segundo mês de gestação.¹¹

Clinicamente, durante a gravidez, o tecido gengival inflamado (gengiva marginal e papilas interdentárias) caracteriza-se pela cor vermelho viva, pela presença de tecido edematoso (superfície lisa e aspeto brilhante), com propensão a ter maior volume na região interproximal do que nas superfícies vestibulares e/ou linguais ou palatina, e pela grande tendência a sangrar durante a mastigação.³

A gengivite gravídica pode ser localizada ou generalizada. Os dentes anteriores são os mais afetados, apesar de quantidades de placa bacteriana estarem mais associadas aos dentes posteriores.¹¹

Portanto, a gravidez não é o fator etiológico primário da gengivite, mas sim um fator agravante de quadro gengival infeccioso clínico ou subclínico estabelecido anteriormente à gravidez.³

A gengivite pode ser controlada, durante a gravidez, com uma abordagem minimamente invasiva, usando um regime de higiene oral intenso e comportamental, bem como com aconselhamento educacional para melhorar os cuidados das pacientes grávidas em casa.¹⁸

Medidas de higiene oral completas, incluindo escovagem e uso do fio dentário, são recomendadas. As pacientes com gengivite grave podem necessitar de usar colutórios, tais como clorhexidina.⁹

4.1.6- Granuloma gravídico

O granuloma piogénico é uma lesão oral benigna de natureza não neoplásica. Considerada uma lesão reacional e multifatorial, é resultante de agressões repetitivas, de microtraumatismo e irritação local sobre a mucosa. Ocorre em cerca de 5% das mulheres grávidas, recebendo, por isso, a denominação de "granuloma gravídico".¹⁹

O aumento dos níveis de progesterona e estrogénio produz dilatação e proliferação da microvasculatura gengival e destruição de mastócitos, resultando num aumento da libertação de substâncias vasoativas no tecido adjacente, induzindo a formação do granuloma.²⁰

Clinicamente, o Granuloma gravídico, assim como o Granuloma piogénico, em geral, apresenta-se como massa plana ou lobulada, geralmente pediculada, de superfície ulcerada, coloração que varia de rosa a vermelho ou arroxeadado, de tamanho variado, indolor e sangrante ao toque, devido a grande vascularização.¹⁹

O crescimento rápido é outra característica, necessitando de avaliação médica rápida para afastar a possibilidade de doenças malignas.²¹

O desenvolvimento do granuloma piogénico depende de alguns fatores como a quantidade suficiente de tecido conjuntivo; grau de inflamação gengival; grau de vulnerabilidade ao trauma; presença de dentes e próteses e nível de higiene oral.²⁰

Acomete geralmente a gengiva, embora possa ocorrer nos lábios, língua, mucosa oral, palato e áreas edêntulas. Varia de poucos milímetros a alguns centímetros e, quando atinge grandes dimensões, pode interferir na fisiologia da boca. ²⁰

Embora possa surgir a partir de qualquer local na gengiva, ocorre principalmente na papila interdentária, particularmente na face vestibular e geralmente mais no maxilar do que na mandíbula. ¹¹

Esta lesão pode surgir de uma papila gengival já inflamada, daí que a placa bacteriana seja considerada um fator inicial importante. ¹¹

O granuloma gravídico é mais comum após o primeiro trimestre de gravidez, cresce rapidamente e, normalmente, recua após o parto. ⁹

O tratamento dependerá da severidade dos sintomas. Se a lesão for pequena, indolor e livre de hemorragia a observação clínica acompanhada de preservação será suficiente. Durante a gravidez, as cirurgias devem ser reservadas aos casos de hemorragias espontâneas ou à presença de dor, advinda do impedimento das práticas de higiene oral ou outras atividades diárias, ou em situações em que o tratamento conservador não produziu resultados satisfatórios. ¹⁹

No entanto, se a cirurgia não poder ser adiada, a remoção deve ser feita durante o segundo trimestre e a mulher informada do risco de recidiva. ¹¹

É importante evidenciar a necessidade de cuidados com a higiene oral, remoção da placa bacteriana e o uso de escovas dentárias macias, com técnicas de escovagem adequadas e que diminuam o trauma sobre a gengiva. ¹⁹

4.1.7- Estratégias de prevenção

Durante a gravidez problemas agudos, como a pulpite e os abscessos que causam dor intensa e febre, devem ser tratados em qualquer fase da gestação para não adicionar uma carga extra de *stress* e ansiedade na mãe e no feto. ¹⁰

As grávidas necessitam, frequentemente, de confiarem que a prevenção, o diagnóstico e os tratamentos orais, incluindo raios-X e anestesia local, são seguros durante a gravidez. Os casos que requerem tratamento imediato, como extrações, endodontias e restaurações de cáries não tratadas, podem ser realizados em qualquer altura da gravidez. ⁵

Idealmente, os tratamentos dentários devem ser agendados e realizados durante o segundo trimestre de gravidez quando a organogênese está completa, porque é considerada a fase mais segura para tratar as pacientes de entre os três trimestres, podendo ser realizadas emergências, bem como tratamentos dentários, como extrações, cirurgias periodontais e endodontias.^{9,2}

Em relação às radiografias, estas devem ser utilizadas com precaução, especialmente durante o primeiro trimestre, uma vez que é durante este que se desenvolvem os órgãos fetais, estando mais sensíveis aos danos causados pela radiação. Caso a utilização de radiografias seja mesmo imprescindível, devem realizar-se o menos possível, devendo cobrir-se a mãe com um colete de chumbo, de forma a proteger a área ventral.¹⁰

No terceiro trimestre, se a paciente apresentar dor dentária, pode ser executado um tratamento de emergência, devendo adiar-se o tratamento definitivo, se possível, para depois do parto. Neste trimestre há desconforto posicional com risco de compressão da veia cava que pode ser evitado reposicionando a grávida com frequência na cadeira, devendo evitar-se a posição supina.²

Deve-se aconselhar a paciente a reforçar a rotina da saúde oral como: limitar o consumo de alimentos e bebidas açucaradas, escovar os dentes, pelo menos duas vezes por dia, com pasta fluoretada, usar fio dentário, pelo menos uma vez por dia, e visitar o dentista duas vezes por ano. Também se deve aconselhar o uso de clorhexidina, colutórios com flúor e pastilhas elásticas, contendo xilitol, a fim de diminuir as bactérias orais.⁵

5- Conclusão

A gravidez provoca várias transformações na vida da mulher, pois, além das alterações físicas, hormonais e fisiológicas são também observadas mudanças no estado emocional.

Conclui-se que há uma íntima relação entre estas alterações e o surgimento de patologias orais, embora não sejam só as hormonas responsáveis por estas mudanças, mas também fatores como a higiene oral, náuseas e vômitos podem influenciar o estado da cavidade oral, podendo ainda agravar infeções já instaladas.

Assim, a gravidez, por si só, não é responsável pela cárie, doença periodontal e outras manifestações, mas verifica-se a exacerbação de certas manifestações, sendo as mais comuns a cárie e a gengivite gravídica, pelo que é essencial que haja um maior

acompanhamento dentário e que se incentive a higiene oral, de modo a diminuir a tendência para algumas destas manifestações.

Neste período a mulher não está impedida de realizar tratamentos dentários regularmente, embora o segundo trimestre seja o mais seguro para a sua realização, podendo ser aconselhados tratamentos dentários, de acordo com o diferente trimestre em que a grávida se encontre. No entanto, situações de emergência, tais como dor ou infeções de origem estomatológica, devem ser atendidas em qualquer fase da gravidez, já que não atendê-las poderá originar maior risco de complicações no futuro.

6- Bibliografia

1. Reis DM, Pitta DR et al. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. *Ciências & saúde coletiva* 2010;15 (1):269-276
2. Kandan PM, Menega V, Kumar RR. Oral health in pregnancy. *J Pak Med Assoc.* 2011 Oct;61(10):1009-14
3. Passanezi E, Brunetti MC, Sant´ana ACP. Interação entre a doença periodontal e a gravidez. *Revista Periodontia* 2007 Jun; vol17 n2
4. Kumar J, Samelson R. Oral health care during pregnancy recommendations for oral health professionals. *New York State Dental Journal* 2009; 75(6).
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Oral health care during pregnancy and through the lifespan. *Obstet Gynecol* 2013; 122:417-22
6. Aleixo RQ, Moura CO, Almeida FA, Silva HM, Moreira KFA. Alterações bucais em gestantes. *Saber científico odontológico* 2010 Jul/Dez; 1(1):68-80
7. Lima JEO. Cárie dentária: um novo conceito. *Ver Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial* 2007 Nov/Dez; v.12, n.6, p.119-130.
8. Jevtic et al. The role of nutrition in caries prevention and maintenance of oral health during pregnancy. 2015 Nov/Dez; LXVIII (11-12): 387-393.
9. Silk H, B.Douglass A, Douglass J, Silk L. Oral health during pregnancy. *Am Fam Physician* 2008;77(8):1139-1144
10. Chacón P, Kanashiro C. Salud bucal en el embarazo. *Odontol Pediatr* 2014 Jul/Dez vol13 no2
11. Pirie M, Cooke I, Linden G, Irwin C. Dental manifestations of pregnancy. *The Obstetrician & Gynecologist* 2007; 9:21-26
12. Catelan A, Guedes APA, Santos PH. Erosão dental e suas implicações sobre a saúde bucal. *RFO* 2010 Jan/Abr; v.15 n1 p.83-86
13. Aguiar FHB et al. Erosão dental – definição, etiologia e classificação. *Ver. Inst. Ciênc. Saúde* 2006; 24 (1):47-51
14. Giguère L et al. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a prospective study in a low risk population. *JOGC*; 2016 Abr
15. Júnior RP, Noumura ML, Politano GT. Doença periodontal e complicações obstétricas: há relação de risco? 2007;29(7):372-7

16. Giglio JA, Lanni SM, Laskin DM, Giglio NW. Oral health care for the pregnant patient. JCD 2009 Feb; vol75 n1
17. Zhong C, Ma K, Wong YS, So Y, Lee PC, Yang Y. Oral health knowledge of pregnant women on pregnancy gingivitis and children's oral health. The journal of clinical pediatric dentistry 2015; vol39 n2
18. Geisinger ML et al. Oral health education and therapy reduces gingivitis during pregnancy. J Clin. Periodontal 2014; 41:141-148
19. Jardim E, Vieira J, Castro A, Júnior E, Felipini R. Granuloma gravídico – relato de um caso. RFO 2009 Mai/Ago; v14 n2,153-157
20. Reyes A, Pedron IG, Utumi ER, Aburad A, Soares MS. Granuloma piogénico: enfoque na doença periodontal como fator etiológico. Revista Clin. Pesq. Odontol. 2008 Jan/Abr; v4 n1, 29-33
21. Nejad TSE, Taheri JB, Somayyeh A. Frequency of gingival pregnancy tumor in iran. Journal of international oral health 2014; 6(6):72-76

Capítulo II

1-Relatório das atividades práticas das disciplinas de estágio supervisionado:

1.1- Estágio de Clínica Geral Dentária:

O Estágio em Clínica Geral Dentária decorreu na Unidade Clínica Nova Saúde – Gandra, num período de 5 horas semanais durante o ano letivo (terça-feira, das 14h00-19h00), desde 15 de Setembro de 2015 até 14 de Junho de 2016.

O Estágio compreendeu um total de 280 horas e foi supervisionado pela Dra. Sónia Machado. Os atos clínicos efetuados durante este período estão indicados na tabela 1.

1.2- Estágio Hospitalar:

O Estágio Hospitalar teve a duração de 196 horas e decorreu no Hospital de Amarante, monitorizado pelo Mestre José Pedro Novais de Carvalho. Teve início no dia 16 de Setembro de 2015 e terminou a 15 de Junho de 2016, sendo realizado à Quarta-feira, entre as 09h00 e as 12h30. Os atos clínicos efetuados durante este período estão indicados na tabela 2.

1.3- Estágio em Saúde Oral Comunitária:

Este Estágio teve um total de 196 horas, tendo sido supervisionado pelo Professor Doutor Paulo Rompante. Teve início no dia 18 de Setembro de 2015 e terminou a 17 de Junho de 2016, decorrendo à Sexta-Feira, entre as 09h00 e as 12h30.

Numa primeira fase, até Dezembro de 2015, teve lugar no Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS), onde foi realizado trabalho teórico e todos os elementos a fornecer aos alunos destinatários. Posteriormente, o trabalho foi realizado na Escola Básica da Feira n.º 2 e na Escola Básica da Feira n.º 3, abrangendo um total de 144 alunos, tendo como base o Programa Nacional de Promoção e Saúde Oral. Foram realizadas diversas atividades, para promoção da saúde oral, como apresentações em *PowerPoint*, utilização de bonecos de

peluche; uma boca feita com material reciclado; uma escova feita de pano; puzzles e panfletos. Para além disto, foi ainda feito o levantamento do índice de CPO.

1.4- Considerações finais das atividades de estágio:

O Estágio em Medicina Dentária compreendeu três componentes essenciais que considero muito enriquecedoras, tanto a nível pessoal, como a nível profissional. Nas suas três componentes integradas, o estágio permitiu-me a aplicação e aperfeiçoamento dos conhecimentos teóricos e práticos até então apreendidos e a interação com diferentes pacientes, com diferentes tipos de doenças, o que me levou a ter uma visão diferente do mundo profissional.

ANEXOS:

Tabela 1. Número de atos clínicos realizados como operador e como assistente, durante o Estágio em Clínica Geral Dentária.

Estágio em Clínica Geral Dentária	
Procedimentos	Atos clínicos
Dentisteria	6
Exodontia	6
Destartarização	9
Endodontia	7
Outros	1
Total	29

Tabela 2. Número de atos clínicos realizados como operador e como assistente, durante o Estágio Hospitalar.

Estágio Hospitalar	
Procedimentos	Atos clínicos
Dentisteria	42
Exodontia	28
Destartarização	10
Endodontia	10
Outros	4
Total	94