



UNIVERSIDADE
**CATÓLICA
DE SANTOS**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM
SAÚDE COLETIVA MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Tânia Zaca Fadel

**PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO MATERNO-INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

**Santos - SP
2026**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM
SAÚDE COLETIVA MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Tânia Zaca Fadel

**PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO MATERNO-INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde, ambiente e mudanças sociais.

Linha de pesquisa: Condições sociais da saúde, políticas públicas, gestão, programas e práticas em saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Elda de Oliveira

Santos - SP
2026

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que seja citada a fonte.

[Dados Internacionais de Catalogação]
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos
Viviane Santos da Silva - CRB 8/6746

F117p Fadel, Tânia Zaca

Pré-Natal odontológico materno-infantil na atenção
primária à saúde: uma revisão integrativa /Tânia
Zaca Fadel; orientadora Elda de Oliveira
- 2026.
91 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de
Santos, Programa de Pós-Graduação stricto sensu em
Saúde Coletiva, 2026.
Inclui bibliografia

1. Gestantes. 2. Cuidado Pré-Natal. 3. Saúde Bucal.
4. Atenção Primária à Saúde. I. Oliveira, Elda de.
II. Título.

CDU: Ed. 1997 -- 614(043.3)

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
STRICTO SENSU EM SAÚDE COLETIVA**

Tânia Zaca Fadel

**PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO MATERNO-INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade
Católica de Santos, como requisito para
obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva.

Data da defesa: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Dra. Elda de Oliveira
Orientadora Membro titular – UNISANTOS

Profª. Dra. Lourdes da Conceição Martins
Membro titular – UNISANTOS

Prof. Dr. Josevan de Souza Silva
Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo

Dedico esta dissertação às pessoas gestantes que fizeram parte da minha trajetória na Atenção Primária à Saúde. Cada atendimento fortaleceu minha convicção de que o cuidado em saúde se constrói por meio da escuta, do acolhimento, do vínculo e do compromisso que assumimos de educação em saúde. Dedico, igualmente, aos bebês, na perspectiva de que os cuidados iniciados na gestação resultem em saúde e, conseqüentemente, melhora de oportunidades ao longo de suas vidas. Estendo essa dedicatória a todos os profissionais que atuam na APS e que fazem do pré-natal um espaço de cuidado integral, humanizado e interdisciplinar. Espero que esta pesquisa estimule e contribua para a produção de conhecimento científico e que, também, represente um reconhecimento da relevância do trabalho de todos os profissionais envolvidos no cuidado da pessoa gestante e que entendem a saúde bucal como parte essencial da saúde materno-infantil.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Elda de Oliveira, pela paciência, orientação e transmissão de conhecimentos no desenvolvimento desta pesquisa. Sua dedicação à pesquisa e orientação aos estudantes é fundamental. Aos professores do Mestrado em Saúde Coletiva da UNISANTOS, e em especial para a professora Dra. Lourdes da Conceição Martins e ao professor Dr. Josevan de Souza Silva por todo conhecimento compartilhado e orientações durante a banca de qualificação.

À minha mãe Jane, à minha tia, Elizabeth, e aos meus queridos filhos, Bruna e José Vitor, pelos incentivos, apoios e pela compreensão. Às minhas colegas de trabalho e amigas Heidi, Vania, Valdirene e Sandra e ao meu chefe Gustavo que, de alguma forma contribuíram para essa realização e crescimento profissional.

Aos meus colegas e amigos do mestrado, pelo companheirismo. E, sobretudo, gratidão a Deus pela saúde, pela minha vida, e pela oportunidade de enfrentar e realizar esse importante desafio, que me proporcionou vivência única e, sobretudo, significativo aprendizado.

RESUMO

O objetivo desta dissertação foi analisar na literatura científica, as contribuições do pré-natal odontológico para a promoção da saúde bucal das pessoas gestantes e de seus bebês na Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada através de busca sistematizada em fontes de dados nacionais e internacionais, como: SciELO; PubMed; BVS (LILACS e MEDLINE). Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde e seus correspondentes em inglês, Medical Subject Headings. A população do estudo foram as pessoas gestantes e o fenômeno de interesse foi o pré-natal odontológico no contexto da Atenção Primária à Saúde. O referencial teórico utilizado foi o conceito de vulnerabilidade. Na busca dos dados, foram encontrados 169 artigos, os quais foram enviados para a plataforma Rayyan; após o tratamento dos dados, permaneceram 18 artigos. Quanto ao ano de publicação, um estudo foi realizado em 2020 e um em 2021, seis estudos em 2022, cinco estudos em 2023, três em 2024 e dois em 2025. Quanto ao local de publicação, 13 estudos foram provenientes do Brasil, dois da Arábia Saudita, um do Irã, um da África do Sul e um dos Estados Unidos. Houve predomínio de delineamentos quantitativos: 12 estudos, especialmente estudos transversais, tiveram análises de dados secundárias. Os estudos qualitativos corresponderam a seis investigações, incluindo um estudo documental. Os estudos evidenciaram baixa adesão e utilização insuficiente do pré-natal odontológico mesmo diante da elevada necessidade clínica. A busca pelo atendimento odontológico pelas pessoas gestantes ocorreu predominantemente em situações de dor e urgência. As barreiras de acesso apontadas foram: medos e mitos, falhas na capacitação dos profissionais e dificuldades organizacionais dos serviços, limitações estruturais, como ausência de Equipe de Saúde Bucal, baixa carga horária de cirurgiões-dentistas, impactando negativamente a oferta de orientações e ações educativas. Considerações finais: Com base na Política Nacional de Saúde Bucal e na necessidade de organizar o cuidado de forma integral e articulada na Rede de Atenção à Saúde é primordial fortalecer na atenção primária à saúde a linha de cuidado em saúde bucal.

Palavras-chave: gestantes; cuidado pré-natal; saúde bucal; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The objective of this dissertation was to analyze, in the scientific literature, the contributions of dental prenatal care to the promotion of the oral health of pregnant people and their babies in Primary Health Care (PHC). This is an integrative literature review, conducted through a systematic search in national and international databases, such as: SciELO; PubMed; BVS (LILACS and MEDLINE). The Health Sciences Descriptors and their corresponding Medical Subject Headings in English were used. The study population consisted of pregnant people, and the phenomenon of interest was dental prenatal care in the context of Primary Health Care. The theoretical framework used was the concept of vulnerability. In the data search, 169 articles were found, which were submitted to the Rayyan platform; after data processing, 18 articles remained. Regarding the year of publication, one study was conducted in 2020 and one in 2021, six studies in 2022, five studies in 2023, three in 2024 and two in 2025. Regarding the place of publication, 13 studies originated from Brazil, two from Saudi Arabia, one from Iran, one from South Africa, and one from the United States. There was a predominance of quantitative designs: 12 studies, especially cross-sectional studies, involved secondary data analyses. The qualitative studies corresponded to six investigations, including one documentary study. The studies evidenced low adherence to and insufficient utilization of dental prenatal care, even in the face of high clinical need. The search for dental care by pregnant people occurred predominantly in situations of pain and urgency. The access barriers identified were: fears and myths, failures in professional training, and organizational difficulties in services, structural limitations, such as the absence of Oral Health Teams, and low working hours of dental surgeons, negatively impacting the provision of guidance and educational actions. Final considerations: Based on the National Oral Health Policy and the need to organize care in an integrated and coordinated manner within the Health Care Network, it is essential to strengthen the oral health care pathway within Primary Health Care.

Keywords: pregnant women; prenatal care; oral health; Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Compressão dos vasos pelo peso do feto	1
Figura 2 – Almofada elevando o quadril	1
Figura 3 – Elevação do quadril através da colocação da almofada	1
Figura 4 – Pessoa gestante em decúbito lateral, antes de levantar	1
Quadro 1– Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) e Medical Subject Headings (Mesh). Santos, 2026	1
Quadro 2 – Fontes informacionais, estratégia de busca, filtros e resultados obtidos, (Mesh). Santos, 2026	1
Figura 5 – Fluxograma dos artigos incluídos na revisão de literatura. Santos, 2026	1
Quadro 3 – Caracterização dos artigos da revisão de literatura. Santos, 2026.....	1

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCD	Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACS	Agente comunitário de Saúde
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
CPI	Índice Periodontal Comunitário
CPITN	Índice Comunitário de Necessidade de Tratamento Periodontal
CPO-D	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DNSB	Divisão Nacional de Saúde Bucal
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FDI	Federação Dentária Internacional
FIO	Federação Interestadual dos Odontologistas
FNO	Federação Nacional dos Odontologistas
HPV	papilomavírus humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICNTP	Índice Comunitário de Necessidades de Tratamento Periodontal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LRPD	Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
MeSH	Medical Subject Headings

OMS	Organização Mundial da Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PN	Pré-Natal
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNO	Pré-Natal Odontológico
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PubMed	U.S. National Library of Medicine
QCRI	Qatar Computing Research Institute
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SB Brasil	Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SESP	Fundação do Serviço Social de Saúde Pública
SPDM	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO	14
2 EPIDEMIOLOGIA EM SAÚDE BUCAL	18
2.1 Política Nacional de Saúde Bucal: Brasil Sorridente	31
2.2 Cuidado em Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde	34
2.3 Cuidado Odontológico Do Binômio Pessoa Gestante-Bebê	43
2.4 Pré-Natal Odontológico e os Primeiros Mil Dias do Bebê	48
3 REFERENCIAL TEÓRICO	53
4 OBJETIVOS	57
4.1 Objetivo geral.....	57
4.2 Objetivos Específicos	57
5 METODOLOGIA.....	58
5.1 Tipo de estudo	58
5.2 Critérios de inclusão e exclusão.....	58
5.3 Fontes informacionais	58
5.4 Descritores utilizados	58
5.5 Processo de busca dos dados.....	59
5.6 Coleta de dados	60
5.7 Aspectos éticos.....	61
5.8 Análise dos dados.....	61
6 RESULTADOS	62
7 DISCUSSÃO	67
8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	72
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS.....	74
APÊNDICE A	83

APRESENTAÇÃO

“A boca sem dentes é como moinho sem pedra; deve-se estimar muito mais um dente do que um diamante”.

Miguel de Cervantes, Dom Quixote de La Mancha.

Em 1994, iniciei minha vida profissional como cirurgiã-dentista. Minha trajetória profissional, que antecede minha inserção no Sistema Único de Saúde (SUS), foi marcada por experiências diversas que contribuíram de forma significativa para a construção do meu olhar sobre o cuidado em saúde.

Trabalhei durante muitos anos em instituições privadas. Logo que me formei, fui trabalhar com meu tio Antônio, em Piracaia, no interior de São Paulo. Ele tinha uma habilidade manual incrível e muito senso estético. Mantinha um laboratório de prótese junto ao consultório e confeccionava as próteses em todas as suas etapas, assim como as restaurações metálicas fundidas. Era também um excelente cirurgião, que me ensinou muito.

Depois, aventurei-me a montar meu próprio consultório. Algum tempo depois me casei e meu marido, na época, também era dentista. Tive meus dois filhos e, após a separação, decidi trabalhar em outros lugares para complementar a renda. Trabalhei muito e conheci diferentes universos da odontologia. Identificava-me muito com o trabalho voltado para a população mais carente.

Ainda assim, minha trajetória profissional me levou a cursar especialização em implantodontia. Fazia cirurgias em uma clínica e me ofereceram a especialização como forma de aperfeiçoamento profissional. No entanto, percebi que essa não era a área com a qual eu realmente me identificava e almejava seguir. Tinha o sonho de trabalhar no SUS e durante muito tempo, isso não foi possível.

Enquanto fazia a especialização de implantes comecei a estudar para concursos na área de Odontologia. Com meus filhos mais independentes, pude focar no meu sonho. Aprender sobre o SUS foi uma experiência inovadora, assim como estudar para concursos públicos.

No início de março de 2020, comecei a trabalhar na Prefeitura da cidade de Bragança Paulista como cirurgiã-dentista, prestando cuidados aos usuários da Estratégia da Saúde da Família. Era minha primeira experiência no SUS e, apenas 15 dias depois, fomos surpreendidos pelo anúncio de *lockdown* e pelo início da pandemia de COVID-19.

Os atendimentos de saúde bucal na Unidade Básica de Saúde (UBS) foram suspensos, e os casos de dor e urgência passaram a ser direcionados aos cirurgiões-dentistas da Unidade

de Pronto Atendimento (UPA) de Bragança Paulista. Os dentistas da Atenção Primária a Saúde (APS) foram remanejados para outras funções e, a partir disso, vivi diversas experiências.

Passei a alimentar uma planilha da Santa Casa do município e também a realizar, por meio de ligações telefônicas, o monitoramento dos sintomas de pessoas com sintomas gripais e febre que estavam listadas nessa planilha. Posteriormente, trabalhei por um período na Vigilância Epidemiológica. Depois disso, a enfermeira da minha UBS solicitou que eu retornasse à unidade para auxiliar na realização dos testes rápidos, e gostei muito de voltar à UBS. Também ajudava no acolhimento e em outros setores, sempre que necessário. Assim, tive a oportunidade de conhecer e interagir mais de perto com os demais profissionais da unidade.

Geralmente, o consultório odontológico fica mais “isolado” do restante da UBS, muitas vezes localizado na última sala da unidade e o cirurgião-dentista acaba não interagindo tanto com os outros profissionais.

Quando finalmente as vacinas chegaram, também trabalhei auxiliando nos cadastros e na organização das filas.

Em meio a toda loucura, tristeza e incerteza que a COVID 19 causou, aprendi muito sobre o SUS e compreendi a dimensão e a importância desse sistema no cuidado integral aos sujeitos da comunidade. Também tive a certeza de que era isso mesmo que eu queria fazer: trabalhar no SUS.

Quando retornei aos atendimentos em odontologia e ao trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF), comecei a cursar a especialização em Saúde Pública/Coletiva. Nesse ínterim, comecei a trabalhar como Preceptora da Atenção Primária à Saúde (APS), do curso de Odontologia da Universidade São Francisco, na ESF Casa de Jesus, da Rede de Atenção à Saúde, na cidade de Bragança Paulista.

Nessa experiência, os alunos tiveram a oportunidade de vivenciar um pouco do trabalho do cirurgião-dentista na APS. Participavam comigo das visitas domiciliares, das ações de prevenção nas escolas e do atendimento na UBS.

Depois de um processo seletivo, fui chamada para trabalhar como cirurgiã-dentista pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), na prefeitura de São Paulo, e resolvi aceitar o desafio e viver a experiência. Trabalhei na Assistência Médica Ambulatorial AMA/UBS da Vila Moraes, e a experiência foi bem diferente do trabalho em Bragança Paulista. Eram realidades diferentes no mesmo SUS.

Em Bragança a população era predominantemente rural, todos se conheciam e a demanda não era grande. Em São Paulo, encontrei grandes desafios, com serviços de urgência

e curativos em grande proporção e pouco tempo destinado às ações de prevenção e promoção da saúde.

Trabalhei durante 10 meses em São Paulo e, posteriormente, fui chamada, por meio de concurso público, para trabalhar no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), em Campo Limpo Paulista, cidade do interior de São Paulo. Como era uma cidade próxima de Atibaia, minha cidade natal, aceitei a oportunidade, pois poderia morar com minha mãe, que estava triste e se sentindo sozinha após a morte do meu pai.

Foi um período muito bom. No CEO, eu realizava as cirurgias, mas sentia falta de trabalhar na Atenção Primária à Saúde. Voltei a prestar concursos, mantendo o sonho de morar no litoral e trabalhar na APS. Sempre quis morar na praia e trabalhar no SUS.

Assim, há quase três anos, trabalho na prefeitura de Santos e gosto muito dessa experiência. Aqui, pude realizar o sonho de estudar mais sobre Saúde Coletiva e ingressar no mestrado.

Meu papel como dentista da APS tem sido resgatar o cuidado do sujeito com a saúde bucal e o seu sorriso, melhorando a saúde, a autoestima e a qualidade de vida. Trabalhando na APS, porta de entrada do SUS, reconheço a importância de acolher a todos os sujeitos que buscam cuidado, independentemente de raça, classe, gênero, idade, entre outras classificações sociais.

Nesse contexto, chamo a atenção para o cuidado à pessoa gestante e ao bebê. No período gestacional, o cuidado precoce aos problemas de saúde bucal associado às ações educação em saúde realizadas pelo cirurgião-dentista da APS resultará em benefícios para o binômio pessoa gestante-bebê. Esse processo possibilita a instauração de hábitos de saúde ao futuro bebê. Adicionalmente, esses hábitos podem ser compartilhados com toda a família, possibilitando, através do conhecimento em saúde adquirido, uma ótima saúde bucal e, conseqüentemente, uma melhora da saúde como um todo.

Resgatar o sorriso do indivíduo é, também, resgatar a autoestima, a dignidade e a alegria. O trabalho de prevenção e recuperação da saúde bucal iniciado na pessoa gestante será de fundamental importância para um futuro de crianças com melhores condições bucais e hábitos saudáveis, chegando, conseqüentemente, à vida adulta em plena saúde bucal.

1 INTRODUÇÃO

“A boca é um carimbo de classe social”.
Pucca Jr. *apud* Souza; Cardoso, 2021, p. 37).

Essa profunda observação de Gilberto Pucca Jr. ressalta a indissociável ligação entre saúde bucal e as estruturas sociais, um ponto de partida crucial para compreendermos a importância do cuidado integral na saúde. Nesse contexto, o objeto deste estudo é o pré-natal odontológico para o cuidado do binômio pessoas gestantes e seus bebês, uma prática essencial que se insere na complexa realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus desafios.

Partimos da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, cujo tema "Saúde, Direito de Todos e Dever do Estado" teve um impacto significativo na Constituição Federal de 1988, sendo fundamental para a criação do SUS (Brasil, 2025a). O SUS estabelece o direito universal de acesso às ações e serviços de saúde, garantindo a integralidade da assistência, o cuidado sem discriminação e a participação social na gestão. Sua proposta é responder às necessidades de saúde de cada indivíduo, com um enfoque na promoção, proteção, prevenção e recuperação (Brasil, 1990).

A partir da Lei 8.080/90, Lei Orgânica da Saúde, o SUS incorporou o conceito ampliado de saúde, que transcende os aspectos biológicos da doença. Esta visão, já discutida em conferências internacionais como a Declaração de Alma-Ata (1978), formalizou-se na legislação brasileira, definindo saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social, em consonância com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (Brasil, 1990). Diante dessa compreensão ampliada da saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) assume papel na organização do cuidado e na resposta às necessidades de saúde da população.

A APS é um dos pilares fundamentais do SUS, surge como estratégia central. Definida como um conjunto de ações de saúde realizadas no nível da comunidade, abrangendo dimensões individuais, familiares e coletivas, e pautada no conceito ampliado de saúde, a APS é essencial para o cuidado em saúde bucal. Ela deve ser executada por equipes multiprofissionais, com práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, focada na responsabilização por um território específico (Brasil, 2017).

Neste sentido, a APS se consolida como porta de entrada e coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), estabelecendo fluxos de atendimento e acompanhando os usuários em todos os níveis. A OMS, inclusive, tem apontado a importância da formação das RAS como estratégia para superar a fragmentação da atenção à saúde, enfatizando que a APS deve ordenar essas redes para a sustentabilidade dos sistemas públicos de saúde (Brasil, 2011).

As RAS foram instauradas em 30 de dezembro de 2010 pela Portaria 4279 e definidas como “Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2017, p. 2)”.

Elas promovem uma estruturação poliárquica, com a APS como ponto central, estabelecendo relações horizontais entre os pontos de atenção e enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde (Brasil, 2017, 2018).

Uma RAS eficaz exige a definição clara de territórios sanitários e uma base populacional adscrita, fundamental para planejar, organizar e coordenar ações de saúde (Brasil, 2018). A governança da RAS articula os diferentes níveis de gestão do SUS, garantindo a integração entre os pontos de atenção e a regulação do cuidado, podendo ocorrer em âmbito local, distrital, municipal ou regional, conforme as necessidades do território (Brasil, 2018).

No campo da saúde coletiva, o cuidado deve ser garantido pelos profissionais ao longo de todo o processo de trabalho com a população, contemplando os diferentes pontos da RAS e os diversos espaços do território. Isso requer equipes capacitadas por meio da educação permanente, que busca superar o modelo de atenção biomédico, favorecendo práticas mais inclusivas, críticas e socialmente contextualizadas (Brasil, 2018). Os modelos de atenção à saúde são arranjos tecnológicos e organizacionais que promovem reflexões sobre como combinar os recursos disponíveis para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde de indivíduos e comunidades (Paim, [2002]).

Apesar dos avanços significativos do SUS, persistem desafios estruturais, como a fragmentação das ações e a insuficiência do modelo biomédico diante das demandas sanitárias contemporâneas (Brasil, 2011). Torna-se urgente a reorganização do modelo de atenção, incorporando a complexidade dos determinantes da saúde, como insegurança alimentar e condições precárias de moradia (Brasil, 2005). Na odontologia, esse desafio se traduz na necessidade de construir dignidade e cidadania, e orientada pelos princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade e resolutividade.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde bucal corresponde à ausência de dor orofacial, câncer de boca e garganta, infecções, doença periodontal, cárie dentária, perda dentária e outras condições que possam comprometer a mastigação, a fala, o sorriso e o bem-estar psicossocial (Yap, 2017).

Isso exige o abandono de um modelo mutilador e excludente em favor de um modelo integral, construído a partir das necessidades reais da população e do perfil epidemiológico de cada território (Brasil, 2005). Essa transformação foi impulsionada pela 3ª Conferência

Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2005) e fortalecida pela Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente (Brasil, 2025a), que definiu, inclusive, os pontos de Atenção Especializada Ambulatorial na Odontologia: o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e a também a Atenção Hospitalar.

Um dos grandes desafios da odontologia no SUS é constituir-se como uma área da integralidade, conformando uma rede de atenção à saúde que transponha as particularidades odontológicas. É primordial compreender a APS como responsável por organizar e operacionalizar a porta de entrada do sistema, garantindo a resolutividade dos problemas mais frequentes e coordenando a RAS (Brasil, 2018). Essa coordenação do cuidado é essencial para a integralidade e continuidade da atenção, resultando em benefícios como a redução de doenças evitáveis e hospitalizações (Starfield, 2002).

No contexto odontológico do SUS, isso significa que o cirurgião-dentista, inserido na APS, deve atuar de forma articulada com outros profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, agentes comunitários, etc.) e com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Por exemplo, um dentista que realiza o pré-natal odontológico precisa coordenar o cuidado com o obstetra, o pediatra e outros especialistas, garantindo que a saúde bucal da pessoa gestante e do bebê seja integrada ao plano de saúde geral. Essa coordenação evita a fragmentação do atendimento, um desafio já apontado, e otimiza os recursos, prevenindo problemas bucais que poderiam levar a intercorrências mais complexas e custosas.

Para que essa coordenação se efetive, a acessibilidade precisa ser garantida como um dos pilares centrais (Starfield, 2002), sobretudo para populações em situação de vulnerabilidade. O acesso oportuno e adequado aos serviços de saúde é determinante para reduzir a morbimortalidade, especialmente entre os grupos socialmente desfavorecidos.

Em um país marcado por profundas desigualdades como o Brasil, a APS constitui um mecanismo essencial para promover a equidade no acesso aos cuidados de saúde, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) o modelo prioritário de reorientação da APS (Brasil, 2017; Maeyama, 2024). Contudo, a APS ainda enfrenta desafios significativos, como a fragmentação dos serviços, lacunas assistenciais e financiamento insuficiente (Maeyama, 2024). A articulação da APS com os demais serviços sociais e de saúde, quando bem estruturada e financiada, contribui significativamente para um SUS acessível, resolutivo e adaptado às necessidades das populações, em especial as mais vulneráveis, como a população negra, em situação de rua, do campo, povos e comunidades tradicionais, LGBTQIA+, pessoas com deficiência, entre outros (Brasil, 2024a; Maeyama, 2024).

Diante do exposto, realizou-se os seguintes questionamentos:

- Quais estratégias são utilizadas para a promoção da saúde bucal durante o pré-natal na Atenção Primária à Saúde?
- Quais são as contribuições do pré-natal odontológico para a saúde bucal das pessoas gestantes e de seus bebês na Atenção Primária à Saúde?

2 EPIDEMIOLOGIA EM SAÚDE BUCAL

“No SUS que cuida, cada sorriso importa”.
A autora.

É difícil traçar uma linha de separação entre saúde e doença. Indivíduos medicamente doentes comportam-se muitas vezes como em plena saúde. Ao passo que outros, medicamente saudáveis, experimentam vidas vazias, nulas e sem sentido. Pode-se concluir que o equilíbrio entre as funções físicas, processos mentais e desempenho eficaz das atividades sociais representam um papel fundamental na saúde do indivíduo (Chaves, 1986).

Em relação à saúde bucal, ela só pode ser considerada plena se acompanhada da saúde geral da pessoa. A saúde é um estado do indivíduo e não apenas de partes dele. Entretanto, para praticidade e para um estudo mais aprimorado da saúde oral, o tratamento e a identificação de objetivos específicos em programas de saúde são utilizados os termos saúde bucal, cavidade oral e adjacências dos problemas específicos que os acometem (Chaves, 1986).

Para alcançar esse estado de saúde, os levantamentos epidemiológicos em saúde possibilitam dimensionar a magnitude dos problemas mais comuns e, em conjunto com os demais estudos e pesquisas nacionais, ajudam a entender as singularidades de grupos específicos e de maior vulnerabilidade, e, com isso, elaborar políticas públicas de saúde a fim de melhorar a estrutura e o funcionamento das redes locais e regionais de atenção à saúde bucal (Brasil, 2024a).

Os levantamentos epidemiológicos identificam regiões de vazios sanitários, de dificuldades de acesso aos serviços odontológicos e da falta de equipes de saúde bucal. Nosso país é conhecido pela beleza e exuberância dos contrastes naturais entre diferentes regiões, mas também é marcado pela profundidade dos contrastes sociais e exclusão de grande parte da população ao acesso aos mais elementares direitos sociais, entre eles o direito à saúde (Brasil, 2005). No retrato da desigualdade de acesso à saúde bucal no Brasil, naturalizamos a perda dentária, naturalizamos que a população mais vulnerável não tem dentes e não tem suas necessidades odontológicas resolvidas, a vergonha do não sorrir e de ser desdentado e deslocado da sociedade.

Com os levantamentos epidemiológicos, é possível planejar, avaliar e construir estratégias em saúde bucal, além de promover discussões sobre melhorias nos serviços de saúde e enfrentar essa desigualdade de acesso à saúde bucal. Além disso, é possível comparar prevalências em diferentes regiões, em períodos de tempo, possibilitando, assim, melhorar o

acesso e a atenção à saúde bucal da população, em especial, a vulnerável (Peruchini *et al.*, 2024).

As condições de saúde bucal são um dos mais significativos sinais da exclusão social. A baixa escolaridade, a falta de trabalho, a má alimentação e outros DDS produzem efeitos devastadores sobre gengivas, dentes e outras estruturas da cavidade bucal, além das dores, infecções, sofrimentos físicos e psicológicos (Brasil, 2005).

Por muito tempo, a prática da odontologia no serviço público caracterizou-se por prestar serviços a grupos restritos e ser um registro de desigualdades sociais. Assim, ficou nítido serem necessárias mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes. São necessárias políticas intersetoriais, integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação, com enfoque na promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e compromisso do Estado e das três esferas do governo (Brasil, 2005).

Nesse contexto, torna-se primordial avançar nos modelos de atenção em saúde bucal tendo a Epidemiologia como ferramenta estruturante, pois com as diferenças regionais requerem políticas públicas de saúde e social e soluções específicas, de acordo com as necessidades da população (Costa *et al.*, 2013). Nessa direção, a compreensão dos determinantes sociais e das necessidades de saúde se faz necessária para o planejamento de estratégias de prevenção e promoção da saúde.

A versatilidade da Epidemiologia na busca e aferição de agravos à saúde tornou possível realizar o diagnóstico, o tratamento e o planejamento de ações de prevenção e promoção da saúde (Campos *et al.*, 2014). Nesse sentido, a OMS apresentou sua primeira proposta de estruturação de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal em 1961, através de um documento elaborado pelo World Health Organization *Expert Committee on Dental Health*, com métodos padronizados para descrição das doenças bucais (Oliveira *et al.*, 1998). Com isso, a OMS procurou estabelecer padrões para serem utilizados internacionalmente e facilitar a comparação de dados (Oliveira *et al.*, 1998).

Um ano depois, em 1962, a Federação Dentária Internacional (FDI) publicou o documento “*General principles concerning the international standardization of dental caries statistics*”, com a mesma intenção da WHO, padronizar os levantamentos em saúde bucal (Oliveira *et al.*, 1998). E, dando continuidade a esse esforço, em 1971, a OMS publica a primeira edição do “*Oral health surveys - basic methods*”, servindo de base para cerca de trinta instituições de saúde realizarem seus levantamentos epidemiológicos. Em 1977, a OMS

publicou a segunda edição do manual, com aperfeiçoamentos, principalmente com relação à aferição da doença periodontal (Oliveira *et al.*, 1998).

O desenvolvimento e a padronização dos métodos de levantamento em saúde bucal, iniciados pela Federação Dentária Internacional em 1962 e ampliados pela OMS com as publicações dos manuais em 1971 e 1977 (Oliveira *et al.*, 1998), prepararam o terreno para uma prática epidemiológica mais estruturada.

Com a implementação do SUS e a crescente utilização da Epidemiologia nos serviços de saúde, houve uma mudança significativa no âmbito de atuação da saúde bucal, mudança marcada pela descentralização da atenção e pelo fortalecimento do papel dos municípios e das unidades de saúde no diagnóstico dos problemas e na definição de intervenções adequadas às necessidades locais (Campos *et al.*, 2014).

Para apoiar essa atuação mais qualificada e territorializada da saúde bucal, as normas para elaboração de levantamentos epidemiológicos em odontologia foram sistematizadas em compêndios de Odontologia Social, como o do Prof. Mário M. Chaves, que reuniu diversos índices fundamentais para a avaliação em saúde bucal. Entre eles, destacam-se o índice Dentes Cariados, Perdidos ou Obturados (CPO-D), o Índice Comunitário de Necessidade de Tratamento Periodontal (CPITN) e o Índice Periodontal Comunitário (CPI), entre outros (Oliveira *et al.*, 1998).

O índice CPO-D foi descrito pela primeira vez por Klein e Palmer (1937 *apud* Brasil, 1988, p. 21), é utilizado para mensurar a média do número total de dentes cariados, perdidos (extraídos ou com extração indicada) e obturados, em um grupo de indivíduos descrito no Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal realizado em 1986. O índice CPITN avalia a situação periodontal e fornece não só o número de pessoas a tratar, como também o tipo de tratamento a ser realizado (Brasil, 1988). A inclusão do Índice Comunitário de Necessidades de Tratamento Periodontal, em levantamentos básicos de saúde bucal tem sido apontada como um dos grandes avanços na epidemiologia da doença periodontal, devido à facilidade na obtenção e interpretação que oferece, bem como pelo fato deste gerar, de pronto, informações de necessidades de tratamento para serem utilizadas em planejamento das ações (Oliveira *et al.*, 1998).

Os índices de saúde bucal foram desenvolvidos para facilitar o diálogo entre pesquisadores e subsidiar ações de promoção e prevenção. Eles oferecem aos sanitaristas instrumentos para avaliar os problemas de odontologia social em uma comunidade, adaptando-se às características específicas de cada condição. Existem diversos índices voltados para os diferentes agravos bucais existentes (Chaves, 1986).

Os índices são proporções ou coeficientes que servem de indicadores da frequência com que ocorrem as doenças e eventos na população, podendo incluir ou não uma indicação do grau de severidade da doença. Quanto mais simples ele for, maior a população a ser examinada com maior esforço e melhor padronização dos resultados (Chaves, 1986). Para escolher um índice para um levantamento, devemos ter claro o objetivo e, assim, utilizar o índice mais adequado. Para isso, utilizamos as noções de prevalência e incidência e o tipo de levantamento que pretendemos realizar (Chaves, 1986).

Nesse sentido, a escolha dos índices está diretamente relacionada à finalidade do levantamento, que visa ampliar o conhecimento sobre a distribuição da cárie dentária numa determinada região, identificar a importância dos diferentes fatores causais e compreender a possível influência de outros determinantes. Um estudo epidemiológico, portanto, tem por objetivo informar a quantidade de cárie presente em um grupo populacional e os fatores associados, podendo ser classificado em três tipos principais: levantamentos epidemiológicos, de investigação e de planejamento e avaliação de programas (Chaves, 1986).

Em pesquisa aplicada, pode ser utilizado para métodos preventivos de cárie dentária, para medir sua eficiência, e podem ser de dois tipos: estudos de prevalência e de incidência. Estudo de prevalência: utilizados para verificar a modificação no estado dentário de uma comunidade, antes e depois da utilização de uma dada medida. Estudo de incidência: Medir a quantidade total de ataque pela cárie, num dado grupo e em um dado período de tempo. Possibilita a detecção de casos novos. Na prática da odontologia social, trabalhamos com dados de prevalência (Chaves, 1986).

A seguir, os levantamentos sobre saúde bucal no Brasil.

I Levantamento Nacional de Saúde Bucal – 1986

O primeiro levantamento epidemiológico de saúde bucal com abrangência nacional foi realizado em 1986. Seus principais objetivos foram: conhecer os principais problemas de saúde bucal no país, subsidiar a implantação de um programa nacional de saúde bucal, avaliar a prevalência de cárie dentária, de doenças periodontais e a necessidade de próteses totais nos grupos populacionais estudados, além de identificar as demandas por serviços odontológicos. Esses objetivos foram fundamentais para o planejamento de ações em nível nacional e regional (Brasil, 1988).

O levantamento foi conduzido em 16 capitais, representando as cinco macrorregiões do país conforme a clássica estratificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste (Brasil, 1988).

Embora tenha utilizado algumas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) — como a definição de faixas etárias, o uso do Índice Comunitário de Necessidades de Tratamento Periodontal (ICNTP) e critérios para diagnóstico de cárie —, nem todos os protocolos padronizados pela OMS foram seguidos (Oliveira *et al.*, 1998).

Os grupos etários avaliados incluíram crianças de 06 a 12 anos, permitindo comparações internacionais com base nas metas de saúde bucal propostas pela Federação Dentária Internacional (FDI) e pela OMS para o ano 2000. Também foram analisadas as faixas de 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 50 a 59 anos. Ressalta-se que, no grupo de 6 a 12 anos, não foram avaliadas a necessidade de prótese e nem a presença de doença periodontal (Brasil, 1988).

Esse levantamento contemplou apenas a população residente em áreas urbanas (Brasil, 1988). Anteriormente a esse levantamento, predominava a ideia de que o problema de saúde bucal no Brasil era tão grande que impossibilitava o êxito de qualquer proposta odontológica de solução em massa, bastando saber que o problema era imenso e acrescido de dificuldades de ordem operacional e financeiras em um país com as dimensões e variedades regionais como o Brasil (Brasil, 1988). Três argumentos foram utilizados para reverter esse pensamento e realizar o primeiro levantamento de saúde bucal:

1. A necessidade de dados fidedignos para o desenvolvimento de ações efetivas, educativas e curativas, em um país de grande extensão territorial;
2. A evidência de que a procura de serviços odontológicos é limitada (apenas parte da população com problemas procuram o serviço, a cada ano), cabendo ao setor público a cobertura integral dos grupos epidemiológicos e economicamente mais carentes;
3. A implementação de um programa de saúde pública em odontologia (Brasil, 1988).

A escassez de recursos financeiros limitou o primeiro levantamento à zona urbana com dados para as cinco macrorregiões. Foram considerados no Primeiro Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal, faixa de renda familiar com a prevalência de cárie dental, doença periodontal, necessidade e presença de prótese total e procura por serviços odontológicos. Essas questões foram e são fundamentais para avaliar a capacidade do serviço público odontológico na implantação de políticas públicas (Brasil, 1988).

Os resultados foram apresentados segundo uma estratificação por faixas de renda familiar. Houve um especial interesse no grupo etário de 06 a 12 anos, desejando a obtenção dos diferentes indicadores e devido à facilidade para a realização dos exames nas escolas de primeiro grau. No caso dos adultos, o exame foi realizado nos domicílios, sem a necessidade de uma grande amostra (Brasil, 1988).

Em todas as cidades participantes, o estudo contou com a participação de técnicos da Fundação do Serviço Social de Saúde Pública (SESP), no nível de supervisão e execução, como, também, das secretarias estaduais e municipais de saúde e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Secretarias Estaduais e Municipais de educação, Delegacias Federais de Saúde, Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, nos níveis de execução, colaboração e participação efetiva (Brasil, 1988).

Esse primeiro levantamento epidemiológico de saúde bucal teve duração de 25 meses. E, com a realização deste, confirmou-se os altos índices de cárie nas crianças brasileiras, com 60% de dentes cariados e somente 29% obturados, sendo que essa estatística foi significativamente mais grave na população de baixa renda (Brasil, 1988).

II Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal – 1996

Uma década após o primeiro inquérito, foi realizado, em 1996, o Segundo Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal no Brasil. O foco inicial foi na cárie dental de crianças de 6 a 12 anos, matriculadas em escolas públicas e privadas das 27 capitais e do Distrito Federal. O objetivo principal foi subsidiar o desenvolvimento de ações preventivas no âmbito do SUS e identificar mudanças no perfil de saúde bucal da população brasileira, desde 1986 (Brasil, 1996). A pesquisa foi conduzida pelo Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica de Saúde Bucal, em parceria com a Associação Brasileira de Odontologia (ABO), o Conselho Federal de Odontologia (CFO) e as Secretarias Estaduais de Saúde (Brasil, 1996).

O segundo levantamento nacional de saúde bucal registrou uma redução significativa de 53,9% no índice CPO-D aos 12 anos em relação ao primeiro levantamento em 1986. A média dos dentes permanentes cariados, perdidos ou obturados nessa idade caiu de 6,65 para 3,06 (praticamente atingiu a meta da OMS para o ano 2000, que estipulava um índice igual ou inferior a 3,0. O levantamento mostrou disparidades geográficas, apontando maiores taxas de cárie nas regiões Norte e Nordeste do Brasil (Brasil, 1996).

A consolidação da fluoretação da água de abastecimento público, a ampliação do acesso a dentifrícios fluoretados, o fortalecimento do SUS com a reorganização da prática

odontológica com ênfase na promoção da saúde e a introdução de procedimentos coletivos foram as principais causas do declínio expressivo da cárie nesse período (Melo; Lima, 2009).

A fluoretação da água de abastecimento público representa uma das principais medidas de saúde pública no controle da cárie dentária e além de ser mantida, deve ser monitorada, para que o teor de flúor esteja dentro dos padrões adequados para redução da cárie e prevenção da fluorose (Ramires; Buzalaf, 2007).

A interrupção da fluoretação mostrou um aumento na prevalência de cárie para a dentição decídua de 27% e de 35% para a dentição permanente, após cinco anos. Considerando sua efetividade, custo e frequência de consumo, tem sido apontada como o melhor método sistêmico de exposição ao flúor para controle da cárie em concentrações adequadas (Ramires; Buzalaf, 2007).

O acesso à água fluoretada é um reconhecido fator de proteção contra a cárie dentária. Em 1974, a fluoretação da água de abastecimento tornou-se obrigatória por lei no Brasil e a ampliação dessa cobertura em todo o país foi uma das prioridades da política nacional de saúde bucal. A cárie dentária é o principal agravo em saúde pública, no que se refere a saúde bucal, e atinge de modo desigual indivíduos de todas as faixas etárias e níveis socioeconômicos. O uso do flúor em saúde pública sob a forma de fluoreto é considerado o principal fator de proteção, decisivo para a redução na prevalência da doença (Alves *et al.*, 2012).

O poder preventivo do flúor é estimado em torno de 40% a 70% em crianças, além de reduzir a perda dentária em adultos de 40% a 60%. O benefício da água fluoretada se estende a todos e a todas as idades, mas a força preventiva é maior nos grupos vulneráveis ao agravo. Os principais beneficiados pela fluoretação das águas de abastecimento são os segmentos sociais de baixa renda, pois estes são os mais vulneráveis à cárie dentária quando não se faz ou se interrompe a fluoretação (Alves *et al.*, 2012).

III Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal - 2003

Em 2000, com o SUS instaurado, o Ministério da Saúde iniciou a discussão sobre um terceiro levantamento epidemiológico, que avaliasse os principais agravos de saúde bucal em diferentes grupos etários, incluindo a população urbana e rural. Esse projeto foi intitulado como: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2003- SB Brasil 2003.

O projeto, denominado Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2003 – SB Brasil 2003, envolveu a participação de entidades odontológicas, como os Conselhos Regionais e Federal de Odontologia, a Associação Brasileira de Odontologia e suas seções regionais, além de faculdades de odontologia, com o suporte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Cerca de 2 mil profissionais, entre cirurgiões-dentistas, auxiliares, agentes de saúde e outros, de 250 municípios, estiveram envolvidos na realização dessa ação (Brasil, 2004).

O objetivo do terceiro levantamento, denominado SB Brasil 2003, foi conhecer em profundidade as condições de saúde bucal da população brasileira para subsidiar o planejamento de ações do SUS. Para isso, realizou-se o estudo dos principais agravos em saúde bucal, além da criação e manutenção de uma base de dados eletrônica integrada, articulando diferentes unidades de saúde. Essa iniciativa contribuiu para a estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Saúde Bucal (Brasil, 2004) e orientou as ações do Programa Brasil Sorridente, denominação dada à Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004)

Entre os objetivos específicos desse terceiro levantamento estavam os de identificar a prevalência de cárie dentária em bebês de 18 a 36 meses; identificar alterações gengivais em amostra de crianças de 5 anos e a prevalência de doença periodontal nas idades de 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos; identificar na amostra correspondente às idades 5,12 e 15 a 19 anos; investigar a prevalência de oclusopatias, e identificar na amostra correspondente às idades de 12 e 15 a 19 anos, a prevalência de fluorose dentária (Brasil, 2004).

Quanto às amostras, a escolha das faixas etárias considerou aspectos epidemiológicos relevantes: os 5 anos de idade são importantes para avaliar a saúde da dentição decídua; os 12 anos, por sua vez, são referência global para monitoramento da cárie e comparação internacional; a faixa de 15 a 19 anos possibilita a comparação com dados históricos de 1986; a faixa de 35 a 44 anos é padrão para avaliação da saúde bucal adulta; e o grupo de 65 a 74 anos ganhou relevância devido ao aumento da expectativa de vida da população (Brasil, 2004).

Com esse terceiro levantamento, foi possível estimar as necessidades de tratamento da cárie dentária, do uso de próteses e subsidiar pesquisas que estabeleçam relações entre os dados e a realidade socioeconômica e demográfica da população brasileira, além de contribuir para o desenvolvimento de investigações epidemiológicas e fornecer dados aos profissionais de saúde para educação e planejamento em saúde bucal (Brasil, 2004).

Os resultados revelaram que quase 27% dos bebês de 18 a 36 meses apresentaram pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie e a proporção chegou a quase 60% nas crianças de 5 anos de idade. Quanto à cárie na dentição permanente, quase 70% das crianças brasileiras de 12 anos e 90% dos adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos apresentaram pelo menos um dente permanente cariado. São valores considerados altos e observou-se um aumento da prevalência em função da idade (Brasil, 2004).

Ademais, o terceiro levantamento revelou que existem diferenças entre as macrorregiões, no índice de cárie nas regiões Norte e Nordeste. Os índices de cáries dentárias

dessas duas regiões são sempre maiores quando comparados ao Sul e Sudeste. Com relação às metas da OMS e da FDI propostas no ano 2000, esse levantamento não apresentou bons resultados. O Brasil atingiu a meta relativa somente na idade dos 12 anos, pelos dados da região Sul e Sudeste. Para todas as outras idades, o índice almejado está bem aquém do proposto. De maneira geral, a região Norte e Nordeste apresentaram necessidades maiores de restaurações, tratamentos pulpares e extrações (Brasil, 2004).

No levantamento, a prevalência de alterações gengivais em crianças de 5 anos foi de pouco mais de 6%. Na região Norte, essa prevalência foi mais elevada (em torno de 10%). Para avaliar a doença periodontal foi utilizado o Índice Periodontal Comunitário (CPI). Com relação à doença periodontal, as porcentagens foram: de 15 a 19 anos, sem nenhum problema periodontal; 35 a 44 anos e 65 a 74 anos foram 46,2%, 21,9% e 7,9%, respectivamente. Na faixa de 65 a 74 anos, 80% dos sextantes foram excluídos do exame por não apresentarem dentes, explicando assim a baixa prevalência da doença periodontal pela ausência de dentes (Brasil, 2004).

Quanto ao edentulismo, as diferenças regionais são marcantes no uso e na necessidade de prótese dentária. Os adolescentes das regiões Norte e Nordeste possuem as maiores porcentagens no uso de algum tipo de prótese; essas mesmas regiões apresentaram uma maior necessidade de algum tipo de prótese dentária. Para adultos e idosos, o maior risco de prótese total foi constatado na Região Sul (Brasil, 2004).

Quanto ao acesso ao tratamento odontológico, cerca de 14% dos adolescentes brasileiros nunca tinham ido ao dentista. Observaram-se desigualdades regionais marcantes, menos de 6% dos adolescentes da região Sul relataram nunca ter ido ao dentista, contrastando com quase 22% na Região Nordeste. Um dos principais motivos para a ida ao dentista foi a dor dental, relatada por mais de 30% dos adolescentes. Nos adultos e idosos, a ida ao dentista por dor de origem odontológica foi de 46%. As desigualdades em relação às macrorregiões apareceram novamente, com piores proporções na Região Norte (em torno de 56%) e melhores na região Sul (ao redor de 36%). Também foram avaliadas anormalidades dentofaciais, índice de fluorose e autopercepção em saúde bucal (Brasil, 2004).

Os dados apontaram que o declínio da cárie na população infantil estava ocorrendo de forma desigual na população brasileira. As crianças do Norte e Nordeste do país apresentavam os maiores números de dentes cariados e não tratados. Entre os adolescentes e os adultos, a diferença de cárie era grande e o número de dentes perdidos entre adultos e idosos era muito elevado e a perda dentária precoce era grave (Brasil, 2004).

A necessidade de algum tipo de prótese se dava a partir da faixa etária de 15 a 19 anos de idade. O edentulismo continuava sendo um grave problema no Brasil, principalmente entre os idosos. Muitas das diferenças apontadas podem ser explicadas pelo modelo de atenção à saúde em cada região geográfica e, também, pelo impacto de medidas como a fluoretação das águas e a dificuldade de acesso aos serviços odontológicos em algumas regiões (Brasil, 2004).

IV Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal - 2010

Dando continuidade ao monitoramento das condições de saúde bucal da população brasileira, sete anos após o lançamento do Brasil Sorridente, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Saúde Bucal, concluiu, em 2011, o quarto levantamento epidemiológico de âmbito nacional, intitulado SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2011).

A pesquisa contou com a participação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), além do apoio do Conselho Federal de Odontologia (CFO), Associação Brasileira de Odontologia (ABO), Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas (ABCD), Federação Nacional dos Odontologistas (FNO), Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Brasil, 2011).

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto SB Brasil 2010 - ampliou e aprofundou o Projeto SB Brasil 2003, e proporcionou um dos mais completos diagnósticos de saúde bucal da população brasileira. O SB Brasil 2010 deu continuidade ao processo de pesquisa de 2003 em moldes semelhantes, contribuindo para as estratégias e o planejamento dos serviços, para consolidar o modelo utilizado para o diagnóstico das condições de saúde bucal e delinear o campo de atuação do componente de vigilância à saúde da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2011).

O SB Brasil 2010 investigou a situação da população brasileira em relação à cárie dentária, doenças gengivais, necessidade de próteses dentárias, condições de oclusão, fluorose, traumatismos dentários e ocorrência de dor de dente, entre outros aspectos, com o objetivo de subsidiar o Ministério da Saúde e as instituições do Sistema Único de Saúde (SUS) na formulação de programas de prevenção e tratamento em saúde bucal (Brasil, 2011).

O SB Brasil 2010 integra as ações de Vigilância em Saúde desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e representa um componente estratégico da Política Nacional de Saúde

Bucal – Programa Brasil Sorridente. Por meio desse levantamento, é possível avaliar os impactos do programa, identificar os principais problemas ainda persistentes e redirecionar estratégias de prevenção e assistência, especialmente aquelas relacionadas à inserção de cirurgiões-dentistas nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e na Atenção Secundária (Brasil, 2011).

Os resultados do SB Brasil 2010 indicaram que, segundo a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil passou de uma condição de média prevalência de cárie dentária em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4) para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6) (Brasil, 2011).

Quanto às condições do periodonto (conjunto de tecidos que envolvem e sustentam os dentes), avaliadas pelo Índice Periodontal Comunitário (CPI), o levantamento mostrou que esses problemas aumentaram, de modo geral, com a idade. Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que o percentual de indivíduos sem nenhum problema periodontal foi de 63% para a idade de 12 anos, 50,9% para a faixa de 15 a 19 anos, 17,8% para os adultos de 35 a 44 anos e somente 1,8% nos idosos de 65 a 74 anos.

A presença de cálculo e sangramento foi prevalente aos 12 anos e entre os adolescentes. As formas mais graves da doença periodontal se apresentaram mais expressivas em adultos (35 a 44 anos), em que se observa uma prevalência de 19,4%. Nos idosos, os problemas gengivais se mostraram pouco frequentes em termos populacionais, devido à ausência da maioria dos dentes (Brasil, 2011).

Quanto à diferença de valores encontrados em diferentes regiões, cabe mencionar o percentual de adolescentes sem problemas gengivais, que varia de 30,8% na região Norte a 56,8% na região Sudeste (Brasil, 2011).

O edentulismo foi avaliado para o planejamento dos serviços de atenção secundária de caráter reabilitador. Buscou-se avaliar a necessidade de próteses dentárias total e parcial (Brasil, 2011).

O projeto SB Brasil tornou-se o principal componente da Vigilância em Saúde no eixo da produção de dados primários, contribuindo para a consolidação dos avanços da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2011).

V e Último Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal - 2020

O Projeto SB Brasil 2020 parte do componente de vigilância em saúde da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e representaria a sequência e consolidação de uma série

histórica de informações epidemiológicas em saúde bucal, iniciada com o levantamento nacional realizado em 1986 (Brasil, 2022a). Todavia, o projeto foi impactado pela pandemia de COVID-19, que trouxe desafios significativos à continuidade das ações de vigilância em saúde bucal no país. A pandemia levou a uma paralisação dos processos, pois muitas incertezas e inseguranças existiam naquele momento sobre a retomada do SB Brasil. Entretanto, em março de 2022, o SB Brasil foi reiniciado com o nome SB-Brasil 2023 (Brasil, 2025b).

Assim, o Ministério da Saúde decidiu realizar uma série histórica de dados para vigilância em saúde bucal (SB Brasil) a qual mostrou eficiência, porque, além de identificar os principais agravos à saúde bucal na população, possibilitou o planejamento e a avaliação das ações. Dessa forma, esse levantamento possibilita o planejamento da oferta dos serviços de saúde bucal nos próximos 10 anos (Brasil, 2025b).

O SB Brasil 2020-2023 foi coordenado pelo Ministério da Saúde por meio da Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB), executado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e aproximadamente 2.000 trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) trabalharam nessa pesquisa. Fizeram parte, também, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), com o apoio do Conselho Federal de Odontologia (CFO) (Brasil, 2025b).

Por meio desse levantamento, foram avaliadas as condições de saúde bucal da população brasileira em 2023, com o objetivo de fornecer subsídios para o planejamento das ações e serviços no âmbito do SUS, além de manter uma base de dados eletrônica vinculada ao componente de vigilância em saúde da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), abrangendo aspectos demográficos, socioeconômicos, acesso e demanda por serviços odontológicos, necessidade de atendimentos de urgência e a autopercepção sobre a importância e os cuidados em saúde bucal nas faixas etárias de 5, 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos (Brasil, 2025b).

Foram avaliadas atividades de cárie, tratamentos necessários, consequências clínicas de cáries não tratadas, problemas periodontais, condições de oclusão dentária, traumatismos dentários, uso e necessidade de próteses e necessidade de tratamentos de urgência (Brasil, 2025b).

Os resultados mostraram que, aos cinco anos de idade, em média 2,14 dentes decíduos apresentaram experiência de cárie dentária, significando que foram perdidos devido à cárie, restaurados ou apresentavam cárie não tratada. A maior média de dentes com experiência de cárie foi na região Centro-Oeste e a menor na região Sudeste. O estado com a menor média (1,4) foi SP e o maior (3,9) foi Goiás. Crianças com um ou mais dentes com experiência de

cárie corresponderam a 46,83%. Isso significa que 53,17% das crianças dessa idade estão livres de cárie no país. (Brasil, 2023).

Diferenças regionais foram registradas. A proporção foi de 63,28% na região Sudeste e de 37,72% na região Norte. A OMS estabeleceu que essa porcentagem deveria ser superior a 50%. Outro dado na avaliação de crianças de cinco anos de idade aponta que 41,2% das crianças brasileiras apresentaram um ou mais dentes com cárie não tratada. Aproximadamente 10% das crianças necessitavam de tratamento de urgência devido a dor dentária, infecção ou enfermidades graves. Esses dados indicam que as políticas públicas e os programas de Saúde bucal no SUS devem continuar enfatizando a importância dos cuidados preventivos e assistenciais voltados para a população infantil (Brasil, 2023).

A meta da OMS para os 12 anos de idade foi de CPO-D foi de apresentar no máximo 03 dentes em média com experiência de cárie (dentes permanentes cariados, perdidos ou obturados). A média desse índice para o Brasil foi de 1,68 e mantém o país no grupo considerado pela OMS de “baixa prevalência de cárie”, mas também existem diferenças regionais. Alguns estados apresentam “muito baixa” prevalência de cárie como Santa Catarina, Paraná e Distrito Federal. Mato Grosso com CPO-D de 4,0 e Roraima com média de 3,8 e Rio Grande do Norte com 2,9 se encontram no grupo de “moderada” prevalência da doença cárie (Brasil, 2023).

Entre os adolescentes (15 a 19 anos de idade) o CPO-D foi de 3,41, indicando um aumento de 102,9% entre os 12 anos e 15-19 anos, representando a experiência cumulativa da doença cárie. A doença cárie nesse grupo atingiu praticamente dois terços dos jovens, pois apenas 33,80% deles estavam livres de cárie. Isso revela a importância da atenção requerida por esse grupo da população (Brasil, 2023).

Na população adulta de brasileiros houve redução da necessidade de algum tipo de prótese e também declínio da doença cárie. Porém 53,7% dessa população ainda têm necessidade de algum tipo de prótese e nas regiões Norte e Nordeste com proporções maiores de necessidade (Brasil, 2023).

Entre as pessoas idosas de 65 a 74 anos, as perdas dentárias seguem produzindo mutilações de modo expressivo. Embora tenha demonstrado uma melhora significativa entre 2010 e 2023, com porcentagem de idosos que perderam todos os dentes declinando de 53,70% para 36,27%. Vale ressaltar que mais de um terço da população idosa no Brasil segue perdendo todos os dentes naturais, e que um em cada três idosos apresenta um ou mais dentes cariados (Brasil, 2023).

Embora os levantamentos não tenham como foco central a pessoa gestante, eles possibilitaram a criação de uma política pública direcionada: Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), ampliando o acesso e a qualidade dos serviços odontológicos no âmbito do SUS, gradualmente substituindo o modelo biomédico e mutilador que predominava na odontologia por uma abordagem centrada na prevenção, cuidado e reabilitação do sorriso. Dessa forma, promovem uma maior qualidade de vida e dignidade para a população vulnerável, que não tem acesso a tratamentos odontológicos particulares (Brasil, 2025b).

2.1 Política Nacional de Saúde Bucal: Brasil Sorridente

Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, sancionou, em 8 de maio de 2023, a Lei n.º 14.572, instituindo a Política Nacional de Saúde Bucal, também conhecida como “Brasil Sorridente”.

A autora.

A instituição da PNSB como política pública aconteceu duas décadas depois da Portaria 2.607, de 10 de dezembro de 2004, e consagrou um esforço de muitas décadas e desafios (Mato Grosso, 2024; Brasil, 2025a).

A lei instaurada, em seu artigo 4º, altera o artigo 6º da Lei 8.080/90 incluindo a saúde bucal no campo de atuação do SUS e insere um parágrafo que a define como: Conjunto articulado de ações, em todos os níveis de complexidade, que visem garantir a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação odontológica, individual e coletiva, inseridas no contexto da integralidade da atenção à saúde (Brasil, 2025a).

A PNSB tem como finalidade melhorar a utilização dos recursos públicos odontológicos, historicamente subfinanciados e subdimensionados no SUS e combater os serviços odontológicos tardios, centrados na dor, e mutiladores, proporcionando uma odontologia voltada à prevenção, à promoção de saúde e à recuperação dos agravos (Brasil, 2025a).

O Brasil Sorridente foi construído com articulações transversais entre ações do Ministério da Saúde e de outros ministérios, com o objetivo de enfrentar as iniquidades em saúde e ampliar o acesso aos cuidados odontológicos, especialmente para populações em situação de vulnerabilidade. Além de promover a expansão e a criação de serviços odontológicos, a política também propõe a reorientação do modelo assistencial, por meio da implantação de uma rede de atenção em saúde bucal que articula não apenas os três níveis de

atenção, mas também se estrutura a partir de ações intersetoriais, multidisciplinares e multiprofissionais (Brasil, 2018).

A proposta dessa política de saúde bucal do SUS é a reorganização da Atenção Básica (com a implementação de Equipes de Saúde Bucal (ESB) e da Estratégia Saúde da Família), da Atenção Especializada Ambulatorial (implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias), e programas de fluoretação nas estações de tratamento de águas de abastecimento público e de vigilância em saúde (Brasil, 2018).

A Lei 14.572/23 estabelece dez diretrizes para a PNSB e, através do artigo 3º, estabelece as ações e os serviços de saúde bucal que devem integrar as demais políticas públicas de saúde, respeitando os princípios e diretrizes do SUS, com o planejamento de ações integrais de saúde no enfrentamento dos fatores de risco. As ações e serviços devem compor todas as Redes de Atenção à Saúde, em todos os níveis de complexidade, garantindo a integralidade da assistência em saúde bucal (Brasil, 2025a).

E ainda, o artigo 3º da lei se refere às ações de cuidado considerando sua natureza transversal em relação aos outros cuidados em saúde e as especificidades no que se refere à saúde bucal no contexto das doenças crônicas, os ciclos de vida, a saúde indígena, dentre outras.

Os princípios norteadores da Lei são: priorizar e qualificar a Atenção Primária à Saúde, assegurar a integralidade das ações de saúde bucal, utilizar a epidemiologia para o planejamento das ações, acompanhar os resultados através dos indicadores adequados, centrar o modelo de vigilância em saúde bucal nas ações de vigilância nessa área, priorizar as ações de saúde bucal inclusivas e reconhecer, na promoção da saúde, uma forma de proporcionar qualidade de vida para a população (Brasil, 2025a).

Para o planejamento das ações foram realizadas três Conferências Nacionais em Saúde Bucal que criticavam o modelo hegemônico e mutilador de uma odontologia biologicista e mercantilista (Brasil, 2024a).

A I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) - 1986 criticou o modelo de atenção à saúde no período pré-SUS como sendo ineficaz, monopolizador, de alto custo, ineficiente, mutilador e iatrogênico (Brasil, 2024a). Ela evidenciou, pela primeira vez, a situação da saúde bucal brasileira e planejou a introdução da odontologia no SUS. Essa conferência expôs a forte ligação entre Saúde Bucal e os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), mostrando que a saúde bucal não afeta o indivíduo apenas fisicamente, mas também de forma psicossocial, mantendo estreita ligação com os DSS (Tavares *et al.*, 2020).

A II CNSB, em 1993, 5 anos após a criação do SUS, ainda mostrava um modelo de odontologia de um setor público, improdutivo e descoordenado, que não atendia as

necessidades em saúde bucal da população brasileira, com baixo impacto social e desconectado com a realidade epidemiológica e social da população. Nessa conferência, foi proposto mudar o modelo hegemônico e biomédico em saúde bucal para um modelo de atenção integral à saúde, considerando as necessidades da comunidade, as vulnerabilidades e o contexto social em que estão inseridos os indivíduos (Brasil, 2024a). Essa II CNSB mostrou a necessidade de reconhecer a “saúde como direito de cidadania” e a estratégia das equipes de saúde bucal na APS (Tavares *et al.*, 2020).

A III CNSB, em 2004, precedeu a PNSB e reafirmou a importância da mudança do modelo de atenção à saúde bucal no SUS, enfatizando os princípios do SUS: universalidade do acesso, integralidade e equidade (Brasil, 2024a).

Os debates e iniciativas preconizadas nas conferências de saúde bucal, assim como os levantamentos epidemiológicos, foram utilizados na formulação da PNSB (Tavares *et al.*, 2020).

Essa política trouxe a Expansão das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família; criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs); implantação do Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD); inclusão da saúde bucal no Programa Nacional de Saúde da Família; ampliação do acesso a tratamentos especializados e ações de prevenção, possibilitando, assim, acesso à reabilitação oral e qualidade de vida aos pacientes que perderam seus dentes (Barp; Amaral Junior, 2024).

Outro avanço importante da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foi a descentralização do financiamento das ações de saúde bucal para os municípios, reforçando a relevância de levar os serviços odontológicos aos territórios e às comunidades (Barp; Amaral Junior, 2024). Nesse contexto, em 2017, a Lei nº 8.080/90 foi alterada para incluir formalmente a saúde bucal como campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) e para instituir a PNSB no âmbito do SUS. No entanto, essa mudança só foi sancionada em 2023 (Barp; Amaral Junior, 2024).

A ampliação do acesso e a implementação de políticas públicas voltadas à descentralização do cuidado também contribuíram para a superação do modelo tradicional de odontologia mutiladora, desigual e excludente.

Apesar dos avanços da saúde bucal, os programas vinculados à PNSB têm necessidade de ajustes financeiros flexíveis, permanentes e compartilhados entre as três esferas de governo para que o princípio da integralidade do acesso à saúde seja efetivo. Apesar da ampliação da cobertura, grande parte da população continua desprovida de tratamento odontológico. Faz-se necessário um engajamento político nas ações de saúde e na educação permanente dos

profissionais. A PNSB deve ser aprimorada para promover efetivamente, inclusão social e atender, necessidades relacionadas, principalmente, à população vulnerável (Tavares *et al.*, 2020).

A implantação de uma política pública em saúde bucal como a PNSB, em um país como o Brasil, cheio de contradições e desigualdades, com desafios como a exclusão e a polarização de doenças bucais em populações vulneráveis, é essencial para a melhoria do acesso da população e garantir o tratamento odontológico nas comunidades. A vulnerabilidade social apresenta dinâmica acumulativa se oportunidades de mobilidade social não forem oferecidas; então, uma determinada situação de precariedade pode ocasionar muitas outras condições semelhantes, visto que o meio social e o contexto em que se encontram influenciam essa situação (Dias; Pacífico Filho; Ribeiro, 2019).

O programa Brasil Sorridente completou 20 anos em 2024 e transformou o curso de odontologia no SUS com significativos avanços. O SB- Brasil 2023 registrou que 53,17% das crianças examinadas aos 5 anos de idade não possuíam cárie. O índice é 14% maior do que o resultado da última pesquisa realizada em 2010. Apesar dessa melhora ser detectada em todas as regiões, se examinarmos cada região do Brasil separadamente, notamos que o maior percentual de melhora encontra-se nas regiões Sul e Sudeste. Com esse estudo é possível mapear as regiões de maior vulnerabilidade, detectar os problemas e superar os desafios e lacunas existentes (Brasil, 2025b).

O programa Brasil Sorridente, além de promover a saúde das pessoas gestantes e dos bebês, aumentou o número de centros de especialidades e laboratórios de prótese dentária (Brasil, 2022a).

2.2 Cuidado em Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde

Quem diz que a odontologia não é essencial,
não entendeu saúde e nem desigualdade.
Pucca Jr. (2026).

O cuidado em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde deve estar orientado por levantamentos epidemiológicos que possibilitam identificar e priorizar os agravos mais prevalentes e de maior gravidade. Entre eles, destacam-se: cárie dentária, doença periodontal (gengivite e periodontite), edentulismo, maloclusão, câncer de boca, fluorose dentária e traumatismos dentários (Brasil, 2018).

Outras patologias, como erosão dental, alterações bucais relacionadas ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) e malformações congênitas, também são monitoradas em

âmbito mundial e podem se tornar foco de intervenção das equipes de saúde, conforme as particularidades locais. Nesse contexto, é imprescindível o comprometimento da equipe de saúde bucal do território adstrito, garantindo intervenções efetivas que contribuam para a melhoria do quadro sanitário da saúde bucal brasileira (Brasil, 2018).

A cárie dentária é a doença mais prevalente no mundo, não infecciosa, não transmissível, açúcar dependente e de caráter biossocial. As lesões de cárie são resultantes da ação metabólica de microrganismos do biofilme dentário sobre as superfícies dos dentes. É açúcar dependente, pois os microrganismos usam diferentes açúcares como fonte de energia, produzindo ácidos como resultado da sua fermentação biológica, os quais desmineralizam as superfícies dos dentes, culminando em lesões iniciais de cárie, as chamadas manchas brancas ativas. Estas manchas são opacas e porosas e o processo pode ser inativado caso haja correta remoção do biofilme dentário e uso de produtos fluoretados (Brasil, 2018).

Estratégias para o controle da cárie envolvem o controle dos fatores determinantes para o desenvolvimento da doença, como acúmulo de placa (substrato), dieta cariogênica (açúcares), tempo e a higiene oral inadequada, a falta de flúor e as condições socioeconômicas (Brasil, 2018).

Portanto, a atuação da equipe de saúde bucal na prevenção e no controle da cárie mostra-se fundamental como estratégia de transformação do perfil epidemiológico da população. Nessa perspectiva, a fluoretação da água, por se constituir em medida de saúde pública, e o uso de creme dental fluoretado, por ser a forma mais racional de utilização do flúor - uma vez que associa a remoção do biofilme dental à exposição contínua ao fluoreto, são recomendados para todos os indivíduos. Os demais métodos de utilização do fluoreto podem e devem ser prescritos conforme as necessidades específicas de cada paciente (Brasil, 2018).

A doença periodontal tem como principal determinante o biofilme dental e é considerada como um desequilíbrio entre as ações de agressão e defesa sobre os tecidos de sustentação e proteção da estrutura dentária e depende das diferentes respostas biológicas de cada organismo. Pode ter padrões variáveis de progressão, com alterações de forma e função. A normalidade do periodonto depende de variáveis biológicas relacionadas com a etiopatogenia da doença. Isso possibilita que pessoas que tiveram doença periodontal possam retornar ao estado de saúde, mesmo que apresentem sequelas como recessão e mobilidade. Estudos mostram associação entre a doença periodontal e doenças sistêmicas como diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, parto prematuro e bebês com baixo peso (Brasil, 2018).

O edentulismo é consequência de inúmeros e complexos determinantes, tais como: precárias condições de vida, falta de acesso aos serviços odontológicos essenciais, modelo

assistencial predominante de prática mutiladora aliada às características culturais que exercem significativa influência sobre o modo como a perda dentária é compreendida. Refere-se à perda parcial ou de todos os dentes. As principais causas são: baixa renda, baixa escolaridade, fator congênito, doença cárie, doença periodontal e falta de acesso a tratamentos odontológicos básicos e especializados. Constitui um problema grave de saúde pública (Brasil, 2018).

Maloclusão é um conjunto de anomalias dentofaciais que causam deformação ou impedem a função dentária e, portanto, requerem tratamento. A maloclusão é a terceira maior prevalência entre as patologias bucais, posterior apenas à doença cárie e à doença periodontal. Para um correto diagnóstico e tratamento precoce é necessário o conhecimento do desenvolvimento normal das dentições decídua e mista evitando tratamentos complexos e pior prognóstico futuro. O problema estético e nas funções orofaciais, quando persistem com o avanço do tempo, gera consequências negativas na qualidade de vida, com prejuízos psicológicos e sociais (Brasil, 2018).

A maloclusão, em sua maioria, não ocorre apenas por uma única causa ou por um único processo patológico específico. É consequência da interação de vários fatores durante o desenvolvimento, tais como influências ambientais e congênitas, sendo relacionadas às causas a seguir: hereditárias, problemas de desenvolvimento de etiologia desconhecida, enfermidades sistêmicas, enfermidades locais, traumatismo pré e pós-natais, agentes físicos, hábitos nocivos, deficiências nutricionais e má alimentação, fatores culturais e socioeconômicos que dificultem ou impeçam o acesso aos serviços de saúde bucal de prevenção e promoção da saúde (Brasil, 2018).

Na observação da etiologia multicausal das maloclusões, é possível considerar que os principais fatores ambientais e locais que estão diretamente ligados às estruturas dentofaciais e constituem importantes causadores dos problemas oclusais. Com a atuação do profissional de saúde bucal na detecção precoce desses fatores de risco, é possível atuar de forma preventiva e interceptativa para um adequado desenvolvimento dentofacial (Brasil, 2018).

Alterações dos tecidos moles e câncer bucal - o hábito de fumar é o consumo de álcool têm uma associação comprovada com os tumores malignos da cavidade oral. Entretanto, existe um tipo de câncer que ocorre em indivíduos não expostos ao fumo e ao álcool e para estes casos existem evidências epidemiológicas que o papilomavírus humano (HPV) tem papel importante como agente etiológico (Brasil, 2018).

As infecções por HPV têm como principal meio de contato direto pele ou mucosa. Dados epidemiológicos demonstram que mudanças nos hábitos sexuais, especialmente entre os jovens, refletiram em mudanças significativas na prevalência do HPV. Com isso, tornam-se

necessárias campanhas sobre educação sexual, campanhas de vacinação e diagnóstico precoce das lesões pelos profissionais da atenção primária à saúde (Brasil, 2018).

O câncer de boca está entre as principais causas de óbito por neoplasias. Representa uma causa importante de morbimortalidade, uma vez que mais de 50% dos casos é diagnosticado em estágios avançados da doença. O câncer de boca detectado precocemente tem grande chance de cura. Isso é possível com o diagnóstico precoce através do aumento do acesso aos serviços de saúde e serviços de promoção e prevenção em saúde (Brasil, 2018).

Os fatores de risco para o câncer bucal incluem fatores culturais e socioeconômicos, tabagismo, etilismo, exposição à radiação solar, deficiência imunológica e uso crônico do álcool e do tabaco, que também potencializam o surgimento do câncer bucal (Brasil, 2018).

Fluorose dentária é o resultado da ingestão crônica de flúor no período de formação dental e apresenta-se como modificações visíveis de opacidade do esmalte devido a modificações no processo de mineralização. Os aspectos clínicos da fluorose dentária são identificados por um espectro de mudanças que vão desde linhas opacas brancas finas cruzando transversalmente o longo eixo da coroa do dente até cenários nos quais áreas do esmalte gravemente hipomineralizadas se rompem e, usualmente, o esmalte restante fica pigmentado (Brasil, 2018).

A pigmentação é pós-eruptiva por causa da maior porosidade do esmalte fluorótico, mas essa maior permeabilidade não tem nenhuma relação com o aumento de risco de cárie. A fluorose dentária leve causa apenas alterações estéticas, descritas como uma pigmentação branca no esmalte dentário. A fluorose moderada e severa que pode ser definida por manchas brancas mais acentuadas, amarelas ou marrons, além de defeitos estruturais no esmalte, mostra consequências estéticas, morfológicas e funcionais (Brasil, 2018).

O uso de água fluoretada, dentifrício fluoretado, suplementos com flúor e bebidas ou alimentação infantil em pó contendo fluoretos tornam-se fatores importantes no aumento da ingestão média de fluoretos, tornando-se o principal fator de risco associado à fluorose dentária (Brasil, 2018).

O traumatismo dentoalveolar corresponde a uma lesão traumática que afeta as estruturas dentárias e de seu periodonto. Quando essas lesões dentárias traumáticas impactam na qualidade de vida da criança e do adolescente, com consequências como limitações ao morder ou falar, comprometimento da estética e problemas psicológicos no convívio social a ponto de a criança/adolescente evitar de sorrir e conversar, elas se tornam agravos importantes e um problema de saúde pública (Brasil, 2018).

No Brasil, os progressivos aumentos dos índices de violência (agressões, espancamentos), os acidentes de trânsito e outros desencadeados por inúmeras causas externas, como as atividades esportivas e brincadeiras realizadas em ambientes pouco seguros e sem o uso dos equipamentos de proteção, têm tornado o traumatismo dentário um problema frequente (Brasil, 2018).

No contexto da violência contra a mulher, destaca-se a regulamentação do Programa de Reconstrução Dentária para Mulheres Vítimas de Violência Doméstica, em 5 de março de 2026, vinculado à Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), no âmbito do SUS. O programa tem por finalidade assegurar o acesso e ampliar a oferta de procedimentos odontológicos destinados à prevenção, à reconstrução dentária e à reabilitação estética, funcional e psicossocial das mulheres em situação de violência, conforme as necessidades identificadas. Além disso, busca promover a restauração da dignidade, da autoestima e da qualidade de vida, ao mesmo tempo em que qualifica e amplia a atenção à saúde bucal (Brasil, 2026).

Nesse sentido, a Portaria GM/MS nº 10.300, de 5 de março de 2026, regulamenta o referido programa, instituído pela Lei nº 15.116, de 2 de abril de 2025. Entre seus objetivos, destacam-se a promoção do acesso oportuno e do cuidado contínuo, a qualificação dos fluxos assistenciais na rede de atenção à saúde bucal, a ampliação da oferta de procedimentos odontológicos e o fortalecimento da articulação intersetorial entre o SUS e as demais políticas públicas (Brasil, 2026).

Outro agravo em saúde bucal é a erosão dental, que é a consequência da perda patológica, localizada e crônica de estrutura dentária, por meio de quelação por ácidos de origem não bacteriana. Existem diversos tipos de ácidos de origem não bacteriana que podem ser a causa dessa perda de estrutura dentária, o que torna esse agravo complexo. Embora a OMS recomende o monitoramento da erosão dentária como patologia emergente, os autores questionam a caracterização da erosão como problema de saúde pública (Brasil, 2018).

Dietas com consumo excessivo de sucos de frutas cítricas, refrigerantes e energéticos podem se tornar fator de risco para a erosão dentária. Outros fatores como redução do fluxo salivar, bulimia, refluxo também são fatores que predisõem essa patologia (Brasil, 2018). Na gestação, devido aos enjoos e náuseas, o cuidado para a prevenção e, se necessária, a intervenção clínica restauradora da erosão dental pelo cirurgião-dentista se torna essencial no enfrentamento de problemas odontológicos futuros (Franco, 2025).

A dor orofacial e disfunção temporomandibular é um tipo de dor orofacial que pode ser compreendida como um agrupamento de alterações que comprometem os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular e as estruturas associadas. Entre os fatores de

risco estão o trauma, fatores psicossociais como a depressão e a ansiedade, fatores esqueléticos e fisiopatológicos, doenças sistêmicas, doenças locais e genéticos (Brasil, 2018).

Entre as malformações congênitas evidenciam-se as fissuras labial, labiopalatina ou palatina. Durante a formação do bebê, existe uma falha na fusão dos processos nasais mediais e destes com os maxilares. É possível detectar o problema com o exame de ultrassonografia a partir da 14ª semana de gestação (Brasil, 2018).

Entre os principais fatores associados a fissuras orais estão: o tabagismo materno, o alcoolismo materno, carências nutricionais, exposição materna a riscos ocupacionais, medicações teratogênicas, infecções virais no primeiro trimestre da gestação e causas genéticas (Brasil, 2018).

A identificação e priorização dos agravos em saúde bucal por meio dos levantamentos epidemiológicos possibilita compreender a magnitude dos problemas e orientar intervenções de maior impacto no território. Entretanto, para além da caracterização das doenças e de seus determinantes, é necessário que a atenção em saúde bucal esteja alinhada ao princípio da integralidade do SUS. Nesse sentido, a clínica ampliada constitui uma diretriz fundamental, ao propor uma abordagem que integra os saberes epidemiológicos com a singularidade do cuidado, considerando o sujeito, sua família e o coletivo. Assim, o enfrentamento de agravos, como cárie dentária, doença periodontal, edentulismo, maloclusão, câncer de boca e outros, não se limita à dimensão biológica, mas envolve, também, determinantes sociais, culturais e econômicos, demandando da equipe de saúde bucal a construção compartilhada de projetos terapêuticos singulares que respondam às reais necessidades da população (Brasil, 2018).

O conceito de clínica ampliada fundamenta-se na compreensão de que o processo saúde-doença resulta da interação complexa entre determinantes biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. Essa perspectiva exige dos profissionais de saúde uma postura reflexiva e crítica, capaz de reconhecer as limitações do modelo biomédico tradicional e incorporar dimensões subjetivas e contextuais no cuidado. A implementação dessa abordagem na atenção primária representa um desafio constante, demandando formação continuada e reorganização dos processos de trabalho para atender às demandas específicas de cada território e população (Brasil, 2018).

Na odontologia, a clínica ampliada assume relevância particular ao considerar que as condições bucais estão intrinsecamente relacionadas à saúde geral e à qualidade de vida dos sujeitos. Durante a gestação, essa perspectiva torna-se ainda mais crucial, uma vez que as alterações fisiológicas, hormonais e comportamentais características desse período podem influenciar significativamente a saúde bucal materna e, conseqüentemente, o desenvolvimento

fetal. O cuidado integral da pessoa gestante requer, portanto, um olhar multidimensional que considere não apenas os aspectos clínicos, mas, também, as questões emocionais, sociais e culturais que permeiam essa fase da vida.

O primeiro contato profissional deve ser orientado pela escuta qualificada, elemento fundamental para o acolhimento e a construção de vínculos terapêuticos. Na APS, todos os profissionais devem reconhecer a importância de acolher, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar os usuários. Este processo multidimensional contribui para a resolutividade do cuidado e previne sua burocratização, tornando o trabalho em equipe essencial para identificar situações de vulnerabilidade e sofrimento em saúde geral e bucal (Brasil, 2018).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) estabelece como princípio norteador a ampliação e qualificação do cuidado, assegurando a realização de procedimentos necessários à resolução dos problemas de saúde da população. Seus objetivos incluem prevenir o agravamento de quadros clínicos e combater práticas odontológicas mutiladoras e excludentes, exigindo que as equipes de saúde bucal atuem em todos os níveis de atenção: promoção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto individual quanto coletivamente (Brasil, 2018).

O modelo de odontologia integral representa uma transformação paradigmática do modelo biomédico tradicional, demandando reorganização da agenda e dos processos de cuidado. O modelo de atenção integral prioriza consultas programadas, de retorno e manutenção, com foco no tratamento completo, em contraposição aos atendimentos pontuais e de urgência. Embora a APS promova o cuidado contínuo e preventivo, o cirurgião-dentista deve manter-se preparado para atendimentos de urgência quando necessário (Brasil, 2018).

Entre as diretrizes da PNSB, destaca-se a educação em saúde bucal como estratégia essencial para promover a autonomia dos usuários. As ações educativas devem considerar o contexto sociocultural do território, estimular a autopercepção e fortalecer a capacidade individual de participação ativa nas decisões sobre saúde, favorecendo a adoção de hábitos saudáveis e a melhoria da qualidade de vida (Brasil, 2018).

A PNSB orienta que as ações das Equipes de Saúde Bucal (ESB) integrem um processo de cuidado que articule intervenções clínicas e sanitárias baseadas na análise de risco, frequência dos agravos e grau de vulnerabilidade populacional. Esta abordagem requer planejamento estratégico e organização do processo de trabalho para garantir intervenções efetivas, resolutivas e contextualizadas à realidade local, assegurando acesso universal e equitativo aos serviços (Brasil, 2018).

O fluxo do atendimento odontológico na APS fundamenta-se nos seus atributos essenciais: primeiro contato (acesso ao serviço frente a novas demandas), longitudinalidade

(continuidade do cuidado ao longo do tempo), integralidade (resposta às necessidades reais com oferta de ações preventivas e curativas) e coordenação do cuidado (articulação entre diferentes pontos da rede de atenção). A APS reconhece ainda a família como sujeito de cuidado, considerando seu contexto social como componente essencial do processo terapêutico (Brasil, 2018).

A integração da equipe de saúde bucal com os demais profissionais da APS constitui estratégia fundamental para qualificar o cuidado. Esta integração demanda investimento em educação permanente estruturada, favorecendo decisões clínicas mais resolutivas e contextualizadas. O planejamento das ações deve basear-se nas necessidades de saúde populacional, considerando frequência e risco dos agravos, bem como o grau de vulnerabilidade social, com organização da agenda refletindo essas prioridades (Brasil, 2018).

Por fim, o planejamento das ações deve estar ancorado na equidade, no perfil epidemiológico da comunidade e em seu contexto sociocultural e econômico. A territorialização permite identificar áreas onde as condições de vida impactam negativamente a saúde, estabelecendo-as como prioritárias para intervenções intersetoriais coordenadas (Brasil, 2018).

Os desafios enfrentados para melhorar o acesso das pessoas gestantes aos serviços de saúde bucal no Brasil, estão ligados à política de saúde e social e econômica ao longo da história da saúde bucal. Antes da redemocratização do país, os modelos assistenciais na odontologia eram excludentes, enfatizando a odontologia curativa, aumentando a desigualdade de acesso ao tratamento (Barp; Amaral Junior, 2024).

O Ministério da Saúde implementou o pré-natal odontológico como uma estratégia para qualificar o atendimento pré-natal na APS. Entre as iniciativas, destacou-se a inclusão de um indicador de cobertura de consultas odontológicas durante o pré-natal e medidas para ampliar o cuidado oferecido, o Programa Previne Brasil (CRO, 2022).

Entretanto, embora o Previne Brasil tenha exercido papel indutor na ampliação desse atendimento, é necessário que a assistência prestada às gestantes seja efetiva e resolutiva, não se limitando a uma avaliação inicial voltada apenas ao alcance de cobertura de indicador (Silva Junior; Amanda; Matos, 2024).

Atualmente, o modelo de financiamento federal da Atenção Primária à Saúde (APS) é o Saúde Brasil 360. Trata-se de uma estratégia instituída pelo Ministério da Saúde para substituir o Previne Brasil, oficialmente a partir de janeiro de 2026. Em setembro de 2025, teve início a capacitação de gestores e profissionais de saúde, fundamentada na Portaria GM/MS nº 3.493/2024.

A Portaria GM/MS nº 3.493, publicada em 10 de abril de 2024, instituiu nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse cofinanciamento federal, desenvolvido em parceria com estados e municípios, é voltado ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e da APS, à ampliação da atenção integral e ao fortalecimento do trabalho colaborativo entre as equipes da APS e outros profissionais que atuam de forma integrada no SUS. O Saúde Brasil 360 prioriza, especialmente, o cuidado de pessoas em situação de vulnerabilidade social, implementado como a nova identidade de financiamento da Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2024b).

Um dos componentes utilizados para o cálculo do cofinanciamento é a Equidade, que considera o índice de vulnerabilidade social de cada município, o porte populacional, as necessidades locais e o direito à saúde da população (Brasil, 2024b). Outro componente é o Vínculo e Acompanhamento Territorial, cujo objetivo é fortalecer a aproximação entre as equipes de saúde e a população adscrita ao território. Por fim, o componente Qualidade busca induzir e estimular as equipes a ofertarem uma assistência qualificada e resolutiva à população (Brasil, 2024b).

Essa estratégia prevê ampliação da conectividade e do acesso à informação, disponibilização de equipamentos apropriados para cada território e o cuidado multiprofissional com o aperfeiçoamento da atuação dos médicos e das e-Multi em todo território nacional (Brasil, 2024b).

O Saúde Brasil 360 envolve a integração de cuidados para todos: APS, Saúde Mental, Assistência Farmacêutica, Atenção Especializada, Gestão Participativa, Promoção da Saúde, Atenção a Grupos Prioritários, Saúde Digital, Vigilância em Saúde, Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Saúde Bucal e Valorização da Ciência. O foco deixa de ser a quantidade de procedimentos realizados e passa a priorizar a qualidade do atendimento, avaliadas por meio de 15 indicadores oficiais, com suporte em três pilares: captação ponderada, desempenho e ações estratégicas (Brasil, 2024b).

O atendimento odontológico da pessoa gestante no programa Saúde Brasil 360 está inserido no indicador do Cuidado da Gestante e Puérpera. Esse indicador avalia a qualidade e a integralidade do pré-natal. Deve ser registrada no sistema e-SUS APS a realização de pelo menos uma avaliação odontológica pelo cirurgião-dentista ou técnico de saúde bucal durante o período gestacional. Também será pontuada a realização de boas práticas acumuladas por cada pessoa gestante (Brasil, 2024b).

Toda pessoa gestante cadastrada na APS tem garantido o acesso livre e prioritário à triagem e à primeira consulta odontológica na UBS. A abordagem a pessoa gestante engloba ações de promoção à saúde, profilaxia (limpeza), orientações e continuidade do tratamento clínico imediato caso sejam detectadas patologias ativas (Brasil, 2024b).

A segurança clínica é garantida através dos materiais e protocolos oferecidos por materiais oficiais do Ministério da Saúde que desmistificam o atendimento na gravidez, focando na resolução de agravos bucais que poderiam gerar riscos de parto prematuro ou baixo peso ao nascer. Um exemplo é a cartilha da “Diretriz para a prática clínica odontológica na APS: tratamento em gestantes” que visa apoiar cirurgiões-dentistas e demais profissionais da APS acerca das melhores condutas baseadas em evidências (Brasil, 2022b).

2.3 Cuidado Odontológico Do Binômio Pessoa Gestante-Bebê

O cuidado odontológico da pessoa gestante, quando compreendido a partir da atenção integral à saúde, ultrapassa o foco em procedimentos técnicos e se afirma como uma prática de acolhimento, escuta e promoção de vínculos entre profissionais de saúde e o binômio pessoa gestante-bebê.

A saúde bucal exige ações preventivas, educativas e terapêuticas integradas à atenção pré-natal. Nesse sentido, o cirurgião-dentista, como integrante da rede de atenção à saúde do SUS, desempenha um papel essencial no cuidado odontológico desde o período pré-natal, atuando na orientação e acompanhamento das pessoas gestantes. A chamada odontologia intrauterina tem como foco a promoção da saúde e a prevenção de agravos ao binômio pessoa gestante-bebê, por meio de ações educativas e assistenciais que se iniciam ainda na gestação (Paula-Silva, 2023).

Evidências científicas apontam que a cárie dentária está fortemente associada a fatores comportamentais, como uma dieta rica em açúcares e a higienização bucal inadequada. Assim, o aconselhamento das pessoas gestantes sobre práticas de autocuidado bucal, aliado à realização de procedimentos preventivos para condições comuns na gravidez, como gengivite e erosão dentária deve ser realizada. Todavia, deve considerar os determinantes sociais da saúde e o contexto de vulnerabilidade das pessoas (Brasil, 2022b).

O cuidado bucal do binômio pessoa gestante-bebê é realizado pelos cirurgiões-dentistas inseridos nas equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde, responsáveis pelo diagnóstico, tratamento, reabilitação de agravos bucais agudos e crônicos, bem como pela promoção e prevenção em saúde bucal. Essas equipes devem estar preparadas para resolver

mais de 80% das demandas odontológicas da população, seguindo diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, inclusive no que se refere ao cuidado odontológico durante a gestação (Brasil, 2022b).

No atendimento a pessoas gestantes, as diretrizes da APS orientam quanto ao manejo clínico adequado, contemplando desde as indicações e restrições no uso de medicamentos até os benefícios do tratamento odontológico para a saúde da criança. As recomendações visam esclarecer dúvidas recorrentes sobre a segurança do atendimento odontológico na gravidez e contribuir para uma prática baseada em evidências (Brasil, 2022b).

É importante ressaltar que o período gestacional representa uma janela de oportunidade para o fortalecimento do vínculo da pessoa gestante com sua saúde e com os serviços de saúde. A gestação é um momento de alta receptividade a informações, o que permite ao cirurgião-dentista atuar de forma educativa, preventiva e resolutiva (Corrêa; Schmitt; Kim, 2019; Paula-Silva, 2023). A negligência com a saúde bucal da pessoa gestante pode acarretar desfechos negativos, como parto prematuro, baixo peso ao nascer e até complicações sistêmicas decorrentes de infecções de origem odontogênica (Brasil, 2022b).

Para garantir um atendimento seguro e qualificado, é fundamental que o cirurgião-dentista conheça as principais alterações sistêmicas da gestação, diferenciando manifestações fisiológicas daquelas com potencial patológico. Alterações sistêmicas comuns podem refletir na cavidade bucal, como ocorre nas mucosas e no periodonto, devido à ação dos hormônios circulantes (Paula-Silva, 2023).

Entre os agravos bucais mais frequentes durante a gestação, destacam-se:

- Cárie dentária: associada ao aumento da ingestão de açúcares, alimentação fracionada e higiene bucal deficiente. Alterações na saliva, como a redução do fluxo e do pH, contribuem para o risco aumentado de cáries (Paula-Silva, 2023).
- Gengivite gestacional: afeta entre 50% e 75% das pessoas gestantes, decorrente da resposta exacerbada ao biofilme dental, favorecida por alterações hormonais como o aumento de progesterona e estrogênio. O termo “gengivite gravídica” vem sendo substituído por uma compreensão mais atual da relação entre biofilme e alterações fisiológicas (Paula-Silva, 2023).
- Doença periodontal: não é causada pela gestação, mas pode ser agravada por ela. Estudos mostram sua associação com maior risco de pré-eclâmpsia, parto prematuro e baixo peso ao nascer (Paula-Silva, 2023).

- Erosão dentária: provocada pelos vômitos frequentes, que expõem os dentes ao ácido gástrico. Nesses casos, a escovação imediata deve ser evitada; recomenda-se o uso de bochechos com solução de bicarbonato de sódio a 3% (Franco, 2025).
- Granuloma piogênico: acomete de 1 a 5% das pessoas gestantes. Ocorre em decorrência dos altos níveis de estrógeno, associado à irritação local, como cálculo dentário devido ao biofilme. É uma lesão não neoplásica, proliferativa, sendo chamada em pessoas gestantes de granuloma gravídico. Geralmente acomete a gengiva e apresenta-se como uma massa nodular de crescimento lento, avermelhada e com tendência a hemorragia instantânea (Paula-Silva, 2023).

Além desses fatores, outros riscos para parto prematuro e baixo peso ao nascer incluem: baixo nível socioeconômico, violência doméstica, depressão, estresse, tabagismo, gestação múltipla, consumo de álcool, hipertensão, diabetes, idade materna extrema, raça negra e infecções geniturinárias (Paula-Silva, 2023). A presença de doença periodontal dobra o risco de parto prematuro e baixo peso ao nascer e esse risco pode ser seis vezes maior quando associado ao diabetes.

A relação entre doença periodontal e parto prematuro pode se dar por duas vias: uma direta, com a migração de bactérias para a placenta, desencadeando uma resposta inflamatória local; e outra indireta, mediada por citocinas inflamatórias circulantes. Em relação à cárie dentária, até o momento, não há comprovação da relação entre microrganismos cariogênicos e o parto prematuro (Paula-Silva, 2023).

A atenção à saúde bucal da pessoa gestante é fundamental para a promoção da saúde do binômio pessoa gestante-bebê, sendo o cirurgião-dentista figura central nesse cuidado integral, acolhedor e baseado em evidências. Os primeiros mil dias de vida, da concepção até os dois primeiros anos de idade, constituem período crítico de crescimento e desenvolvimento do bebê, e o cuidado odontológico durante esse período, aliado à atuação multidisciplinar da equipe da Atenção Primária à Saúde (APS), contribui para a prevenção e intervenção precoce de situações de risco, podendo reduzir as principais causas de mortalidade materna e neonatal, incluindo as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (World Health Organization, 2015).

O segundo trimestre é considerado o período mais seguro e confortável para a realização de procedimentos eletivos. No entanto, em casos de infecções odontológicas, o tratamento deve ser imediato para evitar a disseminação bacteriana pela corrente sanguínea, que pode comprometer a saúde da pessoa gestante e do bebê (Corrêa; Schmitt; Kim, 2019). Quando há náuseas e vômitos intensos, responsáveis por quadros de erosão dentária, podem ser adotadas

medidas preventivas com o uso de fluoretos, e, em caso de lesões já existentes, indica-se tratamento restaurador (Paula-Silva, 2023).

Quanto ao uso de medicamentos, o único analgésico não opióide considerado seguro durante a gestação é o paracetamol. Fármacos como anti-inflamatórios não esteroidais, inclusive os seletivos de COX-2, dipirona e tetraciclina, não devem ser prescritos nesse período devido aos riscos à saúde fetal (Brasil, 2022b). Não há, portanto, necessidade de que a pessoa gestante conviva com dor ou desconforto odontológico durante a gravidez, pois o cuidado é seguro e deve ser incentivado.

Em relação aos anestésicos locais, a lidocaína associada à adrenalina é considerada de primeira escolha. A administração deve ocorrer em tecidos extravasculares, com baixas concentrações (2% ou 3%) e volumes reduzidos — geralmente um ou dois tubetes de 1,8 ml são suficientes para a realização dos procedimentos odontológicos na APS. Em casos de alergia às penicilinas, antibióticos da classe dos macrolídeos, como eritromicina, claritromicina e azitromicina, podem ser utilizados como segunda opção, embora as evidências sobre sua segurança ainda sejam limitadas (Brasil, 2022b).

Alguns procedimentos devem ser evitados, como o clareamento dental, contraindicado durante a gestação e a amamentação. O uso tópico de flúor é indicado em presença de manchas brancas ou cárie ativa, enquanto a suplementação oral de flúor não é recomendada em localidades com água de abastecimento fluoretada (Corrêa; Schmitt; Kim, 2019).

Durante o atendimento odontológico à pessoa gestante, alguns cuidados adicionais devem ser observados: as sessões não devem ser prolongadas e é importante o monitoramento dos sinais vitais, considerando-se o risco de hipotensão postural decorrente da compressão da veia cava inferior na posição supina, especialmente no terceiro trimestre (Paula-Silva, 2023).

Esse risco ocorre porque, devido ao aumento do útero, pode haver obstrução parcial da veia cava inferior e da artéria aorta, reduzindo o retorno sanguíneo (Figura 1). Para prevenir a síndrome da hipotensão supina, recomenda-se posicionar a pessoa gestante em decúbito lateral esquerdo ou elevar o quadril direito entre 10 e 12 cm com o auxílio de uma almofada (Figuras 2 e 3). Deve-se atentar para colocar a pessoa gestante sentada ou deitada em decúbito lateral (preferencialmente do lado esquerdo) por alguns minutos antes de levantar, principalmente a partir do sexto mês de gestação. Isso é importante para prevenir tonturas e mal-estar ao ficar ereta (Figura 4) (Xavier; Xavier, 2004).

Quando o profissional de saúde conhece as alterações sistêmicas relacionadas a gravidez, saúde e desenvolvimento do bebê, está preparado para qualquer procedimento, seja

ele emergencial ou não, e consegue transmitir segurança e tranquilidade à pessoa gestante (Xavier; Xavier, 2004).

A seguir algumas figuras ilustrando a escrita acima. Observa-se a diferença da Figura 1 (sem a colocação da almofada elevando o quadril) e da figura 3 (depois da colocação da almofada). Nota-se na figura 3 a diminuição da pressão sobre os vasos sanguíneos.

Figura 1 – Compressão dos vasos pelo peso do feto



Fonte: Xavier e Xavier (2004, p. 11).

Figura 2 – Almofada elevando o quadril



Fonte: Xavier e Xavier (2004, p. 11).

Figura 3 – Elevação do quadril através da colocação da almofada



Fonte: Xavier e Xavier (2004, p. 11).

Figura 4 – Pessoa gestante em decúbito lateral, antes de levantar



Fonte: Xavier e Xavier (2004, p. 11).

2.4 Pré-Natal Odontológico e os Primeiros Mil Dias do Bebê

Quando a pessoa gestante realiza o PNO, existe um efeito protetor importante na prevenção da cárie na primeira infância. Essa abordagem tem se destacado a partir da percepção de que experiências durante os primeiros estágios de desenvolvimento infantil podem ter consequências na saúde e bem estar desse sujeito ao longo de toda sua vida. Problemas de saúde pública como obesidade, doenças cardiovasculares e distúrbios psicossociais têm suas raízes na primeira infância. Os primeiros mil dias do bebê, abrangem os 270 dias de gestação, os 365

dias do primeiro ano de vida e os 365 do segundo ano de vida e o cuidado nesse período é fundamental para o desenvolvimento humano (Paula-Silva, 2023).

Uma pesquisa sobre a importância de cuidar nos primeiros mil dias de vida tem avançado rapidamente e permitido a compreensão de mecanismos específicos que impactam no desenvolvimento infantil. Esse novo estudo revelou aspectos complexos do funcionamento biológico, a relação entre as exposições ambientais e o risco de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis e o papel do microbioma humano, tanto na saúde como na doença (Paula-Silva, 2023). Nesse sentido, as orientações odontológicas durante a gestação influenciam positivamente a pessoa gestante nos cuidados de higiene oral dela e do bebê (Paula-Silva, 2023).

Além do cuidado direto com a pessoa gestante, a atenção à saúde bucal é fundamental para a prevenção de doenças de transmissão vertical. Infecções como a sífilis congênita podem prejudicar gravemente o desenvolvimento oral do bebê, provocando alterações dentárias típicas (incisivos de Hutchinson e molares em amora), deformações faciais (nariz em sela, rágades) e deficiência do desenvolvimento maxilar, configurando sequelas estruturais permanentes (Oliveira *et al.*, 2025).

Os sintomas da sífilis congênita podem surgir nas primeiras semanas de vida, sendo que as manifestações orais auxiliam no diagnóstico, enquanto, na fase tardia, há casos de crianças assintomáticas ao nascimento. Entre a terceira e a oitava semana, as crianças apresentam sintomas em todos os casos. Na primeira fase, o sintoma oral mais frequente é o cancro duro, uma lesão ulcerada, única e circunscrita, de base arredondada e indolor, podendo ser acompanhada de linfadenopatia regional, geralmente localizada nos lábios e na língua (Oliveira *et al.*, 2025).

Outros sinais clínicos nos bebês podem surgir logo após o nascimento ou nas semanas seguintes, comprometendo seu desenvolvimento. São frequentes fissuras cutâneas nos lábios, lesões vesículo-bolhosas e erupções cutâneas maculopapulares, às vezes acompanhadas de febre, anemia, icterícia, rinite e hepatoesplenomegalia (Oliveira *et al.*, 2025).

Os três problemas orais característicos da sífilis congênita foram descritos por Hutchinson em 1861: dentes incisivos de Hutchinson (formato de “chave de fenda”), molares em botão e molares de Fournier ou em formato de amora. A fase tardia é definida como tríade de Hutchinson, cujas principais características incluem ceratite intersticial (perda progressiva da visão), surdez (envolvimento do oitavo nervo craniano) e dentes de Hutchinson, sendo estes últimos a característica mais relevante para a odontologia. Nem todos os pacientes apresentam os três achados (Oliveira *et al.*, 2025).

Nos últimos anos, o Brasil registrou aumento no número de casos de sífilis congênita, conforme boletim epidemiológico do Ministério da Saúde divulgado em 2024. Portanto, é imprescindível que a pessoa gestante realize acompanhamento pré-natal completo, incluindo todos os exames e tratamentos adequados em caso de diagnóstico positivo. O cirurgião-dentista, como integrante da equipe da APS, pode contribuir significativamente por meio do pré-natal odontológico, detectando sinais clínicos na cavidade oral da pessoa gestante e do bebê após o nascimento (Oliveira *et al.*, 2025).

Durante o pré-natal odontológico, o cirurgião-dentista reforça a importância da amamentação, orienta sobre posicionamento e pega adequados, prevenindo complicações e esclarecendo dificuldades, inclusive sobre o uso de bicos artificiais (Paula-Silva, 2023). A amamentação exerce influência positiva sobre a saúde bucal, protegendo contra maloclusões, favorecendo a respiração nasal adequada, o correto posicionamento da língua e mandíbula, além de prevenir fluorose em crianças que não são expostas precocemente à água fluoretada ou fórmulas (Paula-Silva, 2023).

Vale lembrar que os movimentos de ordenha efetuados durante a amamentação natural movimentam cerca de 20 músculos orofaciais, com abaixamento, profusão, elevação e retração da mandíbula, por meio da ação dos músculos pterigóideo medial, masseter, temporal, digestivo, gênio-hióideo e milo-hióideo. Portanto, através da amamentação natural é possível prevenir a ocorrência da síndrome do respirador bucal, prevenir o desenvolvimento da deglutição atípica, das disfunções craniomandibulares, das má oclusões, alterações na fonação e patologias do sistema respiratório (Neto *et al.*, 2009).

O desenvolvimento necessário do sistema estomatognático é obtido através da amamentação com o posicionamento anterior da mandíbula e a maturação e reposicionamento de alguns músculos mastigatórios, como o temporal (retrusão), o pterigóideo lateral (propulsão) é o milo-hióideo (deglutição); a língua estimula o palato, evitando ação inadequada dos músculos bucinadores; tornando também eficiente a orientação, crescimento e desenvolvimento da região anterior do sistema estomatognático através de estímulos corretos e respostas adequadas do orbicular dos lábios (Neto *et al.*, 2009).

O Aleitamento materno reforça a respiração nasal na medida que durante a amamentação o recém-nascido não solta o seio, mantendo assim a respiração nasal em sincronia com o ato de sucção. Isso não acontece com o uso exclusivo de bicos artificiais, onde existe uma falta de estímulo ao crescimento ântero-posterior da mandíbula. O bebê aprende a engolir sem sincronia com a respiração, levando a uma maior probabilidade do surgimento da respiração bucal (Neto *et al.*, 2009).

Portanto, são indiscutíveis as vantagens fisiológicas do aleitamento materno. Assim como os valores dietéticos e imunológicos, o estímulo da função gástrica normal do recém-nascido, além da ação psicológica calmante do contato materno (Neto *et al.*, 2009).

Uma orientação necessária às pessoas gestantes acolhidas pelo pré-natal odontológico é em relação à higiene oral do seu bebê. Ao nascer, a cavidade oral do recém-nascido é praticamente estéril e em apenas algumas horas passa a ser colonizada por microrganismos. A cavidade oral do bebê recém-nascido possui anticorpos originários da saliva e do leite materno. A higiene oral do bebê se torna extremamente importante com a erupção dos dentes, porque fornece um ambiente propício para o estabelecimento de bactérias cariogênicas como o *Streptococcus mutans* e o *Streptococcus sanguis*. O período conhecido como “janela de infectividade” ocorre entre 19 e 31 meses de idade e é considerado o mais crítico em relação à cárie dentária (Neto *et al.*, 2009).

Todos os tipos de leite possuem lactose na sua composição e isso aumenta o potencial cariogênico. A amamentação noturna sem a higiene bucal adequada e com o fluxo salivar reduzido torna o esmalte dentário vulnerável à ação das bactérias cariogênicas. A cárie de mamadeira afeta precocemente os dentes do bebê, de maneira rápida e súbita, podendo causar extensa destruição dos dentes decíduos e dor no bebê. Ela é consequência da ingestão prolongada e frequente do leite materno e mamadeiras contendo leite, chás adoçados ou não, principalmente no período noturno (Neto *et al.*, 2009).

Um trabalho de conscientização e educação da pessoa gestante durante o pré-natal sobre os cuidados de higiene oral na saúde do bebê pode prevenir substancialmente essa cárie rampante e dolorosa, que afeta crianças até 3 anos de idade. A limpeza com uma gaze ou fralda, embebida em água filtrada, deve ser feita após cada mamada. Após a erupção dos primeiros dentes, uma escova extra macia é indicada (Neto *et al.*, 2009).

Para que esses benefícios se concretizem, é essencial que o cuidado bucal se inicie na gestação, com conscientização sobre alterações fisiológicas do período, escovação eficiente, uso correto do fio dental, dentifrícios fluoretados e consultas regulares. Uma alimentação saudável, com redução de ultraprocessados e açúcares, também é crucial para a prevenção de problemas bucais (Paula-Silva, 2023).

O cirurgião-dentista deve estabelecer uma relação de confiança com a pessoa gestante, fortalecendo o vínculo usuário-profissional, incentivando o cuidado preventivo do bebê e promovendo uma odontologia baseada na prevenção e promoção da saúde. A integração com outros profissionais da APS é essencial para detectar comorbidades e outros problemas (Paula-Silva, 2023).

Diante do exposto, observa-se que os avanços nas evidências científicas têm qualificado significativamente o cuidado odontológico ao binômio pessoa gestante-bebê, promovendo saúde, segurança e bem-estar. Cabe ao cirurgião-dentista atuar de forma sensível, acolhedora e tecnicamente qualificada, combatendo mitos, promovendo cuidado integral e ampliando o acesso das pessoas gestantes a uma assistência em saúde bucal baseada em evidências (Paula-Silva, 2023).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A saúde bucal é também justiça social.
Pucca Jr. (2025).

Como já exposto anteriormente, a definição de saúde incorporada pelo SUS a partir da Lei 8.080/90, em consonância com a Organização Mundial da Saúde (OMS), compreende a saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de doença (Brasil, 1990). Tal formulação amplia a compreensão do processo saúde-doença-cuidado ao reconhecer que a saúde é atravessada por múltiplos fatores que extrapolam a dimensão estritamente biológica. Nessa perspectiva, torna-se fundamental considerar os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que englobam fatores econômicos, sociais, culturais, étnico-raciais, psicológicos e ambientais, afetando diretamente as condições de vida e saúde de indivíduos e coletividades (Castellanos, 1987).

Essa concepção multicausal não nega a importância dos agentes etiológicos, mas amplia a análise ao reconhecer que a doença resulta da interação entre aspectos biológicos, psicológicos e sociais, como conflitos familiares, recursos financeiros e nível de escolaridade. Além disso, os determinantes sociais são dinâmicos, variando ao longo do tempo e entre diferentes grupos sociais (Castellanos, 1987).

A partir dessa compreensão ampliada, na perspectiva de Georges Canguilhem, saúde é a capacidade do indivíduo de superar a doença e se adaptar às mudanças do meio, não se restringindo a critérios objetivos. Como afirma o autor: “A saúde não é somente a vida no silêncio dos órgãos, é também a vida na descrição das relações sociais” (Canguilhem, 2005, p. 44).

Nesta direção, a saúde também pode ser compreendida como uma forma de liberdade, isto é, a liberdade de adaptação do sujeito diante das exigências da vida e das condições concretas de existência. Tal entendimento reforça a ideia de que a saúde não pode ser reduzida à simples normalidade orgânica, mas deve ser apreendida em sua relação com as experiências vividas, com os contextos sociais e com as possibilidades concretas de resposta dos sujeitos diante das transformações impostas pela vida (Brito, 2017).

De modo convergente, Ayres (2007) também ultrapassa a concepção biomédica restrita de saúde. Para o autor, saúde e doença não são polos opostos de uma mesma realidade, mas experiências distintas, cuja compreensão exige considerar os sentidos atribuídos pelos sujeitos à própria existência. Nessa perspectiva hermenêutica, a saúde não se limita à ausência de enfermidade, mas se relaciona à busca de sentido diante das mudanças inerentes à vida, sendo

influenciada por desejos, valores, afetos e projetos de felicidade. Por isso, Ayres define saúde como

[...] a busca contínua e socialmente compartilhada de meios para evitar, manejar ou superar de modo conveniente os processos de adoecimento, na sua condição de indicadores de obstáculos encontrados por indivíduos e coletividades à realização de seus projetos de felicidade (Ayres, 2007, p. 60).

Dessa forma, sua concepção reforça a dimensão humanizada da saúde e amplia a noção já expressa pela OMS, ao articular bem-estar, experiência concreta e sentido da vida.

A partir dessa base conceitual, destaca-se a importância de distinguir, sem dissociar, os termos “determinantes sociais” e “determinantes sociais da equidade”, frequentemente empregados de forma semelhante.

O Relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) “determinantes sociais da equidade” para enfatizar a centralidade da equidade, referindo-se aos fatores que perpetuam desigualdades nas condições de saúde e que exigem ações direcionadas para garantir uma distribuição justa dos recursos. Segundo o relatório, os Determinantes Sociais da Equidade em Saúde dizem respeito aos fatores sociais que determinam a posição social dos indivíduos e sua relação com o acesso ao poder, ao dinheiro e aos recursos, elementos que, por sua vez, exercem impacto direto sobre a saúde (World Health Organization, 2025).

O relatório destaca, ainda, a importância de intervir nos determinantes estruturais, que abrangem as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, além de normas sociais, sistemas econômicos e políticos, valores culturais e práticas discriminatórias, como racismo, sexismo, capacitismo, etarismo, xenofobia e homofobia, moldados historicamente e atuando de maneira acumulativa ao longo da vida (World Health Organization, 2025).

No cenário global de desigualdades, o local onde uma pessoa nasce, vive, estuda, trabalha e envelhece influencia diretamente seu processo saúde-doença-cuidado. Essa realidade evidencia que a saúde segue um gradiente social: quanto mais desfavorecidas as condições de vida, menor a expectativa de vida e piores os indicadores de saúde (World Health Organization, 2025). Nesse contexto, o relatório da OMS destaca como principais determinantes sociais da equidade em saúde as condições de vida diária, os determinantes estruturais e as megatendências globais.

Além disso, a desigualdade no acesso à educação perpetua ciclos de pobreza e adoecimento e, no campo da saúde bucal, a falta de acesso à informação e à prevenção contribui para a produção de problemas evitáveis que afetam de modo significativo a saúde das

populações (World Health Organization, 2025). Desse modo, o desenvolvimento saudável desde os primeiros anos de vida está fortemente ligado à saúde ao longo do curso da vida (World Health Organization, 2025).

Nesse sentido, os Determinantes Sociais da Saúde permitem compreender que o processo saúde-doença-cuidado não se explica apenas por fatores biológicos ou comportamentais individuais, mas também pelas condições concretas em que os sujeitos nascem, vivem, estudam, trabalham e acessam os serviços de saúde. Entretanto, embora os DSS sejam fundamentais para evidenciar o peso das desigualdades sociais na produção da saúde, sua compreensão pode ser aprofundada por referenciais capazes de analisar como tais condições se expressam, de modo concreto, na vida dos sujeitos e em sua relação com o cuidado.

É nesse ponto que o conceito de vulnerabilidade, formulado por José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, mostra-se particularmente fecundo para esta dissertação. Ao articular dimensões individuais, sociais e programáticas, esse referencial possibilita compreender, de forma ampliada, os fatores que condicionam o acesso, à adesão e a qualidade do cuidado em saúde, incluindo o pré-natal odontológico. Assim, mais do que identificar desigualdades estruturais, a perspectiva da vulnerabilidade permite analisar como essas desigualdades se materializam nas experiências das pessoas gestantes e na organização dos serviços de saúde.

O conceito de vulnerabilidade não deve ser reduzido à ideia de fragilidade individual. Para Ayres, a vulnerabilidade deve ser compreendida de forma ampliada, como resultado da articulação entre diferentes saberes e práticas, envolvendo dimensões comportamentais, sociais e político-institucionais relacionadas às suscetibilidades de indivíduos e grupos populacionais diante de problemas de saúde e de desfechos indesejados, como sofrimento, limitações e morte (Ayres *et al.*, 2003).

Nessa perspectiva, os indivíduos podem estar vulneráveis a determinadas situações, porém essa condição não constitui uma característica essencial ou permanente da pessoa, sendo compreendida como um fenômeno relacional e dinâmico, que se modifica ao longo do tempo conforme as condições sociais e os diferentes contextos de saúde. Para sua análise, faz-se necessário identificar as ações e circunstâncias que tornam indivíduos ou grupos mais suscetíveis, considerando fatores de risco, grupos expostos e evidências provenientes da análise epidemiológica.

O conceito de vulnerabilidade proposto por Ricardo Ayres organiza-se em três dimensões inter-relacionadas: individual, social e programática.

A vulnerabilidade individual refere-se à qualidade das informações que os indivíduos possuem sobre determinado problema de saúde, bem como à forma como incorporam esse conhecimento ao cotidiano, transformando-o em práticas de proteção e cuidado (Ayres *et al.*, 2003).

A vulnerabilidade social, por sua vez, relaciona-se às condições sociais que influenciam o acesso às informações e aos serviços de saúde, não dependendo apenas de escolhas individuais, mas também de fatores estruturais, como barreiras de acesso, condições socioeconômicas, escolaridade e marcadores sociais de diferença, articulados aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) (Ayres *et al.*, 2003). Marcadores sociais são compreendidos como construções sociais moldadas pelas relações de poder que determinam o tratamento e a posição dos diferentes grupos na sociedade (Zamboni, 2014).

Já a vulnerabilidade programática refere-se à forma como os recursos e serviços de saúde são organizados e disponibilizados à população, incluindo aspectos como acesso, qualidade do cuidado e integralidade da atenção ofertada pelos serviços de saúde (Ayres *et al.*, 2003).

Dessa forma, o referencial de vulnerabilidade de Ricardo Ayres permite compreender que o direito à saúde não depende apenas da existência formal dos serviços, mas também das condições concretas pelas quais os sujeitos acessam, compreendem e utilizam esses serviços. As vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas influenciam diretamente a capacidade de enfrentamento dos problemas de saúde e podem limitar o exercício do direito à saúde ao comprometer o acesso equitativo ao cuidado (Ayres *et al.*, 2003).

Sob essa perspectiva, o pré-natal odontológico pode ser analisado não apenas como uma ação preventiva em saúde bucal, mas como prática de cuidado inserida em contextos sociais desiguais, atravessada por condições materiais de vida, pelo acesso à informação e pela organização dos serviços, o que reforça a pertinência do referencial adotado para a presente dissertação.

4 OBJETIVOS

Serão descritos os objetivos que motivaram a pesquisa desta dissertação.

4.1 Objetivo geral

Analisar, na literatura científica, as contribuições do pré-natal odontológico para a promoção da saúde bucal das pessoas gestantes e de seus bebês, na Atenção Primária à Saúde.

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar, na literatura científica, as estratégias relacionadas à promoção da saúde bucal durante o pré-natal na APS.
- Descrever, a partir da literatura científica, as contribuições do pré-natal odontológico para a saúde bucal das pessoas gestantes e de seus bebês, no contexto da APS.

5 METODOLOGIA

Nesta seção, são apresentados os procedimentos metodológicos adotados para a realização do estudo.

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão integrativa, método de pesquisa que nos permite buscar, avaliar criticamente e sintetizar as evidências disponíveis sobre o tema investigado, possibilitando assim a identificação de lacunas. A variedade da composição da amostra da revisão integrativa proporciona uma riqueza de dados e tem o potencial de aumentar a profundidade e a abrangência da revisão, possibilitando a compreensão e a análise do tema, sendo um estudo valioso para a pesquisa em saúde (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

5.2 Critérios de inclusão e exclusão

- Critérios de inclusão: Artigos sobre pessoas que gestam e estudos realizados na APS. Textos em português, inglês ou espanhol, publicados nos últimos cinco anos (2020 a 2025).
- Critérios de exclusão: textos incompletos, blogs e revistas não científicas e estudos de revisões de literatura, pesquisas realizadas em hospitais, teses e dissertações.

5.3 Fontes informacionais

As fontes informacionais utilizadas foram: Scientific Electronic Library Online (SciELO); U.S. National Library of Medicine (PubMed); Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e MEDLINE.

5.4 Descritores utilizados

Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) e seus correspondentes em inglês *Medical Subject Headings* (MeSH). A população de interesse do estudo são pessoas gestantes, o fenômeno de interesse é o pré-natal odontológico e o contexto a ser investigado é a Atenção Primária à Saúde.

A seguir, o Quadro 1 apresenta os descritores utilizados na busca dos artigos.

Quadro 1 – Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) e Medical Subject Headings (Mesh). Santos, 2026

Descritores	<i>Mesh terms</i>	Português	Inglês	Espanhol
Gestantes	Pregnant People	Gestante	Pregnant People	Personas Embarazadas
Cuidado Pré-Natal	Prenatal Care	Cuidado Pré-natal	Prenatal Care	Atención Prenatal
Saúde Bucal	Oral Health	Saúde Bucal	Oral Health	Salud Bucal
Atenção Primária à Saúde	Primary Health Care	Atenção Primária à Saúde	Primary Health Care	Atención Primaria de Salud

Fonte: a autora.

5.5 Processo de busca dos dados

No Quadro 2 estão apresentadas as fontes e a estratégia de busca devidamente utilizadas na busca dos artigos.

Quadro 2 – Fontes informacionais, estratégia de busca, filtros e resultados obtidos, Santos, 2026

Data	Fonte de dados	Estratégia de busca	Resultados
20/09/2025	PUBMED	((((Pregnant People[MeSH Terms]) AND (Prenatal Care[MeSH Terms])) AND (Oral Health[MeSH Terms])) AND (Primary Health Care[MeSH Terms]))	01
20/09/2025	PUBMED	((((Pregnant people) OR (Prenatal Care)) AND (Oral Care)) AND (Primary Health Care))	136
20/09/2025	BVS	(Gestante) OR (Cuidado pré-natal) AND (Saúde bucal) AND (Atenção primária à saúde) AND fulltext:("1") AND (year_cluster:[2020 TO 2025]) AND instance:"regional"	24
20/09/2025	SCIELO	Gestante OR pré-natal and saúde bucal AND Atenção Primária à saúde	08
Total			169

Fonte: a autora.

Os artigos encontrados foram encaminhados para a plataforma Rayyan QCRI, ferramenta digital criada pelo *Qatar Computing Research Institute* (Ouzzani *et al.*, 2016) para organizar, triar e selecionar. E foram selecionados por dois pesquisadores independentes, por meio da leitura dos títulos e resumos.

O Rayyan permitiu a organização das referências, a detecção de duplicatas e a seleção dos artigos com base nos critérios de inclusão e exclusão. A utilização da ferramenta também favoreceu a sistematização das decisões tomadas pela pesquisadora, durante o processo de triagem, assegurando maior rigor e transparência metodológica, conforme orientações para revisões de caráter qualitativo (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

5.6 Coleta de dados

Os dados foram coletados considerando os seguintes itens:

1. Autor, ano de publicação: nome(s) do(s) autor(es) principal(is) e o ano em que o artigo foi publicado.
2. País de origem do pesquisador: país de filiação principal do(s) autor(es) ou da instituição onde a pesquisa foi realizada.
3. Local da realização da pesquisa: cidade, estado ou região onde o estudo foi conduzido.
4. Período gestacional da mulher: informações sobre o trimestre ou fase da gestação em que o atendimento odontológico foi realizado ou estudado nos artigos.
5. Número de consultas odontológicas: quantidades de consultas que as gestantes tiveram durante o pré-natal.
6. Contribuições do pré-natal para a saúde da pessoa gestante: quais benefícios ou melhorias na saúde bucal e geral das pessoas gestantes são identificados e discutidos nos artigos devido ao pré-natal odontológico.
7. Contribuições do pré-natal para a saúde da criança: quais benefícios ou melhorias na saúde do bebê (intrauterino e pós-parto) são atribuídos ao pré-natal odontológico materno, nos artigos.
8. Estratégias utilizadas para a promoção da saúde bucal na APS, para o binômio pessoa gestante-bebê: descrição detalhada das abordagens, programas, ou intervenções específicas que foram implementadas e avaliadas nos artigos para promover a saúde bucal da gestante e do bebê, na APS.
9. Dados adicionais relevantes

Esses dados foram compilados em uma planilha do Excel, onde cada linha representou um artigo e as colunas foram as 8 categorias de dados definidas. Essa matriz foi preenchida cuidadosamente pela pesquisadora - transcrevendo ou resumindo as informações relevantes de cada artigo na categoria correspondente.

5.7 Aspectos éticos

Por ter sido realizado com dados secundários, não foi necessário passar pelo Comitê de Ética.

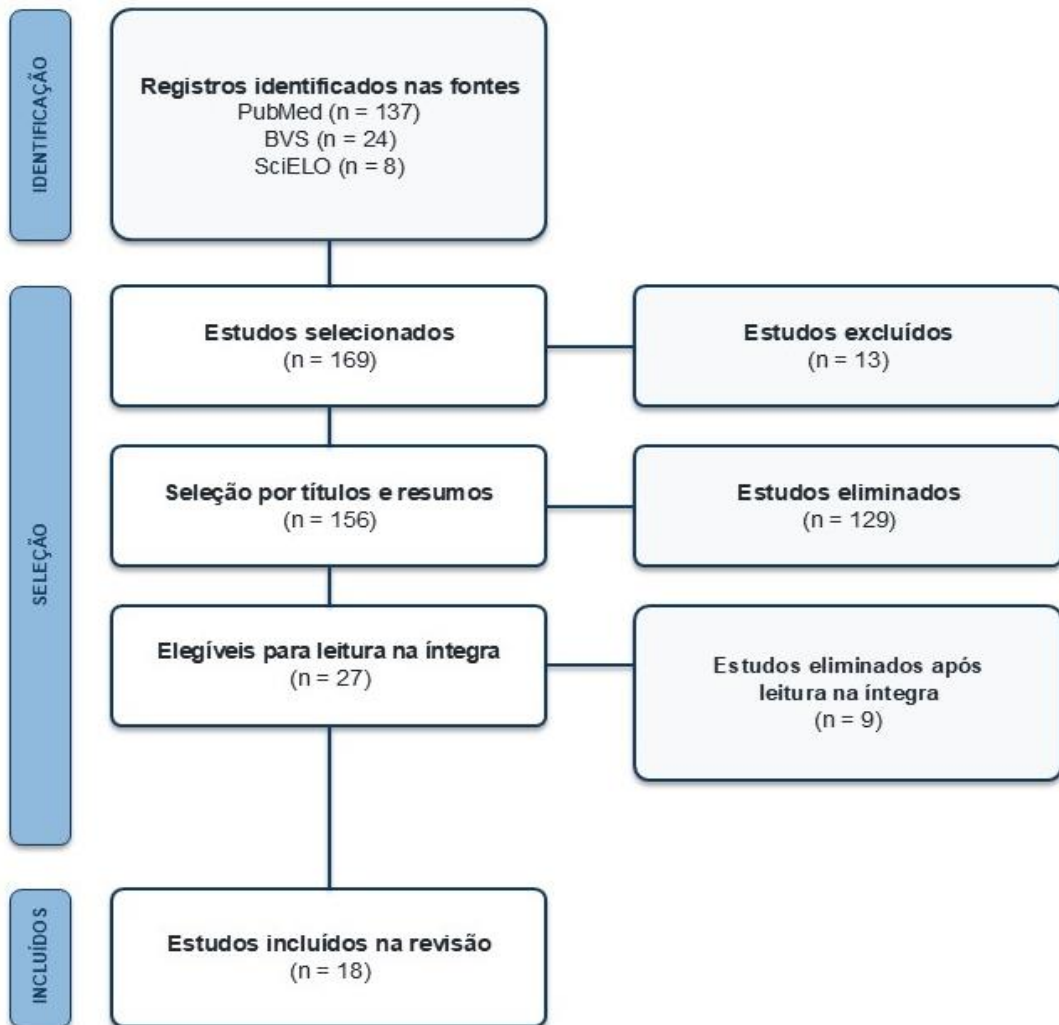
5.8 Análise dos dados

Foi realizada uma leitura aprofundada de todo o material coletado, com o objetivo de promover a imersão nos dados e identificar padrões, convergências e lacunas nos achados. Posteriormente, os resultados foram analisados à luz do referencial teórico do conceito de vulnerabilidade de José Ricardo Ayres.

6 RESULTADOS

A seguir, a Figura 5 apresenta um fluxograma dos artigos incluídos na revisão.

Figura 5 – Fluxograma dos artigos incluídos na revisão de literatura, Santos, 2026



Fonte: Page *et al.* (2021). This work is licensed under CC BY 4.0.

Nota: This work is licensed under CC BY 4.0. To view a copy of this license.

Foram elegíveis para leitura completa 27 estudos. Após a leitura na íntegra, nove foram excluídos e 18 artigos permaneceram na revisão. Entre os motivos de exclusão estavam o tipo de publicação — dissertações, e-book e o material “Circuito do SUS” — e a realização de estudos fora do contexto da APS. A seguir, o Quadro 3 apresenta a caracterização dos artigos incluídos na revisão.

Quadro 3 – Caracterização dos artigos da revisão de literatura. Santos, 2026

(continua)

Nº	Autor, ano	País de origem do autor	Tipo de estudo
1	Al Agili e Khalaf (2023)	Arábia Saudita	Abordagem Quantitativa (estudo transversal).
2	Al Agili (2023)	Arábia Saudita	Abordagem Quantitativa. (estudo transversal).
3	Carvalho, Carvalho e Leite (2022)	Brasil (Minas Gerais)	Estudo Quantitativo (estudo transversal, com aplicação de questionário online).
4	Castro <i>et al.</i> (2025)	Brasil (Minas Gerais)	Abordagem Qualitativa (entrevista em profundidade).
5	Conceição e Moreira (2022)	Brasil (Bahia)	Abordagem Qualitativa. (relato de experiência).
6	Dal Ponte <i>et al.</i> (2023)	Brasil (São Paulo)	Abordagem Qualitativa (análise de conteúdo).
7	Deghatipour <i>et al.</i> (2022)	Irã (Pishava e Pakdasht])	Abordagem Quantitativa (acompanhamento longitudinal).
8	Gonçalves <i>et al.</i> (2020)	Brasil	Abordagem Quantitativa (estudo transversal, com dados secundários).
9	Lee, Hong e Janevic (2025)	Estados Unidos (Nova York City)	Abordagem Quantitativa. (Estudo transversal de análise de dados secundários).
10	Mariotti <i>et al.</i> (2024)	Brasil (Minas Gerais)	Abordagem Quantitativa (ecológico transversal).
11	Nascimento e Rockenbach (2023)	Brasil (Rondônia)	Abordagem Quantitativa (corte transversal).
12	Oliveira <i>et al.</i> (2023)	Brasil (Ceará)	Abordagem Qualitativa.
13	Ramphoma <i>et al.</i> (2022)	África do Sul	Abordagem Qualitativa. (estudo documental).
14	Sampaio <i>et al.</i> (2021)	Brasil (Região Nordeste)	Abordagem Quantitativa (ensaio comunitário).
15	Santos <i>et al.</i> (2024)	Brasil (Minas Gerais)	Abordagem mista.
16	Simões <i>et al.</i> (2022)	Brasil (Amazonas)	Abordagem Quantitativa (estudo transversal).

Quadro 3 – Caracterização dos artigos da revisão de literatura. Santos, 2026

(conclusão)

Nº	Autor, ano	País de origem do autor	Tipo de estudo
17	Soares e Leite (2024)	Brasil (Minas Gerais)	Abordagem Quantitativa (estudo transversal).
18	Tomasi <i>et al.</i> (2022)	Brasil	Abordagem Quantitativa (estudo transversal).

Nota: o ano de 2026 atribuído ao estudo de Lee, Hong e Janevic corresponde à edição definitiva do periódico. O artigo foi publicado antecipadamente on-line em 26 de fevereiro de 2025.

Fonte: a autora.

Dos dezoito estudos incluídos na revisão, um foi publicado em 2020, um em 2021, seis em 2022, cinco em 2023, três em 2024 e dois em 2025. Em relação à origem geográfica das pesquisas, observou-se predominância de estudos brasileiros (n=13), seguidos por dois estudos provenientes da Arábia Saudita, um do Irã, um da África do Sul e um dos Estados Unidos. Quanto ao delineamento metodológico, verificou-se o predomínio de abordagens quantitativas (n=12), estudos transversais e análises de dados secundários, especialmente. Foram identificados cinco estudos qualitativos, incluindo um estudo documental, além de um estudo de abordagem mista.

O Apêndice A apresenta a matriz de síntese dos dados extraídos da literatura analisada, possibilitando a visualização comparativa dos principais achados e conferindo maior transparência ao processo de revisão. A partir dessa sistematização, os resultados serão apresentados e, na sequência, serão discutidos à luz do referencial teórico adotado, em consonância com as questões norteadoras da pesquisa, contemplando as contribuições do pré-natal odontológico para a saúde materna e infantil e as estratégias de promoção da saúde bucal do binômio pessoas gestantes-bebê, desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde.

Ressalta-se que as variáveis período gestacional e número de consultas odontológicas foram previstas na etapa de extração dos dados. Contudo, essas informações não estavam disponíveis ou não foram descritas de forma homogênea na maioria dos estudos incluídos, motivo pelo qual não foram extraídas dos estudos.

Os estudos evidenciaram que o pré-natal odontológico apresenta potencial para promover benefícios à saúde da pessoa gestante e da criança, no contexto da Atenção Primária à Saúde; entretanto, sua utilização permanece aquém das necessidades identificadas. Observou-se baixa adesão e utilização insuficiente do pré-natal odontológico, mesmo diante de elevada necessidade clínica das pessoas gestantes (Gonçalves *et al.*, 2020; Simões *et al.*, 2022; Al Agili, 2023; Nascimento; Rockenbach, 2023). Simões *et al.* (2022) e Nascimento e Rockenbach

(2023) identificaram percentuais expressivos de desconhecimento sobre o programa, variando entre 67,81% e 70,2%, além de elevada proporção de pessoas gestantes que não realizaram o pré-natal odontológico (75,34%) e baixa participação em atividades educativas (91,78%).

Os estudos de Al Agili (2023) e Nascimento e Rockenbach (2023) também demonstraram que a procura por atendimento odontológico ocorre predominantemente em situações de dor, desconforto ou urgência, evidenciando o predomínio de um modelo assistencial centrado na resolução de problemas já instalados.

Diversos fatores foram identificados como barreiras para o acesso e a utilização do pré-natal odontológico. Dal Ponte *et al.* (2023), Santos *et al.* (2024) e Castro *et al.* (2025) destacaram a influência de medos e mitos relacionados ao tratamento odontológico durante a gestação, incluindo receios quanto ao uso de anestésicos, medicamentos e procedimentos clínicos. Além disso, os autores apontaram a influência de familiares, a desinformação das gestantes, a insegurança dos profissionais, lacunas na capacitação das equipes e dificuldades organizacionais dos serviços como elementos que limitam a realização do cuidado odontológico. Em complemento, Soares e Leite (2024) identificaram limitações estruturais importantes, como a ausência de Equipes de Saúde Bucal e a reduzida carga horária de cirurgões-dentistas, fatores que comprometem a oferta de ações educativas e de acompanhamento das pessoas gestantes.

Por outro lado, alguns fatores mostraram-se favoráveis ao acesso ao pré-natal odontológico. Gonçalves *et al.* (2020) e Mariotti *et al.* (2024) observaram que a presença de Equipes de Saúde Bucal, a maior cobertura da Estratégia Saúde da Família, a organização do processo de trabalho e melhores condições estruturais das unidades de saúde estiveram associadas ao aumento da utilização do serviço. De forma semelhante, Al Agili (2023) demonstrou que o encaminhamento realizado por profissionais de saúde aumenta significativamente a probabilidade de realização de consulta odontológica durante a gestação.

A integração multiprofissional foi apontada como estratégia relevante para a ampliação do acesso e a qualificação do cuidado. Os estudos de Conceição e Moreira (2022), Deghatipour *et al.* (2022), Oliveira *et al.* (2023) e Santos *et al.* (2024) destacaram a importância do encaminhamento realizado por enfermeiros, da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, das consultas compartilhadas, dos grupos educativos, da busca ativa de gestantes, das visitas domiciliares, do teleatendimento e do uso de tecnologias digitais como estratégias capazes de fortalecer a adesão ao pré-natal odontológico e ampliar a integralidade da atenção.

Quanto às contribuições do pré-natal odontológico para a saúde da pessoa gestante, os estudos evidenciaram melhora das condições bucais por meio da redução da cárie dentária, do

controle da doença periodontal e do aumento do número de dentes restaurados (Deghatipour *et al.*, 2022; Dal Ponte *et al.*, 2023). Também foram observadas melhorias nos hábitos de autocuidado, incluindo aumento da frequência de escovação dentária e do uso do fio dental (Deghatipour *et al.*, 2022).

Em relação à saúde da criança, os achados apontaram que as ações educativas e preventivas realizadas durante a gestação podem contribuir para a prevenção de desfechos adversos e para a promoção da saúde bucal infantil. Lee, Hong e Janevic (2025) identificaram redução da ocorrência de parto prematuro em subgrupos específicos de pessoas gestantes, enquanto Dal Ponte *et al.* (2023) apontaram potencial contribuição para a prevenção do baixo peso ao nascer. Os estudos de Tomasi *et al.* (2022) e Soares e Leite (2024) destacaram a promoção do aleitamento materno, ao passo que Ramphoma *et al.* (2022) e Al Agili (2023) evidenciaram contribuições para a redução do risco de cárie na primeira infância por meio da orientação precoce às pessoas gestantes.

Os estudos também revelaram a influência dos Determinantes Sociais da Saúde sobre o acesso e a utilização do pré-natal odontológico. Gonçalves *et al.* (2020), Sampaio *et al.* (2021) e Mariotti *et al.* (2024) demonstraram a existência de desigualdades regionais e sociais que condicionam o acesso aos serviços de saúde bucal, comprometendo a efetivação dos princípios da universalidade e da equidade na Atenção Primária à Saúde.

Por fim, Conceição e Moreira (2022), Carvalho, Carvalho e Leite (2022) e Mariotti *et al.* (2024) ressaltaram a importância do monitoramento por indicadores e da incorporação do pré-natal odontológico aos mecanismos de avaliação e financiamento da Atenção Primária à Saúde, destacando o Programa Previne Brasil como uma estratégia capaz de induzir a ampliação do acesso, o fortalecimento das ações de saúde bucal e a qualificação do cuidado ofertado às pessoas gestantes.

7 DISCUSSÃO

A análise dos estudos selecionados evidencia que a implementação e o acesso ao PNO na APS constituem processos que ultrapassam a dimensão clínica, uma vez que dependem da articulação entre diferentes saberes, das condições sociais e da organização dos serviços de saúde.

O desconhecimento sobre o PNO, os mitos e medos e as crenças equivocadas acerca do tratamento odontológico durante a gestação se expressam no plano individual. Nesse contexto, destacam-se a crença de que a gestação enfraquece os dentes e os receios relacionados ao uso de anestésicos, à realização de radiografias e às extrações dentárias (Dal Ponte *et al.*, 2023; Castro *et al.*, 2025). Entretanto, a produção e a manutenção desses aspectos não ocorrem de forma isolada, pois estão relacionadas a fatores sociais, culturais e programáticos, incluindo a insuficiência de informações e as barreiras de acesso aos serviços de saúde.

Esses aspectos não devem ser interpretados como responsabilidade exclusiva da pessoa gestante. Embora se manifestem no plano individual, refletem limitações no acesso à informação qualificada, no processo de construção do conhecimento e na capacidade de transformar esse conhecimento em práticas efetivas de autocuidado (Ayres *et al.*, 2003). A persistência dos mitos e medos durante a gestação pode favorecer o adiamento da primeira consulta odontológica e contribuir para a manutenção de um modelo de assistência predominantemente curativo e ultrapassado, em detrimento de ações preventivas e de promoção da saúde voltadas ao binômio pessoa gestante-bebê (Paula-Silva, 2023).

Essas barreiras podem fazer com que o cirurgião-dentista seja procurado apenas em situações de dor ou infecção (Al Agili, 2023; Nascimento; Rockenbach, 2023). Esse cenário evidencia a necessidade de fortalecer ações educativas, preventivas e de orientação em saúde bucal, com o objetivo de desconstruir concepções equivocadas sobre o tratamento odontológico durante a gestação e incentivar a busca pelo cuidado odontológico desde o início do pré-natal. Tais medidas podem contribuir para a ampliação do acesso, para a prevenção de agravos e para a promoção da saúde do binômio pessoa gestante-bebê.

Nesse sentido, o acolhimento e o atendimento humanizado e integral, orientados pelo reconhecimento das necessidades individuais das pessoas gestantes, são fundamentais para proporcionar uma experiência positiva, reduzir a ansiedade e os medos e fortalecer o vínculo entre pessoa gestante e bebê. Os principais objetivos do acolhimento no pré-natal são a escuta ativa, a oferta de informação e educação, a identificação de riscos, o apoio emocional, o

acompanhamento contínuo, a promoção de uma ambiência adequada e o envolvimento da família (Silva *et al.*, 2025). Assim, é possível realizar ações voltadas ao bebê e a toda a família.

Os estudos evidenciaram a presença de vulnerabilidade social (Ayres *et al.*, 2003), expressa pela influência de fatores como baixa escolaridade (Sampaio *et al.*, 2021), condições socioeconômicas precárias, desigualdades regionais, diferenças no acesso aos serviços e influência de familiares e das redes sociais das pessoas gestantes (Gonçalves *et al.*, 2020; Sampaio *et al.*, 2021; Al Agili, 2023; Mariotti *et al.*, 2024;). No que se refere às desigualdades regionais, observaram-se discrepâncias tanto na oferta quanto na utilização dos serviços pelas pessoas gestantes (Gonçalves *et al.*, 2020).

Embora o Brasil tenha avançado na oferta de cuidados odontológicos e na realização de exames ao longo dos ciclos do PMAQ, persistem desigualdades regionais na qualidade do cuidado, indicando que a integralidade da atenção ainda não está consolidada no país de forma equitativa (Tomasi *et al.*, 2022; Mariotti *et al.*, 2024). Essas desigualdades expressam situações de vulnerabilidade social que podem dificultar o acesso ao pré-natal odontológico, mesmo quando a pessoa gestante reconhece sua importância.

Entre os principais obstáculos ao acesso ao pré-natal odontológico destacam-se as barreiras geográficas, as limitações financeiras e o contexto social em que a pessoa gestante está inserida. Esses fatores influenciam suas oportunidades concretas de acesso aos serviços de saúde e podem dificultar ou impedir a continuidade do cuidado (Ayres *et al.*, 2003).

Essas barreiras não se distribuem de maneira homogênea entre as pessoas gestantes, mas são atravessadas por desigualdades sociais relacionadas aos marcadores sociais da diferença. A interseção entre raça/cor, classe social e escolaridade influencia o acesso aos serviços de saúde e a qualidade do acolhimento durante o pré-natal. Entre mulheres gestantes negras, o entrecruzamento das opressões de gênero, raça e classe intensifica as disparidades em saúde e as coloca em situações de maior vulnerabilidade. Essa condição pode contribuir para a naturalização de negligências, violências e práticas iatrogênicas nos serviços de saúde, além de estar associada a maiores taxas de mortalidade materna (Ferreira; Ferla, 2022).

O racismo estrutural que permeia o acesso à assistência em saúde durante o pré-natal produz sofrimento psíquico, medo e sensação de desamparo. Essas experiências resultam em adoecimento físico e emocional, manifestado por sequelas físicas, traumas emocionais e psicológicos amplamente descritos na literatura. A vivência desse lugar de invisibilidade aprofunda as lacunas entre os princípios de humanização e respeito que orientam o cuidado pré-natal e a realidade ainda marcada por práticas discriminatórias e preconceituosas (Neves; Yavo, 2024).

O cuidado pré-natal apresenta-se deficitário em contextos vulneráveis marcados pela insegurança alimentar e nutricional, pela ausência de parceiro ou suporte familiar, por empregos precários, instabilidade econômica, moradia insegura ou inadequada e ausência de cobertura social. Somam-se a essas condições a presença de sintomas depressivos e transtornos mentais, bem como situações de violência de gênero e doméstica (Munõz *et al.*, 2013; Pinto *et al.*, 2022).

A identificação desses fatores favorece a compreensão das iniquidades em saúde no contexto gestacional e evidencia que a saúde reprodutiva, neonatal, mental e familiar pode se deteriorar quando a pessoa gestante vivencia tais condições. Essas situações também estão associadas a níveis elevados de ansiedade e estresse, além de dificuldades de acesso a serviços de saúde acolhedores e a profissionais qualificados e humanizados (Munõz *et al.*, 2013; Pinto *et al.*, 2022).

Compreender as situações vivenciadas por diferentes grupos sociais por meio da epidemiologia crítica possibilita o planejamento de ações e tratamentos integrais e eficazes, promovendo experiências de maternidade mais seguras. Para isso, é fundamental analisar as condições sociais nas quais as pessoas gestantes estão inseridas. Essa compreensão constitui a base para o desenvolvimento de intervenções efetivas, contextualizadas e transformadoras, capazes de promover maior equidade no acesso aos serviços de saúde. Essa abordagem requer uma visão holística da pessoa gestante, compreendida como um sujeito inserido em um grupo social específico, cujas características, construídas e compartilhadas coletivamente, influenciam sua percepção sobre os problemas e as necessidades de saúde (Munõz *et al.*, 2013; Pinto *et al.*, 2022).

A vulnerabilidade programática revelou-se um importante obstáculo à consolidação do pré-natal odontológico, especialmente em razão de limitações ou da ausência de organização dos serviços de saúde. Santos *et al.* (2024) mostram que a organização dos fluxos, o monitoramento de indicadores e o financiamento adequado, a exemplo do Previn Brasil, são estratégias eficazes para ampliar o acesso ao PNO. Além disso, o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e a autonomia dos sujeitos também são elementos fundamentais nesse processo (Silva *et al.*, 2025).

Os estudos qualitativos incluídos nesta revisão destacaram que as pessoas gestantes valorizam a gratuidade, a priorização do atendimento e a humanização, dimensões do cuidado que ultrapassam o procedimento clínico e podem facilitar o acesso aos serviços (Castro *et al.*, 2025). Em contrapartida, a fragmentação do cuidado compromete a integralidade da atenção. Oliveira *et al.* (2023) corroboram essa preocupação ao identificarem que a interdisciplinaridade ocorre de forma fragilizada, com deficiências na comunicação entre enfermeiros, médicos e

cirurgiões-dentistas. Esse cenário resulta em um cuidado fragmentado e em encaminhamentos realizados, geralmente, apenas diante de queixas de dor.

Diante desse quadro, a superação da fragmentação exige mais do que ajustes operacionais: impõe a desconstrução das bases epistemológicas que sustentam a organização do cuidado. Nessa direção, torna-se necessário romper com o modelo biomédico cartesiano, o qual historicamente fragmenta o cuidado em especialidades isoladas (Severo; Seminários, 2010). A transdisciplinaridade ultrapassa a simples justaposição de saberes: pressupõe a construção de um campo comum de conhecimento, no qual as fronteiras disciplinares são atravessadas em favor da integralidade do cuidado (Severo; Seminotti, 2010).

No contexto do pré-natal odontológico esse cenário encaixa-se no atual modelo de cofinanciamento da APS, Saúde Brasil 360. Nele, a consulta odontológica da pessoa gestante foi retirada da lista de indicadores específicos da saúde bucal. Com as novas diretrizes do componente de qualidade desse novo programa, ações coletivas, palestras ou triagens gerais em saúde bucal durante a gestação realizadas por médicos e enfermeiros passam a pontuar como atividade de saúde bucal (Brasil, 2025c).

Essa mudança pode representar uma oportunidade de ampliar a transversalização da saúde bucal no pré-natal, na medida que a Enfermagem e outros profissionais da APS participam da busca do incentivo e do acompanhamento das necessidades de saúde bucal da pessoa gestante. Nessa perspectiva, a integração entre a Enfermagem e a Odontologia contribui para o cuidado integral, envolvendo formação profissional, processo de trabalho e monitoramento de indicadores. Entretanto, esse movimento também evidencia um paradoxo: a ampliação da responsabilidade compartilhada pode favorecer a integralidade do cuidado, mas, se não estiver acompanhada de mecanismos de corresponsabilização entre os diferentes núcleos profissionais, pode resultar na diluição da responsabilidade específica pelo cuidado odontológico (Fragoso *et al.*, 2026). O deslocamento desse indicador da pasta específica da Odontologia para o âmbito de outra categoria profissional traz o risco de reduzir a visibilidade da atuação clínica do cirurgião-dentista e de fragilizar a centralidade da saúde bucal no planejamento e no monitoramento das ações.

A fragilidade reside no fato de que a atividade registrada por outros profissionais no sistema de informação do SUS passa a ser contabilizada e pontuada institucionalmente. Esse desenho metodológico pode produzir uma aparente ampliação da cobertura, sem necessariamente demonstrar a efetividade do cuidado odontológico realizado no território. Na ausência da avaliação do cirurgião-dentista, agravos importantes em saúde bucal, como a periodontite, podem não ser identificados quando o acompanhamento se restringe a critérios

gerais de triagem. Essa fragilidade pode ser compreendida na dimensão da vulnerabilidade programática, uma vez que a organização dos serviços, das políticas e das práticas institucionais interferem diretamente no acesso e efetivação do cuidado (Ayres *et al.*, 2003).

Nesse sentido, a mudança do indicador coloca em evidência um segundo paradoxo: ao mesmo tempo em que pode favorecer uma prática interprofissional e ampliar a responsabilidade compartilhada pela saúde bucal no pré-natal, também pode produzir vulnerabilidade programática caso não sejam estabelecidos mecanismos que assegurem a participação efetiva da Equipe de Saúde Bucal. A pactuação de protocolos locais, a Educação Permanente, o matriciamento e a definição clara das responsabilidades das equipes tornam-se estratégias importantes para que a transversalização não resulte na fragilização do cuidado odontológico (Fragoso *et al.*, 2026).

Dessa forma, estudos futuros poderão avaliar a efetividade desse novo arranjo, especialmente quanto à atuação da Enfermagem na identificação e no incentivo à consulta odontológica, ao engajamento das ESBs e ao grau de corresponsabilização das ESFs na promoção do cuidado em saúde bucal durante o pré-natal. Torna-se igualmente relevante investigar se o novo indicador é capaz de reconhecer a situação da saúde bucal das pessoas gestantes ou se sua forma de mensuração pode produzir uma dissociação entre o registro da atividade e a avaliação clínica necessária. A transversalização do indicador poderá contribuir para a integralidade do cuidado, desde que acompanhada das condições institucionais que garantam a articulação interprofissional, a qualidade das equipes e a preservação da avaliação especializada em saúde bucal.

À luz do referencial de vulnerabilidade (Ayres *et al.*, 2003), o PNO constitui uma estratégia de cuidado capaz de reduzir vulnerabilidades individuais e programáticas; contudo, sua efetividade ainda depende do enfrentamento das vulnerabilidades sociais estruturais e da fragmentação do cuidado.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Há uma carência de estudos relacionando a influência dos DSS no acesso ao PNO, com estudos envolvendo pessoas gestantes em situação de vulnerabilidade social como: gestantes negras; populações indígenas; comunidades quilombolas; mulheres moradoras de área livre; adolescentes grávidas; mulheres com deficiência; mulheres vítimas de violência doméstica; refugiadas e homens trans. É importante destacar que a maioria dos estudos analisou a assistência durante o PNO de forma isolada, havendo escassez de investigações que acompanhem longitudinalmente o binômio pessoa gestante-bebê.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta revisão integrativa evidenciaram que as principais estratégias para a promoção da saúde bucal durante o PNO na APS incluem a integração multiprofissional, com encaminhamento por enfermeiros, atuação dos ACSs, consultas compartilhadas, grupos educativos, busca ativa, visitas domiciliares, teleatendimento e uso de tecnologias digitais. Também demonstraram a importância da presença das ESBs e de uma maior cobertura da ESF, da organização do processo de trabalho e melhores condições estruturais dos serviços. Entretanto, persistem barreiras relacionadas ao desconhecimento, medos e mitos das pessoas gestantes, insegurança dos profissionais, lacunas na capacitação e dificuldades organizacionais e estruturais, contribuindo para a baixa adesão ao PNO.

Quanto às contribuições à saúde do binômio pessoa gestante-bebê, os estudos demonstraram que o PNO favorece a melhoria das condições de saúde bucal das pessoas gestantes, com redução da cárie, controle da doença periodontal, aumento de dentes restaurados e melhora dos hábitos de autocuidado. Para os bebês, as ações educativas e preventivas podem contribuir para a promoção do aleitamento materno, a redução do risco de cárie na primeira infância e, em determinados grupos, para a prevenção de desfechos como parto prematuro e baixo peso ao nascer. Os achados também evidenciaram a influência dos DSS sobre o acesso, reforçando a necessidade de estratégias que ampliem e qualifiquem o PNO na APS.

A revisão reafirma a responsabilidade da APS na construção do cuidado integral do binômio pessoa gestante-bebê. Compreende-se que o PNO não se limita a uma consulta odontológica, mas se mostra como uma oportunidade de acolhimento, educação em saúde, prevenção de agravos e fortalecimento de vínculo entre os profissionais de saúde da APS com a pessoa gestante e seus familiares. Nesse contexto, o cirurgião-dentista exerce um papel estratégico na equipe da APS evidenciando a necessidade da equipe interdisciplinar. É primordial fortalecer a linha de cuidado em saúde bucal na APS, integrando-a ao cuidado integral das pessoas gestantes. As evidências sintetizadas nesta revisão podem subsidiar a organização dos processos de trabalho das equipes de saúde, incentivar a qualificação permanente dos profissionais e fortalecer políticas públicas que garantam o acesso oportuno e equânime ao PNO.

REFERÊNCIAS

- AL AGILI, D. Trends in maternal oral health services at primary healthcare centers in Saudi Arabia: a cross-sectional study. **BMC Oral Health**, London, v. 23, n. 1, 1031, Dec. 2023. DOI: 10.1186/s12903-023-03712-6.
- AL AGILI, D. E.; KHALAF, Z. I. The role of oral and prenatal healthcare providers in the promotion of oral health for pregnant women. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v. 23, n. 1, 313, May 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05654-x>.
- ALVES, R. X. *et al.* Evolução do acesso à água fluoretada no Estado de São Paulo, Brasil: dos anos 1950 à primeira década do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. S69-S80, 2012. Suplemento. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DrjY4x7JJpRVqtScfdWbBCj/?lang=pt>. Acesso em: 6 ago. 2026.
- AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, abr. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/hSgv4n6yzC76Hsv3rmHVS5y/>. Acesso em: 6 ago. 2026.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- BARP, N. R.; AMARAL JUNIOR, O. L. A. Panorama histórico dos modelos de atenção e políticas de Saúde Bucal no Brasil: uma revisão de literatura. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 65, e135822, 2024. DOI: 10.22456/2177-0018.135822. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/135822>. Acesso em: 6 fev. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **3º Conferência Nacional de Saúde Bucal**: acesso e qualidade superando a exclusão social, Brasília, DF, de 29 de julho a 01 de agosto de 2004. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. (Série D. Reuniões e conferências). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3_conferencia_nacional_saude_bucal_relatorio_final.pdf. Acesso em: 12 jun. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Política de Saúde, Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. (Programa Saúde com Agente; E-book 6). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_atencao_basica_vigilancia.pdf. Acesso em: 17 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 3 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 70, p. 100, 11 abr. 2024b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.493-de-10-de-abril-de-2024-553573811>. Acesso em :19 jun.2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 10.300, de 5 de março de 2026. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para regulamentar o Programa de Reconstrução Dentária para Mulheres Vítimas de Violência Doméstica, instituído pela Lei nº 15.116, de 2 de abril de 2025. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 44, p. 83, 6 mar. 2026. Disponível em: <https://mtdsistemas.com.br/suporte/publico/portarias/103000032026.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal**: cárie dental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/inqueritos-de-saude-bucal-1996>. Acesso em: 12 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de Saúde Bucal da população Brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf. Acesso em: 12 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.coderp.sp.gov.br/portal/pdf/saude500202112.pdf>. Acesso em: 31 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. **Política Nacional de Saúde Bucal**: ações estratégicas para implementar as diretrizes da Lei n.º 14.572/23. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_bucal_1edatualimp.pdf. Acesso em: 17 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. **SB BRASIL 2023**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sb_brasil_2023_relatorio_final_1edrev.pdf. Acesso em: 17 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **SB BRASIL 2020: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: projeto técnico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/arquivos/2022/projeto-tecnico-sb-brasil-2020.pdf>. Acesso em: 31 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde: tratamento em gestantes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: <https://share.google/xbycecYI6ZjwuwueR>. Acesso em: 30 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota Metodológica do Componente Qualidade: Indicador de Cuidado da Gestante e Puérpera na APS (Saúde Brasil 360)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/fichas-tecnicas/equipe-de-atencao-primaria-e-saude-da-familia/nota-metodologica-c3-cuidado-na-gestacao-e-puerperio/view>. Acesso em: 27 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Caderno de Referência para o Processo de Formação de Profissionais do Apoio Institucional Integrado do Ministério da Saúde, QualiSUS-Rede**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_referencia_processo_formacao_profissionais_apoio_qualisus_rede.pdf. Acesso em: 17 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Fundação Serviços de Saúde Pública. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1988. (Série C: Estudos e projetos, 4). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/levant86_1.pdf. Acesso em: 17 fev. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 6 fev. 2025.

BRITO, J. Saúde: uma relação com o meio e os modos de vida. **Laboreal**, Porto, v. 13, n. 1, 2017. DOI: 10.4000/laboreal.2018. Disponível em: <http://journals.openedition.org/laboreal/2018>. Acesso em: 31 maio 2025.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec Editora, 2014. (Saúde em debate; v. 170).

CANGUILHEM, G. A saúde: conceito vulgar e questão filosófica. *In*: CANGUILHEM, G. **Escritos sobre a Medicina**. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2005. p. 35-48.

CARVALHO, D. J. G. de; CARVALHO, L. F. de; LEITE, I. C. G. Realização do pré-natal odontológico e seus reflexos no novo financiamento da Atenção Básica: Programa Previne Brasil. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 25, n. 3, p. 629-640, abr.-jun. 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/37418/25739>. Acesso em: 8 fev. 2026.

CASTELLANOS, P. L. Sobre o conceito de saúde-doença. Um ponto de vista epidemiológico. **Cuadernos Médicos Sociales**, Argentina, v. 42, p. 15-24, 1987. Disponível em: <https://share.google/hzHFhj6tYuD25agl>. Acesso em: 31 maio 2025.

CASTRO, N. C. F. *et al.* Changes, Desire, Fear and Beliefs: Women's Feelings and Perceptions About Dental Care During Pregnancy. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 22, n. 8, 1211, July 2025. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph22081211>.

CHAVES, M. M. **Odontologia social**. 3. ed. Porto Alegre: Livraria Editora Artes Médicas, 1986.

CONCEIÇÃO, V. S.; MOREIRA, M. B. A. Atuação de cirurgiã-dentista, com ênfase no pré-natal, na atenção primária: relato de experiência. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 46, n. 2, p. 199-212, 2022. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2022.v46.n2.a3623>. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3623>. Acesso em: 8 fev. 2026.

CORRÊA, M. S. N. P.; SCHMITT, R. M.; KIM, S. Y. **Saúde Bucal: gestante-bebê ao adolescente**. 3. ed. São Paulo: Santos Publicações, 2019.

COSTA, S. M. *et al.* Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 461-470, fev. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000200017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/prJGG6fvSVGLbcwbgDY9b6r/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 31 maio 2025.

CRO-MG. **Ministério da Saúde lança Plano Nacional de garantia do pré-natal odontológico no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://cromg.org.br/noticias/plano-nacional-de-garantia-do-pre-natal-odontologico-no-sus/>. Acesso em: 2 abril 2025.

DAL PONTE, G. L. *et al.* Cuidado odontológico: percepção das gestantes na Atenção Primária à Saúde. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 16, n. 4, e11121, out./dez. 2023. DOI: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2023v16n4.e11121>. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/11121>. Acesso em: 8 fev. 2026.

DEGHATIPOUR, M. *et al.* Effect of oral health promotion interventions on pregnant women dental caries: a field trial. **BMC Oral Health**, London, v. 22, n. 1, 280, July 2022. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1288066/v1>.

DIAS, J. G.; PACÍFICO FILHO, M.; RIBEIRO, P. C. C. Políticas públicas no Brasil: precarização do acesso à saúde bucal. **Revista Diálogos Interdisciplinares**, [s. l.], v. 8, p. 43-60, 2019. Disponível em: <https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/>. Acesso em: 31 maio 2025.

FERREIRA, R. M.; FERLA, A. A. Racismo institucional e integralidade do cuidado: interseccionalidades na gestação e parto de mulheres residentes em periferia urbana. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, 2022. DOI: <https://doi.org/10.54909/sp.v6i2.128272>. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/128272>. Acesso em: 31 maio 2025.

FRAGOSO, A. F. S. *et al.* A integração entre enfermagem e odontologia na promoção da saúde: uma abordagem interdisciplinar para o cuidado integral. **Revista Tópicos**, Rio de Janeiro, v. 4, e782622573, 2026. DOI: 10.70773/revistatopicos/782622573. Disponível em: <https://revistatopicos.com.br/artigos/a-integracao-entre-enfermagem-e-odontologia-na-promocao-da-saude-uma-abordagem-interdisciplinar-para-o-cuidado-integral>. Acesso em: 26 maio 2026.

FRANCO, J. B. Alterações hormonais: Gravidez. **Revista do CROSP**, São Paulo, v. 11, n. 19, p. 28, jan. 2025.

GONÇALVES, K. F. *et al.* Utilização de serviço de saúde bucal no pré-natal na atenção primária à saúde: dados do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 519-532, fev. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.05342018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7gvtsKvRSPPhbXcGYQgcjG8M/?lang=pt>. Acesso em: 8 fev. 2026.

LEE, H.; HONG, N.; JANEVIC, T. Prenatal dental visits, perceived benefits of oral health, and preterm birth outcome, 2009–2021. **JDR Clinical & Translational Research**, Thousand Oaks, CA, v. 11, n. 1, p. 16-27, Fev. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1177/23800844251318698>.

MAEYAMA, M. A. (org.). **Pelos caminhos da Atenção Básica: um guia de trabalhos para as equipes de APS: longitudinalidade**. Curitiba: Brazilian Journals, 2024. Disponível em: <https://repositorio.unesc.net/server/api/core/bitstreams/c36d741e-4415-42ab-9bef-23d00859eea4/content>. Acesso em: 1 out. 2026.

MARIOTTI, C. *et al.* Analysis of the access of pregnant women to the first programmatic dental appointment: an ecological study. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 38, e012, Jan. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2024.vol38.0012>.

MATO GROSSO. Ministério Público do Estado. **Aumenta número de crianças no Brasil sem cárie nos dentes**. Cuiabá, 13 jun. 2024. Disponível em: <https://mpmt.mp.br/portalcas/news/728/142112/aumenta-numero-de-criancas-no-brasil-sem-carie-nos-dentes/secao/45>. Acesso em: 1 out. 2026.

MELO, C. B de; LIMA, C. M. A. Estudo epidemiológico da cárie dentária no Brasil, período de 1986 a 2003. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 23, n. 4, out./dez. 2009. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/upload/S/0101-5907/2009/v23n4/a1936.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2026.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?lang=pt>. Acesso em: 31 maio 2025.

MIGUEL DE CERVANTES. Prefácio. *In*: CORRÊA, M. S. N. P.; SCHMITT, R. M.; KIM, S. Y. **Saúde Bucal: gestante-bebê ao adolescente**. 3. ed. São Paulo: Santos Publicações, 2019.

MUNÕZ, L. A. *et al.* Vivenciando a maternidade em contextos de vulnerabilidade social: uma abordagem compreensiva da fenomenologia social. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, jul./ago. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/mKR3r9RkPZJJBMVJ5LFSxP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 maio 2025.

NASCIMENTO, R. P. do; ROCKENBACH, V. B. M. Pré-natal odontológico: percepção das gestantes atendidas no Município de Vilhena - RO. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 9, n. 3, e31317, 2023. DOI: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2023v9n3ID31317>. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/31317>. Acesso em: 8 fev. 2026.

NETO, P. G. F. *et al.* Aleitamento materno na visão da odontopediatria. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 27, p. 30-34, jan./fev. 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/842/84212434007.pdf>. Acesso em: 31 maio 2025.

NEVES, J. B.; YAVO, I. S. Vulnerabilidade e sofrimento psíquico: condições de acesso em saúde durante o pré-natal. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, BA, v. 13, e5378, 2024. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/De/biblio-1568122>. Acesso em: 31 maio 2025.

OLIVEIRA, A. G. R. C. *et al.* Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise da metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 1, n. 2, ago. 1998. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X1998000200008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/XnmTK8FJYMdGCXPGpcj99QJ/?lang=pt>. Acesso em: 31 maio 2025.

OLIVEIRA, D. A. *et al.* Impacto da Sífilis Congênita no Desenvolvimento Oral: Consequências e Estratégias de Prevenção na Odontologia Pediátrica. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, Macapá, v. 7, n. 5, p. 1625-1638, 2025. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n5p1625-1638>. Disponível em: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/5862>. Acesso em: 23 jun. 2025.

OLIVEIRA, R. M. C. *et al.* Interdisciplinaridade na saúde bucal da gestante na perspectiva do enfermeiro. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 44, 2023. DOI: <https://doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.i44.47269>. Disponível em: <https://archivo.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/47269>. Acesso em: 8 fev. 2026.

OUZZANI, Mourad *et al.* Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic Reviews**, London, v. 5, n. 1, p. 210, Dec. 2016. doi: 10.1186/s13643-016-0384-4.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **British Medical Journal**, London, v. 372, p. n71, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.

PAIM, J. S. **Modelos assistenciais**: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. [UFPEL: Pelotas, [2002]]. Disponível em: https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/media/PaimJS_ModelosAssistenciais.pdf. Acesso em: 31 maio 2025.

PAULA-SILVA, F. W. G. **Pré-Natal Odontológico**. São Paulo: Editora Santos, 2023.

PERUCHINI, L. F. D. *et al.* Levantamentos Epidemiológicos em Saúde Bucal no Brasil. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc São Miguel do Oeste**, Joaçaba, SC, v. 9, e34661, jun. 2024. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/34661>. Acesso em: 31 maio 2025.

PINTO, I. B. U. *et al.* Gestantes em vulnerabilidade social em uma ocupação em um município do Paraná. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, Campinas, v. 19, e10497, jul. 2022. DOI: <https://doi.org/10.25248/reaenf.e10497.2022>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/10497>. Acesso em: 31 maio 2025.

PUCCA JR., G. **A saúde bucal é também justiça social** [post]. [S. l.]: Instagram: @gilbertopuccajr, 3 out. 2025.

PUCCA JR., G. **Quem diz que a odontologia não é essencial, não entendeu saúde e nem desigualdade** [post]. [S. l.]: Instagram: @gilbertopuccajr, 29 mar. 2026.

RAMIRES, I.; BUZALAF, M. A. R. A fluoretação da água de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária: cinquenta anos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1057-1065, jul./ago. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400027>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YhvQKg7yNkYxqkkGyg4rNLz/?lang=pt>. Acesso em: 6 ago. 2026.

RAMPHOMA, K. *et al.* The proposed need for integrated maternal and child oral health policy: A case of South Africa. **Frontiers in oral health**, Lausanne, Switzerland, v. 3, 1023268, Dec. 2022. DOI: 10.3389/froh.2022.1023268.

SAMPAIO, J. R. F. *et al.* Sociodemographic, behavioral and oral health factors in maternal and child health: an interventional and associative study from the network perspective. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 18, n. 8, 3895, Apr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18083895>.

SANTOS, M. E. Q. dos. *et al.* Processos facilitadores e barreiras de acesso do pré-natal odontológico. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, Portugal, v. 16, n. 6, e4644, 2024. DOI: 10.55905/cuadv16n6-185. Disponível em: <https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/4644>. Acesso em: 8 fev. 2026.

SEVERO, S. B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1685-1694, jun. 2010. Suplemento 1. DOI: 10.1590/S1413-81232010000700080. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3X3NgmHJhZ7RynW6dKw8TNd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 ago. 2026.

SILVA, G. M. S. *et al.* Assistência e acolhimento à gestante. **Revista Sociedade Científica**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 2691-2709, 2025. DOI: <https://doi.org/10.61411/rsc2025116518>. Disponível em: <https://journal.scientificsociety.net/index.php/sobre/article/view/1165>. Acesso em: 6 ago. 2026.

SILVA JUNIOR, M. F.; AMANDA, C. L. S.; MATOS, P. E. S. Fatores contextuais do desempenho do atendimento odontológico para gestantes na Atenção Básica entre municípios baianos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 140, jan./mar. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241408844P>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ZJMY839bhpMp83F6js5SJ7S/?lang=pt>. Acesso em: 31 maio 2025.

SIMÕES, K. A. P. *et al.* Práticas de pré-natal odontológico no município de Itacoatiara, Amazonas, sob a ótica das gestantes. **O Mundo da Saúde**, [s. l.], v. 46, e11372021, 2022. DOI: 10.15343/0104-7809.202246255266.

SOARES, L. P.; LEITE, I. C. G. Conhecimento de mães sobre aleitamento materno e seus impactos na saúde bucal de bebês e pré-escolares em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 50, p. 1-9, 2024. DOI: 10.34019/1982-8047.2024.v50.43782.

SOUZA, D. C. N. S. de; CARDOSO, R. S. **Sorrisos reais**: O retrato da desigualdade de acesso à saúde bucal no Brasil. 2021. 57 p. Trabalho de Conclusão de Curso – Centro de Comunicação e Expressão, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan./mar. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>. Disponível em: https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=html&lang=en&ilang=pt_BR. Acesso em: 2 out. 2026.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAVARES, S. S. *et al.* O Brasil Sorridente aos olhos da 3a Conferência Nacional de Saúde Bucal e da 16 Conferência Nacional de Saúde. **Tempus**: Actas de Saúde Coletiva, Brasília, DF, v. 14, n. 1, p. 127-142, mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v14i1.2658>. Disponível em: <https://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2658>. Acesso em: 31 maio 2025.

TOMASI, E. *et al.* Evolution of the quality of prenatal care in the primary network of Brazil from 2012 to 2018: What can (and should) improve?. **PloS one**, San Francisco, CA, v. 17, n. 1, e0262217, Jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262217>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline**: Sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549028>. Acesso em: 31 maio 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on the social determinants of health equity**. Geneva: World Health Organization, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240107588>. Acesso em: 3 jun.2025.

XAVIER, H. S; XAVIER, V. B. C. **Cuidados odontológicos com a gestante**. São Paulo: Santos, 2004.

YAP, A. U. Oral health equals total health: a brief review. **Journal of Dentistry Indonesia**, Jakarta, v. 24, n. 2, p. 59-62, 2017. DOI: 10.14693/jdi.v24i2.1122. DOI: <https://doi.org/10.14693/jdi.v24i2.1122>. Disponível em: <https://www.ingentaconnect.com/content/doi/16939697/2017/00000024/00000002/art00008;jsessionid=3kk8xvqdtxxjp.x-ic-live-03>. Acesso em: 31 maio 2025.

ZAMBONI, M. **O que são marcadores sociais da diferença?** Sociologia – Grandes Temas do Conhecimento. [S. l.: s. n.], 2014. Disponível em: https://www.academia.edu/43301516/O_que_s%C3%A3o_marcadores_sociais_da_diferen%C3%A7a. Acesso em: 3 jun. 2025.

APÊNDICE A – Caracterização dos estudos quanto à contribuição do pré-natal odontológico. Santos, 2026

Nº	Autor (Ano)	Contribuições destacadas no estudo		Estratégias para promoção da Saúde Bucal	Dados relevantes
		Para a pessoa que gestam	Para os bebês		
1	Al Agili e Khalaf (2023)	Orientação às gestantes sobre alimentação e higiene oral, com ações de prevenção, tratamento e controle de doenças bucais agravadas por alterações hormonais.	Inclusão de hábitos saudáveis desde a infância.	Ampliar o acesso aos serviços odontológicos. Encaminhamento correto e a orientação profissional aumentam significativamente a adesão ao atendimento, elevando em 4,29 vezes a probabilidade de realização de consulta odontológica.	Apesar da alta necessidade clínica, mais de 50% das gestantes na Arábia Saudita evitam o PNO. Procura por intervenção profissional: dor ou sangramento. (desinformação, medo ou falta de acesso).
2	Al Agili (2023)	Profilaxia dentária e outros procedimentos da saúde bucal na gestação.	Possibilita o tratamento precoce da doença periodontal para prevenção de desfechos perinatais adversos e redução do risco de cárie na primeira infância.	Conscientizar as gestantes da importância e da segurança do PNO; Investir na capacitação de cirurgiões-dentistas e estudantes de Odontologia. Implementar política sistematizada de encaminhamento para o PNO nos serviços de APS pode ampliar significativamente a probabilidade de realização da consulta odontológica.	Muitas gestantes receberam apenas prescrições de analgésicos e/ou antibióticos; com o adiamento do tratamento, a maioria dos atendimentos ocorreu em clínicas privadas, apesar da oferta pública gratuita. Os DSS demonstraram influência no acesso ao PNO.

Nº	Autor (Ano)	Contribuições destacadas no estudo		Estratégias para promoção da Saúde Bucal	Dados relevantes
		Para a pessoa que gestam	Para os bebês		
3	Carvalho, Carvalho e Leite (2022)	Reconhecimento da importância do pré-natal odontológico.	Fortalece o cuidado e o vínculo entre pessoas que gestam e a criança.	Colocar cirurgião-dentista na equipe multiprofissional da APS; Integrando ações clínicas e educativas no cuidado às gestantes. Ressalta-se a importância do PNO como indicador estratégico, vinculado ao Programa Previne Brasil, visando ampliar o acesso e qualificar a atenção.	Dificuldades relatadas pelos dentistas: falta de adesão das gestantes, falta de capacitação específica dos cirurgiões dentistas da amostra para realizar o PNO; problemas de insumos e infraestrutura.
4	Castro <i>et al.</i> (2025)	Mudanças positivas em hábitos de higiene bucal.	Fortalece a educação em saúde sobre cuidados com a criança.	Compreender e identificar fatores facilitadores do cuidado é fundamental para fortalecer as estratégias de promoção da saúde bucal no pré-natal, destacando-se a educação em saúde bucal, especialmente no enfrentamento de medos e crenças que dificultam a adesão, e o apoio interdisciplinar como elementos essenciais para ampliar e qualificar o acesso das gestantes aos serviços.	Entre as principais barreiras ao cuidado destacam-se medos e mitos relacionados ao tratamento odontológico, a falta de informação e dificuldades organizacionais dos serviços; por outro lado, configuram-se como facilitadores de acesso o atendimento gratuito pelo Sistema Único de Saúde, a humanização do cuidado e os programas do Ministério da Saúde que priorizam o atendimento à gestante. Observou-se, ainda, que 80% das participantes eram mulheres negras e 84% possuíam mais de oito anos de estudo.

Nº	Autor (Ano)	Contribuições destacadas no estudo		Estratégias para promoção da Saúde Bucal	Dados relevantes
		Para a pessoa que gestam	Para os bebês		
5	Conceição e Moreira (2022)	Promoção da saúde por meio do controle de alterações bucais, orientação sobre riscos da doença periodontal, adequação do meio bucal e fortalecimento do vínculo com cuidado integral e humanizado.	Prevenção dos impactos negativos decorrentes de alterações bucais durante a gestação.	Destaca-se, como estratégia de saúde bucal, a realização de consultas compartilhadas com integração multiprofissional e qualificação dos registros, associadas à busca ativa, inclusive com visitas domiciliares, e ao uso do teleatendimento como apoio ao cuidado. A promoção de ações educativas e de educação permanente, aliada ao monitoramento do indicador do Programa Previne Brasil, contribui para ampliar a adesão e qualificar as ações na APS.	Baixa adesão histórica das gestantes ao PNO; reorganização com melhora da cobertura: demonstrou que o trabalho multiprofissional fortaleceu a atuação do dentista na APS.
6	Dal Ponte <i>et al.</i> (2023)	Identificação e tratamento de gengivite e periodontite, prevenção de complicações gestacionais (parto prematuro e pré-eclâmpsia) e promoção de higiene bucal para melhoria da qualidade de vida das gestantes.	Controle da doença periodontal para reduzir o risco de parto prematuro, baixo peso ao nascer e cárie na infância.	Comunicação interprofissional e inclusão do dentista na equipe. Educação em saúde durante as consultas. discussão sobre mitos, medos e segurança do atendimento. Grupos educativos e ações comunitárias.	Barreiras observadas: receio da anestesia local, do uso de medicamentos, preconceitos relacionados a demora do atendimento, atitude do cirurgião dentista de adiar as consultas e influência de familiares e amigos.

Nº	Autor (Ano)	Contribuições destacadas no estudo		Estratégias para promoção da Saúde Bucal	Dados relevantes
		Para a pessoa que gestam	Para os bebês		
7	Deghatipour <i>et al.</i> (2022)	Melhora da escovação e o uso do fio dental, maior frequência nas consultas odontológicas e menor consumo de doces no grupo, redução significativa do número de dentes cariados e um aumento do número de dentes restaurados.	Conscientização das pessoas que gestam sobre a importância do cuidado odontológico e nutricional no impacto positivo da saúde do bebê.	A promoção da saúde bucal envolve a integração dos profissionais da APS ao pré-natal odontológico, a realização de intervenções educativas durante a gestação, a capacitação e participação dos ACSs na orientação do cuidado e o uso de tecnologias digitais, como o Telegram, para envio de vídeos e áudios educativos.	No grupo de intervenção abrangente: houve redução da cárie, melhora da higiene oral e aumento do número de dentes restaurados, demonstrando que a integração entre os profissionais é viável e custo-efetiva.
8	Gonçalves <i>et al.</i> (2020)	Ampliação do acesso aos cuidados odontológicos.	Atenção à saúde bucal Saúde bucal como parte da atenção às pessoas que gestam e seus bebês.	Destaca-se a necessidade de qualificar os fatores estruturais e organizacionais associados à realização do PNO, especialmente por meio da presença efetiva de Equipes de Saúde Bucal (ESB), da organização do processo de trabalho, da melhoria da estrutura física das unidades e da ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), elementos que contribuem para ampliar e qualificar o acesso das gestantes ao cuidado.	Observa-se utilização insuficiente do PNO, com importantes desigualdades regionais na oferta dos serviços. A presença de ESB associa-se ao aumento do acesso, evidenciando que a distribuição desigual desses recursos compromete a efetivação da integralidade do cuidado na APS.

Nº	Autor (Ano)	Contribuições destacadas no estudo		Estratégias para promoção da Saúde Bucal	Dados relevantes
		Para a pessoa que gestam	Para os bebês		
9	Lee, Hong e Janevic (2026)	Diminuição das taxas de parto prematuro, significativamente observada apenas entre mulheres brancas.	Prevenção do nascimento de bebês de baixo peso.	As consultas de PNO com limpeza dentária e a valorização do cuidado oral pelas gestantes geraram benefícios, reduzindo a chance de prematuridade em subgrupos específicos, enquanto a integração entre os profissionais da APS qualificou o cuidado.	Houve associação significativa com maior redução da prematuridade em mulheres brancas, enquanto hipertensão e tabagismo permaneceram como fatores fortemente relacionados ao parto prematuro.
10	Mariotti <i>et al.</i> (2024)	Melhora do cuidado e educação em saúde bucal.	Melhora do cuidado com o binômio pessoas que gestam e seu bebê.	O indicador de saúde bucal permite avaliar o acesso das gestantes ao PNO, bem como analisar a expansão e a consolidação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na oferta de planos de cuidados preventivos, educativos e terapêuticos. Nesse contexto, é fundamental considerar os DSS e as desigualdades sociais que influenciam o acesso e a continuidade do cuidado, destacando-se a contribuição da ESF e das ESBs na ampliação e qualificação desse acesso.	A pesquisa evidenciou a existência de desigualdades regionais no acesso aos serviços, relacionadas aos DSS e às condições de desigualdade social, o que indica fragilidades na efetivação dos princípios de universalidade e equidade no atendimento.

Nº	Autor (Ano)	Contribuições destacadas no estudo		Estratégias para promoção da Saúde Bucal	Dados relevantes
		Para a pessoa que gestam	Para os bebês		
11	Nascimento e Rockenbach (2023)	Educação em saúde, desmistificando o medo de consultas odontológicas durante a gravidez, aumento do acesso das gestantes a vulnerabilidades sociais.	Prepara a pessoa que gestam a cuidar da sua criança.	Destaca-se a APS como cenário estratégico para ampliar o acesso ao PNO, por meio do fortalecimento da atuação do cirurgião-dentista na ESF e da integração com os demais profissionais da equipe. Torna-se igualmente fundamental ampliar a divulgação do PNO, considerando que 70,2% das gestantes o desconheciam, além de desenvolver ações educativas voltadas ao enfrentamento de mitos e medos e à orientação quanto à segurança do atendimento odontológico durante a gestação.	Observa-se elevada autopercepção positiva da saúde bucal entre as gestantes, contrastando com a baixa adesão ao PNO. Esse cenário parece estar associado à desinformação sobre o programa e à busca predominantemente curativa pelos serviços odontológicos, geralmente motivada por dor de origem dental.
12	Oliveira <i>et al.</i> (2023)	Promoção da saúde bucal na gestação, com orientação sobre higiene oral e esclarecimento de mitos e medos relacionados ao tratamento odontológico.	Permite reduzir agravos ao recém-nascido, integrando o cuidado odontológico à atenção às pessoas que gestam e seus bebês com a atenção integral.	Ressalta-se a importância do encaminhamento sistemático das gestantes ao PNO pelos profissionais da APS, bem como da articulação interdisciplinar entre o enfermeiro e a equipe de saúde bucal. Recomenda-se integrar ações de educação em saúde nas consultas individuais e nos grupos de gestantes, além de promover a discussão de casos em equipe multiprofissional, garantindo acolhimento qualificado e orientação individualizada ao longo do cuidado.	A interdisciplinaridade do cuidado ocorre, mas de maneira fragilizada. Existem deficiências na comunicação e cooperação entre enfermeiros, médicos e dentistas: cuidado fragmentado. Encaminhamento apenas com queixas e situações de dor.

Nº	Autor (Ano)	Contribuições destacadas no estudo		Estratégias para promoção da Saúde Bucal	Dados relevantes
		Para a pessoa que gestam	Para os bebês		
13	Ramphoma <i>et al.</i> (2022)	Promoção e educação das mães sobre cuidados em saúde oral, beneficiando, principalmente, comunidades carentes.	Fortalecer a educação e orientação das mães sobre saúde bucal nas UBSs impacta positivamente o cuidado infantil, sendo relevante diante da alta prevalência de cárie em crianças, como evidenciado na África do Sul, onde 60% das crianças até seis anos são afetadas.	Integrar a saúde bucal à APS é uma estratégia custo-efetiva para reduzir desigualdades, exigindo políticas públicas abrangentes, contextualizadas e participativas, com atuação transdisciplinar e intersetorial para ampliar o acesso e melhorar a saúde materno-infantil.	Há elevada necessidade de tratamento odontológico, assim como há ausência de políticas específicas de saúde bucal voltadas para crianças menores de seis anos. Destaca-se, ainda, a necessidade de construção e monitoramento de indicadores, bem como de maior ênfase na integração das ações como estratégia custo-efetiva de cuidado.
14	Sampaio <i>et al.</i> (2021)	Redução de risco associado ao tabagismo e ao álcool, por meio de ações educativas com menor risco final em saúde bucal e menor ocorrência de complicações maternas.	Aumento da prevalência do aleitamento materno.	Destaca-se a necessidade de políticas públicas eficazes, especialmente para populações em situação de vulnerabilidade social, como aquelas com baixa renda, baixo nível de escolaridade e expostas a outros DSS.	Identificou-se elevado risco à saúde bucal entre gestantes com consumo abusivo de tabaco e álcool, evidenciado pela maior ocorrência de cárie, periodontite e lesões de mucosa. Esse cenário, interseccionado aos DSS, potencializa os agravos e amplia as vulnerabilidades. Destaca-se a necessidade de intervenções integradas, com vistas à redução da prematuridade e do baixo peso ao nascer.

Nº	Autor (Ano)	Contribuições destacadas no estudo		Estratégias para promoção da Saúde Bucal	Dados relevantes
		Para a pessoa que gestam	Para os bebês		
15	Santos <i>et al.</i> (2024)	Promoção e controle da saúde bucal, com prevenção de gengivite e infecções periodontais, orientações sobre alterações gestacionais e desmistificação do tratamento odontológico.	Sensibilizar gestantes sobre o impacto do estilo de vida materno na saúde bucal dos filhos promove cuidado materno-infantil integral e educação preventiva para reduzir agravos bucais no bebê.	Destaca-se a organização de fluxos assistenciais bem definidos, com busca ativa pelo ACS e trabalho interprofissional. O uso do prontuário eletrônico e o monitoramento do indicador do Programa Previne Brasil são ferramentas importantes para o acompanhamento do cuidado. Soma-se a isso a educação permanente e a capacitação profissional contínua, visando fortalecer as práticas e consolidar o PNO na APS.	O artigo demonstrou a necessidade de melhora da colaboração interprofissional. Identificou barreiras como: mitos, medos, insegurança das gestantes, baixa prioridade à saúde bucal, insegurança dos profissionais e falhas na capacitação.
16	Simões <i>et al.</i> (2022)	Prevenção de cárie e gengivite, controle do biofilme e orientação de higiene oral para minimizar alterações bucais.	Minimizar alterações bucais que possam afetar a saúde do bebê.	Como estratégia de saúde bucal, destaca-se a necessidade de fortalecer o agendamento de consultas odontológicas na APS, ampliar orientações sobre higiene oral e expandir ações de educação em saúde, com atuação multiprofissional integrada, visando qualificar o cuidado e ampliar a adesão ao Pré-Natal Odontológico.	75,34% :não fizeram o PNO; 67,81% :não conheciam o PNO;27,4% dor de dente na gestação. Esse estudo recomenda fortalecimento de ações educativo-preventivas e integração multiprofissional.

Nº	Autor (Ano)	Contribuições destacadas no estudo		Estratégias para promoção da Saúde Bucal	Dados relevantes
		Para a pessoa que gestam	Para os bebês		
17	Soares e Leite (2024)	Reconhecimento pelas mães, da importância da amamentação para a saúde da mulher.	Prevenção de problemas respiratórios e redução do risco de más-oclusões associadas ao uso de chupeta e mamadeira.	Trabalho multiprofissional, consultas compartilhadas e grupos educativos, melhorando a capacitação dos profissionais, estímulo ao PNO e importância da amamentação.	O estudo esteve limitado a uma única UBS, a qual não contava com ESB, dispondo apenas de dois cirurgiões-dentistas com baixa carga horária. Observou-se reduzida participação desses profissionais nas ações educativas, o que pode ter contribuído para que as mães que realizaram o pré-natal nessa unidade recebessem menos orientações sobre saúde bucal e aleitamento materno quando comparadas àquelas acompanhadas em outros serviços.
18	Tomasi <i>et al.</i> (2022)	Identificação precoce de patologias.	Melhora na amamentação por meio do fortalecimento da educação e da orientação das mães, contemplando informações sobre a importância da saúde bucal da criança desde os primeiros meses de vida.	Foram realizadas orientações sobre aleitamento materno exclusivo e cuidados com o recém-nascido por toda a equipe multiprofissional da APS. A ampliação das equipes de saúde bucal contribuiu para o aumento do PNO, com a inserção do cirurgião-dentista nas equipes da ESF.	A pesquisa mostrou piora nos cuidados com a gestante e o bebê e na identificação precoce de possíveis patologias, anormalidades ou complicações durante o pré-natal.

Fonte: a autora.