

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

GILCIANA MARTINS BENEVIDES MACHADO

**A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL E A BAIXA ADESÃO À ASSISTÊNCIA
ODONTOLÓGICA NO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL**

**VITÓRIA
2021**

GILCIANA MARTINS BENEVIDES MACHADO

**A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL E A BAIXA ADESÃO À ASSISTÊNCIA
ODONTOLÓGICA NO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAN, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Solange Rodrigues da Costa

Área de Concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA
2021

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

M149p Machado, Gilciana Martins Benevides
A política de saúde bucal e a baixa adesão à assistência
odontológica no acompanhamento pré-natal / Gilciana Martins
Benevides Machado. - 2021.
63 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Solange Rodrigues da Costa.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e
Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2021.

1. Pré-natal odontológica. 2. Saúde bucal - gestantes. 3.
Políticas públicas. 4. Higiene bucal - gestantes. 5. Odontologia –
aspectos sociais. I. Costa, Solange Rodrigues da. II. Escola
Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,
EMESCAM. III. Título.

CDD 617.601

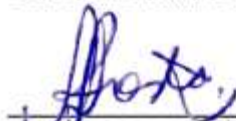
GILCIANA MARTINS BENEVIDES MACHADO

**A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL E A BAIXA ADEÇÃO À ASSISTÊNCIA
ODONTOLÓGICA NO ACOMPANHAMENTO PRÉ- NATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 03 de agosto de 2021.

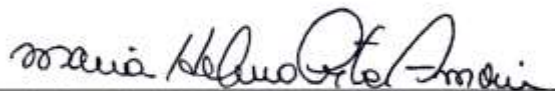
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Solange Rodrigues da Costa
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientadora



Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM



Prof. Dr. Maria Helena Costa Amorim
Universidade Federal de São Paulo- UFESP

Primeiramente agradeço a Deus por ter me dado forças para chegar até ao término do mestrado.

A minha orientadora Dr^a. Solange cuja dedicação serviram como pilares de sustentação para conclusão deste trabalho.

A Minha família pela força e pelo apoio, e a todos envolvidos muito obrigada!

“Mas os que esperam no Senhor renovaram as suas forças
e subirão com asas como águias; correrão e não se
cansarão; caminharão e não se fadigarão” (Isaías 40.31).

RESUMO

Introdução: A promoção da saúde bucal deve ser realizada em todos os ciclos de vida dos seres humanos, porém, em algumas fases as pessoas tornam-se mais vulneráveis a desenvolver problemas odontológicos, dentre elas destaca-se o período gestacional. A gestação é um estado em que a mulher é considerada paciente especial, encontrando-se mais sensível. Sendo assim, torna-se importante o cuidado integral à essas mulheres, incluindo aí a assistência odontológica. **Objetivo:** Conhecer o que as produções científicas nacionais, têm revelado sobre as causas da baixa adesão de gestantes ao pré-natal odontológico. **Método:** Trata-se de revisão integrativa, com busca nas bases de dados LILACS e PubMed e no portal da CAPES, contempla artigos publicados na língua portuguesa, entre os anos de 2011 a 2021. A busca ocorreu entre abril e maio de 2021, quando após aplicar os critérios de elegibilidade, foram selecionados 16 estudos para compor a amostra. **Resultados:** Observa-se que muitas gestantes não realizam o atendimento odontológico durante a gravidez, principalmente devido ao desconhecimento sobre a segurança e importância dessa assistência. O mesmo acontece com dentistas, médicos e enfermeiros que resulta em não encaminhamento delas para acompanhamento. Em relação aos serviços de saúde, a organização dos processos de trabalho, aliada à falta de recursos humanos e materiais colaboram para esse processo. As políticas públicas de saúde, carecem de mais investimentos em educação permanente, financiamento em saúde e melhor consolidação da linha de cuidado à gestante. **Considerações finais:** Ações em nível individual relacionadas aos profissionais de saúde e em nível institucional são necessárias para melhorar a assistência à gestante na perspectiva do cuidado integral. Transformações nos processos educacionais, com vistas à interprofissionalidade e a busca permanente pela adequada implementação das políticas públicas vigentes, são potentes para qualificar a assistência.

Palavras-chave: Pré-Natal Odontológico. Saúde Bucal. Políticas Públicas.

ABSTRACT

Introduction: The promotion of oral health must be carried out in all life cycles of human beings, however, at some stages people become more vulnerable to developing dental problems, among them the gestational period. Pregnancy is a state in which the woman is considered a special patient, finding herself more sensitive. Therefore, comprehensive care for these women is important, including dental care. **Objective:** To know what national scientific productions have revealed about the causes of low adherence of pregnant women to dental prenatal care. **Method:** This is an integrative review, with a search in LILACS and PubMed databases and in the CAPES portal, covering articles published in Portuguese, between the years 2011 to 2021. The search took place between April and May 2021, when after applying the eligibility criteria, 16 studies were selected to compose the sample. **Results:** It is observed that many pregnant women do not receive dental care during pregnancy, mainly due to lack of knowledge about the safety and importance of this assistance. The same happens with dentists, doctors and nurses, which results in them not being referred for follow-up. In relation to health services, the organization of work processes, together with the lack of human and material resources, contribute to this process. As for public health policies, they need more investments in continuing education, health financing and better consolidation of the line of care for pregnant women. **Final considerations:** Actions at the individual level related to health professionals and at the institutional level are necessary to improve care for pregnant women from the perspective of comprehensive care. Transformations in educational processes, with a view to interprofessionalism and the permanent search for the adequate implementation of current public policies, are powerful to qualify care.

Keywords: Dental Prenatal. Oral Health. Public Policy.

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
EMESCAN	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
EqSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNO	Pré-natal odontológico
PPG	Programa de Pós-Graduação
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Assistência à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 JUSTIFICATIVA	11
1.2 ESTRUTURA GERAL DO DOCUMENTO	12
2 OBJETIVOS	14
3 MÉTODO	15
3.1 DESENHO DO ESTUDO	15
3.2 PERGUNTA DA REVISÃO.....	15
3.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	15
3.4 FONTES DE INFORMAÇÃO	16
3.5 ESTRATÉGIA DE BUSCA.....	16
3.6 IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS RELEVANTES	17
3.7 EXTRAÇÃO DOS DADOS.....	17
3.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	17
3.9 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	18
4 REVISÃO DE LITERATURA	18
4.1 SAÚDE BUCAL DURANTE A GRAVIDEZ	19
5 A ATENÇÃO BÁSICA E A SAÚDE BUCAL MATERNO INFANTIL	28
6 RESULTADOS	37
7 DISCUSSÃO	45
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	56
APÊNDICE	62
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DOS DADOS	62

1 INTRODUÇÃO

A saúde bucal durante anos esteve à margem das Políticas Públicas, porém, após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorreram várias mudanças, dentre elas, destaca-se a saúde odontológica, que passou a ser direito de todos os brasileiros. Anteriormente, o acesso a esses serviços era extremamente limitado, visando assistência curativa e não preventiva, sendo a extração dentária o principal tratamento odontológico oferecido na rede pública. Após implantação do SUS, houve grandes melhorias na atenção à saúde bucal, tais como, a redução da prevalência de cárie, o que pode demonstrar a atuação desse sistema nas ações preventivas (AGUIAR; ROCHA, 2019).

A promoção da saúde bucal deve ser realizada em todos os ciclos de vida dos seres humanos, porém, em algumas fases, as pessoas tornam-se mais vulneráveis a desenvolver problemas odontológicos, dentre elas, destaca-se o período gestacional. A gestação é um estado em que a mulher é considerada paciente especial, encontrando-se mais sensível. Sendo assim, torna-se importante a oferta à essas mulheres de informações que possam melhorar não somente a gestação, mas também à sua vida como um todo. A gravidez é considerada um fator de risco para doenças bucais, por criar condições adversas no meio bucal e com isso tornar a mulher suscetível a alterações físicas, biológicas e hormonais, podendo contribuir para o surgimento de doença periodontal (CASTRO, 2016).

O cuidado com a saúde bucal faz parte do rito diário da higiene pessoal, durante a gravidez esse cuidado deve ser redobrado para que a mulher não seja acometida de infecção na gengiva ou nos dentes, o que pode contribuir para um parto prematuro. Vale ressaltar que a saúde geral do bebê começa a se estabelecer no ventre materno. Na gravidez, o organismo da gestante passa por uma grande variação hormonal, promovendo uma série de alterações relacionadas à cavidade bucal (NÓBREGA; FREIRE; RIBEIRO, 2018).

Alterações hormonais na gestante predispõem ao desenvolvimento de gengivite, sendo que os enjoos matinais tornam difícil a higiene bucal. Essa associação de fatores pode aumentar o desenvolvimento de doença periodontal, devido à maior incidência de cárie (LEAL *et al.*, 2013). Tais fatores corroboram a importância da promoção da saúde bucal durante a gestação, sendo uma das ações indispensáveis nesse processo a avaliação odontológica.

Neste contexto, observa-se a importância do pré-natal odontológico (PNO), definido por Pereira *et al.* (2019, p. 3) como as ações de controle e proteção da saúde bucal da gestante, “no aconselhamento para a manutenção da saúde do bebê, objetivando o cuidado com os dentes e tecidos periodontais, reabilitação oral e correto desenvolvimento craniofacial da criança”.

O padrão de atendimento para mulheres grávidas, preconizado pelo Ministério da Saúde no pré-natal odontológico indica que, quando as gestantes vão para o atendimento médico pré-natal, este deve ser abrangente, o que significa que devem receber, entre outros, também cuidados relacionados à saúde oral.

A educação em saúde bucal na gestação é pouco difundida, pela escassez de serviços que a ofereçam e por não haver um esclarecimento maior por parte dos profissionais de saúde e das próprias gestantes. Neste contexto, o estudo se justifica por esta população ser considerada prioritária para a atenção odontológica, devido às alterações bucais pelas quais passam no período gestacional, que podem comprometer a saúde materna e da criança (LOPES *et al.*, 2016).

Nesse contexto, este estudo buscará responder a seguinte questão: Quais são os motivos que contribuem para a baixa adesão à assistência odontológica durante o pré-natal no Brasil, relacionados à equipe de saúde, à mulher, ao serviço e à implementação da Política Pública de saúde bucal?

1.1 JUSTIFICATIVA

Esta dissertação é apresentada ao Programa de Pós-Graduação (PPG) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Está alinhada à área de concentração Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local e insere-se na linha de pesquisa Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais, que reúne investigações sobre as “[...] políticas que direcionam o sistema público de saúde vigente e a saúde suplementar [...]” (CARRARO; SILVA; COSTA, 2020, p. 234).

Este estudo se justifica devido à baixa adesão no Brasil ao pré-natal odontológico. Essa assistência à gestante é permeada por barreiras que vão desde a baixa percepção de necessidade das gestantes, a questões relacionadas ao dentista e aos profissionais de saúde que realizam o acompanhamento pré-natal. Há ainda dificuldades relacionadas ao acesso ao serviço público (DUSILEK, 2020).

Uma vez que, as alterações fisiológicas provocadas pela gravidez podem agravar doenças periodontais, e que estas, podem contribuir para desfechos negativos para a gestação, tais como, parto prematuro e baixo peso ao nascer. Investimentos na promoção da saúde bucal, se revestem de importância, pois o pré-natal é um momento oportuno para a prática dessa atividade (MENDES *et al.*, 2015).

Tendo em vista a importância do pré-natal odontológico para a saúde da mulher e especialmente da criança, estudos que revisitem essa temática, tornam-se relevantes. Existe uma escassez de pesquisas que contemplem essa questão, entretanto, é inegável sua relevância no contexto social. Sendo assim, esse estudo pretende contribuir com informações que favoreçam a prática cotidiana dos profissionais de saúde e o aperfeiçoamento das Políticas Públicas de saúde bucal.

O interesse por essa temática surgiu a partir da identificação da baixa adesão das gestantes ao pré-natal odontológico no município de Presidente Kennedy, onde atuo como dentista. Em meu cotidiano de trabalho, observo que os profissionais que acompanham o pré-natal das mulheres desse município, geralmente, não as encaminham para a avaliação odontológica. Essa implicação com o tema, bem como a sua relevância social, culminou com a possibilidade de investigar sobre os motivos que contribuem para essa baixa adesão.

Parece-nos importante conhecer o que as produções científicas nacionais têm revelado sobre essas questões, a fim de contribuir para potencializar a assistência odontológica no pré-natal, especialmente no município onde atuo profissionalmente.

1.2 ESTRUTURA GERAL DO DOCUMENTO

Este trabalho foi estruturado seguindo modelo proposto pelo Colegiado do PPG em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM e consistirá nas seções primárias

Introdução, Objetivos, Metodologia, Capítulos Teóricos, Capítulo Original, Considerações Finais, além dos elementos pós-textuais. Posteriormente, esses capítulos serão submetidos a revistas indexadas na área do Serviço Social, a fim de difundir o conhecimento produzido e sistematizado nesta dissertação.

2 OBJETIVOS

- Analisar o que as produções científicas nacionais têm revelado sobre as causas da baixa adesão de gestantes ao pré-natal odontológico.

- Descrever os motivos pelos quais existem baixa adesão ao pré-natal odontológico em relação: à gestante, ao profissional odontólogo, aos profissionais que realizam o acompanhamento pré-natal, aos serviços de saúde e às políticas públicas.

- Identificar as principais ações capazes de potencializar a realização por parte das gestantes de acompanhamento com o dentista durante a gravidez.

3 MÉTODO

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de revisão integrativa que resume e analisa sistematicamente a literatura empírica e teórica para fornecer uma compreensão aprofundada de um problema ou fenômeno com o propósito de fornecer uma base de evidências para a prática e o desenvolvimento de políticas para aumentar o rigor na condução de qualquer revisão (MAIA *et al.*, 2020; CURI *et al.*, 2018).

Sendo assim, foram percorridas as seguintes etapas: 1. Identificação do problema, 2. Definição dos critérios de inclusão e de exclusão, 3. Pesquisa na literatura, 4. Avaliação dos dados, 5. Análise dos dados, e 5. Apresentação dos resultados. Para focar nas publicações mais recentes e identificar quaisquer novos dados emergentes, a pesquisa foi limitada a um espaço de tempo, com critérios de inclusão e de exclusão, sendo especificadas as bases de dados onde foram feitas as pesquisas (MAIA *et al.*, 2020; CURI *et al.*, 2018).

3.2 PERGUNTA DA REVISÃO

Para esta revisão delimitou-se a seguinte questão norteadora: Quais são os motivos que contribuem para a baixa adesão à assistência odontológica durante o pré-natal no Brasil, relacionados à equipe de saúde, à mulher, ao serviço e à implementação da Política Pública de saúde bucal?

Para a elaboração da pergunta de pesquisa, utilizou-se a estratégia PCC, População, Conceito e Contexto (PETERS *et al.*, 2020). Sendo assim, foram definidos: População: Gestantes; Conceito: Pré-natal odontológico; Contexto: Acompanhamento pré-natal desenvolvido na Atenção Básica.

3.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram incluídas nessa revisão: a) Pesquisas realizadas no contexto do pré-natal odontológico em serviços de Atenção Básica. b) Estudos primários (artigos, teses e dissertações) publicados na língua portuguesa entre os anos de 2011 a 2020; c) Trabalhos cujos autores descrevam as

causas da não realização da assistência odontológica para gestantes que utilizam os serviços do Sistema Único de Saúde. A opção por analisar artigos nacionais se deu em virtude do interesse em conhecer um pouco sobre a realidade do cuidado odontológico que acontece nos estados brasileiros e, dessa forma, buscar aproximações com a assistência oferecida no município de Presidente Kennedy.

Foram excluídas desta revisão as publicações que não atendiam à delimitação do tema e os objetivos do estudo, bem como, artigos de opinião, estudos de reflexão, editoriais, documentos ministeriais e livros ou capítulos de livros.

3.4 FONTES DE INFORMAÇÃO

Para identificar documentos potencialmente relevantes foram pesquisadas as seguintes bases de dados: o banco de teses e dissertações do Portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) a base de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a base de dados referencial PubMed, que permite acesso a artigos publicados na língua portuguesa do Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE).

3.5 ESTRATÉGIA DE BUSCA

Para a estratégia de busca foram identificados descritores e palavras-chave, conforme mostra o Quadro 1, levando em consideração: a população, o contexto e o conceito utilizados na construção da pergunta de pesquisa.

Quadro 1 - Elementos da estratégia PCC, descritores e palavras-chave selecionados para a pesquisa nos bancos de dados

Elementos	Descritores
População Gestantes	(gestantes)
Contexto Assistência pré-natal na Atenção Básica	(“Cuidado pré-natal” AND “Assistência odontológica” AND “Atenção básica” OR “Atenção Primária à Saúde”)
Conceito Pré-natal odontológico	(“saúde bucal”)

Fonte: As autoras.

Por meio de análise do Quadro 2, é possível observar que foi utilizada a mesma expressão de busca para a identificação de artigos, tanto no portal da CAPES quanto na base de dados LILACS. Para o banco de dados da PubMed foi necessária uma adaptação na estratégia de pesquisa, além da utilização dos descritores na língua inglesa. Realizou-se combinação entre os termos de busca por meio dos operadores booleanos AND e OR. Para a definição do sistema de busca como deve ser feita a combinação entre os termos ou expressões de uma pesquisa.

Quadro 2 – Estratégia de busca utilizada para a busca de artigos nos bancos de dados

Base de dados	Expressão de busca
1- Banco de teses e dissertações CAPES	("Cuidado pré-natal" AND "Assistência odontológica" OR "saúde oral" AND "Atenção básica" OR "Atenção Primária à Saúde")
2- LILACS	("Cuidado pré-natal" AND "Assistência odontológica" OR "saúde oral" AND "Atenção básica" OR "Atenção Primária à Saúde")
3- PubMed	("Prenatal care" AND "Dental care" OR "oral health" AND "Primary care" OR "Primary health care")

Fonte: as autoras.

3.6 IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS RELEVANTES

Os critérios de seleção dos artigos, dissertações e teses foram estabelecidos a priori, sendo todo esse processo realizado por um único revisor. Na fase de seleção dos artigos dessa amostra, aqueles considerados inelegíveis, foram excluídos, sendo apontada a razão primária da exclusão. A busca ocorreu entre abril e maio de 2021, quando, após aplicar os critérios de elegibilidade, foram selecionados 16 estudos para compor a amostra.

3.7 EXTRAÇÃO DOS DADOS

Foi elaborado um formulário padronizado de extração de dados (APÊNDICE A), desenvolvido com base nas recomendações para revisões sistemáticas (COCHRANE, 2016; TRICCO *et al.*, 2018; PETERS *et al.*, 2020) e de acordo com os objetivos de estudo. Foram extraídas as seguintes informações: nome do primeiro autor, ano de publicação, local, motivos que contribuem para a baixa adesão à assistência odontológica durante o pré-natal no Brasil, relacionados: à equipe de saúde, à mulher, ao serviço, à implementação da Política Pública de saúde bucal e sobre ações que potencializam o pré-natal odontológico.

3.8 ANÁLISE DOS DADOS

Nesse estudo, a extração dos dados pretendeu descrever os motivos que contribuem para a baixa adesão à assistência odontológica durante o pré-natal no Brasil, e identificar ações que podem potencializar o pré-natal odontológico. Essas informações possibilitaram a apresentação dos dados e análise com base em referenciais teóricos pertinentes.

3.9 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados se dá de forma descritiva se alinhando com os objetivos da revisão. Foram utilizados os Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Metanálises Extensão para Revisão de Escopo (PRISMA_{ScR}) Checklist, para elaboração do relatório de pesquisa. Essa recomendação contempla uma lista de verificação que contém vinte itens essenciais e dois itens opcionais.

Para apresentar as características das publicações incluídas na amostra, bem como os principais resultados classificados por tipos de estratégias pedagógicas, principais resultados e possíveis lacunas das pesquisas, utilizou-se ainda, de Tabelas e Gráficos. Um fluxograma adaptado do fluxograma PRISMA detalha o processo de decisão da revisão, indicando os resultados da pesquisa, remoção de artigos duplicados, seleção do estudo e recuperação completa de documentos (TRICCO *et al.*, 2018).

Na busca pelo retorno social do conhecimento produzido e sistematizado nesta pesquisa, pretende-se compartilhar os resultados com as equipes multiprofissionais das unidades básicas de saúde do município de Presidente Kennedy, bem como uma apresentação à Secretaria Municipal de Saúde do referido município.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 SAÚDE BUCAL DURANTE A GRAVIDEZ

A cárie dentária, definida como a desmineralização localizada dos tecidos calcificados dos dentes, por ácido derivado de restos alimentares ou açúcar, é um dos principais problemas de saúde bucal. Devido ao aumento do desejo por alimentos doces e rápidos, mudanças nos fatores orais, como aumento da acidez na boca e redução na produção de saliva, e ainda o medo do tratamento odontológico, faz com que as mulheres grávidas se tornem mais suscetíveis a uma alta prevalência de cárie (GONÇALVES, 2016).

As bactérias cariogênicas orais podem ser transferidas da mãe para o bebê por meio de contato físico íntimo e hábitos alimentares, levando diretamente ao desenvolvimento de cáries dentárias na primeira infância. As crianças aprendem comportamentos de saúde bucal modelando o comportamento de seus pais e, uma vez que as mães têm um papel significativo na formação dos filhos, seus hábitos de saúde bucal podem influenciar a saúde bucal do futuro bebê. A prevalência de mulheres que buscam serviços odontológicos durante a gravidez é considerada muito baixa, sendo que os principais motivos para a procura de atendimento dentário são extração e dor de dentes. Nesse contexto, a promoção da saúde bucal durante a gravidez é reconhecida como uma questão crítica (GIL, 2016).

Para Garbin *et al.* (2005), as mulheres grávidas são vulneráveis a uma ampla gama de problemas de saúde bucal, incluindo cárie, doenças periodontais e erosão. Essas alterações podem estar associadas ao aumento dos níveis de hormônios, que são responsáveis por mudanças fisiológicas (conforme Figura 1); práticas inadequadas de higiene oral; alterações microbianas na flora oral; alterações da dieta diária; lanches frequentes e vômitos. A má saúde bucal durante a gravidez foi associada a um risco aumentado de nascimento prematuro, baixo peso ao nascer e manifestações clínicas de pré-eclâmpsia. Pode afetar também o estado nutricional e a qualidade de vida da gestante e de seu feto, além de contribuir para o desenvolvimento de cáries na primeira infância.

É importante destacar que a utilização regular de serviços odontológicos pode auxiliar na detecção precoce de problemas bucais e melhorar o estado de saúde bucal da população. Entretanto, infelizmente, o uso de serviços odontológicos entre mulheres grávidas são notavelmente baixo, mesmo em países desenvolvidos. Além disso, quando esse cuidado é

procurado durante a gestação, geralmente está associado aos problemas dentários agudos (CODATO *et al.*, 2011).

A gravidez é um momento crítico para educar e aconselhar as pessoas sobre todos os aspectos da saúde, incluindo a saúde bucal, pois isso pode influenciar o bem-estar da gestante e do futuro filho. Para melhorar o uso dos serviços odontológicos, é recomendado que todas as mulheres grávidas recebam educação integral em saúde bucal, avaliação e encaminhamento para dentistas por profissionais de assistência pré-natal, não somente em caso de necessidade de tratamento, mas também como medida preventiva. No entanto, a frequência de consultas odontológicas entre mulheres grávidas é menos que a ideal em várias partes do mundo (LOPES *et al.*, 2016).

Acredita-se que a compreensão dos fatores que levam as gestantes a subutilizar os cuidados odontológicos nesse período é valiosa na formulação de políticas públicas para a saúde bucal dessa população. Existem barreiras e facilitadores comuns no atendimento odontológico de gestantes, sendo essencial a integração da atenção à saúde bucal nos sistemas de saúde pública, bem como discussão para colaboração interprofissional.

As barreiras mais comuns que impedem os indivíduos de receber atendimento odontológico incluem altos custos, falta de percepção da necessidade de tratamento e restrições de tempo para o atendimento. Para mulheres grávidas, barreiras adicionais incluem preocupações sobre a segurança fetal durante procedimentos odontológicos, crenças sobre os efeitos da gravidez na saúde bucal e falta de consciência sobre a importância de uma boa saúde bucal, especialmente neste período. Além disso, dentistas e profissionais de saúde pré-natal podem não querer realizar atendimento odontológico durante a gravidez ou não realizam aconselhamento para uma visita ao dentista (GONÇALVES *et al.*, 2015).

Em alguns países, a saúde bucal para mulheres grávidas foi integrada aos serviços de saúde pública e Atenção Primária à Saúde. Entretanto, mesmo nesses países, apesar de tais políticas voltadas para o aumento do atendimento odontológico durante a gravidez, as mulheres ainda apresentam baixa utilização desses serviços, o que também acontece em todo o mundo (GEORGE *et al.*, 2013).

É possível identificar uma série de barreiras para o acesso de gestantes ao serviço odontológico, tais como: dificuldades socioeconômicas; falta de consciência dos benefícios e

importância; falta de profissionais na Atenção Básica; colaboração interprofissional inadequada; e falta de conhecimento das diretrizes de saúde pré-natal adequadas (MAY *et al.*, 2014).

Uma vez que não é incomum o surgimento de problemas orais durante a gravidez, torna-se importante o cuidado odontológico à todas as gestantes. Os agravos relacionados às alterações inflamatórias, observadas durante a doença periodontal, podem ter efeito adverso na gravidez, que vão além da cavidade oral. Mulheres grávidas com doenças periodontais têm um risco aumentado de parto prematuro, pré-eclâmpsia e parto de bebês pequenos para a idade gestacional. Da mesma forma, há uma associação positiva entre cárie dentária e resultados adversos da gravidez, incluindo parto prematuro e pré-eclâmpsia.

Acredita-se que bactérias anaeróbicas gram-negativas de origem sanguínea ou mediadores inflamatórios, como lipopolissacarídeos e citocinas, podem ser transportados para os tecidos placentários, bem como para o útero e o colo do útero. Isso pode resultar em aumento dos moduladores inflamatórios, que podem precipitar o parto prematuro. Aproximadamente 40% das mulheres grávidas têm algum tipo de doença periodontal, sendo esse agravo mais prevalente entre mulheres fumantes de cigarro. A má saúde bucal não se limita apenas à cavidade oral, mas também está associada a condições sistêmicas, incluindo diabetes e doenças cardiovasculares (COSTA *et al.*, 2010).

A periodontite é uma inflamação destrutiva do periodonto, que afeta aproximadamente 30% das mulheres em idade reprodutiva. As toxinas produzidas pela bactéria estimulam uma resposta inflamatória crônica e o periodonto é decomposto e destruído, criando bolsas que ficam infectadas e, eventualmente, os dentes podem se soltar. Esse processo pode induzir bacteremia recorrente, que indiretamente desencadeia a resposta de fase aguda hepática, resultando na produção de citocinas, prostaglandinas (PGE₂) e interleucinas (IL-6, IL-8), todas as quais podem afetar gravidez (HUANG *et al.*, 2014).

Níveis elevados desses marcadores inflamatórios podem ser encontrados no líquido amniótico de mulheres com periodontite e parto prematuro, além de bactérias orais mínimas no líquido amniótico e na placenta de mulheres com trabalho de parto prematuro e periodontite, sendo provável que essa cascata inflamatória sozinha inicie o trabalho de parto prematuramente. O mecanismo é considerado semelhante para o baixo peso ao nascer, onde a liberação de PGE₂

restringe o fluxo sanguíneo placentário e causa necrose placentária e consequente restrição do crescimento intrauterino. A periodontite tem sido associada a vários desfechos negativos na gravidez, embora o mecanismo pelo qual isso ocorra permaneça obscuro e haja controvérsia (HUANG *et al.*, 2014).

O tratamento da periodontite na gravidez é baseado no diagnóstico precoce e raspagem profunda da raiz, reduzindo, assim, o risco de nascimento antes de 37 semanas de gestação (nascimento prematuro). Também é necessário que, além da raspagem profunda da raiz, seja realizada educação do paciente, remoção regular da placa e lavagens de clorexidina de rotina, que não causam nenhum dano à mãe ou ao feto (GONÇALVES, 2016).

Mulheres com doença periodontal preexistente podem reduzir o risco de recorrência ou agravamento da doença durante a gravidez por meio de higiene bucal adequada, sendo recomendado que todas as mulheres que estão grávidas ou planejando engravidar se submetam a um exame periodontal e qualquer tratamento necessário (JANSSEN, FONSECA; ALEXANDRE, 2016).

Durante a gravidez, a cavidade oral é exposta com mais frequência ao ácido gástrico, o que pode ocasionar a corrosão do esmalte dentário. O enjoo matinal é um sintoma comum no início da gravidez; sendo que, posteriormente, o esfíncter esofágico frouxo e a pressão ascendente do útero grávido podem causar ou exacerbar o refluxo ácido. Dessa forma, gestantes com hiperêmese gravídica podem apresentar erosões do esmalte. As estratégias de manejo visam reduzir a exposição ao ácido oral por meio de mudanças na dieta e no estilo de vida, além do uso de antieméticos, antiácidos ou ambos (OPPERMANN *et al.*, 2013).

Um quarto das mulheres em idade reprodutiva tem cárie dentária, doença na qual o carboidrato da dieta é fermentado pelas bactérias orais em ácido, que desmineraliza o esmalte. As mulheres grávidas correm maior risco de cárie dentária por vários motivos, incluindo aumento da acidez na cavidade oral, desejos por alimentos açucarados e atenção limitada à saúde bucal. A cárie não tratada pode causar abscesso oral e celulite facial. Filhos de mães com altos níveis de cárie têm maior probabilidade de desenvolvê-las. Pacientes grávidas devem diminuir o risco de cárie escovando duas vezes ao dia com creme dental com flúor e limitando os alimentos açucarados. Pacientes com cárie não tratada e complicações

associadas devem ser encaminhadas a um dentista para tratamento definitivo (RIGO; DALAZEN; GARBIN, 2016).

O tumor oral da gravidez ocorre em até 5% das gestações e é indistinguível do granuloma piogênico. Esta lesão vascular é causada pelo aumento da progesterona, em combinação com irritantes locais e bactérias. Segundo Grilo (2016), as lesões são tipicamente eritematosas, lisas e lobuladas, localizadas principalmente na gengiva, mas a língua, o palato ou a mucosa bucal também podem estar envolvidos. Os tumores da gravidez são mais comuns após o primeiro trimestre, crescem rapidamente e geralmente diminuem após o parto. O manejo geralmente é observacional, a menos que sangrem, interfiram na mastigação ou não apresentem remissão após o parto. As lesões removidas cirurgicamente durante a gravidez têm probabilidade de recorrência.

Outro problema durante a gravidez se refere ao afrouxamento dos dentes, mesmo na ausência de doenças gengivais, devido ao aumento dos níveis de progesterona e estrogênio que afetam o periodonto (ou seja, os ligamentos e o osso que sustentam os dentes). Para dentes soltos (moles) não complicados e não associados à doença periodontal, o dentista deve tranquilizar os pacientes de que a condição é temporária e, por si só, não causa a perda do dente (GRILO, 2016).

A gengivite é a inflamação do tecido gengival superficial, sendo a doença oral mais comum na gravidez, com uma prevalência de 60 a 75% e aproximadamente metade das mulheres com gengivite preexistente apresentam exacerbações significativas neste período. Seu agravamento ocorre devido a flutuações nos níveis de estrogênio e progesterona, em combinação com alterações na flora oral e uma diminuição da resposta imunológica. Medidas completas de higiene oral, incluindo escovação e uso do fio dental, são recomendadas (SANTOS NETO *et al.*, 2012).

É inquestionável a importância dos cuidados odontológicos durante a gestação, para tanto, todas as gestantes devem ser avaliadas quanto aos hábitos de higiene bucal, acesso a água fluoretada, problemas bucais (como cárie, gengivite) e acesso a cuidados odontológicos. O exame oral deve incluir os dentes, gengivas, língua, palato e mucosa. As pacientes devem ser aconselhadas a escovar e passar fio dental de rotina, bem como evitar quantidades excessivas de lanches e bebidas açucaradas (GONÇALVES, 2016).

Uma alimentação adequada, que permita à mãe e ao filho se nutrir, reduzindo o consumo de alimentos com alto teor de açúcar, principalmente após o expediente, ajuda a controlar o risco de cáries. Em relação à higiene, extremo cuidado deve ser tomado com pelo menos duas escovações diárias, uso de creme dental com flúor, uso de enxágue com flúor, uso de fio dental e escova de dente macia (HUANG *et al.*, 2014).

Devido aos vômitos matinais, que são comuns nos primeiros meses, algumas mulheres podem não escovar bem os dentes, pois a escova ou o creme dental podem causar náuseas. Nesses casos, pode ser possível esperar uma hora depois da alimentação para proceder a escovação. Após o período de náuseas e vômitos, é possível retomar a uma boa higiene. Outra alteração que ocorre na gravidez é a boca seca, também devido às alterações hormonais. A saliva é um protetor dos dentes, então uma boa medida é comer chicletes sem açúcar ou aumentar o consumo de água para estimular a produção de saliva (MAY *et al.*, 2014).

O atendimento odontológico durante a gravidez tem uma abordagem preventiva e busca, principalmente, reforçar hábitos saudáveis para manter a saúde bucal da mãe e ensiná-la a cuidar da saúde bucal do filho que vai nascer. Além disso, são disponibilizadas medidas preventivas e detecção de patologias, como cáries ou doenças gengivais para fornecer tratamento oportuno. Em suma, sua finalidade é educar no autocuidado e no cuidado da criança e buscar a recuperação da saúde bucal, estabelecendo um ambiente bucal saudável e um nível ideal de higiene. Nesse sentido, na Caderneta da Gestante, é disponibilizado um espaço destinado a incluir o atendimento odontológico realizado ao longo do pré-natal.

O cuidado da mulher durante a gravidez beneficia tanto a mãe quanto o filho, melhora o seu estado de saúde bucal e, dessa forma, reduz a disseminação de microrganismos para o filho, permitindo que nasça em um ambiente favorável para sua saúde. Além disso, são fornecidas informações sobre prevenção da cárie e cuidados com o bebê desde o nascimento (BRASIL, 2016).

O atendimento odontológico para mulheres grávidas é seguro, sendo muito mais arriscado para as mulheres manter uma infecção na boca, pois isso pode desencadear o parto prematuro. Recomenda-se que o tratamento seja realizado no segundo trimestre, pois antes disso muitas mulheres sentem náuseas e no último trimestre o aumento do abdômen dificulta os cuidados. Apesar de tudo, é muito importante que as mulheres façam uma avaliação e

combinem com o seu dentista o melhor momento de atendimento e o tipo de tratamento que irão receber, procurando o mais adequado e seguro para elas e seus filhos (GONÇALVES, 2016).

A radiografia dentária pode ser realizada durante a gravidez para fins diagnósticos agudos. Quando possível, deve ser adiada para depois do primeiro trimestre. A radiografia de triagem deve ser adiada até após o parto. O filme rápido moderno, a prevenção de novas tomadas e o uso de aventais de chumbo e protetores de tireóide (como mostra a Figura 6) limitam o risco. O risco teratogênico de exposição à radiação de filmes orais é 1.000 vezes menor do que o risco natural de aborto espontâneo ou malformação (OLIVEIRA; HADDAD, 2018).

O uso de anestésico local, como a lidocaína, é seguro para procedimentos, quando administrado de forma adequada. Sedativos como benzodiazepínicos (midazolam, lorazepam, triazolam) devem ser evitados. O uso de óxido nitroso não foi bem avaliado e seu uso na gravidez é controverso. Em condições dentárias agudas, se houver celulite leve, a penicilina, a amoxicilina e a cefalexina são antibióticos de primeira linha razoáveis. A base de eritromicina ou a clindamicina podem ser usados no paciente alérgico à penicilina. Para celulite grave, a paciente deve ser hospitalizada e tratada com cefalosporinas intravenosas ou clindamicina. Para controlar a dor dentária, são indicados o ibuprofeno e uso limitado de oxicodona (OPPERMANN *et al.*, 2013).

O atendimento odontológico de urgência pode ser realizado em qualquer idade gestacional. Quando ocorre no terceiro trimestre, devido ao desconforto posicional e o risco de compressão da veia cava, o dentista deve orientar e apoiar a gestante em seu lado esquerdo, reposicionando-a frequentemente e mantendo visitas curtas, a fim de reduzir os problemas. Adiar o atendimento odontológico para depois do parto pode ser problemático, porque as novas mães se concentram nos cuidados com o recém-nascido, e podem acabar agravando o problema, ocasionando até perda dentária (OPPERMANN *et al.*, 2013).

O pré-natal odontológico é uma estratégia de cuidado, uma oportunidade para melhorar a atenção à saúde bucal da gestante, podendo ser implementado durante o atendimento oferecido por ginecologistas, obstetras e enfermeiras, durante o acompanhamento pré-natal. Como esses grupos de profissionais de saúde são visitados com mais frequência durante

e após a gravidez, há uma oportunidade promissora durante essas visitas para o desenvolvimento desse importante trabalho de promoção da saúde.

Especificamente, médicos e enfermeiras podem desempenhar um papel significativo como examinadores de saúde bucal e educadores em mulheres grávidas. No sistema de saúde brasileiro, estes profissionais acompanham todo o pré-natal, prestando atendimento ao longo de toda a gestação. Entretanto, embora atualmente existam diretrizes voltadas à saúde da mulher grávida, ocorre um envolvimento limitado e deficiência no conhecimento sobre cuidados de saúde bucal durante a gravidez entre ginecologistas-obstetras e enfermeiras (BRASIL, 2016).

Os profissionais de saúde não odontólogos desempenham um papel fundamental no atendimento às mulheres grávidas e podem estar bem preparados para facilitar as atividades de promoção da saúde bucal nessa população. Internacionalmente, as diretrizes, baseadas em evidências, apoiam a integração da educação em saúde bucal e mecanismos de referência odontológica nas vias de atendimento para mulheres grávidas (SANTOS NETO *et al.*, 2012).

As evidências demonstram que todas as mulheres devem fazer uma avaliação odontológica abrangente e uma avaliação de risco durante a gravidez, entendendo que a boa saúde bucal na gravidez promove a saúde da mulher, que o tratamento dentário pode ser fornecido com segurança neste período, sendo essencial que os profissionais de saúde pré-natal deem informações sobre a saúde bucal e aconselhamento no início da gravidez, para realização de avaliação e tratamento dentário, se necessário (CODATO *et al.*, 2011).

Ainda segundo Codato *et al.* (2011), apesar da associação bem documentada entre saúde bucal materna precária, partos prematuros/com baixo peso ao nascer e aumento da cárie dentária em crianças após o nascimento, muitas futuras mães não recebem cuidados de saúde bucal oportunos e este é um componente importante da saúde geral que deve ser mantido durante a gravidez. Embora as recomendações para cuidados de saúde bucal pré-natal tenham sido amplamente disseminadas, sua utilização permanece baixa.

Segundo Garbin *et al.* (2005), a utilização de cuidados de saúde bucal durante a gravidez é ainda menor entre mulheres com baixo nível socioeconômico. Assim, a saúde bucal pré-natal representa uma disparidade de saúde importante, mas frequentemente negligenciada. A

compreensão dos fatores que possibilitam ou dificultam o uso da atenção à saúde bucal no pré-natal é fundamental para identificar estratégias eficazes de promoção e manutenção da boa saúde bucal em gestantes.

No nível do paciente, fatores demográficos, socioeconômicos, psicológicos e comportamentais afetam a utilização do atendimento odontológico pré-natal, a falta de percepção da necessidade, seguida de barreiras financeiras, falsas crenças, custo, medo, o número limitado de dentistas prestando cuidados a mulheres grávidas e recomendações inadequadas de profissionais de saúde (GRILO, 2016).

No nível clínico, Oliveira e Haddad (2018) afirmam que a utilização de cuidados de saúde bucal pré-natal não é desenvolvida rotineiramente por médicos e enfermeiros. A gravidez é um momento de “ensino”, quando as mulheres são motivadas a adotar comportamentos saudáveis. Para mulheres de menor nível socioeconômico, a gravidez oferece uma oportunidade de obter atendimento odontológico preferencial. No entanto, a maioria não é informada e aconselhada a buscar esse atendimento.

As equipes odontológicas e obstétricas podem ser influentes em ajudar as mulheres a iniciar e manter os cuidados com a saúde bucal durante a gravidez para melhorar os hábitos de higiene bucal ao longo da vida e o comportamento alimentar das mulheres e suas famílias. Mulheres com problemas de saúde bucal podem abrigar altos níveis de *Streptococcus mutans* em sua saliva. Essas bactérias podem ser transmitidas a seus bebês durante o comportamento comum dos pais, como compartilhar colheres. Minimizar o número de bactérias cariogênicas em mães grávidas, por meio de uma boa saúde bucal, pode atrasar ou prevenir o início da colonização dessas bactérias em seus bebês, o que resulta em menos cáries na primeira infância (OLIVEIRA; HADDAD, 2018).

Para Gonçalves (2016), o treinamento aprimorado na importância da saúde bucal, o reconhecimento dos problemas e o conhecimento da segurança do procedimento durante a gravidez podem tornar os profissionais de saúde mais confortáveis com a avaliação da saúde bucal e mais propensos a abordá-la com as pacientes.

Condições que requerem tratamento imediato, como extrações, canais radiculares e restauração (amálgama ou composto) de cáries não tratadas, podem ser tratadas a qualquer

momento durante a gravidez. Atrasar o tratamento pode resultar em problemas mais complexos. Assim, o aconselhamento deve incluir o reforço da manutenção da saúde bucal de rotina e visita preventiva ao dentista duas vezes ao ano (MAY *et al.*, 2014).

Para Pereira *et al.* (2019), na primeira consulta pré-natal, os profissionais de saúde devem avaliar a saúde bucal da mulher e uma abordagem simples para avaliação pré-natal pode ser realizada. Como parte do aconselhamento de rotina, devem encorajar todas as mulheres a agendar um exame odontológico, se já se passaram mais de 6 meses desde o último exame ou se apresentam algum problema de saúde bucal. As pacientes geralmente precisam de garantias de que a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças orais, incluindo radiografias dentárias (com proteção do abdome e da tireóide) e anestesia local (lidocaína com ou sem epinefrina), são seguros durante a gravidez.

5 A ATENÇÃO BÁSICA E A SAÚDE BUCAL MATERNO INFANTIL

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2007), a Atenção Primária à Saúde (APS) enfatiza que os sistemas devem refletir as necessidades locais; integrar atividades sociais, biomédicas e de saúde pública, incluindo fornecimento de água potável, segurança alimentar, controle de doenças endêmicas locais e acesso a medicamentos essenciais; incentivar ações relacionadas à saúde em outros setores; e trabalhar para promover uma forte participação da comunidade.

De acordo com Lavras (2011), a APS é o primeiro nível de atendimento ao paciente, sua família e comunidade, conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1978). No Brasil, a APS se refere à Saúde da Família, que tem quatro funções principais: acessibilidade, continuidade, abrangência e coordenação. A acessibilidade é uma dimensão da experiência de atendimento do paciente que pode ser medida para avaliar o desempenho da APS. Um dos indicadores frequentemente usados para medir a acessibilidade é o primeiro contato, definido pela facilidade de marcar uma consulta oportuna com um provedor de saúde. Vale ressaltar que a acessibilidade de primeiro contato continua sendo uma preocupação importante no Brasil.

A APS atende à maioria das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo da vida. Isso inclui o bem-estar físico, mental e social e é centrada nas pessoas e não na doença, através de uma abordagem que inclui a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Tal abordagem de atenção primária à saúde inclui três componentes: atender às necessidades de saúde das pessoas ao longo de suas vidas; abordar os determinantes mais amplos da saúde por meio de políticas e ações multissetoriais; e capacitar indivíduos, famílias e comunidades para cuidar de sua própria saúde (OMS, 1978).

Ao fornecer um cuidado na comunidade, Von Randow *et al.* (2011) ressaltam que, a APS deve suprir não só as necessidades individuais e familiares de saúde, mas também a questão mais ampla da saúde pública e as necessidades das populações. A APS está enraizada no compromisso com a justiça social e a equidade e no reconhecimento do direito fundamental ao mais alto padrão de saúde possível, conforme ecoado no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, ao considerar que todos têm direito a um padrão de vida adequado para a saúde e o bem-estar de si e de sua família, incluindo alimentos, roupas, moradia e assistência médica e serviços sociais necessários.

No Brasil, Assis e Jesus (2012) relatam que a APS se refere à prestação de serviços ambulatoriais ou de primeiro nível de serviços de saúde, devendo estar articulada e integrada aos demais serviços de saúde, no nível intermediário e hospitalar, ampliando e qualificando o acesso integral. Assim, o fortalecimento dos sistemas da atenção primária à saúde é fundamental para melhorar os resultados e a eficiência geral dos sistemas de saúde, particularmente em contextos onde os recursos são escassos. A APS possui diversos programas, sendo a Estratégia Saúde da Família considerada a porta de entrada ao sistema de saúde e sobre a qual este estudo discorrerá mais detidamente a seguir, por este ser do interesse da pesquisa.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi estabelecido no ano de 1994, como um modelo de atenção a ser implantado em todo o território nacional e desenvolvido pelos municípios, com o objetivo de aumentar a cobertura de atenção à saúde da família, atingindo a equidade e melhorando a qualidade de atenção à população em geral (BRASIL, 2010).

Assim, sua criação teve como meta a reorganização da atenção à saúde sob novas bases, substituindo o modelo tradicional e oferecendo um sistema de saúde com foco na família, como forma de melhorar a qualidade de vida da população. O programa prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, ampliando a cobertura de atenção à saúde da família, atingindo a equidade e melhorando a qualidade da atenção à população em geral (BRASIL, 2010).

O PSF foi idealizado como modelo de atenção para todo o país, sendo desenvolvido fundamentalmente pelos municípios. Segundo Escorel *et al.* (2007), ao propor a humanização, compromisso e co-responsabilidade da equipe do PSF, busca-se um projeto transformador do modelo assistencial, sendo possível observar que, desde a sua implantação até os dias atuais, o programa vem apresentando uma crescente expansão e adesão da comunidade, através de estratégias pioneiras na resolução de antigos problemas, além de mudanças nas práticas profissionais.

No entanto, os autores observam que é preciso “formar uma consciência mais ampla em relação à qualidade de vida da população, não deixando de lado que todos os profissionais da área da saúde têm sua contribuição na atenção primária” (ESCOREL *et al.*, 2007, p. 165).

Silva e Fracolli (2014) afirmam que, posteriormente, em 2003, passou a ter uma maior abrangência, tornando-se uma estratégia, por isso denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), buscando reafirmar e incluir os princípios fundamentais da universalização, integralidade e participação da comunidade, defendidos pelo SUS, estando formatada a partir da Unidade de Saúde da Família, que deve possuir uma equipe multiprofissional responsável por uma determinada população, mantendo-se conectada à mesma e desenvolvendo ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, tratamento e reabilitação de agravos.

Os desafios enfrentados pela ESF se referem à ampliação do acesso à saúde, bem como sua oferta de forma integral, tendo a família como foco, em um cuidado humanizado, através da criação e fortalecimento dos vínculos dos profissionais com a população assistida, por meio de ações que devem ser desenvolvidas de acordo com as características e problemas do território onde está situada (MAGALHÃES; GONDIM; BARROS, 2012).

A base da estratégia da saúde da família é um modelo de atenção voltado à proteção e à promoção da saúde, além de atendimento domiciliar, com os seguintes aspectos organizacionais: delimitação de área de abrangência com adstrição da clientela (oitocentas a mil famílias por equipe); equipe multiprofissional (no mínimo médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários); enfoque preventivo e de promoção à saúde, a partir de prioridades epidemiológicas da área adstrita; ênfase nas ações locais, visando reduzir a demanda sobre centros de saúde e hospitais; participação comunitária e controle social, centrados nos Conselhos Municipais de Saúde. A estratégia se integra numa rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias, assegurando-se a referência e contrarreferência para os diversos níveis do sistema, de problemas identificados na atenção básica (AVEIRO *et al.*, 2011, p. 1468).

Para Dominguez (1998), sua operacionalização deve se adequar à diversidade local, mantendo, entretanto, seus princípios e diretrizes fundamentais. Assim, o objetivo primordial de se implantar essa estratégia deve ser impactar favoravelmente as condições de saúde da população atendida.

Em 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), como parte integrante das ESF, a fim de consolidar a atenção primária e ampliar a oferta de saúde. Esses núcleos, na forma em que foram criados, são compostos por uma equipe multiprofissional, que deve atuar integrada às Equipes de Saúde da Família (EqSF), possibilitando o compartilhamento de informações, bem como projetos terapêuticos qualificados e educação em saúde (BRASIL, 2008).

A partir de 2016, o país sofreu um recrudescimento nas políticas públicas, com a aprovação de medidas que buscam a racionalização de recursos para as questões sociais e da saúde, dentre outras, com a justificativa de proporcionar um controle fiscal. Assim, as consideradas “políticas paternalistas” são acusadas de agravar a crise econômica pela qual o país vem passando (MOROSINI *et al.*, 2018).

Nesse contexto, torna-se cada vez mais distante a universalidade e integralidade do SUS, através de alterações na legislação, como é o caso da Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou por 20 anos o financiamento de políticas públicas. Segundo Ocké-Reis (2017, p.?), tem-se, dessa forma, um “terreno propício para dar prosseguimento à desconstrução do SUS, cujo financiamento jamais alcançou um patamar de suficiência e estabilidade, ao passo que as empresas privadas de planos de saúde sempre foram objeto de fortalecimento”.

Nessa conjuntura é que tem lugar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, que perdeu seu caráter propositivo, inscrito nas PNABs de 2006 e 2011, para termos ambíguos de sugestões e recomendações, flexibilizando, inclusive, a cobertura à população. Em relação às ESF, de acordo com essa política constituída em 2017:

Busca-se que essa equipe seja membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia a dia nas Unidade Básica de Saúde e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população. Os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado, com uma visão comum, e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um (BRASIL, 2017, s.p.).

No entanto, de acordo com Morosini *et al.* (2018, p. 20), a integração dos profissionais dessas equipes, “estaria mais a serviço do corte de custos, pela diminuição de postos de trabalho, do que no aprimoramento do processo de trabalho e aumento da eficiência das Equipes de Saúde da Família”.

Um sistema de saúde com base na atenção primária depende de recursos humanos adequados, que devem possuir a combinação certa de habilidades e conhecimentos, observar os padrões éticos e tratar todas as pessoas com dignidade e respeito. O alcance da disponibilidade deste tipo de recurso humano exige planejamento estratégico e investimento em treinamento de longo prazo, formas de retenção de pessoal e fortalecimento do conhecimento e das

habilidades importantes nos trabalhadores de saúde (MARSIGLIA; CARNEIRO JUNIOR, 2009).

Em geral, presume-se que ter obtido um diploma de graduação ou pós-graduação credencia uma série de conhecimentos ou habilidades para o resto da vida. Entretanto, Medeiros *et al.* (2007) ressaltam que é exigido do profissional que mantenha a capacidade de aprender e permanecer qualificado, pois, em muitas ocasiões, os recursos humanos em saúde enfrentam problemas não estruturados que não conseguem responder, devido à falta de formação continuada e conhecimento da realidade local. Isso implica na discussão de modalidades educacionais que levam profissionais e trabalhadores de saúde a desenvolver uma postura reflexiva, para aprender sobre a própria prática e considerar a educação permanente como opção para a aprendizagem constante.

Para Nogueira (2012), no âmbito das reformas sanitárias, tem-se insistido na construção de um modelo de saúde centrado na família, dando preferência ao cuidado integral, articulação intersetorial, atendimento ambulatorial, prevenção de doenças e promoção da saúde. Neste modelo, as equipes de multiprofissionais são responsáveis pela promoção da saúde e educação na comunidade, de forma a proporcionar melhores oportunidades para a população.

As dimensões do cuidado integrado estão estruturadas em torno dos três níveis onde a integração pode ocorrer: no nível macro (sistema), no nível médio (organizacional) e no micro nível (clínico). No nível macro, a incorporação da integração vertical e horizontal pode melhorar a prestação de serviços contínuos, abrangentes e coordenados. A integração vertical está relacionada à ideia de que as doenças são tratadas em diferentes níveis de especialização. Isso envolve a integração da atenção em todos os pontos de atenção da Rede de Assistência à Saúde (RAS). A integração horizontal por sua vez, busca melhorar a saúde geral das pessoas e populações em uma visão holística, por meio da colaboração entre pares e intersetorial (VIÉGAS *et al.*, 2015).

No nível médio, a integração organizacional refere-se à extensão em que os serviços são entregues de forma interligada. Os relacionamentos Interorganizacionais podem melhorar a qualidade e a eficiência, reunindo as habilidades e conhecimentos de diferentes profissionais. A integração profissional refere-se a parcerias entre profissionais dentro (intra) e entre (inter)

organizações. Na integração clínica, a coordenação do cuidado deve ter foco na pessoa em um processo ao longo do tempo (VIÉGAS *et al.*, 2015).

Trata-se de uma integração entendida como uma abordagem eficaz para melhorar o acesso aos cuidados primários à saúde, dentre eles, a saúde bucal. Para Baldani *et al.* (2018), a integração de serviços pode promover e preservar a saúde oral, prevenir doenças, lesões e disfunções orais, além de fornecer uma fonte regular de cuidados.

Os planos de integração da saúde bucal na atenção primária enfatizam, no primeiro nível, os serviços de prevenção e, no segundo, aqueles de tratamento, incluindo aí, os serviços educativos em saúde oral, o rastreio de doenças bucais e, também, o encaminhamento dos grupos-alvo para dentistas e especialistas. Essas atribuições mostram a importância das equipes profissionais na promoção da saúde bucal (NEVES; GIORDANI; HUGO, 2019).

A promoção da saúde oral baseia-se principalmente em seis áreas diferentes: nutrição (redução da frequência de ingestão de açúcar); higiene oral (remoção regular da placa bacteriana); cessação do tabagismo (o tabagismo explica 50% da prevalência da doença periodontal); prevenção de traumas dentários (prevalência em torno de 25%); mudança de ambiente (propício para a saúde bucal) e apoio aos indivíduos na adoção de comportamentos saudáveis (BRASIL, 2006).

Uma das principais barreiras para os cuidados primários de saúde bucal é a falta de trabalho colaborativo e competências relacionadas aos prestadores de cuidados de saúde. Assim, em muitos países, planos estratégicos de saúde têm sido implementados para promover a colaboração interprofissional, aumentar o conhecimento, melhorar as habilidades e formar atitudes positivas em relação à saúde bucal. Nessa direção, os serviços de saúde dos Estados Unidos, encorajam os provedores da atenção primária à saúde a desenvolver competências nas áreas da saúde bucal, incluindo avaliação de risco, intervenção preventiva, aconselhamento e educação e práticas colaborativas interprofissionais (BALDANI *et al.*, 2018).

A colaboração interprofissional tem sido considerada o principal facilitador para a integração da saúde bucal na atenção primária. No entanto, as equipes de saúde ainda têm conhecimento limitado sobre a prática interprofissional no campo da odontologia, o que resulta em atitudes negativas em relação à adoção de cuidados com a saúde bucal em seu cotidiano de trabalho. A

prática colaborativa, caracterizada pelo trabalho em equipe e pela comunicação eficaz entre vários profissionais, pode variar com base no ambiente de trabalho, nas políticas de saúde e nas perspectivas, crenças e valores das partes interessadas. Compreender esses valores e identificar padrões entre as perspectivas dos indivíduos são essenciais para o planejamento e implementação de práticas colaborativas orientadas para a atenção primária à saúde bucal (NEVES; GIORDANI; HUGO, 2019).

O aumento da educação e do treinamento dos profissionais da atenção primária leva à detecção precoce de doenças bucais e capacita abordagens preventivas. A integração da prática pode ser facilitada por meio de intervenções que não requeiram recursos adicionais, contribuindo para a conscientização sobre a saúde bucal. Portanto, a integração da atenção à saúde bucal nas equipes de atenção primária deve ser realizada com o acréscimo de força de trabalho odontológica (MELLO *et al.*, 2014).

No que diz respeito à integração organizacional, as restrições de tempo e a ambigüidade de papéis parecem ser barreiras importantes na prestação de cuidados de saúde bucal por membros de equipes de saúde, como enfermeiros e médicos. No entanto, em termos de integração funcional, a limitada interoperabilidade dos sistemas de informação, a falta de ferramentas e orientações adequadas, bem como vários aspectos logísticos, como políticas de remuneração dos dentistas ou disponibilidade de equipamentos odontológicos, têm sido fatores desmotivadores para a adoção de processos de integração interdisciplinar nas equipes. No nível macro, a falta de recursos humanos, os custos dos serviços integrados e a baixa prioridade política atribuída à saúde bucal são problemas que demandam soluções (PAIM *et al.*, 2011).

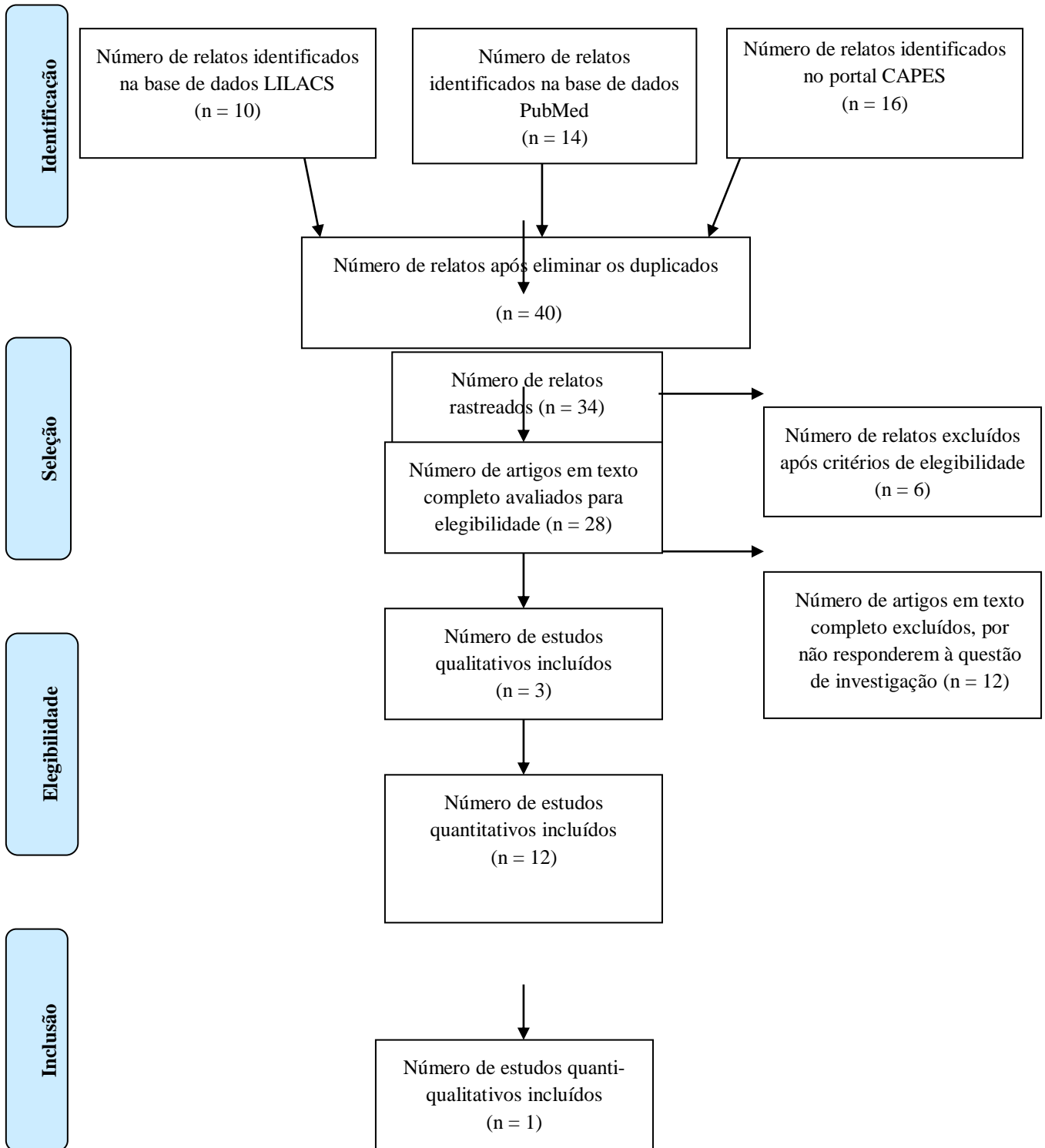
A educação interprofissional é aquela que permite que duas ou mais profissões aprendam com, sobre e umas com as outras, para permitir uma colaboração eficaz e melhorar os resultados de saúde. Para tanto, é necessário uma busca permanente do exercício da prática colaborativa nos serviços de saúde, com a finalidade de ofertar aos usuários serviços abrangentes com a mais alta qualidade de atendimento em todos os ambientes (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Sendo assim, acredita-se que o trabalho interprofissional pode ser uma excelente alternativa para as equipes de saúde da atenção básica na promoção da saúde bucal dos usuários,

incluindo aí as gestantes. Nesse sentido, a prática colaborativa se reveste de importância para a qualificação do trabalho em equipe.

6 RESULTADOS

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção e inclusão dos estudos baseado no PRISMA-ScR (adaptado)



Conforme mostra a Figura 1, o fluxograma do processo de seleção e inclusão dos estudos, foi elaborado com base no PRISMA-ScR. A pesquisa na base de dados LILACS resultou em 10 registros, no Pubmed encontrou-se 14 publicações e no Portal da CAPES identificou-se 16 estudos, totalizando 40 trabalhos. Destes, 06 foram excluídos por não estarem disponíveis na íntegra. Após a leitura dos títulos e resumos dos estudos encontrados, observou-se que 06 não atenderam aos critérios de elegibilidade. Dos 28 eleitos para leitura na íntegra, 12 não responderam à questão de investigação. Foram incluídos na amostra quatro teses, quatro dissertações e oito artigos, perfazendo um total de 16 estudos, todos em língua portuguesa, nas áreas da saúde coletiva, odontologia e saúde da família.

Quadro 3 – Caracterização dos estudos selecionados quanto à autoria, ano, periódico, estado, objetivos, tipo de estudo/abordagem e população/participantes. Presidente Kennedy, Espírito Santo, 2021

(continua)

Estudo	Autoria	Ano	Periódico	Estado	Objetivos	Tipo de estudo/ abordagem	População/ participantes
E1	Pingarilho	2011	CAPEB	Rio de Janeiro	Investigar o acompanhamento das gestantes pelas equipes de saúde bucal na unidade de Saúde da Família de Jardim Gramacho	Exploratório/qualitativa	4 dentistas 3 médicos 2 enfermeiros 3 agentes comunitários 17 gestantes
E2	Santos Neto et al.	2012	Ciência & Saúde Coletiva	Espírito Santo	Avaliar a resposta autopercebida da assistência odontológica no acompanhamento pré-natal do Sistema Único de Saúde (SUS) da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil.	Epidemiológico/quantitativo	1031 puérperas
E3	Neves	2013	CAPEB	Piauí	Analisar o conhecimento de gestantes acompanhadas pela estratégia de saúde da família no município de Monsenhor Gil, Piauí, acerca da assistência odontológica durante a gestação	Observacional, transversal/quantitativa	66 gestantes
E4	Esposti	2015	CAPEB	Espírito Santo	Analisar as desigualdades sociais e geográficas no desempenho e na adequação da assistência médico-odontológica pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS) da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil.	Seccional/quanti-qualitativo	1.209 puérperas
E5	Pinto	2015	CAPEB	Rio Grande do Sul	Avaliar se o pré-natal odontológico influenciou na condição de cárie aos três anos de idade em crianças que ingressaram antes do primeiro ano	Retrospectivo/quantitativa	569 prontuários
E6	Moura	2015	CAPEB	Rio Grande do Norte	Construir e validar instrumento de investigação sobre o conhecimento de gestantes sobre a sua saúde bucal e a dos seus bebês	Transversal-observacional/quantitativa	93 gestantes
E7	Ferreira et al.	2016	Rev. Fac. Odontol. Lins	Bahia	Caracterizar a acessibilidade e ações executadas no pré-natal odontológico de Vitória da Conquista (BA)	Transversal/quantitativa	268 gestantes e puérperas
E8	Faquim	2016	CAPEB	São Paulo	Descrever as percepções e atitudes de profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família sobre as relações interprofissionais na atenção pré-natal	Observacional e de intervenção/qualitativa	51 profissionais de saúde

Estudo	Autoria	Ano	Periódico	Estado	Objetivos	Tipo de estudo/abordagem	População/ participantes
E9	Viana	2017	CAPEs	Pernambuco	Analisar as associações entre padrões de qualidade municipais (estrutura e processo de trabalho) das equipes de saúde bucal e indicadores de saúde bucal (resultado) da atenção primária em Pernambuco	Ecológico e avaliativo/quantitativa	1.140 equipes de saúde bucal
E10	Nogueira	2018	CAPEs	Minas Gerais	Analisar a atuação dos cirurgiões-dentistas da rede pública de atenção primária do município de Belo Horizonte no cuidado às usuárias gestantes	Transversal, exploratório-descriptivo/quantitativa	260 dentistas
E11	Rodrigues et al.	2018	Arquivos em Odontologia	Minas Gerais	Avaliar como se dá a assistência odontológica a pacientes gestantes na rede pública de atenção básica em saúde, através das práticas descritas pelos cirurgiões-dentistas que compõe essa rede	Transversal/quantitativa	260 dentistas
E12	Faquim et al.	2018	Saúde em Debate	Minas Gerais/São Paulo	Descrever a aplicação do método ZOPP (Planejamento de Projetos Orientado por Objetivos) em duas unidades de atenção básica, levando em consideração o desenvolvimento de competências para o trabalho interprofissional e a produção de um protocolo de organização de serviço voltado à atenção ao pré-natal	Observacional participante/qualitativa	8 profissionais de saúde 2 usuárias
E13	Bernardi et al.	2019	Arquivos em Odontologia	Santa Catarina	Verificar o conhecimento e a prática de cirurgiões-dentistas da rede pública de um município de médio porte do Sul do Brasil acerca da assistência odontológica prestada à gestante	Transversal/quantitativa	42 dentistas
E14	Gonçalves et al.	2020	Ciência & Saúde Coletiva		Avaliar a prevalência de utilização de serviço de saúde bucal no pré-natal e seus fatores associados, a partir dos dados dos ciclos I (2011-12) e II (2013-14) do PMAQ-AB	Transversal/quantitativa	10.549 gestantes
E15	Martinelli et al.	2020	Arquivos em Odontologia	Espírito Santo	Descrever os principais procedimentos de saúde bucal recebidos pelas gestantes, além de identificar os fatores associados à procura da gestante ao serviço odontológico durante o pré-natal	Transversal/quantitativa	742 puérperas
E16	Schwab et al.	2021	Ciência & Saúde Coletiva	Espírito Santo	Verificar os fatores associados à realização de atividades educativas relacionadas à saúde bucal durante o acompanhamento pré-natal na Região Metropolitana da Grande Vitória-ES, Brasil	Transversal/quantitativa	1035 puérperas

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

De acordo com o Quadro 3, a média de estudos publicados a cada ano no período do estudo ficou entre um a três trabalhos, com exceção do ano de 2014, no qual não foram encontrados estudos. Os estudos selecionados foram analisados detalhadamente, de forma crítica e, a fim de apresentar as principais informações obtidas, os dados foram organizados através de quadros síntese e posteriormente discutidos.

A partir da leitura e análise dos estudos foi possível mapear, nas produções científicas nacionais, os fatores relacionados à baixa adesão ao pré-natal odontológico. O Quadro 4 foi elaborado e nele os resultados mapeados foram organizados em eixos, a saber, fatores relacionados: à gestante, ao profissional dentista, aos profissionais que realizam o acompanhamento pré-natal, aos serviços de saúde e às políticas públicas.

Quadro 4 - Resultados dos fatores relacionados à baixa adesão ao pré-natal odontológico organizados em eixos com distribuição nos estudos. Presidente Kennedy, Espírito Santo, 2021

(continua)

Eixos relacionados à baixa adesão	Estudos	Principais resultados
Fatores relacionados à gestante	E1, E3, E5, E6, E7, E9, E10, E11	Mitos, tabus, crenças, ansiedade e medo (E1, E3, E5, E7, E10, E11, E12, E13, E15) Variáveis socioeconômicas (E5, E16) Baixo conhecimento ou desconhecimento sobre saúde bucal e suas implicações (E6, E13, E15) Dificuldade de acesso (E7, E9) Negação ao tratamento (E15)
Fatores relacionados ao profissional dentista	E1, E3, E4, E6, E7, E13, E16	Falta de interação com a equipe multiprofissional (E1, E4, E6) Falta de ações de educação e promoção à saúde bucal (E1, E7) Orientações escassas às gestantes (E3, E7) Falta de capacitação (E4) Fragilidade da atuação da equipe bucal (E6) Receio de atender gestantes (E13) Pouco conhecimento sobre o atendimento às gestantes (E16)
Fatores relacionados aos profissionais que realizam o pré-natal (médicos e enfermeiros)	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E11, E12	Falta de encaminhamento aos cirurgiões-dentistas (E1, E6, E14, E16) Falta de informações às gestantes sobre a saúde oral (E2, E16) Falta de conhecimento sobre saúde oral e atendimento seguro (E3, E4, E11, E14) Falta de planejamento interdisciplinar (E4) Falta de orientações e motivação às gestantes (E3, E5, E6) Falta de integração com os demais profissionais (E7) Pouca importância aos cuidados necessários à saúde oral das gestantes (E7) Relações hierarquizadas, concentradas na figura médica (E8, E12) Falta de reconhecimento dos médicos sobre a importância dos demais profissionais (E8, E12)
Fatores relacionados aos serviços de saúde	E1, E2, E3, E4, E6, E7, E8, E9, E10, E11,	Não garantia de tratamento dentário preferencial às gestantes (E1) Falta de ações educativas conjuntas (E2) Deficiência no trabalho multidisciplinar (E3, E7, E8, E11) Barreiras no acesso (E4, E10, E14, E15) Desigualdade de acesso a um cuidado adequado das gestantes de

(conclusão)

	E12, E14, E15, E16	menor renda (E6) Falta de recursos formais e organizacionais (E8) Falta de organização do processo de trabalho (E9) Falta de materiais (E9) Envolvimento ainda pequeno dos trabalhadores de saúde e dos usuários (E12) Falta de profissionais para realizar atividades educativas (E16)
Fatores relacionados às políticas públicas	E3, E4, E6, E7, E9, E10, E11, E12, E14, E16	Falta de treinamento e formação continuada dos profissionais (E3, E7, E11) Distribuição desigual de profissionais odontólogos nas unidades de saúde (E4, E9) Processo de formação deficiente dos profissionais (E6) Falta de consolidação das ações na linha de cuidados odontológicos na gestação (E7) Baixa cobertura da saúde bucal (E10) Desintegralidade da atenção (E12) Desigualdades regionais no acesso aos serviços odontológicos como ponto dificultador da integralidade (E14) Dificuldade, especialmente dos pequenos municípios, de oferecerem melhores práticas na assistência pré-natal (E14) Modelo de organização dos serviços de saúde (E16)

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

No eixo “fatores relacionados à gestante”, foram mapeados que os mitos, tabus, crenças, ansiedade e medo (E1, E3, E5, E7, E10, E11, E12, E13, E15) são frequentes entre as gestantes, além da influência de variáveis socioeconômicas, especialmente a renda e escolaridade (E5, E16), o baixo conhecimento ou desconhecimento sobre saúde bucal e suas implicações (E6, E13, E15), a dificuldade de acesso (E7, E9) e a negação ao tratamento.

Em relação ao eixo “fatores relacionados ao profissional dentista”, foram constatadas a falta de interação com a equipe multiprofissional (E1, E4, E6), a falta de ações de educação e promoção à saúde bucal (E1, E7), orientações escassas às gestantes (E3, E7), falta de capacitação (E4), fragilidade da atuação da equipe bucal (E6), receio de atender gestantes (E13) e pouco conhecimento sobre o atendimento às gestantes (E16).

O eixo “fatores relacionados aos profissionais que realizam o pré-natal”, envolvendo médicos e enfermeiros, levantou a falta de encaminhamento aos cirurgiões-dentistas (E1, E6, E14, E16), falta de informações às gestantes sobre a saúde oral (E2, E16), falta de conhecimento sobre saúde oral e atendimento seguro (E3, E4, E11, E14), falta de planejamento interdisciplinar (E4), falta de orientações e motivação às gestantes (E3, E5, E6), falta de integração com os demais profissionais (E7), pouca importância aos cuidados necessários à saúde oral das gestantes (E7), relações hierarquizadas, concentradas na figura médica (E8,

E12) e falta de reconhecimento dos médicos sobre a importância dos demais profissionais (E8, E12).

Quanto ao eixo “fatores relacionados aos serviços de saúde”, foram apontadas a não garantia de tratamento dentário preferencial às gestantes (E1), a falta de ações educativas conjuntas (E2), deficiência no trabalho multidisciplinar (E3, E7, E8, E11), barreiras no acesso (E4, E10, E14, E15), desigualdade de acesso a um cuidado adequado das gestantes de menor renda (E6), falta de recursos formais e organizacionais (E8), falta de organização do processo de trabalho (E9), falta de materiais (E9), envolvimento ainda pequeno dos trabalhadores de saúde e dos usuários (E12) e falta de profissionais para realizar atividades educativas (E16).

No eixo “fatores relacionados às políticas públicas”, foram relatadas a falta de treinamento e formação continuada dos profissionais (E3, E7, E11), a distribuição desigual de profissionais odontólogos nas unidades de saúde (E4, E9), o processo de formação deficiente dos profissionais (E6), a falta de consolidação das ações na linha de cuidados odontológicos na gestação (E7), a baixa cobertura da saúde bucal (E10), a desintegralidade da atenção (E12), desigualdades regionais no acesso aos serviços odontológicos como ponto dificultador da integralidade (E14), dificuldade, especialmente dos pequenos municípios, de oferecerem melhores práticas na assistência pré-natal (E14) e o atual modelo de organização dos serviços de saúde (E16).

Quadro 5 - Principais ações capazes de potencializar a realização do pré-natal odontológico de acordo com a distribuição nos estudos. Presidente Kennedy, Espírito Santo, 2021

Ações	Principais resultados
Ações capazes de potencializar a realização do pré-natal odontológico	Vinculação das consultas médicas e odontológicas para garantir a saúde bucal, com agendas compartilhadas (E1, E7, E11) Atividades educativas ao longo do pré-natal (E2) Promoção de saúde comunitária (E3) Melhoria na qualidade da assistência médica e odontológica no pré-natal (E4) Oferecimento de capacitações e formações para o fortalecimento da qualificação profissional (E4, E13, E14) Atendimento preventivo e curativo ao longo de toda a gestação e nos primeiros anos de vida do bebê (E5, E9) Adequação das políticas públicas existentes (E6) Ações de promoção/prevenção e assistenciais individuais (E7) Criação de protocolo para atendimento multiprofissional às gestantes na atenção primária, com discussão de casos, atividades gerenciais de apoio, monitoramento (E8) Educação permanente da população (E8, E10, E16) Estimular as atividades coletivas em saúde, com a integração das equipes (E10, E16) Fluxo do pré-natal multiprofissional dentro de uma perspectiva de colaboração interprofissional (E12) Orientação às mulheres para que procurem a assistência odontológica antes de

	engravidar e durante o pré-natal (E13) Efetivação de protocolos de atendimento que incluam serviços odontológicos (E15)
--	--

Dados da pesquisa Fonte: (2021)

Ao mapear as principais ações capazes de potencializar a realização do pré-natal odontológico, observa-se, de acordo com o Quadro 5, que foram sugeridas a vinculação das consultas médicas e odontológicas com agendas compartilhadas (E1, E7, E11), atividades educativas ao longo do pré-natal (E2), promoção de saúde comunitária (E3), melhoria na qualidade da assistência médica e odontológica no pré-natal (E4), oferta de capacitações e formações para o fortalecimento da qualificação profissional (E4, E13, E14), atendimento preventivo e curativo ao longo de toda a gestação e nos primeiros anos de vida do bebê (E5, E9), adequação das políticas públicas existentes (E6), ações de promoção/prevenção e assistenciais individuais (E7), criação de protocolo para atendimento multiprofissional às gestantes na atenção primária, com discussão de casos, atividades gerenciais de apoio e monitoramento (E8), educação permanente da população (E8, E10, E16), estímulo às atividades coletivas em saúde, com a integração das equipes (E10, E16), fluxo do pré-natal multiprofissional dentro de uma perspectiva de colaboração interprofissional (E12), orientação às mulheres sobre a importância da realização de avaliação odontológica antes da ocorrência da gravidez e durante o pré-natal (E13) e efetivação de protocolos de atendimento que incluam serviços odontológicos (E15).

7 DISCUSSÃO

É consenso a baixa utilização dos serviços odontológicos por mulheres grávidas, no Sistema Único de Saúde, o que tem sido motivado pela existência de várias barreiras. Nesse contexto, este estudo, ao explorar os motivos da baixa adesão ao pré-natal odontológico, analisa não somente as causas, mas também, as formas de enfrentamento à essas questões. Observa-se a existência de desconhecimento por parte das gestantes sobre as consequências da não realização do pré-natal odontológico, tanto para a sua saúde, quanto para a saúde da criança, bem como os riscos à longo prazo associado à má higiene bucal durante a gravidez.

No Brasil, a saúde bucal para mulheres grávidas está integrada aos serviços de saúde pública, especialmente na atenção básica. Entretanto, apesar da existência de políticas públicas que buscam garantir essa assistência no Sistema Único de Saúde, as gestantes ainda apresentam baixa adesão a esses serviços, por terem receio de realizarem qualquer tipo de tratamento odontológico durante a gravidez. Dessa forma, grande parte das mães não procura tratamento dentário durante a gestação, a menos que tenham algum problema agudo. Essa atitude acaba por favorecer o aparecimento de afecções bucais, cáries e gengivites que, se não tratadas a tempo, podem causar complicações que afetam o estado geral da gestante e do bebê (NEVES, 2013; PINTO, 2015; FERREIRA *et al.*, 2016; NOGUEIRA, 2018; FAQUIM *et al.*, 2018; RODRIGUES *et al.*, 2018; MARTINELLI *et al.*, 2020; SCHWAB *et al.*, 2021).

Nesse sentido, as barreiras mais comuns que têm levado as gestantes a não buscarem o pré-natal odontológico incluem, a falta ou o reduzido conhecimento sobre as implicações dos problemas bucais comuns associados à gravidez para a saúde materno infantil e a limitada percepção da necessidade e importância do acompanhamento odontológico, especialmente durante a gravidez (MOURA, 2015; BERNARDI *et al.*, 2019; SCHWAB *et al.*, 2021).

Outras barreiras incluem as preocupações sobre a segurança fetal durante procedimentos odontológicos, crenças e mitos sobre os efeitos inevitáveis da gravidez na saúde bucal e falta de consciência sobre a importância de uma boa saúde bucal durante a gestação (PINGARILHO, 2011; NEVES, 2013; PINTO, 2015; FERREIRA *et al.*, 2016; NOGUEIRA, 2018; FAQUIM *et al.*, 2018; RODRIGUES *et al.*, 2018; MARTINELLI *et al.*, 2020).

Segundo Martinelli *et al.* (2020), muitas gestantes se negam a buscar atendimento odontológico preventivo devido ao desconhecimento, falta de necessidade percebida, tabus e falta de informações. Assim, grande parte da procura ocorre somente em situações emergenciais.

A dificuldade de acesso de gestantes aos serviços odontológicos foi relatada nos estudos de Ferreira *et al.* (2016) e Viana (2017), pois algumas unidades de saúde não priorizam o atendimento a gestantes, como se verá mais adiante.

Observa-se ainda, que variáveis socioeconômicas, tais como a escolaridade e renda, têm contribuído para essa baixa adesão. Sendo assim, quanto maior o grau de instrução e maior a renda salarial, maiores são as chances dessa mulher buscar o serviço odontológico ao longo da vida, incluindo aí o período gestacional. Portanto, essas disparidades sociais influenciam a saúde bucal, tanto das mulheres grávidas quanto das não grávidas (PINTO, 2015; SCHWAB *et al.*, 2021).

Entende-se que a compreensão dos fatores que levam as gestantes a subutilizar os cuidados odontológicos nesse período é valiosa, tendo sido constatado que os mitos e medos de que o tratamento odontológico possa prejudicar o feto são as principais barreiras ocasionadas pela falta de conhecimento.

A gravidez é um momento crítico para educar e aconselhar as pessoas sobre todos os aspectos da saúde, incluindo a saúde bucal, pois isso pode influenciar o bem-estar da própria mulher e do futuro filho. Para melhorar o uso dos serviços odontológicos, é recomendado que todas as mulheres grávidas recebam educação integral em saúde bucal, avaliação e encaminhamento para dentistas para avaliação, ações preventivas e, em caso de necessidade, de tratamento, por profissionais da assistência pré-natal.

No que diz respeito às barreiras derivadas do profissional odontólogo, é importante observar que os objetivos do pré-natal odontológico são: motivar e informar as gestantes sobre a importância de cuidar de sua saúde bucal, promover higiene e hábitos alimentares saudáveis, aplicar medidas preventivas específicas, detectar sinais ou sintomas indicativos de patologia oral atual ou futura, realizar o tratamento de processos específicos e fornecer informações

adequadas aos pais sobre os cuidados bucais de seu futuro filho (NEVES, 2013; ESPOSTI, 2015; BERNARDI *et al.*, 2019; MARTINELLI *et al.*, 2020; SCHWAB *et al.*, 2021).

Dessa forma, os dentistas devem ter amplo conhecimento sobre as mudanças fisiológicas que ocorrem no corpo da mulher durante a gravidez e os efeitos do uso de medicamentos durante a gestação para a saúde da gestante e do feto. Esse entendimento auxilia o desenvolvimento do plano de tratamento e o aconselhamento odontológico e dietético para a gestante. O profissional que atua na Atenção Primária à Saúde precisa reconhecer as peculiaridades das gestantes ao prestar o atendimento a elas, o que nem sempre ocorre (BERNARDI *et al.*, 2019; MARTINELLI *et al.*, 2020; SCHWAB *et al.*, 2021).

É provável que essa situação é decorrente, principalmente, de falhas no processo de formação, pois muitos profissionais recebem orientações escassas durante a graduação. Não recebem, ainda, em muitos casos, qualquer tipo de capacitação ao ingressarem nas unidades de saúde, o que contribui fortemente para a insegurança na realização de assistência odontológica para gestantes (MARTINELLI *et al.*, 2020; SCHWAB *et al.*, 2021).

A falta de ações educativas e orientações às gestantes foi apontada por Ferreira *et al.* (2016) como uma das principais barreiras à adesão das gestantes ao pré-natal odontológico, pois tais ações podem desmistificar os medos e ansiedades quanto ao tratamento. Para Pingarilho (2011), Esposti (2015) e Moura (2015), a falta de interação do dentista com os demais profissionais prejudica o acompanhamento mais próximo das necessidades da gestante, além de demonstrar fragilidades da equipe no atendimento integral.

Em relação ao conhecimento insuficiente dos profissionais sobre cuidados pré-natais em saúde bucal, a educação permanente, as educações continuadas, bem como os treinamentos em serviço, são muito importantes nesse processo. Muitos prestadores de cuidados pré-natais não têm certeza da segurança dos procedimentos odontológicos durante a gravidez e hesitam em encaminhar e/ou tratar gestantes, apesar das diretrizes indicarem a segurança dos procedimentos odontológicos em todos os trimestres gestacionais.

Sendo assim, a incorporação de oportunidades educacionais mais consistentes para cuidados bucais durante a gravidez nos cursos de formação em medicina, enfermagem e odontologia, se revestem de importância. Tais condutas podem eliminar as crenças entre os profissionais

médicos e enfermeiros de que o encaminhamento para atendimento odontológico durante a gravidez não são sua principal tarefa e ampliar a visão deles sobre a integralidade do cuidado. Sobre as barreiras relacionadas aos profissionais médicos e enfermeiros, acredita-se que esses profissionais de saúde têm o conhecimento da importância do pré-natal odontológico para a saúde da gestante. Entretanto, muitos deles não realizam informações e aconselhamentos sobre essa questão durante o acompanhamento pré-natal (SANTOS NETO *et al.*, 2012; MOURA, 2015; PINTO, 2015; RODRIGUES *et al.*, 2018).

Segundo Nogueira (2018), muitos ginecologistas obstetras acreditam erroneamente que a radiografia e a anestesia dentária local são inseguras para a gestação. Para Esposti (2015), Gonçalves *et al.* (2020) e Schwab *et al.* (2021) a falta de conhecimento, de treinamento formal e questões relacionadas a educação em saúde bucal, são lacunas a serem preenchidas nos cursos de medicina, para que esses profissionais motivem as gestantes a realizarem o pré-natal odontológico.

De acordo com Ferreira *et al.* (2016), a crença de que a saúde bucal não é uma questão de grande importância para a saúde da gestante, leva muitos profissionais que realizam o acompanhamento pré-natal a darem pouca importância a essa questão. Resulta ainda, em não assumirem para si a responsabilidade de incluírem em seu plano de cuidados a realização de aconselhamento e orientações sobre saúde bucal.

Pingarilho (2011), Neves (2013), Moura (2015), Gonçalves *et al.* (2020) e Schwab *et al.* (2021) observam que a falta de encaminhamento da gestante ao dentista, está relacionada à falta de conhecimento e à pouca importância dada à saúde bucal pelo profissional médico.

Ademais, Faquim (2016) e Faquim *et al.* (2018) alertam que a hierarquização dos profissionais, o modelo de assistência pré-natal centrado no médico, aliado ao pouco conhecimento deste profissional e dos enfermeiros sobre o pré-natal odontológico, contribui para o pouco direcionamento da mulher ao dentista, e, conseqüentemente, a baixa adesão da gestante à assistência odontológica. Sendo assim, as atitudes e crenças sobre o processo saúde-doença são influenciadas pela cultura médica vigente, pois, as gestantes respondem, em geral, positivamente às indicações do profissional que realiza o controle pré-natal.

Há consenso de que fornecer cuidados bucais preventivos durante a gravidez reduz a incidência e a gravidade das doenças bucais, tendo um impacto positivo na saúde bucal, bem-

estar e qualidade de vida das gestantes. Entretanto, os achados desse estudo apontam que, muitas brasileiras não procuram ou não recebem qualquer cuidado bucal durante a gravidez, apesar de uma parcela considerável delas apresentarem sintomas ou sinais de doença bucal (FERREIRA *et al.*, 2016; BERNARDI *et al.*, 2019).

Tal situação decorre, principalmente, devido à falta de planejamento conjunto da equipe multiprofissional que atua na assistência pré-natal. De acordo com Esposti (2015), é de grande importância, durante a gravidez, o cuidado integrado, centrado nas necessidades das gestantes. Essa integração ocorre quando há comunicação entre profissionais e encaminhamentos adequados de pacientes, além do compartilhamento de informações clínicas e o gerenciamento do seguimento dessas usuárias.

Em relação às barreiras promovidas pelos serviços de saúde, que contribuem para a baixa adesão ao pré-natal odontológico, destaca-se a falta de desenvolvimento integrado do cuidado ofertado nos serviços de saúde. Essa dificuldade de realização do trabalho colaborativo promove, além do isolamento profissional, a falta de referência e contrarreferência e, conseqüentemente, a oferta do cuidado com mais qualidade (FAQUIM, 2016; FERREIRA *et al.*, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2018).

O pré-natal odontológico centrado na gestante é preconizado para a Atenção Primária à Saúde. Para tanto, é necessário que a mulher seja referenciada ao dentista na primeira consulta pré-natal. Porém, essa conduta entre os profissionais de saúde ainda é precária, comprometendo, dessa forma, a adequada assistência à gestante (SANTOS NETO *et al.*, 2012; NEVES, 2013; FAQUIM, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2018).

As dificuldades de acesso aos serviços odontológicos durante a gravidez, em muitos serviços brasileiros, estão relacionadas ao não reconhecimento pelas unidades de saúde, da necessidade da oferta desse atendimento de forma preferencial às gestantes. Tal situação ocasiona desigualdade no acesso ao cuidado adequado, especialmente para as gestantes com menor poder aquisitivo, que não têm renda suficiente para buscar atendimento privado (NOGUEIRA, 2018; GONÇALVES *et al.*, 2020; MARTINELLI, 2020).

A falta de recursos formais, destinados ao pré-natal odontológico, bem como questões organizacionais, envolvendo os gestores das unidades de saúde, são responsáveis pelas

barreiras de acesso e levam a uma maior dificuldade ou pouco envolvimento entre os profissionais e as usuárias (FAQUIM, 2016; VIANA, 2017; SCHWAB *et al.*, 2021).

Por último, e não menos importante, está a barreira relacionada às políticas públicas de saúde que prejudicam a adesão à assistência odontológica durante a gravidez. Nesse sentido, destaca-se a importância da Educação Permanente em Saúde, especialmente, na Atenção Primária, que é a ordenadora do cuidado (NEVES, 2013; FERREIRA *et al.*, 2018; RODRIGUES *et al.*, 2018).

Para além disso, está a necessidade de maior aporte de financiamento em saúde para o estabelecimento de sistemas integrados de saúde em todo o país. Ao se examinar o sistema de saúde brasileiro, algumas soluções para abordar a saúde bucal durante a gravidez já foram incorporadas, mas não são amplamente divulgadas nem percebidas como serviços essenciais e disponíveis. A baixa cobertura da atenção à saúde bucal se deve à carência de profissionais e materiais, o que acaba por dificultar o acesso (NOGUEIRA, 2018).

Estratégias adicionais para promover a implementação da saúde bucal durante a gravidez na atenção básica são necessárias e podem ser alcançadas através de modificações no modelo organizacional dos serviços, com a consolidação das linhas de cuidado (MOURA, 2015; FERREIRA *et al.*, 2016; VIANA, 2017; GONÇALVES *et al.*, 2020; SCHWAB *et al.*, 2021).

A integralidade, apesar de ser parte das diretrizes do atendimento, ainda não ocorre na prática, dificultando as ações do pré-natal de modo geral e afetando de modo ainda mais consistente o pré-natal odontológico, embora seja uma parte importante da prevenção e do tratamento de doenças bucais (FAQUIM *et al.*, 2018; GONÇALVES *et al.*, 2020).

Existe no Brasil, uma distribuição desigual de profissionais, seja quando comparados aos profissionais médicos ou quando se trata de questões regionais, havendo muitas unidades que ainda não possuem equipe odontológica, especialmente em municípios menores, o que tem como consequência a dificuldade ao acesso e utilização dos serviços odontológicos de forma universal e igual entre as pessoas (ESPOSTI, 2015; VIANA, 2017; GONÇALVES *et al.*, 2020).

Na busca pelo enfrentamento às barreiras que dificultam o acesso ao pré-natal odontológico, torna-se importante identificar ações que possam potencializar esse tipo de assistência. Elas podem ser classificadas em três categorias: o conhecimento, o apoio financeiro e o estabelecimento de políticas públicas. Sendo assim, mudanças na formação e capacitação profissional para o trabalho individual e interprofissional imprimem qualidade ao atendimento às gestantes (ESPOSTI, 2015; NOGUEIRA, 2018; BERNARDI *et al.*, 2019; GONÇALVES *et al.*, 2020; SCHWAB *et al.*, 2021).

A promoção da saúde comunitária é considerada essencial, ênfase especial deve ser colocada na remoção dos medos e tabus sobre a gravidez e tratamentos orais. O reconhecimento da importância da avaliação odontológica para o acompanhamento pré-natal torna-se imprescindível (NEVES, 2013; NOGUEIRA, 2018; BERNARDI *et al.*, 2019).

Nas atividades de promoção da saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional ao longo do acompanhamento pré-natal cabe à equipe de saúde a responsabilidade de desmistificar as crenças populares sobre a gravidez e os cuidados bucais nesta fase. Na perspectiva do cuidado integral, apoiar a mulher para que ela possa lidar com a labilidade emocional e as pressões socioeconômicas e culturais que a cercam, além das mudanças fisiológicas inerentes à gravidez, torna-se necessário para a realização de uma assistência humana e adequada (SANTOS NETO *et al.*, 2012; FAQUIM, 2016; SCHWAB *et al.*, 2021).

Acredita-se que estratégias educacionais são potentes para promoção da saúde bucal perinatal. Sendo assim, espera-se que os serviços de saúde invistam cada vez mais nessa estratégia, por meio da utilização de metodologias que propiciem a participação ativa das gestantes.

De acordo com Faquim (2016), a oferta de apoio à gestante e o adequado monitoramento são essenciais e o cirurgião-dentista deve se atentar a essas questões, para prestar cuidados preventivos e terapêuticos que não só contemplem os aspectos estomatológicos, mas que também envolvam e ampliem sua perspectiva de assistência perinatal qualificada.

Para Esposti (2015), a melhoria da qualidade da assistência proporcionará maior adesão ao pré-natal odontológico. Entretanto, Faquim (2016) e Martinelli *et al.* (2020) alertam que essa melhoria só será alcançada se forem criados protocolos de atendimento que incluam os

serviços odontológicos. É necessário também, uma atenção integralizada e articulada, onde haja trabalho colaborativo entre os profissionais que compõem a equipe de assistência à gestante.

A superação das barreiras que dificultam a adesão ao pré-natal odontológico também passa pela vinculação das consultas médicas e de enfermagem às odontológicas. Para muitas mulheres é difícil comparecer ao serviço de saúde somente para avaliação dentária. Dessa forma, conciliar a consulta desses profissionais com o atendimento odontológico potencializa essa adesão (PINGARILHO, 2011; FERREIRA *et al.*, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2018).

Somente com o fortalecimento e qualificação da assistência pré-natal é que a saúde oral se tornará parte desses cuidados (GONÇALVES *et al.*, 2020). O atendimento preventivo e curativo só se torna possível quando todos os profissionais trabalham em conjunto, com os mesmos objetivos e compreendendo a importância da assistência integral, incluindo aí, a saúde bucal (PINTO, 2015; FERREIRA *et al.*, 2016; VIANA, 2017; FAQUIM *et al.*, 2018; RODRIGUES *et al.*, 2018; BERNARDI *et al.*, 2019; SCHWAB *et al.*, 2021).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desse estudo foi possível compreender as questões que envolvem a baixa adesão das gestantes ao pré-natal odontológico, bem como as formas de enfrentamento a essa questão. Sendo assim, esses motivos são descritos em relação: à gestante, ao profissional odontólogo, aos profissionais que realizam o acompanhamento pré-natal, aos serviços de saúde e às políticas públicas.

Observa-se que muitas gestantes não realizam o atendimento odontológico durante a gravidez, principalmente devido ao desconhecimento, a falta de necessidade percebida, crenças, mitos, tabus e falta de informações. A dificuldade de acesso ainda ocorre em muitos municípios brasileiros. Sendo assim, não é incomum que, grande parte delas, procurem atendimento somente em situações emergenciais.

Em relação ao profissional odontólogo, várias são as questões que estão relacionadas com a baixa adesão das mulheres ao pré-natal odontológico. Constata-se que, os principais motivos são: falhas na formação profissional, falta de capacitação para inserção na Atenção Primária à Saúde, falta de educação permanente em serviço e falta de integração com os demais membros da equipe de saúde. Essas dificuldades geram insegurança nesses profissionais para realizar o atendimento à gestante e para o desenvolvimento de ações que promovam o acesso e a adesão delas a assistência odontológica.

No que diz respeito aos demais profissionais, o modelo de assistência pré-natal do Brasil é centrado no médico, acredita-se que a falta de conhecimento aliado à pouca importância dada à saúde bucal, são os principais fatores que levam esse profissional a não encaminhar todas as gestantes sob seus cuidados ao pré-natal odontológico.

Os serviços de saúde por sua vez, colaboram para essa baixa adesão, devido a fatores que perpassam a organização dos processos de trabalho, ao pouco reconhecimento pelas unidades de saúde, da importância de priorizar esse tipo de atendimento para as gestantes, bem como a falta de recursos humanos e materiais.

Em relação às políticas públicas de saúde, são identificadas barreiras relacionadas à educação permanente, ao financiamento em saúde, à consolidação da linha de cuidado à gestante-dentro da Rede de Atenção à Saúde materno infantil e a efetiva implementação das políticas existentes.

Ao especificar essas barreiras, é possível também identificar ações capazes de potencializar a realização por parte das gestantes de acompanhamento com o dentista durante a gravidez. Sendo assim, faz-se necessário melhorar a promoção da saúde bucal para as gestantes e comunidade, bem como a organização dos processos de trabalho na atenção básica, de forma a proporcionar melhor articulação entre os profissionais de saúde.

A vinculação da consulta médica ou de enfermagem às odontológicas podem otimizar a assistência à gestante e melhorar a interação entre os profissionais de saúde. Essa interação pode ser potencializada também por meio de consolidação de uma política de educação permanente na Atenção Primária à Saúde.

Transformações no sistema educacional brasileiro são necessárias para melhorar a formação em saúde, tendo em vista, a necessidade cada vez maior de profissionais para atuar no Sistema Único de Saúde, que sejam capazes de exercer a interprofissionalidade e, conseqüentemente, o trabalho colaborativo.

É importante relatar que esse estudo proporcionou na pesquisadora uma mudança de conduta, que implicou em melhor diálogo com a equipe médica e de enfermagem e no planejamento conjunto de atividades educativas para gestantes, que contemplem participação ativa da mulher. Sendo assim, têm se apostado em práticas educativas participativas, como oficinas e rodas de conversa, com a finalidade de tornar a grávida parte integrante do seu processo de autocuidar.

Espera-se com esse estudo colaborar com informações aos profissionais de saúde, especialmente aqueles que atuam no município de Presidente Kennedy, município onde é baixo o encaminhamento de gestantes para o pré-natal odontológico e conseqüentemente a adesão das gestantes à essa assistência. Na medida em que são identificados, não somente as barreiras, mas também as ações que podem contribuir para o enfrentamento delas, acredita-se

que os achados aqui apresentados possam gerar reflexões nos profissionais de saúde que atuam na assistência pré-natal desse município.

Enseja-se também que as informações aqui sintetizadas possam colaborar com o aperfeiçoamento das políticas públicas do município, especialmente, aquelas relacionadas à promoção da saúde bucal materno-infantil.

Uma limitação desse estudo, que pode ocorrer em revisões integrativas, se refere à impossibilidade de generalizar dados para populações inteiras de mulheres, médicos, enfermeiros e dentistas, no entanto, a maioria dos problemas e desafios relativos ao pré-natal odontológico se mostraram consensuais nos estudos analisados. Outra limitação diz respeito à não realização da revisão por pares.

Assim, estudos qualitativos, quantitativos e revisões sistemáticas são necessárias para uma melhor compreensão dessa questão. Ações em nível individual relacionadas aos profissionais de saúde e em nível institucional são necessárias para melhorar esse indicador de saúde e conseqüentemente a saúde da gestante. Ademais, a busca permanente pela adequada implementação das políticas públicas vigentes para a assistência à mulher deve ser a tônica do serviço público.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, S. F. A.; ROCHA, M. P. Políticas de Saúde Bucal no Brasil: Mudanças a Partir de 1988. **Revista de Psicologia**, v. 13, n. 45, p. 488-501, 2019.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

AVEIRO, M. C. et al. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Supl. 1, p. 1467-78, 2011.

BALDANI, M. H. et al. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, n. Esp. 1, p. 145-162, 2018.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.

BERNARDI, C. et al. Assistência odontológica à gestante: conhecimento e prática de dentistas da rede pública e seu papel na rede cegonha. **Arq Odontol**, v. 55, n. 18, p. 1-11, 2019.

BRASIL. **Regionalização solidária e cooperativa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de dezembro 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: Ministério da Saúde, 2017.

CARRARO, G; SILVA, J. P; COSTA, S.R. Produção de conhecimento: interface entre Serviço Social e Saúde. In.: CARVALHO et al. **Pesquisa em serviço social e temas contemporâneos**. São Paulo: Cortez, 2020.

CASTRO, R. T. C. **Alteração hormonal durante a gravidez e possível impacto no periodonto**. 2016. 19f. Artigo (Graduação em Odontologia) – Faculdade São Lucas, Porto Velho, 2016.

COCHRANE CONSUMERS AND COMMUNICATION. **Data Extraction Template for Included Studies**. Cochrane; 2016. 25p.

CODATO, L. A. B. et al. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2297-2301, 2011.

COSTA, J. A. et al. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 11, n. 2, p. 86-93, 2010.

CURI, D. S. C. et al. Fatores associados à utilização dos serviços de saúde bucal pela população pediátrica: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 5, p. 1561-1576, 2018.

DOMINGUEZ, B. N. R. **Programa de saúde da família: como fazer**. São Paulo: Parma, 1998.

DUSILEK, L. G. Z. **O acesso das gestantes ao pré-natal odontológico no município do Rio de Janeiro: o caso da área programática 3.2**. 2020. 150f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

ESCOREL, L. S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

ESPOSTI, C. D. D. **Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência médico-odontológica pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil**. 2015. 201 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

FAQUIM, J. P. S. **Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família e a produção do cuidado em saúde durante o pré-natal**. 2016. 167f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

FAQUIM, J. P. S. et al. O método ZOPP e a organização do trabalho interprofissional voltado à atenção ao pré-natal em duas unidades de atenção básica. **Saúde em Debate**, 42, n. 117, p. 392-407, 2018.

FERREIRA, S. M. S. P. et al. Pré-natal odontológico: acessibilidade e ações ofertadas pela atenção básica de Vitória da Conquista-BA. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, v. 26, n. 2, p. 3-16, 2016.

GARBIN, C. A. S. et al. A percepção de gestantes em relação à assistência odontológica. **Rev Int Odonto-Psicol Odontol Pacientes Espec**, v. 1, n. ¾, p. 82-87, 2005.

GEORGE, A. et al. The oral health status, practices and knowledge of pregnant women in south- western Sydney. **Aust Dent J**, v. 58, n. 1, p. 26-33, 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, J. B. et al. Conhecimento sobre saúde bucal das gestantes atendidas em CRAS. **Interfaces**, v. 3, n. 8, p. 1-8, 2015.

GONÇALVES, K. F. **Cuidado odontológico no pré-natal na atenção primária à saúde: dados do PMAQ-AB.** 2016. 73 p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

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**, v. 25, n. 2, p. 519-532, 2020.

GRILO, M. G. P. **A abordagem da grávida na prática da medicina dentária.** 2016. 73 p. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) - Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Almada, 2016.

HUANG, X. et al. Maternal periodontal disease and risk of preeclampsia: a meta-analysis. **J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci.** v. 34, n. 5, p. 729 -35, 2014.

JANSSEN, M.; FONSECA, S. C.; ALEXANDRE, G. C. Avaliação da dimensão estrutura no atendimento ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família: potencialidades do Material e métodos. **Saúde Debate**, v. 40, n. 111, p. 140-152, 2016.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LEAL, A. O. et al. Estudo dos parâmetros salivares de gestantes. **Odontol. Clin. Client**, v. 12, n. 1, p. 39-42, 2013.

LOPES, F. F. et al. Conhecimentos e práticas de saúde bucal de gestantes usuárias dos serviços de saúde em São Luís, Maranhão, 2007-2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 4, p. 819-826, 2016.

MAGALHÃES, J. C. G.; GONDIM, A. C.; BARROS, G. A. S. O. R. **Inserção da fisioterapia na estratégia de saúde da família.** 2012. 16 p. Monografia (Especialização em Saúde da Família) – Faculdade Redentor, Campos dos Goytacazes, 2012.

MAIA, A. B. P. et al. Odontologia em Tempos de COVID-19: Revisão Integrativa e Proposta de Protocolo para Atendimento nas Unidades de Saúde Bucal da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro – PMERJ. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 77, n. 1, p. 1-20, 2020.

MARSIGLIA, R. M. G.; CARNEIRO JUNIOR, N. O PSF e os princípios do SUS: disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade do PSF em áreas metropolitanas. In: COHN, A. (Org.). **Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias.** Rio de Janeiro: Beco do Azogue; São Paulo: CEDEC, 2009.

MARTINELLI, K. G. et al. Fatores associados ao cuidado de saúde bucal durante a gravidez. **Arquivos em Odontologia**, v. 56, n. 16, p. 1-9, 2020.

MAY, L. et al. Pregnant patient knowledge of and obstetric provider advice on oral health. **J Dent Oral Disord Ther**, v. 2, n. 1, p. 1-6, 2014.

MEDEIROS, S. M. et al. Condições de trabalho, riscos ocupacionais e trabalho precarizado: o olhar dos trabalhadores de enfermagem. In: CASTRO, J. L. (Org.). **Gestão do trabalho no SUS: entre o visível e o oculto**. Natal: Observatório RH/NESC/UFRN, 2007.

MELLO, A. L. S. F. et al. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 1, p. 205-214, 2014.

MENDES, Y. B. E. et al. A influência da doença periodontal sobre nascimentos de crianças prematuras e de baixo peso. **Journal of Health Sciences**, v. 12, n. 1, 2015.

MOROSINI, M. V. F. et al. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. Esp. 1, p. 261-274, 2018.

MOURA, L. M. **Construção e validação do instrumento de investigação do conhecimento de gestantes sobre sua saúde bucal e a do seu bebê: perspectiva do cuidado em saúde**. 2015. 86f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

NEVES, M.; GIORDANI, J. M. A.; HUGO, F. N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1809-1820, 2019.

NEVES, T. M. A. **Conhecimento de gestantes sobre atendimento odontológico durante a gravidez**. 2013. 81f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2013.

NÓBREGA, M. T. C.; FREIRE, J. C. P.; RIBEIRO, E. D. Percepção de gestantes e mães sobre saúde bucal: revisão de literatura. **Revista Uningá**, v. 27, n. 3, p. 44-48, 2018.

NOGUEIRA, P. M. **O cuidado odontológico à gestante na rede pública de atenção primária de Belo Horizonte**. 2018. 105f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho em saúde hoje: novas formas de organização. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANNA, A. L. A. (Org.). **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Unicamp, 2012.

OCKÉ-REIS, C. O. Desafios da reforma sanitária na atual conjuntura histórica. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 113, p. 365-371, 2017.

OLIVEIRA, E. F.; HADDAD, A. E. **Saúde Bucal da Gestante: acompanhamento Integral em Saúde da Gestante e da Puérpera**. São Luís: EDUFMA, 2018.

OPPERMANN, R. V. et al. **Periodontia para todos: da prevenção ao implante**. São Paulo: Napoleão, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde. Alma-Ata, URSS, 1978.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Renovação da atenção primária à saúde nas Américas: um documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde.** Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 2007.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, n. Esp., p. 11-31, 2011.

PEREIRA, R. et al. Saberes e práticas de médicos e enfermeiros relativos ao pré-natal odontológico. **JMPHC Journal of Management & Primary Health Care**, v. 10, n. 18, p. 1-19, 2019.

PETERS, M. D. J. et al. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (Eds.). **Reviewer's Manual JBI, 2020.** Joanna Briggs Institute. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>. Acesso em: 12 jan. 2021.

PINGARILHO, C. C. **Atenção à saúde bucal no pré-natal: análise do acompanhamento de gestantes pelas equipes de Saúde Bucal na unidade de Saúde da Família de Jardim Gramacho, Duque de Caxias, RJ.** 2011. 84f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2011.

PINTO, C. C. F. **Programa de Atenção Odontológica Materno-Infantil: Avaliação do Impacto na Saúde Bucal na Primeira Infância.** 2015. 105f. Tese (Doutorado em Odontopediatria) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

RIGO, L.; DALAZEN, J. GARBIN, R.R. Impacto da orientação odontológica para mães durante a gestação em relação à saúde bucal dos filhos. **Einstein**, v. 14, n. 2, p. 219-25, 2016.

RODRIGUES, L. G. et al. Pré-natal odontológico: assistência às gestantes na rede pública de atenção básica em saúde. **Arq Odontol**, v. 54, n. 20, p. 1-10, 2018.

SANTOS NETO, E. T. S. et al. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 11, p. 3057-3068, 2012.

SCHWAB, F. C. B. S. et al. Fatores associados à atividade educativa em saúde bucal na assistência pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 1115-1126, 2021.

SILVA, S. A.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 692-705, 2014.

TRICCO, A. C. Et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Annals of internal medicine**, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018.

VIANA, I. B. **Qualidade da assistência em saúde bucal na atenção primária em Pernambuco.** 2017. 114f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

VIÉGAS, L. S. et al. Apontamentos críticos sobre estigma e medicalização à luz da psicologia e da antropologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2683-2692, 2015.

VON RANDOW, R. M. et al. Articulação com atenção primária à saúde na perspectiva de gerentes de unidade de pronto-atendimento. **Rev Rene**, v. 12, n. esp., p. 904-912, 2011.

APÊNDICE

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DOS DADOS

FICHA DE EXTRAÇÃO DE DADOS	
Detalhes da revisão	
Título do estudo	
Pergunta do estudo	
Características das fontes pesquisadas	
Primeiro autor, ano de publicação e local.	
Descrição dos motivos de exclusão	
Resultados extraídos da fonte: Causas da baixa adesão ao pré-natal odontológico	
Gestante	
Dentista	
Profissionais de Saúde	
Serviços	
Políticas de Saúde	
Ações potencializadoras do pré-natal odontológico.	