

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Odontologia
Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia**

Vânia Maria Godoy Pimenta Barroso

**A OFERTA DO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO NO SERVIÇO
PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE MARIANA (MG)**

**Belo Horizonte
2024**

Vânia Maria Godoy Pimenta Barroso

A OFERTA DO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO NO SERVIÇO PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE MARIANA (MG)

Dissertação apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Odontologia – área de concentração em Saúde Pública.

Orientadora: Prof(a). Dra. Livia Guimarães Zina

Coorientadora: Prof(a). Dra. Rafaela da Silveira Pinto

Colaboradora: Prof(a). Dra. Camilla Aparecida Silva de Oliveira Lima

Belo Horizonte
2024

Ficha Catalográfica

B277o Barroso, Vânia Maria Godoy Pimenta.
2024 A oferta do pré-natal odontológico no serviço público do
T município de Mariana (MG) / Vânia Maria Godoy Pimenta
Barroso. -- 2024.

160 f. : il.

Orientadora: Lívia Guimarães Zina.

Coorientadora: Rafaela da Silveira Pinto.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Cuidado pré-natal. 2. Gestantes. 3. Saúde bucal. 4.
Assistência odontológica. 5. Atenção primária à saúde. I.
Zina, Lívia Guimarães. II. Pinto, Rafaela da Silveira. III.
Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de
Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047

FOLHA DE APROVAÇÃO

25/10/2024, 13:57

SEI/UFMG - 3336874 - Folha de Aprovação



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
COLEGIADO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

FOLHA DE APROVAÇÃO

A OFERTA DO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO NO SERVIÇO PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE MARIANA (MG)

VÂNIA MARIA GODOY PIMENTA BARROSO

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA, área de concentração ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA.

Aprovada em 09 de julho de 2024, pela banca constituída pelos membros:

Profa. Lívia Guimarães Zina - Orientadora
Faculdade de Odontologia da UFMG

Profa. Rafaela da Silveira Pinto
Faculdade de Odontologia da UFMG

Prof. Álex Moreira Herval
Universidade Federal de Uberlândia

Profa. Jacqueline Silva Santos
SESMG

file:///C:/Users/SAÚDE/Downloads/Folha_de_Aprovacao_3336874 (1).html

1/2

25/10/2024, 13:57

SEI/UFMG - 3336874 - Folha de Aprovação

Belo Horizonte, 09 de julho de 2024.



Documento assinado eletronicamente por **Álex Moreira Herval, Usuário Externo**, em 09/07/2024, às 17:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rafaela da Silveira Pinto, Professora do Magistério Superior**, em 09/07/2024, às 17:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Livia Guimaraes Zina, Professora do Magistério Superior**, em 09/07/2024, às 17:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Jacqueline Silva Santos, Usuário Externo**, em 09/07/2024, às 17:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3336874** e o código CRC **3236F3A2**.

Dedico este trabalho aos meus pais Nícias e Maria Efigênia por sempre me guiarem pelo caminho do ensino, pelo incentivo diário em minhas lutas e por nunca largarem minha mão. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por me proporcionar meios de percorrer os caminhos que escolhi, por me abençoar com uma família presente, cuidadosa, incentivadora. Agradeço a minha família por acreditar em cada escolha feita por mim, me incentivando, semeando um caminho com amor, sabedoria e força para que eu pudesse colher os frutos dos meus objetivos de vida, sabendo lidar com as conquistas e com o aprendizado das perdas. Na pessoa do meu pai agradeço o exemplo de sabedoria, de disciplina, de superação, cuidado e amor que recebo todos os dias da minha vida. Minha mãe, a generosidade, amor, cuidado, zelo e força. Exemplo de mulher, exemplo de vida que acolhe, que acompanha o filho, que luta e vive pela felicidade do filho. Amo vocês. Newton! Ah, irmão, falar de você é lindo! Obrigada por ser meu exemplo de crescimento, de superação. Obrigada pelo sorriso no rosto cada vez que nos vemos. Obrigada por me mostrar que a excelência profissional existe e que ela pode vir carregada de simplicidade, de leveza. Ângelo, minha escolha diária, minha fortaleza, meu refúgio, meu homem, meu amor. Obrigada por me levar para longe quando preciso sair do chão para depois retornar de forma leve e plena. Obrigada por respeitar e apoiar minhas escolhas, nossas diferenças. Te amo. Thiago, meu filho, como você é importante nesse processo. O carinho e amor recebido no dia a dia, a compreensão que teve com minhas ausências, a admiração e incentivo com o meu trabalho me trouxe paz e força para fazer o meu melhor. Você é minha vida, meu filho.

Meus mestres, professores da FAO UFMG, representados pelas Profa. Dra. Lívia Guimarães Zina, Profa. Dra. Rafaela da Silveira Pinto, Profa. Dra. Camilla Aparecida Silva de Oliveira Lima. Obrigada por tamanha dedicação. Quanta sabedoria e generosidade em passar o conhecimento, em cuidar da minha formação. Quanto cuidado e respeito com o processo de aprendizagem individual. Gratidão. Agradeço aos alunos da graduação da FAO que foram essenciais na fase da pesquisa, Henrique e Natalia. Obrigada pela dedicação, empenho.

Agradeço aos meus colegas de trabalho no município de Mariana (médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros), as gestantes, a todos que se dispuseram a participar diretamente ou indiretamente dessa pesquisa. A Prefeitura Municipal de Mariana por acreditar que esse trabalho possa trazer melhorias na saúde da população. Minha gratidão!

"Eu não procuro saber as respostas, procuro compreender as perguntas."

Confúcio

RESUMO

As mulheres são vulneráveis a uma série de alterações fisiológicas durante a gestação, o que as colocam em risco temporário para problemas bucais. Apesar de serem consideradas um grupo prioritário, ainda são baixas as taxas de atendimento odontológico a gestantes. O objetivo deste trabalho foi avaliar os fatores relacionados à baixa proporção de gestantes com consulta odontológica realizada (Pré-Natal Odontológico - PNO) no município de Mariana (MG) e propor estratégias que promovam o enfrentamento deste problema. Foi realizada uma revisão de literatura dos últimos 40 anos sobre os principais aspectos que envolvem o PNO, visando orientar o cirurgião-dentista e demais profissionais das equipes de saúde para o cuidado odontológico da gestante. Com o intuito de captar as múltiplas vertentes percebidas pelos sujeitos envolvidos com a oferta do PNO, participaram deste estudo cirurgiões-dentistas (CD) (n=28), enfermeiras (n=14), médicos (n=11) e gestantes (com e sem atendimento odontológico) (n=20) vinculados ao serviço público de saúde de Mariana (MG), através de amostras representativas e de conveniência. Foi utilizado o desenho de método-misto explanatório sequencial. Na primeira etapa, quantitativa, foi aplicado questionário semiestruturado aos profissionais de saúde. A segunda etapa complementou a fase quantitativa por meio de entrevistas face-a-face semiestruturadas às mesmas categorias profissionais. Paralelamente, foram entrevistadas as gestantes em pré-natal. As entrevistas foram gravadas e transcritas. Fez-se análise estatística descritiva dos dados quantitativos (software SPSS) e análise de conteúdo dos dados qualitativos, além de apresentação conjunta de parte das informações em joint display. Os resultados indicaram que todos os profissionais da saúde consideram o PNO seguro, apesar de alguns CD citarem a importância de um laudo médico autorizando o atendimento odontológico. A principal via de acesso é através de encaminhamento da equipe de saúde. Enquanto 75% dos CD já receberam alguma capacitação para o PNO em seus cursos de graduação, mais da metade dos médicos (81,8%) e enfermeiras (78,6%) nunca foram treinados sobre o assunto. As barreiras que influenciam o uso do serviço odontológico foram categorizadas de acordo com os temas emergentes: desinteresse das gestantes, mitos e crendices, equívocos da prática clínica, resistência do CD em atender gestante, problemas organizacionais do serviço de saúde e/ou de gestão (tais como as dificuldades no trabalho interprofissional), condições de saúde na gestação que limitam o uso do serviço odontológico, condições sociais, desinformação, ansiedade ao tratamento odontológico e preferência pelo atendimento odontológico no serviço privado. Dentre aspectos facilitadores, destacam-se: educação em saúde, estratégias organizacionais para melhorar o acesso e adesão da gestante, interesse da gestante, cuidado pela equipe de saúde, redes sociais e comunitárias, materialização dos princípios doutrinários do SUS e a capacitação para o PNO. Foi desenvolvido um produto técnico (protocolo de fluxo e atendimento), por meio de tecnologia social, construído de forma coletiva pelos atores envolvidos na pesquisa. Este estudo apresentou ampla compreensão dos múltiplos aspectos que envolvem a oferta e o uso de serviços odontológicos durante a gestação. No SUS, os serviços de saúde bucal estão estruturados para atender gestantes, de forma prioritária; contudo, prevalecem dificuldades culturais, de formação profissional e efetivação do trabalho interprofissional.

Palavras-chave: cuidado pré-natal; gestantes; saúde bucal; assistência odontológica; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The prenatal dental care offer in the public service of Mariana city

Women are vulnerable to a series of physiological changes during pregnancy, which temporarily put them at risk for oral health problems. Despite being considered a priority group, the rates of dental care for pregnant women remain low. The aim of this study was to evaluate the factors related to the low proportion of pregnant women with completed dental consultations (Prenatal Dental Care - PNO) in the municipality of Mariana (MG) and propose strategies to address this issue. A literature review of the past 40 years was conducted on the main aspects involving PNO, aiming to guide dentists and other health professionals in providing dental care to pregnant women. To capture the multiple perspectives of those involved in offering PNO, this study included dentists (n=28), nurses (n=14), doctors (n=11), and pregnant women (with and without dental care) (n=20) linked to the public health service of Mariana (MG), through representative and convenience samples. A sequential explanatory mixed-method design was used. In the first, quantitative phase, a semi-structured questionnaire was administered to health professionals. The second phase complemented the quantitative phase through face-to-face semi-structured interviews with the same professional categories. Simultaneously, pregnant women undergoing prenatal care were also interviewed. The interviews were recorded and transcribed. Descriptive statistical analysis of the quantitative data was performed (using SPSS software), as well as content analysis of the qualitative data, with joint display of some information. The results indicated that all health professionals considered PNO safe, although some dentists mentioned the importance of having a medical report authorizing dental care. The main access route is through referrals from the health team. While 75% of the dentists had received some training on PNO during their undergraduate courses, more than half of the doctors (81.8%) and nurses (78.6%) had never been trained on the subject. Barriers influencing the use of dental services were categorized according to emerging themes: lack of interest among pregnant women, myths and misconceptions, clinical practice errors, dentists' reluctance to treat pregnant women, organizational and management issues within the health service (such as difficulties in interprofessional work), pregnancy-related health conditions that limit the use of dental services, social conditions, lack of information, anxiety related to dental treatment, and preference for dental care in the private sector. Facilitating factors include: health education, organizational strategies to improve access and adherence by pregnant women, interest from pregnant women, care by the health team, social and community networks, embodiment of the doctrinal principles of the SUS, and training for PNO. A technical product (flow and care protocol) was developed through social technology, collectively built by the actors involved in the research. This study provided a broad understanding of the multiple aspects involved in offering and using dental services during pregnancy. In the SUS, oral health services are structured to prioritize pregnant women; however, cultural difficulties, professional training gaps, and the lack of effective interprofessional work still prevail.

Keywords: prenatal care; pregnant women; oral health; dental care; primary health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária a Saúde
ART	Tratamentos Restauradores Atraumáticos
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CD	Cirurgião-Dentista
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COREQ	Critérios Consolidados Para Reportar Pesquisas Qualitativas do inglês <i>Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research</i>
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAO	Faculdade de Odontologia
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PN	Pré-Natal
PNO	Pré-Natal Odontológico
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SPSS	Pacote Estatístico para as Ciências Sociais do inglês <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
STROBE	Fortalecendo o Relato de Estudos Observacionais em Epidemiologia do inglês <i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1	Saúde bucal na gravidez.....	15
2.2	Educação em saúde.....	16
2.3	Integração da equipe de saúde.....	18
2.4	Percepção do atendimento odontológico pela gestante e equipe de saúde na gestação.....	18
2.5	Fatores relacionados a prevalência do acesso ao serviço odontológico pela gestante- barreiras e facilitadores.....	19
3	OBJETIVOS.....	22
3.1	Objetivo geral.....	22
3.2	Objetivos específicos.....	22
4	METODOLOGIA EXPANDIDA.....	23
4.1	Desenho de estudo.....	24
4.2	Contexto.....	25
4.3	Participantes.....	25
4.4	Treinamento dos pesquisadores, estudo piloto e coleta dos dados....	26
4.4.1	Treinamento dos pesquisadores.....	26
4.4.2	Estudo piloto.....	26
4.4.3	Coleta de dados.....	27
4.4.3.1	Questionário para cirurgiões-dentistas.....	28
4.4.3.2	Questionário para enfermeiros e técnicos de enfermagem do pré-natal.....	28
4.4.3.3	Questionário para médicos pré-natalistas.....	29
4.4.3.4	Entrevistas com profissionais da saúde (cirurgiões-dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem do pré-natal e médicos pré-natalistas).....	30
4.4.3.5	Entrevistas com gestantes.....	30

4.5	Fontes de dados.....	31
4.6	Viés.....	31
4.7	Tamanho da amostra.....	32
4.8	Análise dos dados.....	32
4.8.1	Questionários.....	32
4.8.2	Entrevistas.....	33
4.9	Implicações éticas.....	33
5	RESULTADOS.....	35
5.1	Produtos científicos.....	35
5.1.1	Artigo 1.....	35
5.1.2	Artigo 2.....	73
5.2	Produto técnico	104
5.2.1	Protocolo	107
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	129
	REFERÊNCIAS.....	130
	APÊNDICE A – Questionário para cirurgiões-dentistas.....	137
	APÊNDICE B – Questionário para enfermeiros e técnicos de enfermagem do pré-natal.....	141
	APÊNDICE C – Questionário para médicos.....	144
	APÊNDICE D – Roteiro de entrevista 1.....	146
	APÊNDICE E – Roteiro de entrevista 2.....	148
	APÊNDICE F – Roteiro de entrevista 3.....	150
	APÊNDICE G – Roteiro de entrevista 4.....	152
	ANEXO A – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa.....	153

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Durante o período gestacional, são comuns diversas alterações no organismo da mulher (Figueiredo *et al.*, 2017; Pecci-Lloret *et al.*, 2024). O aumento dos níveis de estrogênio e progesterona no sangue repercute na fisiologia bucal e pode favorecer o crescimento de bactérias que agravam doenças periodontais pré-existentes (Jang *et al.*, 2021). Estudos demonstram que o periodonto infectado além das alterações bucais (gingivite e periodontite), pode interagir com o organismo, levando a doenças sistêmicas durante a gestação, visto que os mediadores inflamatórios produzidos chegam à placenta através da corrente sanguínea, podendo atravessar a barreira corioamniótica e induzir contrações uterinas precoces (Khader; Ta'ani, 2005). Além disso, as mudanças hormonais durante a gravidez favorecem alterações na cavidade oral como erosão do esmalte dentário, xerostomia fisiológica, gingivite gravídica e granuloma gravídico (Chen; Hong; Fu, 2022; Guggenheimer *et al.*, 2003; Pecci-Lloret *et al.*, 2024; Pirie *et al.*, 2007). Há, ainda, a alta prevalência de dor dentária na gestação, associada à cárie dentária, sendo este um problema bastante recorrente nesse período (Krüger *et al.*, 2015; Rio *et al.*, 2020).

Estudos observacionais sugerem que as gestantes que apresentam um quadro de saúde bucal insatisfatório correm risco de complicações obstétricas, como parto prematuro, restrição de crescimento intrauterino e aborto espontâneo (Oliveira *et al.*, 2021). Contudo, a evidência deve ser analisada com cautela, pois a maioria dos trabalhos apresenta falta de controle de variáveis de confusão que tornam suas conclusões questionáveis, assim como suas limitações metodológicas não permitem adequadas conclusões sobre o real efeito da doença periodontal sobre os desfechos da gestação (Lavigne; Forrest, 2020). O tema não se esgota por aqui. Recentemente, foi sugerida uma possível associação da relação doença periodontal e parto prematuro com a renda per capita do país (Moliner-Sánchez *et al.*, 2020). Quanto menor a renda, maior a chance de a gestante com doença periodontal apresentar intercorrências gestacionais, o que sugere que mulheres brasileiras estão sujeitas a um risco adicional relacionado à condição de sua saúde bucal, quando comparadas a mulheres em países de maior renda per capita, como Estados Unidos e Inglaterra.

O pré-natal odontológico (PNO) consiste em orientar a gestante sobre os cuidados com higiene e alimentação, realizar a avaliação de dentes e tecidos moles, elaborar um plano de tratamento baseado nas necessidades identificadas e executar

os procedimentos odontológicos indicados ao longo da gestação, visando a saúde e o bem-estar da gestante e do bebê (Brasil, 2004). A Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) reforça a importância de se desenvolver as ações educativo-preventivas considerando que a mãe tem um papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância (Brasil, 2004). O período gestacional é uma fase em que as mães estão mais receptivas e motivadas para receber as informações sobre sua saúde e do bebê e tendem a cuidar melhor da saúde bucal de seus filhos, sendo que o pré-natal odontológico integral contribui para o desenvolvimento do bebê saudável (Reis *et al.*, 2010).

Apesar do atendimento odontológico durante a gravidez ter sido fortemente recomendado, a procura pelo serviço é baixa (Boggess *et al.*, 2010). Fatores socioeconômicos, psicológicos e comportamentais foram identificados como determinantes dessa situação (Rocha *et al.*, 2018). Somam-se a esses a falta de conhecimento da importância do PNO, o desinteresse da gestante em fazer o acompanhamento odontológico, o medo odontológico, a falta de tempo, complicações de saúde na gestação, as dificuldades no acesso ao serviço, aspectos culturais e educacionais que geram mitos e crenças, além do fato de profissionais que, por desconhecimento ou medo, acabam negligenciando e postergando o atendimento (Alratroot *et al.*, 2022; Bahramian *et al.*, 2018; Kamalabadi *et al.*, 2023; Massoni *et al.*, 2015; Santos Neto *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2020; Tenenbaum; Azogui-Levy, 2023; Vieira *et al.*, 2015). A integração da equipe de saúde é essencial para maior esclarecimento à população sobre os cuidados de saúde bucal na gestação, devendo os profissionais saberem qual conduta clínica a ser tomada, medicações que podem ser prescritas e procedimentos que devem ser realizados, visando um atendimento seguro à gestante (Brasil, 2022; Finkler; Oleiniski; Ramos, 2004).

No Brasil, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal recomendam que a equipe de saúde encaminhe a gestante para assistência odontológica, no intuito de garantir as orientações e cuidados necessários à manutenção da saúde bucal da mãe e do bebê (Brasil, 2004). Ao longo dos últimos 20 anos, diversas ações governamentais têm sido implementadas no intuito de fomentar a oferta de cuidados odontológicos para a gestante no SUS. Em execução desde 2018, o Planifica SUS veio como uma estratégia de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e organização de redes de atenção no Brasil, e teve como uma de suas recomendações o acolhimento da gestante por uma equipe multiprofissional com o compartilhamento

do cuidado (Consensus, 2016). Em 2019, o Ministério da Saúde lançou o Programa Previne Brasil, um modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde. Esse programa contemplou um conjunto de indicadores de desempenho vinculados a ações estratégicas em saúde da mulher, pré-natal, saúde da criança e doenças crônicas. Dos sete indicadores propostos, a saúde bucal estava representada através do indicador de “Proporção de Gestantes com Atendimento Odontológico realizado na Atenção Primária à Saúde”, tendo como objetivo avaliar se a gestante que estava sendo assistida no pré-natal tem realizado atendimento odontológico, na perspectiva de cuidado integral e compartilhado. Visava estimular o cuidado da saúde bucal como etapa de rotina da gestante no pré-natal, sendo preconizado o mínimo de uma consulta odontológica para a gestante (Brasil, 2019; Brasil, 2022; Larêdo *et al.*, 2022). Em 2023 o Programa Previne Brasil foi descontinuado e o indicador deixou de fazer parte do grupo de indicadores de qualidade para financiamento da APS. Contudo, é fato que durante o período em que o Previne Brasil esteve ativo, as taxas de PNO subiram exponencialmente no Brasil (Jardim, 2023).

A meta anteriormente estabelecida pelo Previne Brasil era de no mínimo 60% de gestantes com atendimento odontológico durante a gestação. De acordo com dados do Ministério da Saúde, a média anual de gestantes com atendimento odontológico em 2023 foi de 59,6%¹, enquanto no município de Mariana a média girou em torno de 40,6%. Apesar do estabelecimento de um fluxo de atendimento e ações educativas direcionadas para esse grupo, o percentual de alcance no município permaneceu abaixo da meta. Diante desse cenário, surge a necessidade de buscar respostas frente às dificuldades apresentadas para efetividade e resolutividade das ações do pré-natal odontológico no município, com o objetivo de promover a melhora na adesão de gestantes aos serviços odontológicos, desenvolver e manter a saúde materno-infantil, considerando os aspectos de promoção e prevenção em saúde, rastreamento e diagnóstico de doenças.

A seguir, será apresentada uma breve revisão da literatura.

¹ Dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica do Ministério da Saúde (Brasil), referente ao indicador de desempenho “Proporção de gestantes com atendimento realizado” – média dos quadrimestres Q1, Q2 e Q3 de 2023. Fonte: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml>

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Saúde bucal na gravidez

A literatura atual apoia a ideia de que as mulheres que iniciam uma gravidez com piores condições de saúde bucal correm maior risco de complicações obstétricas, como parto prematuro, restrição de crescimento intrauterino e aborto espontâneo. Essas complicações são causadas principalmente pelo estabelecimento de um ambiente inflamatório, que desencadeia intensas respostas imunológicas do hospedeiro (Gonik *et al.*, 2017). Além disso, alterações causadas pela própria gravidez, tanto na receptividade imunológica quanto na resposta inflamatória, podem levar a uma possível deterioração dinâmica da saúde bucal existente como a gengivite, doença periodontal, úlceras aftosas, erosão dentária, halitose e xerostomia (Cordero *et al.*, 2019).

O aumento dos níveis de estrogênio, altera a proliferação e diferenciação das células e queratinização do epitélio, o aumento dos níveis de progesterona altera a permeabilidade dos vasos e microcirculação da gengiva, podendo causar inchaço gengival, sangramento espontâneo ou provocado, sendo sinais frequentes de inflamação. Durante a gestação, a inflamação gengival aumenta significativamente e atinge o pico no terceiro trimestre, diminuindo apenas 3 meses após o parto (Wu *et al.*, 2015). Podendo evoluir para uma periodontite com envolvimento de bolsas periodontais, perda óssea (Konopa; Paradowska, 2012).

Evidências científicas apontam a correlação entre doenças da cavidade bucal e período gestacional (Chen; Hong; Fu, 2022; Figueiredo *et al.*, 2017; Fujiwara *et al.*, 2017; Krüger *et al.*, 2015; Rio *et al.*, 2020; Yousefi; Parvaie; Riahi, 2020; Xiong *et al.*, 2006). A manifestação da doença periodontal na gravidez vem sendo associada ao aumento do risco para o parto pré-maturo e baixo peso ao nascer (Khader; Ta'ani, 2005; Silva *et al.*, 2020). Apesar de vários estudos publicados sobre a associação da doença periodontal com partos prematuros, o efeito do tratamento periodontal na diminuição da prevalência de partos prematuros é limitado, o que não permite conclusões adequadas nesse desfecho (Zina; Vasconcelos, 2017).

2.2 Educação em saúde

No período gestacional as mulheres estão mais receptivas, para receber as informações sobre sua saúde e do bebê. Estando elas bem-informadas e motivadas, cuidam melhor da saúde bucal dos filhos sendo que o pré-natal odontológico integral contribui para o desenvolvimento do bebê saudável (Reis *et al.*, 2010). Entretanto, um estudo realizado no município de Montes Claros verificou que uma pequena parte das gestantes cadastradas na Estratégia Saúde da Família (ESF) participaram de grupos de educação em saúde bucal destinados para esta etapa do ciclo de vida (11,5%). Isso evidencia o fato de que as gestantes não são um público frequente nestas atividades de educação em saúde. Além disso, esse estudo concluiu que o uso de abordagens tradicionais e conhecimentos adquiridos por meio da construção social e familiar, em detrimento do saber científico, como palestras, resulta em gestantes com pouco ou nenhum vínculo com a equipe de saúde, evidenciando a necessidade de criação de instrumentos e estratégias para estabelecimento de fluxos para encaminhamento dessas mulheres ao programa e envolvimento de todos os profissionais na abordagem das gestantes, a fim de melhorar a adesão destas à atenção odontológica (Santos *et al.*, 2021).

As ações de educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal no período gestacional têm sido investigadas em diversas pesquisas ao longo dos últimos anos, e há um corpo suficiente de evidência científica que atesta a efetividade dessas estratégias (Reis; Almeida, 2013; Vamos *et al.*, 2015). Estudo realizado entre gestantes de baixa renda beneficiadas pelo Programa Bolsa Família mostra que a participação em atividades de educação em saúde e envolvimento em redes sociais (mães, amigos, familiares) para aconselhamento sobre a gravidez é preditor de literacia em saúde nessa população, reforçando a importância de as equipes de saúde desenvolverem atividades de educação em saúde com gestantes, principalmente de baixa renda (Herval *et al.*, 2020). Da mesma forma, a educação em saúde por pares tem sido uma estratégia educativa com resultados positivos desenvolvida com pessoas da mesma comunidade, que partilham das mesmas crenças, etnias e religiões, sendo capaz de mudar comportamentos e contribuir para melhores resultados em saúde (Herval *et al.*, 2019). As mulheres que recebem orientações sobre saúde bucal na gestação e após o parto demonstraram maior conhecimento sobre sua saúde bucal e a de seus filhos, demonstrando a importância

da realização de ações de promoção da saúde durante a gestação e nos primeiros anos de vida da criança (Barbosa *et al.*, 2023).

O compartilhamento de conhecimentos básicos de saúde bucal para toda a equipe de pré-natal é de extrema importância, a fim de uniformizar conceitos sobre o atendimento odontológico durante a gestação. Sendo também, importante partilhar este conhecimento com as grávidas, que são as principais responsáveis pela manutenção do equilíbrio fisiológico oral, através da realização de cuidados relacionados com a saúde (Catão *et al.*, 2015). A carência de informações sobre a relação de alterações bucais com complicações na gravidez, a falta de conhecimentos básicos para o cuidado da saúde bucal do bebê e a importância da manutenção da saúde bucal materna para prevenir efeitos indesejáveis mostram o quão relevantes são as ações preventivas e educativas para a conscientização das gestantes sobre a importância do atendimento multidisciplinar integral e periódico por parte dos profissionais da atenção básica - Médico, Cirurgião-Dentista e Enfermeiro - com a finalidade de combater os fatores de risco para doença periodontal em gestantes, melhorando sua qualidade de vida e garantindo a saúde da mãe e do feto. Assim será possível prevenir a prematuridade e o nascimento de bebês com baixo peso ao nascer, através da manutenção da saúde periodontal (Catão *et al.*, 2015).

A realização de ações educativas durante o período gestacional é uma forma de promover vínculo, acolhimento, humanização do cuidado, de melhorar a comunicação entre gestantes e profissionais da saúde, de melhorar a adesão e assimilação de informações (Fogaça *et al.*, 2017) que objetivam a apropriação do conhecimento sobre fatores de risco e de proteção à saúde, incluindo o aleitamento materno e a saúde bucal (Brasil, 2012).

A continuidade das estratégias de educação em saúde após o nascimento da criança contribuiu para melhorar os resultados maternos e infantis, principalmente no que diz respeito ao aleitamento materno (Herval *et al.*, 2019). Práticas alimentares e de higiene das crianças dependem das crenças, comportamentos e conhecimentos de seus responsáveis. Isto pode ajudar a reduzir as consequências a curto e longo prazo da cárie não tratada (Finlaysom *et al.*, 2007).

A educação em saúde bucal durante a gravidez ainda é um assunto não resolvido, e há uma necessidade de diretrizes e protocolos unificados com abordagem multidisciplinar (Serrano-Sanchez *et al.*, 2022).

2.3 Integração da equipe de saúde

O fortalecimento da comunicação entre os profissionais que acompanham a gestante e os demais profissionais é fundamental para estabelecer um trabalho interprofissional e promover acolhimento à gestante. É importante que essas mulheres vejam a equipe de saúde como um ponto de apoio durante a gravidez e puerpério, estabeleçam o vínculo e adquiram conhecimento para vivenciar essa fase da vida em plenitude (Santos *et al.*, 2021). A articulação entre os níveis de atenção, com oferta de ações de promoção da saúde bucal e ações preventivas junto às curativas e individuais é fundamental na oferta de um pré-natal odontológico de qualidade (Arantes *et al.*, 2017; Santos Neto *et al.*, 2012).

Ginecologistas, obstetras, enfermeiras/parteiras e clínicos gerais devem estar conscientes da importância de manter uma boa saúde bucal, reconhecer as doenças mais comuns e encaminhar as gestantes ao cirurgião-dentista para reduzir o risco de possíveis complicações, porém isso na prática clínica não é visto (George *et al.*, 2012). Oliveira *et al.* (2023) apontam dados para a necessidade de ampliação da interdisciplinaridade entre a assistência do enfermeiro na APS e o acompanhamento odontológico no pré-natal, criando fluxos de cuidado em saúde bucal, maior integralidade com outros profissionais e cuidados gestacionais integralizados para qualidade da saúde da gestante, puérpera e recém-nascido. O pré-natal odontológico apresenta maior expressividade na atenção primária sendo a ESF primordial para levar os cuidados em saúde bucal para as gestantes. Mesmo assim, ainda temos baixa adesão (Cunha; Moraes, 2022). Apesar da importância apresentada, a integração da equipe de saúde bucal na ESF é incipiente, limitada por conflitos de normas e pela forma com que se organiza o trabalho na ESF (Scherer *et al.*, 2018). Uma relação de colaboração entre médicos e cirurgiões-dentistas é necessária para melhor aconselhamento em saúde bucal e sistêmica de forma adequada as pacientes grávidas (Skvoretz *et al.*, 2016).

2.4 Percepção do atendimento odontológico pela gestante e equipe de saúde na gestação

O tratamento odontológico durante o pré-natal desencadeia medo nas mães, visto que ainda circunda o mito de que seria prejudicial à saúde do bebê e da

gestante, proporcionando o distanciamento da gestante à atenção odontológica (Codato; Nakama; Melchior, 2008). A maioria das gestantes (90%) considera importante a visita ao cirurgião-dentista durante a gestação, sendo que os principais motivos relatados para a consulta foram somente a prevenção (46%), a prevenção somada ao tratamento curativo (21%) ou apenas o tratamento curativo (23%) (Bastiane *et al.*, 2010). É necessário um esforço multiprofissional para a desconstrução do medo de gestantes diante do tratamento odontológico.

Um estudo realizado por Lopes *et al.* (2018) mostra que 83,3% das gestantes já tinham ouvido falar sobre pré-natal odontológico, vendo como uma oportunidade de acesso, 75% das gestantes tiveram acesso à informação sendo que os enfermeiros tiveram maior representatividade com 50%, seguidos do cirurgião-dentista com 21,4%, do Agente Comunitário de Saúde com 14,3% e do médico e do técnico de enfermagem com 7,1% cada. Esse estudo também mostra que 91,7% das gestantes acreditam que alteração na boca durante a gestação poderia influenciar na saúde geral do bebê, porém apenas uma minoria soube falar um pouco mais sobre o que poderia acontecer com seu filho.

Despreparo e omissão dos cirurgiões-dentistas ao lidar com esse assunto fazem com que eles posterguem o atendimento as grávidas para um período pós nascimento do bebê (Bastiane *et al.*, 2010; Granville *et al.*, 2007).

Em relação a realização de intervenção em casos de urgência em qualquer período gestacional ser mais benéfica para a mãe e o feto do que deixar a gestante sentindo estresse causado pela dor ou a disseminação de uma possível infecção, parece consenso entre todos (Bastiane *et al.*, 2010; Codato; Nakama; Melchior, 2008). De acordo também com Codato, Nakama e Melchior (2008), a ida ao atendimento odontológico pela gestante está atrelada a crença sobre a necessidade de autorização médica e durante atendimentos de emergência, ficando a assistência odontológica postergada para depois do parto.

2.5 Fatores relacionados a prevalência do acesso ao serviço odontológico pela gestante- barreiras e facilitadores

Muitos fatores podem influenciar na busca e acesso aos serviços odontológicos durante a gestação. A aceitação de problemas bucais é vista pela gestante como uma condição fisiológica da gestação. A baixa importância da saúde

bucal vista pela gestante faz com que ela não procure o atendimento resultando no adiamento do tratamento. Ao mesmo tempo, boas experiências são facilitadoras do acesso. Mulheres que sempre tiveram cuidados com a saúde bucal tendem a dar continuidade e procurar o atendimento durante a gestação (Nogueira *et al.*, 2012; Rocha *et al.*, 2018).

Um estigma negativo em relação a Odontologia é visto como uma barreira. Um dificultador da busca da gestante ao atendimento odontológico é a relação profissional-paciente insatisfatória, sendo que a falta de confiança no profissional e nos procedimentos realizados, além do alto custo do serviço e o medo e a ansiedade em relação ao tratamento odontológico estão, muitas vezes, relacionados a experiências negativas vividas pela gestante. Alguns procedimentos, instrumentos, anestésias, turbinas, cheiros, posição da cadeira mal acolhimento pelo profissional são fatores que são apresentados como barreiras (Albuquerque *et al.*, 2004).

As crenças e mitos na utilização do serviço odontológico tendem a fortalecer o medo de que os tratamentos dentários causam problemas no desenvolvimento do feto, aborto do bebê e faz com as mulheres posterguem o atendimento odontológico para um momento pós-parto (Codato; Nakama; Melchior, 2008). Os mitos mais comuns são a associação de exames radiográficos e anestesia dentária ao risco de malformações no bebê, a extração dentária ser relacionada a aborto e hemorragia e a proibição de medicação para dor ser uma barreira relacionada ao medo de sentir dor após um procedimento e não ser capaz de ser medicado (Codato; Nakama; Melchior, 2008; Leal; Jannotti, 2009).

Barreiras estão relacionadas aos profissionais de saúde, cirurgiões-dentistas, médicos e outros profissionais são apontadas também. Muitos cirurgiões-dentistas não se sentem confortáveis, apresentam dúvidas sobre o tratamento na gestação. Outros profissionais também têm dúvidas sobre a segurança do tratamento odontológico na gravidez e, quase não falam sobre saúde bucal nas consultas de pré-natal ou orientam de forma errada a gestante. Isto é agravado quando o aconselhamento é dado pelos médicos, porque existe uma confiança na relação médico-paciente, criando uma barreira difícil de ser superada (Codato *et al.*, 2011; Detman *et al.*, 2010; Nogueira *et al.*, 2012). Soma-se ao fato de familiares e amigos reforçarem a ideia da impossibilidade e risco do atendimento odontológico na gravidez (Detman *et al.*, 2010).

Custos como transporte, não ter dinheiro para pagar o tratamento odontológico, não ter seguro de saúde e horário de trabalho incompatível com horário para atendimento odontológico são apontados como barreiras, assim como queixas sobre o atendimento, dificuldades de marcar consulta, baixa resolutividade do problema (Albuquerque *et al.*, 2004). Ao mesmo tempo, a prioridade ao acesso para gestante é citado como facilitador (Codato; Nakama; Melchior, 2008).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar os fatores relacionados à baixa proporção de gestantes com consulta odontológica realizada (pré-natal odontológico) no município de Mariana (MG) e propor estratégias que promovam o enfrentamento deste problema.

3.2 Objetivos específicos

- Realizar uma revisão de literatura sobre os principais aspectos que envolvem o Pré-Natal Odontológico, visando orientar o cirurgião-dentista e demais profissionais das equipes de saúde para o cuidado odontológico da gestante;
- Conhecer as barreiras e facilitadores para a realização do pré-natal odontológico, através da perspectiva dos profissionais da saúde, médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e pacientes;
- Construir um plano de intervenção que envolva a elaboração de protocolo e fluxos pré-definidos para facilitar o acesso e aumentar a proporção de gestante com atendimento odontológico, baseado em tecnologia social, com a participação de informantes-chaves e atores envolvidos no problema.

4 METODOLOGIA EXPANDIDA

O primeiro estudo realizado para essa dissertação foi uma revisão da literatura científica nos últimos 40 anos, nas bases de dados PubMed, BVS e Google Acadêmico. Foram selecionados artigos e documentos governamentais que abordavam aspectos normativos e clínicos referentes ao PNO, priorizando referências de sínteses de evidências, tais como *guidelines* e revisões sistemáticas. Os resultados foram organizados de forma crítico-narrativa, em um formato que facilite a compreensão do profissional e permita a incorporação dos dados na prática clínica diária. Tais resultados foram organizados em categorias temáticas, utilizando-se quadro para organização da informação.

No segundo estudo, para responder ao problema de pesquisa, optou-se pelo desenho de estudo de método misto sequencial explanatório (Fetters; Tajima, 2022). Justifica-se essa abordagem pelo reconhecimento que tanto a abordagem quantitativa quanto a qualitativa, de forma individual, seria insuficiente para compreender a multiplicidade de aspectos que envolvem a oferta do pré-natal odontológico (PNO). Iniciou-se a coleta de dados pela abordagem quantitativa com os profissionais da saúde, que buscou identificar de forma coletiva como se dá a oferta do PNO. Em seguida, partindo dos dados iniciais e procurando complementá-los, foi realizada a coleta de dados qualitativos, que aprofundou a investigação dos fatores dificultadores e facilitadores para a oferta do PNO, com o intuito de responder lacunas identificadas na primeira etapa de coleta, e incluindo junto com a percepção dos profissionais da saúde, o ponto de vista das gestantes, tanto daquelas que receberam quanto das que não receberam o atendimento odontológico. Assim, duas características essenciais dos estudos de métodos mistos foram atendidas: complementaridade e sequencialidade (Oliveira *et al.*, 2021).

Foram seguidas as recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), um *checklist* internacionalmente recomendado para a descrição de pesquisas de natureza observacional (Malta *et al.*, 2010).

Este estudo envolveu o Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública e alunos do curso de graduação em Odontologia, ambos da Faculdade de Odontologia (FAO) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e atendeu a uma demanda específica da Secretaria Municipal de Saúde de Mariana (MG).

Estiveram contemplados a execução de coleta de dados primários e o desenvolvimento de produto técnico com vistas à incorporação nos serviços públicos de saúde bucal do município.

O Produto Técnico encaixa-se na categoria de Tecnologia Social. De acordo com o Grupo de Trabalho sobre produção técnica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), trata-se de um método, processo ou produto transformador, desenvolvido e/ou aplicado na interação com a população e apropriado por ela, que representa uma solução, para inclusão social e melhoria das condições de vida, atendendo aos requisitos de simplicidade, baixo custo, fácil aplicabilidade e replicabilidade (CAPES, 2019).

Projetos de intervenção em saúde são um conjunto de ações que objetivam a mudança de algo que está apresentando problema, inviabilidade ou precisa ser melhorado. Isso inclui a organização e administração dos serviços de saúde, o processo de trabalho dos profissionais envolvidos, a assistência propriamente dita e as ações de educação em saúde. Este tipo de metodologia possibilita, ainda, investigar os efeitos de uma intervenção em um determinado público (Vasconcelos, 2007).

A problematização para o reconhecimento da realidade permite a tomada de consciência dos problemas existentes na organização de uma equipe e pode resultar na modificação da prática profissional de grupos e indivíduos, a partir da busca do conhecimento e da construção coletiva de estratégias factíveis para o aprimoramento da realidade problematizada (Esperidião *et al.*, 2017).

No caso presente, no Município de Mariana, o produto técnico está sendo construído de forma integrada com os profissionais de saúde e a população alvo, as gestantes. Trata-se de um projeto de intervenção na área da saúde bucal, visando uma reorganização no atendimento odontológico à gestante, por meio de um planejamento de ações que visam estabelecer o fluxo de forma mais eficaz, promovendo uma maior aceitação da gestante às consultas de pré-natal odontológico e facilitando a inserção da mesma no serviço (Cruz, 2016).

4.1 Desenho de estudo

Estudo de método misto sequencial explanatório.

4.2 Contexto

O município de Mariana está localizado na macrorregião de saúde Centro, no estado de Minas Gerais, distante 115 quilômetros da capital mineira, Belo Horizonte. A população estimada em 2021 é de 61.830 habitantes, predominantemente urbana, com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,742, considerado alto (IBGE, 2022).

Mariana possui 35 Unidades de saúde vinculados ao SUS; destas, 12 ofertam atendimento odontológico, com uma equipe de 30 cirurgiões-dentistas atuando no SUS, sendo nove cirurgiões-dentistas de equipes de saúde bucal, na Estratégia de Saúde da Família, e vinte e um cirurgiões-dentistas da APS. Em relação aos serviços de pré-natal municipais, no ano de 2023, 465 gestantes estavam sendo acompanhadas pelo SUS. Destas, 186 passaram pelo menos por uma consulta odontológica (40%)² e 279 gestantes não receberam atendimento odontológico (60%). Todos os cirurgiões-dentistas prestam atendimento às gestantes do município.

4.3 Participantes

Participaram deste estudo cirurgiões-dentistas, médicos pré-natalistas, enfermeiros/técnicos de enfermagem responsáveis pela gestão do pré-natal nas unidades de saúde e gestantes do município de Mariana. A seguir, os detalhes para cada categoria de participantes, com os critérios de inclusão e exclusão:

- Cirurgiões-dentistas que atuam nos serviços públicos odontológicos do SUS de Mariana. Foram computados ao final do estudo, como perda, os profissionais que se recusaram a participar ou que estiveram indisponíveis (em período de férias e/ou licença/afastamento do trabalho) durante a coleta de dados.
- Médicos pré-natalistas que atuam em um dos 35 estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS de Mariana. Foram computados ao final do estudo, como perda, aqueles que se recusaram a participar ou que estiveram indisponíveis (em período de férias e/ou licença/afastamento do trabalho) durante a coleta de dados.

²Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB
Acesso em 04 de junho de 2024 às 22:04h

- Enfermeiros/técnicos de enfermagem relacionadas ao pré-natal de cada um dos 35 estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS de Mariana. Foram computados ao final do estudo, como perda, aqueles que se recusaram a participar ou que estiveram indisponíveis (em período de férias e/ou licença/afastamento do trabalho) durante a coleta de dados.
- Gestantes acompanhadas pelo serviço de pré-natal no SUS de Mariana. Foram identificadas as gestantes que passaram ou não por atendimento odontológico, através do sistema de informação da Secretaria Municipal de Saúde. Assim, houve dois grupos de gestantes participantes: gestantes com atendimento odontológico e gestantes sem atendimento odontológico. As gestantes sem atendimento odontológico foram as que recusaram o atendimento mesmo sabendo da oferta do serviço, as gestantes que não sabiam da oferta do serviço e as que tinham necessidade de atendimento odontológico. Foram computadas ao final do estudo, como perda, as gestantes que se recusaram a participar durante a coleta de dados. Foram incluídas as gestantes maiores de 18 anos de idade.

4.4 Treinamento dos pesquisadores, estudo piloto e coleta dos dados

a.1 Treinamento dos pesquisadores

A equipe de pesquisadores envolvida com a coleta de dados passou por um treinamento prévio para padronização dos processos de pesquisa e coleta de dados, tendo duas pesquisadoras sêniores como referência.

4.4.2 Estudo piloto

O estudo piloto, tendo como objetivo testar o questionário e o roteiro das entrevistas, foi desenvolvido no próprio município de Mariana, com pessoas oriundas do mesmo universo de participantes do estudo principal.

O questionário foi aplicado a três cirurgiões-dentistas, dois médicos pré-natalistas e duas enfermeiras/técnicas de enfermagem do pré-natal, correspondendo a 10% do universo de participantes de cada categoria que fez parte do estudo. Foi utilizado o método de entrevistas cognitivas com o objetivo de maximizar a quantidade e a precisão das informações colhidas dos entrevistados, minimizando as chances de

distorções, esquecimentos, identificar a compreensão do texto, verificar a clareza das perguntas e opções de resposta e a facilidade e/ou dificuldade no entendimento e no preenchimento do questionário em questão (Pinto; Stein, 2015). Essa etapa foi desenvolvida com base no referencial teórico da metodologia de *survey* (Bradburn; Sudman; Wansink, 2004). O diário de campo, com as observações e sugestões dadas pelos participantes, foi analisado e colaborou para a finalização do instrumento de pesquisa. Não houve necessidade de adaptação no questionário. Os participantes do estudo piloto puderam ser incluídos no universo final de participantes do estudo.

Os roteiros de entrevistas foram testados com dois participantes de cada categoria: cirurgiões-dentistas, médicos pré-natalistas, enfermeiros/técnicos de enfermagem do pré-natal, gestantes com atendimento odontológico e gestantes sem atendimento odontológico, até que se alcançou a saturação das respostas. Como não houve necessidade de adequação dos roteiros, essas pessoas passaram a compor parte do estudo principal. Da mesma forma que o estudo principal, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

A entrevista piloto com os cirurgiões-dentistas, médicos pré-natalistas e enfermeiros/técnicos de enfermagem do pré-natal foi realizada em sala reservada, sem interferência de outras pessoas, na unidade de saúde.

A entrevista piloto com as gestantes foi realizada em sala reservada, sem interferência de outras pessoas, com gestantes em um dia de atividade de grupo operativo na unidade de saúde, ou em sala de espera aguardando pela consulta de pré-natal.

O número de participantes, diferenciado para a abordagem quantitativa e qualitativa, e a condução do estudo piloto estão ancorados nos referenciais teóricos metodológicos deste projeto (Bradburn; Sudman; Wansink, 2004; Esperidião *et al.*, 2017; Graneheim; Lundman, 2004; Moser; Korstjens, 2018; Pinto; Stein, 2015; Vasconcelos, 2007).

4.4.3 Coleta de dados

Tendo quatro grupos de participantes, este estudo trabalhou com abordagem quali-quantitativa e a triangulação dos dados. Os dados foram obtidos de múltiplas formas, a saber:

4.4.3.1 Questionário para cirurgiões-dentistas

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturado autoaplicável, direcionado aos cirurgiões-dentistas, adaptado de um estudo prévio conduzido pela mesma equipe de pesquisadores, com questões abertas e fechadas, envolvendo a caracterização dos participantes da pesquisa, experiência com o atendimento clínico, organização dos serviços de saúde e relação com as equipes, além de vivências sobre esse atendimento (Rodrigues *et al.*, 2018) (APÊNDICE A).

A coleta dos dados foi realizada no ano de 2023. A relação dos cirurgiões-dentistas vinculados ao SUS, sua alocação nas unidades de saúde e seus respectivos endereços eletrônicos (*e-mails*) foram obtidos através da Secretaria Municipal de Saúde. Os cirurgiões-dentistas foram previamente informados sobre a execução da pesquisa através da equipe de pesquisadores, com o apoio da Coordenação de Saúde Bucal do município, e foi obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de cada um que aceitou participar do estudo.

O questionário foi enviado para os cirurgiões-dentistas do município através de correio eletrônico (*e-mails*). Junto com o questionário, foi enviado o TCLE, que foi assinado de forma digital. O questionário foi veiculado na plataforma digital *Google Forms*[®], a qual permite exportar os resultados em planilhas no formato Excel. Foram realizadas três tentativas de envio do questionário, em caso de não-resposta. Por fim, um contato direto com o dentista, através de ligação telefônica ou aplicativo de mensagem, foi tentado como última alternativa para obtenção de resposta.

4.4.3.2 Questionário para enfermeiros/técnicos de enfermagem do pré-natal

Para a coleta de dados, foi elaborado um questionário semiestruturado autoaplicável, direcionado aos enfermeiros/técnicos de enfermagem do pré-natal, adaptado de um estudo prévio conduzido pela mesma equipe de pesquisadores, com questões abertas e fechadas, envolvendo a caracterização dos participantes da pesquisa, referenciamento de gestantes para o tratamento odontológico, colaboração com a equipe de saúde bucal e organização dos serviços de saúde (Rodrigues *et al.*, 2018) (APÊNDICE B).

A coleta dos dados foi realizada no ano de 2023. A relação dos enfermeiros/técnicos de enfermagem de pré-natal, sua alocação nas unidades de

saúde e seus respectivos endereços eletrônicos (*e-mails*) foram obtidos através da Secretaria Municipal de Saúde. Os profissionais foram previamente informados sobre a execução da pesquisa através da equipe de pesquisadores, com o apoio da Coordenação de Saúde Bucal do município, e foi obtido o TCLE de cada um que aceitou participar do estudo.

O questionário foi enviado para os enfermeiros/técnicos de enfermagem do pré-natal através de correio eletrônico (*e-mails*). Junto com o questionário, foi enviado o TCLE, que foi assinado de forma digital. O questionário foi veiculado na plataforma digital *Google Forms*®. Foram realizadas três tentativas de envio do questionário, em caso de não-resposta. Por fim, um contato direto com esses profissionais, através de ligação telefônica ou aplicativo de mensagem, foi tentado como última alternativa para obtenção de resposta.

4.4.3.3 Questionário para médicos pré-natalistas

Para a coleta de dados, foi elaborado um questionário semiestruturado autoaplicável, direcionado aos médicos que realizam o pré-natal, adaptado de um estudo prévio conduzido pela mesma equipe de pesquisadores, com questões abertas e fechadas, envolvendo a caracterização dos participantes da pesquisa, referenciamento de gestantes para o tratamento odontológico, colaboração com a equipe de saúde bucal e organização dos serviços de saúde (Rodrigues *et al.*, 2018) (APÊNDICE C).

A coleta dos dados foi realizada no ano de 2023. A relação dos médicos, sua alocação nas unidades de saúde e seus respectivos endereços eletrônicos (*e-mails*) foram obtidos através da Secretaria Municipal de Saúde. Os profissionais foram previamente informados sobre a execução da pesquisa através da equipe de pesquisadores, com o apoio da Coordenação de Saúde Bucal do município, e foi obtido o TCLE de cada um que aceitou participar do estudo.

O questionário foi enviado para os médicos através de correio eletrônico (*e-mails*). Junto com o questionário, foi enviado o TCLE, que foi assinado de forma digital. O questionário foi veiculado na plataforma digital *Google Forms*®. Foram realizadas três tentativas de envio do questionário, em caso de não-resposta. Por fim, um contato direto com o médico, por ligação telefônica ou aplicativo de mensagem, foi tentado como última alternativa para obtenção de resposta.

4.4.3.4 Entrevistas com profissionais da saúde (cirurgiões-dentistas, enfermeiros/técnicos de enfermagem do pré-natal e médicos pré-natalistas)

Após responderem aos questionários, os profissionais envolvidos com o pré-natal (cirurgiões-dentistas, enfermeiros/técnicos de enfermagem do pré-natal e médicos pré-natalistas) participaram de uma segunda etapa de coleta de dados. Através dos questionários, foi possível identificar pontos-chaves relacionados à efetividade do pré-natal odontológico, que foram explorados com maior profundidade através de uma abordagem qualitativa. A coleta de dados se deu também no ano de 2024. As entrevistas foram realizadas de forma individual, conduzidas por quatro pesquisadores. Para cada profissional entrevistado, foi designado apenas um entrevistador. Foi aplicado um roteiro para a condução das entrevistas, que foram gravadas e posteriormente transcritas (Moser; Korstjens, 2018). Tal roteiro foi elaborado com base nas respostas obtidas com os questionários.

Devido às dificuldades de logística, optou-se por realizar as entrevistas de forma online, com data e hora pré-programados entre os participantes e a equipe de pesquisadores, para não haver prejuízo no atendimento ao usuário. A entrevista foi conduzida com o apoio do software *Microsoft Teams*[®], levando em torno de 15-20 minutos para a sua realização (Moser; Korstjens, 2018). Foi obtido o TCLE de cada profissional que aceitou participar do estudo.

4.4.3.5 Entrevistas com gestantes

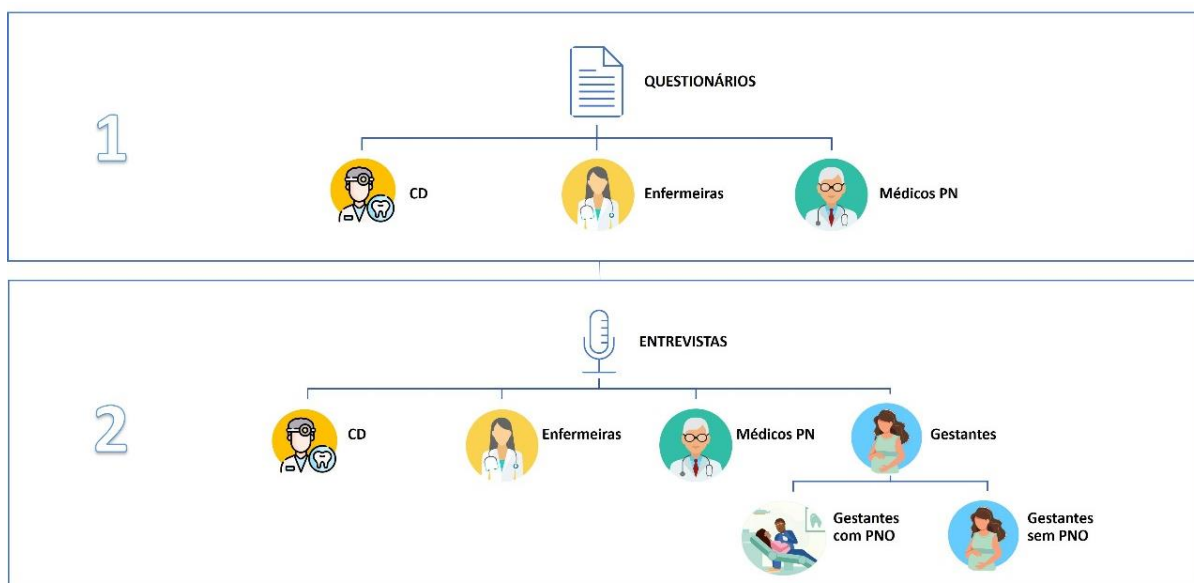
Foram conduzidas entrevistas em profundidade com as gestantes, através de abordagem qualitativa. A coleta de dados se deu com as gestantes acompanhadas no SUS, no ano de 2024. As entrevistas foram realizadas de forma individual, conduzidas por duas pesquisadoras. Para cada gestante entrevistada, foi designada apenas uma entrevistadora. Foi aplicado um roteiro para a condução das entrevistas, que foram gravadas e posteriormente transcritas (Moser; Korstjens, 2018) (APÊNDICE D).

As gestantes foram abordadas no dia de consulta de pré-natal com o médico e/ou equipe de enfermagem, ou em dia em que houve grupo operativo com gestantes, na sala de espera. A entrevista foi realizada em um local confortável, com maior privacidade, como uma sala reservada dentro da unidade de saúde, levando-se

para isso cerca de 10-15 minutos. Foi obtido o TCLE de cada gestante que aceitou participar do estudo. O termo foi assinado minutos antes da entrevista.

A Figura 1 apresenta um esquema sintético da coleta de dados:

Figura 1 – Representação da coleta de dados.



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

4.5 Fontes de dados

- Foram coletados dados primários, obtidos a partir da aplicação de questionários e entrevistas com cirurgiões-dentistas, enfermeiros/técnicos de enfermagem e médicos que conduzem o pré-natal da rede pública de saúde de Mariana.
- Foram coletados dados primários, obtidos a partir de entrevistas em profundidade com gestantes atendidas na mesma rede de serviços.

4.6 Viés

Para controlar possíveis fontes de viés na fase quantitativa do estudo, toda a coleta de dados foi padronizada, utilizando-se os mesmos instrumentos de pesquisa

para todos os grupos de participantes. Além disso, a equipe de pesquisadores foi treinada e calibrada para evitar erros na coleta dos dados.

4.7 Tamanho da amostra

Foi avaliado o universo de cirurgiões-dentistas (n=30) que atuam no serviço público odontológico de Mariana, não havendo necessidade de elaborar um plano amostral.

Em relação aos enfermeiros/técnicos e médicos do pré-natal, foi utilizada uma amostra de conveniência, com a inclusão de todos os médicos (n=13) e enfermeiros/técnicos de pré-natal (n=16) que atendem nas 35 unidades de saúde que realizam consulta de pré-natal.

Para as entrevistas em profundidade com os profissionais da saúde, foram selecionados cinco participantes de cada categoria profissional (dentistas, médicos, enfermeiros/técnicos do pré-natal), totalizando quinze entrevistas, quando então obteve-se a saturação das respostas (Moser; Korstjens, 2018).

Da mesma forma, foram escolhidas dez gestantes que receberam atendimento odontológico durante a gestação e dez gestantes que não receberam, totalizando vinte entrevistas, número esse adequado pois com ele obteve-se a saturação das respostas (Moser; Korstjens, 2018).

4.8 Análise dos dados

4.8.1 Questionários

Os dados obtidos a partir dos questionários foram lançados em um banco de dados no programa Excel. As respostas abertas foram analisadas e agrupadas semanticamente, estabelecendo-se a partir disso categorias de respostas. O banco de dados foi exportado para o programa *Statistical Package for the Social Sciences*[®], (SPSS; IBM, Estados Unidos) versão 23.0, onde foi conduzida a análise estatística descritiva dos dados. Os resultados embasaram a elaboração dos roteiros de entrevistas.

4.8.2 Entrevistas

Os dados obtidos a partir das entrevistas foram transcritos, por meio do software *Amberscript*[®], e *Microsoft Teams*[®], e armazenados em um banco de dados digital. Foi realizada leitura e releitura do material coletado, a procura de temas, emoções e percepções inesperadas, a partir de uma análise indutiva, até que se alcançou uma visão geral do todo e foi permitida a organização dos conteúdos em unidades temáticas (Moser; Korstjens, 2018). A análise foi realizada após o término da fase de entrevista. Para a análise dados, foi utilizado o método de Análise de Conteúdo de Graneheim e Lundman (2004), que traz um detalhamento de cada etapa da análise e ilustra o uso de conceitos relacionados ao procedimento de pesquisa. Esse método propõe medidas para alcançar confiabilidade (credibilidade, segurança e transferibilidade) ao longo das etapas do procedimento de pesquisa (Graneheim; Lundman, 2004). Os dados foram então apresentados em temas e categorias e realizada uma análise crítica reflexiva sobre os achados, com base no referencial teórico do projeto (Brasil, 2022; Chen; Hong; Fu, 2022; Krüger *et al.*, 2015; Rocha *et al.*, 2018).

Finalmente, os dados foram integrados e apresentados por meio de *joint display* de achados de métodos mistos, técnica de representação visual dos achados a qual utiliza uma variedade de estruturas que justapõe a apresentação das descobertas qualitativas e quantitativas. Uma estrutura de *joint display* para integrar e representar a análise integrada de métodos mistos pode consistir em tabelas, matrizes e figuras (Fetters; Tajima, 2022; Guetterman *et al.*, 2015). Neste estudo, utilizamos a combinação de gráfico e tabela, incluindo a meta-inferência, para apresentar a análise integrada dos achados.

4.9 Implicações éticas

Essa pesquisa respeitou todos os preceitos ético-legais que regem a pesquisa com seres humanos, conforme o preconizado pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde. Foi obtida a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Mariana (MG) para a condução do estudo no município, assim como a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG (CAAE: 74191023.5.0000.5149).

Não há conflitos de interesse nesse projeto. Foi mantido o sigilo e preservação da identidade de todos os participantes.

5 RESULTADOS

5.1 Produtos científicos

Foram produzidos dois artigos a partir dessa Dissertação. O primeiro artigo versa sobre uma síntese das evidências científicas acerca do PNO. No segundo artigo, são apresentados os resultados do estudo de métodos mistos, tendo como foco as barreiras e facilitadores para a oferta do PNO.

5.1.1. Artigo 1 (Submetido à Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil – ISBN 1806-9304)

**PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO: políticas públicas, segurança clínica e implicações
para a prática profissional**

Título abreviado - Pré-natal odontológico: implicações para a prática profissional

*PRENATAL DENTAL CARE: public policies, clinical safety and implications for professional
practice*

RESUMO

O Pré-Natal Odontológico (PNO) consiste na assistência odontológica à gestante durante o acompanhamento pré-natal como parte da integralidade do cuidado. Nesse período, são comuns alterações na cavidade bucal, consequências das alterações fisiológicas gerais, tornando as gestantes um grupo de pacientes de risco odontológico temporário. Apesar de seguro, o tratamento odontológico à grávida demanda conhecimentos específicos, e os profissionais devem estar preparados adequadamente para as especificidades do atendimento clínico. Permanece, ainda, diversos entraves para a realização do PNO, relacionados principalmente à recusa dos profissionais em realizar o atendimento, assim como os mitos e crendices acerca do tratamento. Este trabalho objetiva sintetizar os principais aspectos que envolvem o PNO,

através de uma revisão crítico-narrativa da literatura, visando orientar o cirurgião-dentista e demais profissionais das equipes de saúde para o cuidado odontológico da gestante. Foram analisadas as políticas públicas que recomendam o PNO, as evidências científicas acerca da segurança do tratamento odontológico e as implicações para a prática profissional. Os cuidados específicos são simples e fáceis de serem executados. Não requer grandes investimentos financeiros, e o impacto na qualidade de vida e promoção da saúde da gestante é inquestionável. As equipes de saúde devem estar capacitadas e envolvidas para que o PNO seja adequadamente efetivado.

Palavras-chaves: Cuidado pré-natal; saúde bucal; gestantes; assistência odontológica.

ABSTRACT

Prenatal Dental Care (PDC) consists of dental assistance to pregnant women during prenatal care as part of comprehensive care. During this period, changes in the oral cavity are common, consequences of general physiological changes, making pregnant women a group of patients at temporary dental risk. Despite being safe, dental treatment for pregnant women demands specific knowledge, and professionals must be adequately prepared for the specificities of clinical care. There are still several obstacles to carrying out the PDC, mainly related to the refusal of professionals to provide care, as well as myths and beliefs about the treatment. The objective of this work is to summarize the main aspects involving the PDC, through a literature critical-narrative review, aiming to guide the dentist and other health team professionals in the dental care of pregnant women. Public policies that recommend PDC, scientific evidence on the safety of dental treatment and the implications for professional practice were analyzed. The specific care is simple and easy to perform. It does not require large financial investments, and

the impact on the quality of life and health promotion of pregnant women is unquestionable. Health teams must be trained and involved for the PDC to be properly implemented.

Keywords: Prenatal care; oral health; pregnant women; dental care.

INTRODUÇÃO

As mulheres são as principais usuárias dos serviços de saúde, em especial do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil. Conformam um segmento social fundamental para as políticas de saúde, não apenas pela sua importância numérica, mas, especialmente, porque neste campo as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam em forte impacto nas condições de saúde das mulheres. A necessidade de cuidados especiais durante a gestação reforça a importância do direito reprodutivo da mulher, o qual depende de seu acesso a serviços de saúde de qualidade, que ofereçam meios de prevenção, inclusive, de problemas bucais. Nesse período, são comuns alterações na cavidade bucal, consequências das alterações fisiológicas gerais, tornando as gestantes um grupo de pacientes de risco odontológico temporário¹. Diversos estudos têm demonstrado a recusa de dentistas em atender gestantes. Apesar de seguro, o atendimento odontológico à grávida demanda conhecimentos específicos, e os profissionais deveriam estar preparados adequadamente para o diagnóstico das necessidades da gestante, o atendimento a esse grupo especial e/ou encaminhamento a profissional especializado. Apesar do atendimento odontológico à gestante fazer parte, inclusive, do protocolo de cuidados pré-natais no Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se um alto número de gestantes que não passam sequer por um único atendimento odontológico. Por isso, é premente a necessidade de capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado odontológico durante a gestação. Assim, foi objetivo desse trabalho revisar os principais

aspectos que envolvem o Pré-Natal Odontológico (PNO), visando orientar o cirurgião-dentista e demais profissionais das equipes de saúde para o cuidado odontológico da gestante.

METODOLOGIA

Para o alcance do objetivo deste trabalho, foi revisada a literatura científica nos últimos 20 anos, nas bases de dados PUBMED, BVS e Google Acadêmico. Foram selecionados artigos e documentos governamentais que abordavam aspectos normativos e clínicos referentes ao PNO, priorizando referências de sínteses de evidências, tais como *guidelines* e revisões sistemáticas. Os resultados foram organizados de forma crítico-narrativa, em um formato que facilite a compreensão do profissional e permita a incorporação dos dados na prática clínica diária. Tais resultados foram organizados em categorias temáticas, utilizando-se quadro para organização da informação.

POLÍTICAS VOLTADAS AO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO

Denomina-se Pré-natal Odontológico (PNO) a assistência odontológica à gestante durante o acompanhamento pré-natal como parte da integralidade do cuidado durante essa fase da vida². O pré-natal odontológico consiste em orientar a gestante sobre os cuidados com higiene e alimentação, realizar a avaliação de dentes e tecidos moles, elaborar um plano de tratamento baseado nas necessidades identificadas e executar os procedimentos odontológicos indicados ao longo da gestação, além da orientação para prática do aleitamento materno, visando a saúde e o bem-estar da gestante e do bebê³.

No Brasil, a 1^a. Conferência Nacional de Saúde Bucal caracterizou-se como um marco histórico tanto para a Odontologia brasileira, quanto para a oferta do PNO na Atenção Primária à Saúde (APS). O relatório final desta conferência foi a base teórico-política para a inserção da assistência odontológica no SUS e estabeleceu as prioridades mínimas para a assistência odontológica à população brasileira, e dentre elas encontrando-se o atendimento a gestante. Posteriormente, em 2004, o Ministério da Saúde (MS) criou as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), tendo como um dos principais objetivos a organização da atenção odontológica no âmbito do SUS. Estas diretrizes definem as gestantes como grupo prioritário de atendimento e recomendam que a mulher, ao iniciar o pré-natal, deve ser encaminhada para uma avaliação da sua condição de saúde bucal. Além disso, também orientam as Equipes de Saúde Bucal (ESB) sobre a importância da realização de ações educativo-preventivas para as gestantes, uma vez que as mães são as principais provedoras de cuidados com os filhos e possuem um papel primordial nos padrões de comportamento aprendidos durante a infância³.

A importância do PNO foi citada na 3^a. Conferência Nacional de Saúde Bucal, ainda em 2004, e está presente no Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal, publicado pelo MS em 2008. Anos mais tarde, em 2011, foi instituída a Rede Cegonha, por meio da Portaria de nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Compreendia um conjunto de ações dentro do sistema de saúde que tinha por objetivo garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as gestantes, oferecendo assistência desde o planejamento familiar até os dois primeiros anos de vida da criança. Nessa rede de cuidados, o cirurgião-dentista deveria se articular nos serviços de assistência pré-natal, garantindo um atendimento integral, humanizado e de qualidade, considerando-se assim o tratamento odontológico como uma etapa de rotina das consultas de pré-natal.

Em 2013, o MS reforçou a importância da assistência odontológica à gestante no Caderno de Atenção Básica de Pré-natal de Baixo Risco, e definiu as atribuições do cirurgião-

dentista na assistência à gestante⁴. Mais tarde, o PNO foi incorporado como um dos indicadores de desempenho do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) para avaliar a atuação das ESB na assistência odontológica à gestante na APS, através do indicador “Cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante”⁵.

Em 2014, a Caderneta da Gestante utilizada no SUS passou a ter uma página exclusiva destinada à consulta odontológica. Essa medida, além de proporcionar às ESB incluírem os dados do atendimento odontológico realizado durante o pré-natal, também foi importante para reiterar que o PNO deve ser uma etapa de rotina do pré-natal.

Em 2019, o MS alterou o modelo de financiamento da APS, substituindo o PMAQ pelo Programa Previne Brasil. Apesar das mudanças que ocorreram nas formas de repasse do financiamento federal para os municípios e o Distrito Federal, manteve-se o indicador de desempenho que avalia a cobertura do PNO na APS, sendo intitulado pelo novo programa como “Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado”. Foi preconizado para este indicador que durante o curso do pré-natal a gestante realizasse, pelo menos, uma consulta odontológica programática⁶. Outra estratégia adotada pelo MS para qualificar a assistência odontológica à gestante na APS foi o lançamento da Diretriz para a Prática Clínica Odontológica na APS² – documento que sintetiza as evidências científicas acerca do PNO – e do Plano Nacional de Garantia do Pré-Natal Odontológico no SUS. Este plano teve por objetivo ampliar o acesso das gestantes ao atendimento odontológico na APS, disseminar a importância do PNO tanto para a população, quanto para os profissionais de saúde do SUS e aumentar o resultado do indicador do Programa Previne Brasil.

Mais tarde, com a extinção do Previne Brasil, foi publicada pelo MS a Portaria nº 960, de 17 de julho de 2023, que instituiu o Pagamento por Desempenho da Saúde Bucal na APS, no âmbito do SUS⁷. Foram estabelecidos 12 indicadores do pagamento por desempenho a ser observado na atuação das ESB. Manteve-se o indicador “Proporção de Gestantes com

Atendimento Odontológico realizado”, e a orientação de que o atendimento clínico deveria ser individual, envolvendo o diagnóstico e tratamento de problemas bucais que pudessem ocasionar desfechos desfavoráveis na saúde materno-infantil. Contudo, em 2024, o MS por meio da Portaria nº 3493, de 10 de abril de 2024, que trata da instituição de nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso da APS no âmbito do SUS, revogou a Portaria nº 960 e sinalizou a retirada desse indicador do rol de indicadores do componente de qualidade do cofinanciamento, pois ele não foi citado na relação de temas sugeridos para os novos indicadores⁸. Não é incomum a retirada de determinados indicadores em prol de outros em políticas de financiamento público. A preocupação, nesse caso, recai na incerteza se a não incorporação do indicador como um componente de qualidade atrelado ao financiamento irá influenciar no baixo desempenho das equipes de saúde bucal na captação de gestantes para o tratamento odontológico. Entretanto, nada impede que os municípios não incorporem o indicador em seus serviços. É fato que durante o período em que o Programa Previnde Brasil esteve ativo, as taxas de PNO subiram exponencialmente no Brasil. Resta saber se os resultados do indicador refletiram um real aumento do acesso de gestantes ao tratamento odontológico, induzido pela política pública⁹.

Em síntese, a partir desse recorte histórico, evidencia-se que o PNO vem sendo preconizado no país pelo sistema e serviços de saúde, como um fator protetivo à saúde bucal da gestante e uma etapa de rotina do pré-natal. Apesar dos avanços consolidados, ao longo do tempo, nas políticas públicas voltadas para a garantia da assistência odontológica à gestante no SUS, observa-se que além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal, existem outros fatores determinantes e condicionantes do atendimento odontológico durante a gravidez, tais como as condições socioeconômicas, baixa percepção de necessidade de tratamento, medo e crenças populares¹⁰⁻¹³, além de dificuldades inerentes às condições fisiológicas da gestante¹⁴. Somam-se a esses o fato de profissionais que por desconhecimento ou medo acabam

negligenciando e postergando o atendimento¹⁵. A integração da equipe de saúde é essencial para maior esclarecimento à população sobre os cuidados de saúde bucal na gestação², devendo os profissionais saberem qual conduta clínica a ser tomada, medicações que podem ser prescritas e procedimentos que podem ser realizados, visando um atendimento seguro a gestante¹⁶.

AS ALTERAÇÕES BUCAIS DURANTE A GESTAÇÃO

Durante a gestação, o corpo feminino se transforma e são observadas diversas alterações fisiológicas, de ordem metabólica, postural, cardíaca, respiratória, hormonal, imunológica, gastrointestinal e uterina, dentre outras^{14, 17-19}. Em termos nutricionais, são esperadas modificações nos níveis de micronutrientes na gestação, em especial a presença de deficiência de ferro²⁰. Tais alterações são necessárias para que seja possível o desenvolvimento do feto no útero materno, e respondem às solicitações metabólicas, à formação dos tecidos, e à constituição de reservas para a vida que está se formando.

Na gestação, a mulher pode apresentar a pressão arterial mais baixa e uma frequência cardíaca mais rápida. O volume sanguíneo aumenta proporcionalmente com o débito cardíaco, que pode subir em cerca de 30% a 50% de seu total, quando comparado à paciente não gestante. Esse aumento do débito cardíaco ocorre a partir da sexta semana de vida intrauterina, e atinge seu pico entre o segundo e terceiro trimestre. O fluxo sanguíneo para o útero e placenta responde por cerca de 25% do débito cardíaco e é importante para o desenvolvimento fetal¹⁴.

A hemodinâmica da circulação também é alterada quando a gestante se deita em decúbito dorsal, principalmente depois que ela alcança o segundo trimestre. Nesta posição, o útero gravídico aumentado comprime-se sobre a veia cava inferior, impedindo o retorno venoso ao coração. Ao mesmo tempo, a aorta é comprimida significativamente. Portanto, o débito

cardíaco cai, resultando em redução da pressão uterina e perfusão fetal. Essa compressão aortacaval é denominada de Síndrome Hipotensiva Supina (SHS) ²¹. A gestante nessa fase da gravidez deve, preferencialmente, ser posicionada em inclinação lateral esquerda.

O aumento nos fatores de coagulação durante a gestação eleva o risco para tromboembolismo venoso¹⁴. A resistência à insulina cresce de acordo com o avançar da gestação, levando à manifestação da diabetes gestacional em pacientes mais susceptíveis¹⁹. Por fim, a farmacocinética das drogas é modificada devido às alterações fisiológicas, tornando necessário o ajuste na prescrição medicamentosa¹⁸. Tudo isso é particularmente importante quando voltamos nosso olhar para a saúde bucal da gestante. Tais alterações impactam diretamente sobre a condição de saúde bucal da gestante e o tratamento odontológico em si.

Segundo diversos autores, durante o período gestacional é possível identificar vasodilatação periférica dos tecidos moles da boca, gengivite e aumento da profundidade da bolsa periodontal²²⁻²⁴, alterações na saliva²⁵, na microbiota bucal e no metabolismo celular²⁶⁻²⁸, e aparecimento do tumor gravídico (granuloma piogênico)²⁹. Tais mudanças estão relacionadas a fatores como deficiências nutricionais, altos níveis hormonais, presença de biofilme dental, assim como o estado transitório de imunodepressão²⁷. O aumento nos níveis de estrógeno, especialmente progesterona, promovem uma diminuição na quimiotaxia dos neutrófilos e causa dilatação dos capilares gengivais, permeabilidade e liberação de exsudato gengival, o que pode explicar a exacerbação do processo inflamatório periodontal, uma tendência à vermelhidão, e ao aumento no sangramento durante o período gestacional^{24, 29}.

A prevalência da doença periodontal na gravidez, baseada em estudos epidemiológicos, tem variado de 20% a 90%^{22, 23, 30}. Diversos estudos têm comprovado que durante a gravidez é observada uma significativa proliferação de microrganismos na cavidade bucal, facilitando a colonização de periodontopatógenos tais como *Porphyromonas gingivalis*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Prevotella Intermedia*, *Bacteroides* e *Campylobacter retus*, além de

Candida, enquanto a microbiota parece se tornar mais anaeróbica conforme a gestação avança²⁶,^{28, 29}. Dessa forma, as evidências científicas confirmam que a gestante pode ser considerada uma paciente com risco temporário, maior que o normal, para desenvolver complicações periodontais. Deve-se ressaltar, no entanto, que a gestação não causa gengivite, mas pode agravar a condição pré-existente, sendo necessário cuidados especiais para prevenir a doença. Além disso, gestantes com uma pobre condição periodontal tendem a reportar impactos negativos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (“limitação funcional”, “dor física” e “desconforto psicológico”)³¹.

Da mesma forma, a presença de dor dentária é bastante recorrente durante a gestação, sendo a cárie o principal determinante para a dor³². Faz parte do ideário popular a relação entre gravidez e perda dentária^{11, 13}, com ditados populares como “a cada gestação um dente a menos”. Um estudo publicado em 2018 trouxe novos elementos a essa discussão, ao reportar a associação entre número de filhos e perda dentária para as mulheres, mas não para os homens, destacando que nascimentos adicionais podem ser prejudiciais para a saúde bucal da mãe, mas não para a saúde bucal do pai³³.

As mulheres de sociedades ancestrais mostraram uma maior prevalência de cárie dentária em comparação com os homens³⁴. Indivíduos exumados de 12 sítios arqueológicos sul-americanos foram examinados em busca de marcadores de saúde bucal (cárie, perda dentária ante morte, cárie profunda e hipoplasia de esmalte) e comparados em termos de fertilidade (taxa bruta de natalidade) e sistemas de subsistência, e os resultados sugeriram que a dieta e outras práticas culturais foram os fatores mais importantes que afetaram a saúde bucal das mulheres, podendo mascarar os efeitos hormonais na relação com a cárie³⁵. É fato que a cárie dentária é um problema recorrente na gestante¹, porém o efeito da gestação no desenvolvimento e progressão da doença não está claro, não havendo comprovação de uma relação direta entre gravidez e cárie. São os hábitos e as vivências que afetam o ambiente bucal nesse período. Além

disso, determinantes socioemocionais podem também estar envolvidos, como demonstra a relação entre depressão e cárie na gestação³⁶.

Dentre os fatores locais que contribuem para o desenvolvimento da cárie dentária na gestação estão a diminuição do pH bucal proporcionada pelas náuseas e vômitos, a alteração no padrão alimentar (qualidade e frequência) e o controle insuficiente de biofilme dental^{37, 38}. Náuseas e vômitos são frequentes no primeiro trimestre de gestação, geralmente pela manhã e melhorando com o transcorrer do dia – podendo ainda ocorrer nos trimestres seguintes, porém em menor intensidade^{14, 39}. O fluxo salivar aumenta nos primeiros meses da gestação, e a hiperatividade das glândulas salivares é um fenômeno comum nesse período^{25, 29}. O excesso de secreção salivar pode estimular ainda mais as náuseas e vômitos e, se persistir até o final da gravidez, pode provocar queda da capacidade tampão da saliva, fator importante no aumento do risco de desmineralização dental e desenvolvimento de cárie e lesões erosivas³⁸. Outro fator importante é a presença do refluxo da secreção gástrica para o esôfago, que ocorre pela diminuição da pressão, da peristalse e do tônus do esôfago, e ao final da gravidez, pela compressão e alteração da posição do estômago, causando azia em cerca de 30% a 50% das gestantes^{14, 17}.

A dieta é fator de risco para o desenvolvimento de lesões de cárie em pacientes de qualquer faixa etária, ou condição de vida. A ingestão de alimentos e bebidas ácidas contribuem para a erosão dental e devem ter seu consumo limitado. Os carboidratos da dieta, principalmente a sacarose, são estimuladores da cárie e exercem seu efeito cariogênico localmente na superfície dental. Gestantes tendem a apresentar dietas com potencial cariogênico com uma alta frequência de ingestão de carboidratos fermentáveis, principalmente sacarose, consumidos preferencialmente entre as principais refeições³⁷. Assim, as pacientes devem ser encorajadas a reduzir a frequência de ingestão de alimentos açucarados. Vale lembrar que a cárie apresenta fatores de risco em comum com outras doenças crônicas; dessa forma, uma dieta balanceada,

com redução da frequência desse tipo de alimento, também contribui para a prevenção de condições como o diabetes gestacional e a obesidade¹⁹.

Por fim, há evidências clínicas e científicas que a gestante tende a apresentar um controle deficiente do biofilme dental, diante do desafio da frequência de hábitos de higiene bucal que acompanhe o ritmo alimentar³⁸. Percebe-se um aumento do apetite e da sede em mais da metade das gestantes, iniciando no primeiro trimestre e persistindo até o final da gravidez. Diversos estudos demonstram um aumento na presença de placa dental durante a gestação, atuando assim como um fator determinante para o desenvolvimento da cárie, da mesma forma como o é para as doenças periodontais^{22, 24, 27, 38, 39}. Assim, uma das vertentes importantes do PNO é a educação em saúde da gestante, com ênfase na qualidade da dieta e na melhoria dos hábitos de higiene bucal adaptados à realidade de cada paciente.

PERIODONTITE MATERNA E OS EFEITOS ADVERSOS NA GESTAÇÃO

Estudos epidemiológicos e imunológico-biológicos levantaram a hipótese de que a doença periodontal na gestante poderia ser um fator de risco independente para o parto prematuro, nascimento de bebês com baixo peso e restrição do crescimento fetal. Diversas revisões sistemáticas confirmaram a relação entre parto prematuro e periodontite materna, mas a alta heterogeneidade entre os trabalhos e a falta de controle de variáveis de confusão colocaram em xeque seus resultados^{40, 41}.

Em uma meta-análise, quando avaliado o efeito do tratamento periodontal na diminuição da prevalência do parto prematuro, constatou-se que para população com alta incidência de intercorrências do nascimento ($\geq 20\%$), o tratamento periodontal reduziu o risco de parto prematuro e baixo peso⁴². A evidência, no entanto, era limitada, pois foram observados diversos vieses nos estudos mais uma vez, como a falta de controle de fatores de confusão.

Outra meta-análise confirmou que o fator protetor parecia estar condicionado aos grupos de risco elevado para a prematuridade e baixo peso ao nascimento⁴³. Mais recentemente, uma “umbrella review” compilou as revisões sistemáticas publicadas nos últimos dez anos e confirmou não haver relação entre a terapia periodontal não cirúrgica durante a gravidez e a ocorrência de parto prematuro e/ou nascimento de bebês com baixo peso⁴⁴. Em resumo, apesar de já terem sido publicados muitos estudos sobre essa temática – um dos trabalhos mais novos foi a publicação dos resultados da coorte de nascimento de 2015 de Pelotas (Brasil), a qual reportou um risco de até duas vezes maior para partos prematuros em mulheres com periodontite gestacional, quando comparadas com mulheres saudáveis⁴⁵ – a evidência deve ser analisada com cautela: a maioria dos trabalhos apresentou falta de controle de variáveis de confusão que tornam suas conclusões questionáveis, assim como suas limitações metodológicas não permitem adequadas conclusões sobre o real efeito da doença periodontal sobre os desfechos da gestação. Enquanto é consenso que as práticas de cuidados de higiene bucal devam fazer parte do pré-natal, não há evidência científica robusta de que o tratamento periodontal pode reduzir, de fato, o risco para a prematuridade.

MITOS E CRENÇAS NO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

O medo da dor e das situações de atendimento, tais como o raio-X, o barulho da turbina de alta rotação, o receio do tratamento fazer mal ao bebê, o desconforto sensitivo com a visão dos instrumentais, os cheiros e a posição horizontal na cadeira, funcionam como barreiras que impedem o tratamento odontológico^{10, 46}. Soma-se a isso as crenças e mitos que fazem parte do folclore popular e interferem na percepção da gestante sobre a sua real necessidade de tratamento¹⁵. Tais credences não são exclusivas do povo brasileiro – há diversos estudos na literatura que relatam saberes populares semelhantes¹² – e demonstram a força da cultura como

um dos principais dificultadores para a procura pelo atendimento odontológico e a necessidade de estratégias sociais para a desmistificação desses conceitos.

Em geral, a insegurança e o medo das gestantes em procurar atendimento odontológico estão relacionados a comportamentos culturais que são transmitidos de geração em geração e dificultam ou limitam o tratamento durante a gravidez^{10, 13, 46}. Os aspectos culturais que envolvem o uso dos serviços odontológicos, pelas gestantes, devem ser merecedores de cuidado por parte dos profissionais de saúde e da equipe de saúde bucal responsáveis pela atenção integral a essa parcela da população.

Todo tipo de tratamento odontológico eletivo e de urgência é possível durante a gravidez e em qualquer período da gestação. As crenças e tabus das mulheres grávidas, que as impedem de realizar o tratamento odontológico, não se justificam, uma vez que não existem evidências científicas que corroboram o não uso dos serviços de saúde bucal. Portanto, a gestação não causa perda dentária e tampouco os dentes das gestantes ficam fracos, pois não se perde cálcio durante a gravidez, já que os dentes não participam do metabolismo sistêmico do cálcio. Do mesmo modo, as sequelas da dor de dente ou da infecção são muito mais prejudiciais ao feto e à mãe do que as dificuldades e desconforto decorrentes do tratamento⁴⁷. O uso de anestésicos locais e as tomadas radiográficas, em gestantes, não oferecem riscos adicionais desde que as condições sistêmicas, o tipo e a dose da solução anestésica e as normas de segurança quanto a quantidade de radiação e a proteção da gestante, sejam controladas e respeitadas^{48, 49}. Para a gestante o uso de anestésicos locais e as tomadas radiográficas não oferecem riscos adicionais desde que as condições sistêmicas, o tipo e a dose da solução anestésica e as normas de segurança quanto a quantidade de radiação e a proteção da gestante, sejam controladas e respeitadas^{48, 49}. Assim, não se justifica adiar o tratamento odontológico em função do medo que advém da associação entre gestação e crenças¹².

Durante a gravidez a gestante está motivada para receber orientações e novos conhecimentos necessários à adoção de melhores práticas que se estenderão ao futuro bebê⁵⁰. Por isso, envolver as gestantes e profissionais de saúde em um processo em que se respeite os traços culturais desse segmento se reveste de importância para o planejamento resolutivo de ações que visam a qualidade da atenção e o bem-estar da gestante e do bebê.

SEGURANÇA DO ATENDIMENTO CLÍNICO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

Está comprovado que o tratamento odontológico não é apenas seguro e eficaz durante a gestação, como também necessário para promover saúde bucal e bem-estar à gestante. A literatura médico-odontológica apresenta inúmeros estudos que ressaltam a segurança do tratamento odontológico nessa fase do ciclo reprodutor feminino^{2, 17, 47, 51}. É imperativo que o cuidado odontológico seja planejado e ofertado de forma conjunta entre as equipes de saúde que atendem a paciente grávida². O profissional deve estar ciente da conduta clínica que pode ser tomada, o que pode ser prescrito, quais procedimentos podem ser adotados para que seja realizado um tratamento eficaz e seguro, garantindo a saúde da gestante e de seu bebê¹⁶. A mulher grávida necessita de atendimento singular, uma vez que está muito mais sensível psicologicamente e o espírito de preservação da espécie faz com que ela se preocupe mais com quaisquer intervenções em seu corpo^{10, 11, 13, 46, 52}. É importante ressaltar que um dos fundamentos importantes na abordagem odontológica é o estabelecimento do vínculo de confiança mútua entre profissional e paciente, que culmina na redução do medo e do estresse das consultas. As ações educativo-preventivas são essenciais nesse momento em que a gestante está aberta a novos conhecimentos, o que a levará a assumir novos hábitos de cuidado e proteção que se estenderão ao bebê e a toda família⁵⁰, justificando a ênfase da política nacional no cuidado a esse grupo especial.

Quando o tratamento deve ser realizado?

De acordo com o painel de experts estabelecido pelo Ministério da Saúde no Brasil, os tratamentos odontológicos da APS devem ser realizados, não limitados à tipo ou período gestacional, destacando-se a necessidade de considerar o incômodo e desconforto das gestantes em estágios mais avançados da gestação, bem como a presença de comorbidades que necessitem de avaliação criteriosa do cirurgião-dentista e da equipe de saúde². Os procedimentos odontológicos de urgência podem ser realizados durante toda a gestação, se levarmos em consideração que um atraso no tratamento eletivo possa resultar em risco significativo para a mãe e um risco indireto ao feto¹⁷. Da mesma forma, o rastreamento das doenças bucais no início da gestação possibilita a identificação dos fatores de risco e o início precoce do tratamento, especialmente das doenças periodontais, prevenindo assim efeitos adversos das doenças bucais na gestante². Cuidados especiais devem ser tomados em cada etapa da gestação⁵³.

1º trimestre

Primeiro dia do último período menstrual até 13ª semana de gestação. Nessa fase está ocorrendo a organogênese fetal, e é o período de maior risco para a teratogenicidade. Náuseas e enjoos são bastante comuns nos primeiros meses de gestação, e acontecem principalmente pela manhã, sendo, portanto, recomendável que as consultas odontológicas não sejam marcadas nesse horário^{14, 29, 39}. Diagnóstico, profilaxia e tratamento odontológico em geral, incluindo a tomada de raios-X quando necessária, podem ser realizados com segurança durante o primeiro trimestre, a fim de diagnosticar precocemente os fatores de risco e problemas que exigem cuidado imediato^{2, 17, 47, 51}.

2º trimestre

14^a até 27^a semana de gestação. Esse é o período mais indicado para o tratamento odontológico. Nesse trimestre, é comum que as náuseas e os enjoos já tenham passado, e um grande bem-estar e disposição tomam conta da mulher. O útero ainda não está com o volume tão aumentado, principalmente se a mulher for primigesta, favorecendo a posição da gestante na cadeira odontológica^{14, 29}. Dessa forma, podem ser realizados todos os tipos de procedimentos odontológicos, incluindo procedimentos cirúrgicos (cirurgia oral menor) e endodônticos^{2, 17, 47, 51}.

3º trimestre

28^a semana até o nascimento. É característico dessa fase o cansaço da gestante, pois ela alcança o volume máximo do seu útero. São comuns os inchaços, especialmente dos membros inferiores, o retorno das náuseas e azias (devido ao aumento uterino e a dificuldade em se alimentar) e problemas com a sua locomoção^{14, 29, 39}. Nesse trimestre, há um risco maior para a Síndrome Hipotensiva Supina (SHS)²¹. Cuidados específicos referentes ao posicionamento na cadeira são necessários (descritos a seguir). É recomendável também que os procedimentos odontológicos nesse período sejam mais breves.

Posicionamento na cadeira odontológica

Como mencionado anteriormente, a partir da 30^a semana de vida intrauterina, o débito cardíaco materno é ligeiramente reduzido, devido à obstrução da veia cava inferior pelo útero gravídico. Essa compressão parece estar relacionada com a SHS durante esse período²¹. As

manifestações clínicas da SHS podem incluir um aumento inicial transitório da frequência cardíaca e pressão arterial, seguidas por hipotensão, bradicardia e síncope¹⁷. Nessas situações, a grávida instintivamente desloca o útero para o lado esquerdo, para aliviar a pressão sobre a veia cava inferior, sendo suficiente para corrigir a síndrome.

O conhecimento dessa condição é essencialmente importante quando se relaciona com o atendimento odontológico da gestante, já que a posição supina pode favorecer a compressão da veia cava inferior e contribuir para o aparecimento da síndrome. Dessa forma, recomenda-se que a paciente grávida seja acomodada na posição em decúbito lateral, particularmente no terceiro trimestre, quando o aumento do volume uterino passa a ser significativo. O deslocamento do útero para o lado esquerdo é obtido através da colocação de uma almofada ou suporte confortável nas costas da gestante no lado direito entre 10 e 12 cm de altura, promovendo um leve deslocamento do peso fetal para o lado esquerdo⁵¹. A posição sentada pode ser adotada, principalmente em intervenções odontológicas realizadas no arco dentário inferior². Recomenda-se também que a cadeira odontológica esteja em 45° em relação ao solo, ao invés dos usualmente 60° graus utilizados com a maioria dos pacientes. Na posição de 45° graus a paciente fica “sentada”, quando comparada à posição “deitada” de 60° graus, contribuindo também com a prevenção da SHS.

PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA EM ODONTOLOGIA

A prescrição de medicamentos para a gestante deve ser cautelosa. A barreira placentária, na prática, não impede que os medicamentos ingeridos durante a gestação atinjam o feto, e estes podem causar prejuízos de diversos efeitos ao seu desenvolvimento. Para isso, é imprescindível que o profissional da saúde seja profundo conhecedor do assunto, embasado cientificamente para a tomada de decisão clínica. A seguir, descreveremos de forma breve – visto que o assunto

não se esgota aqui – as recomendações para a prescrição dos principais medicamentos de uso odontológico à paciente gestante^{18, 54-57}, e apresentaremos de forma esquemática a classificação desses medicamentos de acordo com a FDA (*U.S. Food & Drug Administration* - Agência Federal do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos responsável pela proteção e promoção da Saúde Coletiva através do controle e supervisão de diversos itens como a prescrição de fármacos e vacinas), tomando por base, predominantemente, o primeiro trimestre da gestação. O quadro 1 apresenta uma síntese dos medicamentos mais comumente utilizados na clínica odontológica, e a recomendação de uso para o período gestacional.

A classificação dos fármacos pela FDA se dá na seguinte forma:

Categoria A – refere-se à medicamentos e substâncias para as quais os estudos controlados em mulheres não têm mostrado risco para o feto durante o primeiro trimestre e a possibilidade de dano fetal é bastante remota;

Categoria B – os estudos realizados em animais não indicam que a substância oferece risco para o feto, mas não há estudos controlados em humanos que mostrem efeitos adversos sobre o mesmo. Deve-se considerar os medicamentos e substâncias incluídos nessa categoria de prescrição com cautela;

Categoria C – os estudos em animais têm demonstrado que esses medicamentos podem exercer efeitos teratogênicos ou são tóxicos para os embriões, mas não há estudos controlados em mulheres ou não há estudos controlados disponíveis em animais nem em humanos. Deve-se considerar os medicamentos e substâncias incluídos nessa categoria de prescrição com risco.

Categoria D – existe evidência de risco para os fetos humanos, mas os benefícios em certas situações, como por exemplo, nas doenças graves ou que põem em risco a vida e para as quais não existe outra alternativa terapêutica, podem fazer com que o uso durante a gravidez esteja

justificado, apesar dos riscos. Deve-se considerar os medicamentos e substâncias incluídos nessa categoria de prescrição como sendo de alto risco.

Categoria X – estudos em animais ou humanos têm demonstrado que o medicamento causa alterações fetais ou há evidência de aumento no risco para o feto com base na experiência em humanos ou ambos. O risco supera claramente qualquer possível benefício. Deve-se considerar os medicamentos e substâncias incluídos nessa categoria de prescrição como sendo de perigo.

Em 2014, a FDA publicou o “Conteúdo e formato de rotulagem para a prescrição de medicamentos em humanos e produtos biológicos - Requisitos para Rotulagem na Gravidez e Lactação”, referido como “Regra de Rotulagem na Gravidez e Lactação - PLLR Administration, 2014 #57}. O PLLR propõe alterações no conteúdo e no formato das informações apresentadas nas bulas dos medicamentos para auxiliar os profissionais de saúde na avaliação do benefício versus risco e no aconselhamento subsequente de mulheres grávidas e nutrízes que precisam tomar medicações, permitindo-lhes, assim, tomarem decisões informadas e educadas para si mesmas e para seus filhos. O PLLR remove as categorias de classificação das medicações da FDA (citadas acima). O PLLR também exige que as bulas sejam atualizadas quando as informações se tornarem obsoletas. Contudo, a classificação alfabética (A, B, C, D e X) ainda pode ser utilizada, devido à sua praticidade e histórico de uso.

Analgésicos

O analgésico de eleição para a gestante é o paracetamol. É considerado um medicamento sem efeitos teratogênicos e o mais seguro para ser prescrito durante a gestação e lactação. O ácido acetil salicílico (AAS) interfere com a função plaquetária e pode causar sangramento materno ou fetal. Contudo, ele é utilizado para tratar e prevenir a pré-eclâmpsia, especialmente em pacientes de alto risco, mulheres com síndrome do anticorpo antifosfolípídeo e história de

aborto espontâneo recorrente (associado ou não à heparina) e pacientes submetidas à fertilização in vitro. O AAS não aumenta a incidência de aborto ou morte intrauterina, assim como não tem efeitos teratogênicos. Já a dipirona pode estar relacionada com a agranulocitose fetal e anemia aplástica, e tem seu uso contraindicado na gestação. Nos Estados Unidos, a dipirona não é mais comercializada, mas ainda está disponível em alguns países da Europa, Ásia e América do Sul, como o Brasil. Seu uso não está associado com más formações congênicas, porém estudos recentes têm associado a dipirona com tumores na infância⁵⁸.

Antibióticos

O antibiótico de eleição para a gestante é a amoxicilina. Apresenta excelente tolerância pela mãe e é inócua ao feto. Para a paciente alérgica à amoxicilina, é indicada a clindamicina. A cefalosporina apresenta farmacocinética, tolerância e riscos durante a gestação similares à penicilina. Já as sulfonamidas e o cloranfenicol devem ser evitados na gravidez, por apresentarem potencial teratogênico e causarem imaturidade renal, deficiência enzimática, problemas hematológicos e a Síndrome Cinzenta do Recém-nato Prematuro, respectivamente. Por fim, a tetraciclina não deve ser prescrita à gestante, devido ao risco de pigmentação dos dentes do bebê. Tal antibiótico tem a capacidade de se ligar a hidroxiapatita no esmalte dentário em desenvolvimento, prejudicando sua formação e causando descoloração do dente. Além disso, esse fármaco tem apresentado potencial de atuar sobre a formação óssea.

Anti-inflamatórios

Não devem ser prescritos à gestante. Por atuarem na síntese das prostaglandinas, causam bloqueio na produção de prostaglandinas e tromboxano, levando à predisposição para o

aumento do sangramento. Também podem levar à constrição do ducto arterioso intrauterino e ao prolongamento da gestação e trabalho de parto.

Ansiolíticos e antidepressivos

Seu uso deve ser analisado levando-se em consideração os riscos e benefícios para a grávida e o feto. Alguns desses fármacos deprimem a função do sistema nervoso central no recém-nascido e podem causar a síndrome de abstinência no bebê. Não clínica odontológica, não são recomendados o seu uso.

Anticoagulantes

São teratogênicos e devem ser evitados durante a gestação. Podem causar defeitos congênitos, aborto, hipoplasia nasal e calcificações epifisárias.

ANESTÉSICOS LOCAIS

O uso de anestésicos locais em Odontologia é aceitável e seguro⁴⁸. Estudos mostraram que esse uso de anestésicos não teve efeito indesejado e nem aumentou o risco de anomalias graves durante a gestação, podendo concluir que as gestantes não devem ser privadas de atendimento odontológico⁵⁹. No entanto, os anestésicos locais atravessam livremente a placenta, e seu potencial de toxicidade fetal deve ser considerado. É necessário que o profissional esteja atento para as condições de saúde da paciente, dose máxima recomendada e a utilização de vasoconstritor. O quadro 1 também inclui informação sobre a indicação de anestésicos odontológicos para a gestante.

O uso de vasoconstritor com anestésico local ainda é controverso, porém é permitido. Deve-se buscar obter um efeito anestésico suficiente, e evitar a liberação de catecolaminas endógenas, causada pela ansiedade e a submissão a processos dolorosos. Os vasoconstritores mais comumente utilizados são: felipressina ou octapressin, e aminas simpatomiméticas, que incluem as catecolaminas - tais como adrenalina (epinefrina) e noradrenalina (norepinefrina), e as não-catecolaminas, como fenilefrina. A preocupação com o uso de epinefrina diz respeito ao risco de injeção intravascular acidental, a qual pode causar vasoconstrição arterial intrauterina e decréscimo do fluxo sanguíneo intrauterino, porém seu uso não é contraindicado¹⁷. Por outro lado, atenção especial deve ser dada para o uso do vasoconstritor felipressina, que é contraindicado para pacientes gestantes, pois apresenta risco de aumentar a contratilidade uterina.

A Lidocaína é o anestésico local de primeira escolha para gestantes. É utilizada em baixas doses e, apesar de atravessar a barreira placentária, não afeta o feto, independentemente do trimestre de gestação. Os agentes anestésicos locais exibem um início de ação mais rápido e duração mais prolongada durante a gestação, sendo que a Lidocaína tem efeito entre dois a cinco minutos e é efetiva por uma a duas horas dependendo da dose e de cada paciente. A solução que apresenta maior segurança é a Lidocaína 2% com adrenalina 1:100.000, sendo sugerida a dose máxima de dois tubetes por sessão².

A Prilocaína é um anestésico de maior toxicidade que a Lidocaína, produz pouca vasodilatação e, portanto, pode ser utilizada sem vasoconstritor. É considerada uma alternativa quando há contraindicações para o uso de anestésico com vasoconstritor. Sua indicação é limitada, devido ao risco de dificultar a circulação placentária e provocar a metemoglobinemia⁶⁰. Este agente anestésico produz um metabólito chamado ortotoluidina, que é capaz de transformar a hemoglobina em metahemoglobina, especialmente quando administrado em altas doses, e só irá se manifestar após uma dose de 8 mg/kg. A

metemoglobinemia pode levar a um quadro de cianose, e sua severidade irá depender da quantidade de medicamento absorvido no local da injeção e da presença de fatores de risco, como doenças cardíacas e anemias.

Quadro 1. Classificação e recomendação dos principais fármacos de uso odontológico para a paciente gestante.

MEDICAMENTOS COMUMENTE USADOS NA ODONTOLOGIA E SUA RELAÇÃO COM A GESTAÇÃO			
ANALGÉSICOS			
APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	CLASSIFICAÇÃO	RISCO E RECOMENDAÇÃO
Paracetamol	1 comprimido de 500mg de 6/6 horas enquanto houver dor	B	Mínimo. Consumo elevado pode levar a lesões hepáticas e renais na mãe e no feto. Analgésico de 1ª escolha para gestante
Dipirona	-	Sem informação	Pode causar agranulocitose fetal. Não seguro. Não deve ser prescrito na clínica odontológica
Ácido acetilsalicílico	-	C	Interfere na função plaquetária. Em baixas doses é recomendado para gestantes de alto risco para pré-eclâmpsia. Não deve ser prescrito na clínica odontológica
Codeína	-	C	Pode causar malformações do aparelho respiratório. Risco fetal não pode ser excluído. Utilizar somente quanto o benefício superar o risco. Não seguro. Não deve ser prescrito na clínica odontológica
ANTIINFLAMATÓRIOS			
APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	CLASSIFICAÇÃO	RISCO E RECOMENDAÇÃO
Ibuprofeno	1 comprimido de 400mg a de 6/6 horas	B (1º e 2º trimestre) D (3º trimestre)	Após 2º trimestre: deve-se evitar utilizar por mais de 72 horas. Não usar após a 20ª semana. Risco de fechamento precoce do ducto arterioso. Deve ser utilizado com cautela
Diclofenaco de Sódio	-	D	Inibe a síntese de prostaglandinas. Não seguro. Não deve ser prescrito na clínica odontológica
Naproxeno	-	D	Inibe a síntese de prostaglandinas.

			Não seguro. Não deve ser prescrito na clínica odontológica
ANTIBIÓTICOS			
APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	CLASSIFICAÇÃO	RISCO E RECOMENDAÇÃO
Amoxicilina Infecções leves	1 comprimido de 500mg de 8/8 horas, por 7 dias	B	Mínimo Antibiótico de 1ª escolha para gestante
Clindamicina	1 comprimido de 300mg de 8/8 horas, por 7 dias	B	Mínimo, porém evidências científicas frágeis. Opção para casos de alergia à Penicilina e infecções ósseas Deve ser utilizado com cautela
Azitromicina	1 comprimido de 500 mg ao dia, por 3 dias	B	Mínimo, porém evidências científicas frágeis. Deve ser utilizado com cautela
Metronidazol	1 comprimido de 400mg de 8/8 horas, por 7 dias	B	Risco de má-formação fetal no 1º trimestre não confirmado. Recomenda-se utilizar apenas após o 2º trimestre
Tetraciclina	-	D	Causa manchamento dental, inibição do desenvolvimento ósseo na criança e aborto no 1º trimestre. Não seguro. Não deve ser prescrito na clínica odontológica
ANESTÉSICOS LOCAIS			
APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	CLASSIFICAÇÃO	RISCO E RECOMENDAÇÃO
Lidocaína 2% com vasoconstritor adrenalina 1:100.000	1 a 2 tubetes de anestésico*	B	Mínimo Anestésico de 1ª escolha para gestante
Prilocaina	1 a 2 tubetes de anestésico*	B	Risco de metomeglobinemia. Usar com cautela
Mepivacaína com adrenalina	1 a 2 tubetes de anestésico*	Sem informação	Risco de bradicardia fetal. Usar com cautela
Bupivacaína com adrenalina	1 a 2 tubetes de anestésico*	Sem informação	Efeito de longa duração. Risco de bradicardia fetal. Não há segurança para o seu uso.

			Não é recomendado seu uso
Articaína com adrenalina	1 a 2 tubetes de anestésico*	C	Alta lipossolubilidade. Risco de metomeglobinemia. Não há segurança para o seu uso. Não é recomendado seu uso.
<i>Evitar o uso de vasoconstritor FELIPRESSINA, pois apresenta risco de aumentar a contratilidade uterina.</i>			
SEDATIVOS, ANSIOLÍTICOS E ANTIDEPRESSIVOS			
APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	CLASSIFICAÇÃO	RISCO E RECOMENDAÇÃO
Diazepan	-	D	Pode causar malformações cardiovasculares, fenda palatina, lábio leporino. Não deve ser prescrito à gestante
Lorazepam	-	D	Risco de síndrome de abstinência fetal, lábio leporino. Não deve ser prescrito à gestante
Amitriptilina	-	D	Pode causar taquicardia fetal, abstinência fetal, efeitos anticolinérgicos fetais, retenção urinária, obstrução intestinal, Risco mínimo de teratogenicidade. Não deve ser prescrito à gestante
ANTICOAGULANTE			
APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	CLASSIFICAÇÃO	RISCO E RECOMENDAÇÃO
Warfarina	-	D	Causa hemorragia fetal. Risco de aborto. Não deve ser prescrito à gestante
CORTICÓIDES			
APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	CLASSIFICAÇÃO	RISCO E RECOMENDAÇÃO
Triancinolona acetonida	Aplicar uma pequena quantidade (cerca de 6 mm), sem esfregar, sobre a lesão até que se desenvolva uma película fina, de 2 a 3 vezes ao dia, de preferência após as refeições e antes de dormir.	C	Não há estudos controlados. Deve-se avaliar o risco-benefício Usar com cautela
Dexametasona	-	C	Indicado para acelerar a maturação pulmonar fetal em

			mulheres em risco de parto prematuro. Não deve ser prescrito na clínica odontológica
OUTROS			
APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	CLASSIFICAÇÃO	RISCO E RECOMENDAÇÃO
Clorexidina	Bochecho de digluconato de clorexidina a 0,12% - 15 ml da solução por 1 minuto, 3 vezes ao dia	B	Não foi encontrado riscos fetais em estudos em animais. Usar apenas quando claramente necessário
ANTIVIRAL			
APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	CLASSIFICAÇÃO	RISCO E RECOMENDAÇÃO
Aciclovir creme (uso tópico)	Aplicação de aciclovir (creme/10mg); 5 vezes ao dia, com intervalos de aproximadamente quatro horas, suprimindo-se a aplicação no período noturno, durante 4 dias.	C	Não há estudos controlados. Deve-se avaliar o risco-benefício. Se a paciente apresentar infecção viral, é necessário tratar. Usar com cautela
ANTIFÚNGICO			
APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	CLASSIFICAÇÃO	RISCO E RECOMENDAÇÃO
Nistatina (uso tópico)	Uma colher de sopa do medicamento (15ml) deve ser colocada na boca, bochechado e posteriormente deglutido, de 3 a 4 vezes ao dia. V.O	C	Baixa absorção oral. Evidência inconclusiva. Sugestivo de risco de hipospádia em fetos expostos. Evitar uso durante período de risco para má-formação (8-14 semanas) Usar com cautela
Miconazol (uso tópico)	-	C	Não foi encontrado riscos fetais em estudos em animais. Evidência inconclusiva. Não deve ser prescrito à gestante
Fluconazol (uso oral)	-	C	Risco fetal em estudos em animais. Não deve ser prescrito à gestante

Legenda: *De acordo com as Diretriz para a Prática Clínica Odontológica na APS: tratamento em gestantes (Ministério da Saúde, Brasil), um a dois tubetes são suficientes para a conclusão dos procedimentos odontológicos realizados na Atenção Primária em Saúde.

Fonte: Autoria própria.

RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA

Os raios-x são um tipo de radiação eletromagnética que tem uma capacidade potencial de ionizar a matéria e passar por ela. Essa ionização fica alojada dentro das células de DNA, e dependendo da quantidade de radiação e fase gestacional, pode afetar o desenvolvimento e maturação de algumas células do feto, provocando a má formação. No entanto, as radiografias de uso odontológico podem ser utilizadas com segurança^{2, 17, 51}.

Uma revisão sistemática sintetizou os achados de 1957 até 2021 sobre os efeitos que as radiações ionizantes poderiam ter na gestante e no feto em formação⁴⁹. A quantidade de radiação ionizante produzida durante procedimentos radiográficos odontológicos, se conduzida adequadamente, é tão baixa que é improvável que atinja o limiar teratogênico. É improvável que a radiação ionizante advinda de raio-x odontológico cause defeitos congênitos no útero porque foi detectado que ela tem um efeito determinístico (não estocástico). Os achados mostram que a radiografia dentária necessária é segura em qualquer fase da gravidez, desde que sejam utilizados equipamentos de segurança adequados.

É importante que se avalie a real necessidade do exame para o diagnóstico, a fim de não banalizar o seu uso com a paciente gestante. Recomenda-se empregar filmes ultrarrápidos que permitam um menor tempo de exposição (0,2 a 0,3 segundos) ou utilizar radiografia digital¹⁷.

PREVENÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL

As consultas com o dentista são importantes no controle das doenças bucais, ao prevenir, diagnosticar e tratar os problemas bucais que porventura vierem a se manifestar na gestação. Ainda nos dias de hoje há uma defasagem em ações de promoção de saúde bucal direcionadas para gestantes, evidenciando a necessidade de implantação de intervenções educativas e preventivas⁶¹. Embora a gestação não cause as doenças bucais, as mudanças

hormonais podem agravar uma infecção já instalada⁵⁰ A paciente deve comunicar a gravidez ao seu dentista, para que os cuidados específicos necessários sejam tomados durante o seu atendimento.

O aconselhamento educativo-preventivo pode ser instituído de forma simples e eficaz nas consultas de PNO. A maioria das doenças gengivais pode ser prevenida ou controlada através da adequação do meio bucal⁶². O atendimento da gestante deve envolver o controle de biofilme, realizado por meio da motivação e participação da paciente, levando-se em consideração a avaliação de risco, o grau de reabilitação e as áreas de difícil acesso, dentre outros. Recomenda-se o uso de flúor e clorexidina, caso haja uma grande retenção de biofilme. Uma abordagem complementar envolve a análise da dieta, que é complexa e, em muitos casos, deveria ser realizada por uma equipe multiprofissional, composta por cirurgião-dentista, médico e nutricionista. O clínico não deve restringir-se à análise do número de vezes em que a paciente ingere açúcar, mas esta análise deve ser parte de um processo de promoção de saúde e deve abranger o exame clínico, exames complementares e a análise nutricional em si, realizada por meio de registros específicos, como o questionário de frequência, diário de dieta, história dietética, entre outros³⁷.

Nas consultas periódicas para controle da saúde bucal das grávidas é importante instituir uma rotina padronizada para a execução dos procedimentos de manutenção, rotina essa que possa ser modificada para atender as necessidades de cada caso em especial, aproveitando o momento da gestação que a mulher se torna mais receptiva às mudanças e ao processamento de informações que possam ser revertidas em benefício do bebê. Uma estratégia bastante promissora é a utilização da entrevista motivacional. O fundamental é que a gestante seja o agente principal dessa transformação, capacitada para o autocuidado e a promoção da própria saúde. A avaliação do risco da paciente também deve considerar os determinantes sociais da saúde envolvidos no processo saúde-doença. É com o compromisso perante a educação para a

saúde, assumido pelos profissionais da saúde, na busca de um cuidado capaz de oferecer à paciente o reconhecimento de seus direitos bem como a consciência sobre o seu real lugar como agente de sua própria saúde, é que efetivamente estar-se-á contribuindo para uma condição de vida mais digna da população^{50,63}.

Em alguns estudos, foi constatado que grande parte das gestantes não tem o conhecimento acerca da própria saúde bucal e da criança. Nesse sentido, é importante a promoção de saúde com ações educativas e preventivas para que a mãe cuide da própria saúde e introduza esses novos hábitos desde o início da vida da criança. Hábitos e conhecimentos são mais fáceis de serem adquiridos se são ensinados precocemente, por isso, a mãe é um elemento-chave na formação de conhecimento, personalidade e desenvolvimento de bons costumes dos filhos. As escolhas e atitudes maternas vão refletir diretamente no desenvolvimento e nascimento de um bebê saudável⁵⁰.

CONCLUSÃO

O pré-natal odontológico está contemplado entre os direitos da mulher e deve ser implementado nas práticas de saúde, seja nos serviços públicos ou privados. Não requer grandes investimentos financeiros, e o impacto na qualidade de vida e promoção da saúde da gestante é inquestionável.

Os profissionais da saúde bucal devem estar preparados para o atendimento deste grupo especial. Os cuidados específicos são simples e fáceis de serem executados. Toda a equipe de saúde bucal deve também estar envolvida, pois somente com a colaboração e participação de todos é que os mitos e tabus que envolvem o atendimento odontológico da gestante poderão ser superados.

REFERÊNCIAS

1. Pecci-Lloret MP, Linares-Pérez C, Pecci-Lloret MR, Rodríguez-Lozano FJ, Oñate-Sánchez RE. Oral Manifestations in Pregnant Women: A Systematic Review. *J Clin Med* 2024;13(3).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde: tratamento em gestantes. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica nº 32. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mais perto de você – acesso e qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 102 de 20 de janeiro de 2022, que altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 960, de 17 de julho de 2023. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.

9. Jardim PF. Atenção odontológica à gestante no Sistema Único de Saúde: análise longitudinal de 4 anos [Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2023].
10. AlRatroot S, Alotaibi G, AlBishi F, Khan S, Ashraf Nazir M. Dental Anxiety Amongst Pregnant Women: Relationship With Dental Attendance and Sociodemographic Factors. *Int Dent J* 2022;72(2):179-85.
11. Bahramian H, Mohebbi SZ, Khami MR, Quinonez RB. Qualitative exploration of barriers and facilitators of dental service utilization of pregnant women: A triangulation approach. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018;18(1):153.
12. Kamalabadi YM, Campbell MK, Zitoun NM, Jessani A. Unfavourable beliefs about oral health and safety of dental care during pregnancy: a systematic review. *BMC Oral Health* 2023;23(1):762.
13. Codato LA, Nakama L, Melchior R. [The beliefs of pregnant women about dental care during gestation]. *Cien Saude Colet* 2008;13(3):1075-80.
14. Tan EK, Tan EL. Alterations in physiology and anatomy during pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013;27(6):791-802.
15. Rocha JS, Arima LY, Werneck RI, Moysés SJ, Baldani MH. Determinants of Dental Care Attendance during Pregnancy: A Systematic Review. *Caries Res* 2018;52(1-2):139-52.
16. Rodrigues LG, Nogueira PM, Fonseca IOM, *et al.* Prenatal dental care: dental care for pregnant woman in the public primary healthcare network. *Arq Odontol.* 2018;54.
17. Shessel BA, Portnof JE, Kaltman SI, Nitsch R. Dental treatment of the pregnant patient: literature review and guidelines for the practicing clinician. *Today's FDA* 2013;25(6):26-9, 31-3.
18. Pinheiro EA, Stika CS. Drugs in pregnancy: Pharmacologic and physiologic changes that affect clinical care. *Semin Perinatol* 2020;44(3):151221.

19. Shub A, Lappas M. Pregestational diabetes in pregnancy: Complications, management, surveillance, and mechanisms of disease-A review. *Prenat Diagn* 2020;40(9):1092-98.
20. Zina LG, Silva FGS, Pinto RS, *et al.* Revisão sistemática sobre a prevalência de deficiência de micronutrientes em gestantes. Brasília: Ministério da Saúde (Brasil); 2020.
21. Krywko DM, King KC. Aortocaval Compression Syndrome. *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing Copyright © 2024, StatPearls Publishing LLC.; 2024.
22. Chen P, Hong F, Yu X. Prevalence of periodontal disease in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *J Dent* 2022;125:104253.
23. González-Jaranay M, Téllez L, Roa-López A, Gómez-Moreno G, Moreu G. Periodontal status during pregnancy and postpartum. *PLoS One* 2017;12(5):e0178234.
24. Gil L, Mínguez I, Caffesse R, Llambés F. Periodontal Disease in Pregnancy: The Influence of General Factors and Inflammatory Mediators. *Oral Health Prev Dent* 2019;17(1):69-73.
25. Yousefi M, Parvaie P, Riahi SM. Salivary factors related to caries in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *J Am Dent Assoc* 2020;151(8):576-88.e4.
26. Jang H, Patoine A, Wu TT, Castillo DA, Xiao J. Oral microflora and pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* 2021;11(1):16870.
27. Yokoyama M, Hinode D, Masuda K, Yoshioka M, Grenier D. Effect of female sex hormones on *Campylobacter rectus* and human gingival fibroblasts. *Oral Microbiol Immunol* 2005;20(4):239-43.
28. Fujiwara N, Tsuruda K, Iwamoto Y, *et al.* Significant increase of oral bacteria in the early pregnancy period in Japanese women. *J Investig Clin Dent* 2017;8(1).

29. Silva de Araujo Figueiredo C, Gonçalves Carvalho Rosalem C, Costa Cantanhede AL, Abreu Fonseca Thomaz É B, Fontoura Nogueira da Cruz MC. Systemic alterations and their oral manifestations in pregnant women. *J Obstet Gynaecol Res* 2017;43(1):16-22.
30. Moimaz SAS, Carmo MP, Zina LG, Saliba NA. Association between the Periodontal Condition of Pregnant Women and Maternal Variables and Health Assistance. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2010;10(2):8.
31. Fakheran O, Saied-Moallemi Z, Khademi A, Sahebkar A. Oral Health-Related Quality of Life during Pregnancy: A Systematic Review. *Curr Pharm Des* 2020;26(32):4014-21.
32. Krüger MS, Lang CA, Almeida LH, *et al.* Dental pain and associated factors among pregnant women: an observational study. *Matern Child Health J* 2015;19(3):504-10.
33. Gabel F, Jürges H, Kruk KE, Listl S. Gain a child, lose a tooth? Using natural experiments to distinguish between fact and fiction. *J Epidemiol Community Health* 2018;72(6):552-56.
34. Lukacs JR. Sex differences in dental caries experience: clinical evidence, complex etiology. *Clin Oral Investig* 2011;15(5):649-56.
35. Carvalho MRG, Pezo-Lanfranco L, Eggers S. 'One tooth one child': evaluating the effects of diet and fertility on the oral health of women from archaeological sites in South America. *Eur J Oral Sci* 2019;127(1):52-64.
36. Cademartori MG, Demarco FF, Freitas da Silveira M, Barros FC, Corrêa MB. Dental caries and depression in pregnant women: The role of oral health self-perception as mediator. *Oral Dis* 2022;28(6):1733-40.
37. Moimaz SAS, Zina LG, Serra FAP, Garbin CSG, Saliba NA. Analysis of the Diet and Oral Health Condition in Pregnant Patients. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2010;10(3):7.

38. Rio R, Sampaio-Maia B, Pereira ML, Silva MJ, Azevedo Á. Pregnancy as a Period of Enhanced Risk for Non-Cavitated Caries Lesions. *Oral Health Prev Dent* 2020;18(2):387-93.
39. Moimaz SAS, Tamanaha AK, Custódio LBM, Saliba NA, Saliba TA. Enjoo decorrente da higienização dentária e condição periodontal de mulheres grávidas. *Saúde e Desenvolvimento Humano* 2021;9(2):15.
40. Vettore MV, Lamarca Gde A, Leão AT, *et al.* Periodontal infection and adverse pregnancy outcomes: a systematic review of epidemiological studies. *Cad Saude Publica* 2006;22(10):2041-53.
41. Khader YS, Ta'ani Q. Periodontal diseases and the risk of preterm birth and low birth weight: a meta-analysis. *J Periodontol* 2005;76(2):161-5.
42. Schwendicke F, Karimbux N, Allareddy V, Gluud C. Periodontal treatment for preventing adverse pregnancy outcomes: a meta- and trial sequential analysis. *PLoS One* 2015;10(6):e0129060.
43. Kim AJ, Lo AJ, Pullin DA, Thornton-Johnson DS, Karimbux NY. Scaling and root planing treatment for periodontitis to reduce preterm birth and low birth weight: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Periodontol* 2012;83(12):1508-19.
44. Lavigne SE, Forrest JL. An umbrella review of systematic reviews of the evidence of a causal relationship between periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: A position paper from the Canadian Dental Hygienists Association. *Can J Dent Hyg* 2020;54(2):92-100.
45. Oliveira LJC, Cademartori MG, Schuch HS, *et al.* Periodontal disease and preterm birth: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *Oral Dis* 2021;27(6):1519-27.

46. Nazir M, Alhareky M. Dental Phobia among Pregnant Women: Considerations for Healthcare Professionals. *Int J Dent* 2020;2020:4156165.
47. Bao J, Huang X, Wang L, *et al.* Clinical practice guidelines for oral health care during pregnancy: a systematic evaluation and summary recommendations for general dental practitioners. *Quintessence Int* 2022;53(4):362-73.
48. Manautou MA, Mayberry ME. Local anesthetics and pregnancy. A review of the evidence and why dentists should feel safe to treat pregnant people. *J Evid Based Dent Pract* 2023;23(2):101833.
49. Flagler CK, Troici CM, Rathore SA. A historical review of the effects of dental radiography on pregnant patients. *J Am Dent Assoc* 2022;153(10):989-95.
50. Reis DM, Pitta DR, Ferreira HM, *et al.* [Health education as a strategy for the promotion of oral health in the pregnancy period]. *Cien Saude Colet* 2010;15(1):269-76.
51. Kurien S, Kattimani VS, Sriram RR, *et al.* Management of pregnant patient in dentistry. *J Int Oral Health* 2013;5(1):88-97.
52. Tenenbaum A, Azogui-Levy S. Oral Health Knowledge, Attitudes, Practices, and Literacy of Pregnant Women: A Scoping Review. *Oral Health Prev Dent* 2023;21:185-98.
53. Wilson A, Hoang H, Bridgman H, Crocombe L, Bettiol S. Clinical practice guidelines and consensus statements for antenatal oral healthcare: An assessment of their methodological quality and content of recommendations. *PLoS One* 2022;17(2):e0263444.
54. Bookstaver PB, Bland CM, Griffin B, *et al.* A Review of Antibiotic Use in Pregnancy. *Pharmacotherapy* 2015;35(11):1052-62.

55. Griffin BL, Stone RH, El-Ibiary SY, *et al.* Guide for Drug Selection During Pregnancy and Lactation: What Pharmacists Need to Know for Current Practice. *Ann Pharmacother* 2018;52(8):810-18.
56. Yagiela B, Dowd JA, Johnson FJ, Mariotti A. *Farmacologia e terapêutica para dentistas*. 6° ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
57. Administration FaD, HHS. Content and format of labeling for human prescription drug and biological products; requirements for pregnancy and lactation labeling. Final rule. *Fed Regist* 2014;79(233):72063-103.
58. Couto AC, Ferreira JD, Pombo-de-Oliveira MS, Koifman S. Pregnancy, maternal exposure to analgesic medicines, and leukemia in Brazilian children below 2 years of age. *Eur J Cancer Prev* 2015;24(3):245-52.
59. Hagai A, Diav-Citrin O, Shechtman S, Ornoy A. Pregnancy outcome after in utero exposure to local anesthetics as part of dental treatment: A prospective comparative cohort study. *J Am Dent Assoc* 2015;146(8):572-80.
60. Faust AC, Guy E, Baby N, Ortegon A. Local Anesthetic-Induced Methemoglobinemia During Pregnancy: A Case Report and Evaluation of Treatment Options. *J Emerg Med* 2018;54(5):681-84.
61. Vamos CA, Thompson EL, Avendano M, *et al.* Oral health promotion interventions during pregnancy: a systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol* 2015;43(5):385-96.
62. Geisinger ML, Geurs NC, Bain JL, *et al.* Oral health education and therapy reduces gingivitis during pregnancy. *J Clin Periodontol* 2014;41(2):141-8.
63. Finkler M, Oleiniski DMB, Ramos FRS. Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representações sociais com gestantes. *Texto & contexto enferm* 2004;13(3):360-68.

5.1.2 Artigo 2

MÚLTIPLAS VERTENTES DA OFERTA E USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DURANTE A GESTAÇÃO: UM ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS

RESUMO

Estudo de método misto explanatório sequencial, que objetivou explorar as barreiras e facilitadores que influenciam a oferta e o uso de serviços odontológicos durante a gestação em um município brasileiro. Participaram cirurgiões-dentistas (n=28), enfermeiros/técnicos de enfermagem (n=14), médicos (n=11) e gestantes (com e sem atendimento odontológico) (n=20) vinculados ao serviço público de saúde do município de Mariana/MG. Na primeira etapa quantitativa foi aplicado questionário semiestruturado aos profissionais de saúde; na segunda etapa qualitativa foram conduzidas entrevistas com os profissionais e gestantes. Fez-se análise estatística descritiva dos dados quantitativos (software SPSS) e análise de conteúdo dos dados qualitativos, além de apresentação conjunta das informações em joint display. Todos os profissionais da saúde consideram o tratamento odontológico seguro. O atendimento de urgência é o mais citado pelos CDs (60%) como forma de acesso ao atendimento odontológico, enquanto médicos destacam o encaminhamento pelas enfermeiras e médicos (45,5%), e enfermeiros/técnicos de enfermagem o encaminhamento pelas ACS (57,1%). As barreiras que influenciam o uso do serviço foram categorizadas em categorias, dentre elas: desinteresse das gestantes, mitos e crendices e problemas organizacionais do serviço de saúde e/ou de gestão, tais como as dificuldades no trabalho interprofissional. Dentre aspectos facilitadores, destacam-se: educação em saúde, estratégias organizacionais para melhorar o acesso e adesão da gestante e a materialização dos princípios doutrinários do SUS. Este estudo apresentou ampla compreensão dos múltiplos aspectos que envolvem a oferta e o uso de serviços odontológicos durante a gestação. No SUS, os serviços de saúde bucal estão estruturados para atender gestantes, de forma prioritária; contudo, prevalecem dificuldades culturais, de formação profissional e efetivação do trabalho interprofissional.

Palavras-chaves: cuidado pré-natal; saúde bucal; gestantes; assistência odontológica.

ABSTRACT

A sequential explanatory mixed methods study aimed to explore the barriers and facilitators that influence the provision and use of dental services during pregnancy in a Brazilian municipality. Participants included dentists (n=28), nurses (prenatal care managers) (n=14), doctors (n=11), and pregnant women (with and without dental care) (n=20) associated with the public health service of the municipality of Mariana/MG. In the first quantitative phase, a semi-structured questionnaire was administered to health professionals; in the second qualitative phase, interviews were conducted with professionals and pregnant women. Descriptive statistical analysis of quantitative data

(SPSS software) and content analysis of qualitative data were performed, in addition to a joint display presentation of the information. All health professionals considered dental treatment safe. Emergency care was the most cited form of access to dental care by dentists (60%), while doctors highlighted referrals by nurses and doctors (45.5%), and prenatal care managers pointed out referrals by community health agents (57.1%). The barriers influencing service use were categorized into several categories, including pregnant women's disinterest, myths and beliefs, and organizational problems within the health service and/or management, such as difficulties in interprofessional work. Facilitating aspects highlighted included health education, organizational strategies to improve access and adherence of pregnant women, and the materialization of the guiding principles of SUS (Brazil's Unified Health System). This study provided a broad understanding of the multiple aspects involved in the provision and use of dental services during pregnancy. In SUS, oral health services are structured to prioritize pregnant women; however, cultural difficulties, professional training challenges, and the implementation of interprofessional work persist.

Keywords: Prenatal care; oral health; pregnant women; dental care.

INTRODUÇÃO

Durante o período gestacional, são comuns diversas alterações no organismo da mulher (FIGUEIREDO *et al.*, 2017; PECCI-LLORET *et al.*, 2024). O aumento dos níveis de estrogênio e progesterona no sangue repercute na fisiologia bucal e pode favorecer o crescimento de bactérias que agravam doenças periodontais pré-existentes (JANG *et al.*, 2021). Estudos demonstram que o periodonto infectado além das alterações bucais (gingivite e periodontite), pode interagir com o organismo, levando a doenças sistêmicas durante a gestação, visto que os mediadores inflamatórios produzidos chegam à placenta através da corrente sanguínea, podendo atravessar a barreira corioamniótica e induzir contrações uterinas precoces (KHADER; TA'ANI, 2005). Além disso, as mudanças hormonais durante a gravidez favorecem alterações na cavidade oral como erosão do esmalte dentário (PIRIE *et al.*, 2007), xerostomia fisiológica (GUGGENHEIMER *et al.*, 2003), gingivite gravídica (CHEN; HONG; FU, 2022) e granuloma gravídico (PECCI-LLORET *et al.*, 2024). Há, ainda, a alta prevalência de dor dentária na gestação, associada à cárie dentária (KRÜGER *et al.*, 2015), sendo este um problema bastante recorrente nesse período (RIO *et al.*, 2020).

Estudos observacionais sugerem que as gestantes que apresentam um quadro de saúde bucal insatisfatório correm risco de complicações obstétricas, como parto prematuro, restrição de crescimento intrauterino e aborto espontâneo (OLIVEIRA *et*

al., 2021). Contudo, a evidência deve ser analisada com cautela, pois a maioria dos trabalhos apresenta falta de controle de variáveis de confusão que tornam suas conclusões questionáveis, assim como suas limitações metodológicas não permitem adequadas conclusões sobre o real efeito da doença periodontal sobre os desfechos da gestação (LAVIGNE; FORREST, 2020). O tema não se esgota por aqui. Recentemente, foi sugerida uma possível associação da relação doença periodontal e parto prematuro com a renda per capita do país. Quanto menor a renda, maior a chance de a gestante com doença periodontal apresentar intercorrências gestacionais, o que sugere que mulheres brasileiras estão sujeitas a um risco adicional relacionado à condição de sua saúde bucal, quando comparadas a mulheres em países de maior renda per capita, como Estados Unidos e Inglaterra (MOLINER-SÁNCHEZ *et al.*, 2020).

O pré-natal odontológico (PNO) consiste em orientar a gestante sobre os cuidados com higiene e alimentação, realizar a avaliação de dentes e tecidos moles, elaborar um plano de tratamento baseado nas necessidades identificadas e executar os procedimentos odontológicos indicados ao longo da gestação, visando a saúde e o bem-estar da gestante e do bebê (BRASIL, 2004). A Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) reforça a importância de se desenvolver as ações educativo-preventivas considerando que a mãe tem um papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância (BRASIL, 2004). Estando nesse período mais receptivas e motivadas para receber as informações sobre sua saúde e do bebê, cuidam melhor da saúde bucal dos filhos sendo que o pré-natal odontológico integral contribui para o desenvolvimento do bebê saudável (REIS *et al.*, 2010).

Apesar do atendimento odontológico durante a gravidez ter sido fortemente recomendado, a procura pelo serviço é baixa (BOGGESS *et al.*, 2010). Fatores socioeconômicos, psicológicos e comportamentais foram identificados como determinantes dessa situação (ROCHA *et al.*, 2018). Somam-se a esses a falta de conhecimento da importância do PNO (KAMALABADI *et al.*, 2023; MASSONI *et al.*, 2015), o desinteresse da gestante em fazer o acompanhamento odontológico, o medo odontológico, a falta de tempo, complicações de saúde na gestação, as dificuldades no acesso ao serviço, aspectos culturais e educacionais que geram mitos e crenças (ALRATROOT *et al.*, 2022; BAHRAMIAN *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2020; TENENBAUM; AZOGUI-LEVY, 2023), além do fato de profissionais que, por

desconhecimento ou medo, acabam negligenciando e postergando o atendimento (SANTOS NETO *et al.*, 2012; VIEIRA *et al.*, 2015). A integração da equipe de saúde é essencial para maior esclarecimento à população sobre os cuidados de saúde bucal na gestação (BRASIL, 2022; FINKLER; OLEINISKI; RAMOS, 2004), devendo os profissionais saberem qual conduta clínica a ser tomada, medicações que podem ser prescritas e procedimentos que devem ser realizados, visando um atendimento seguro à gestante.

No Brasil, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal recomendam que a equipe de saúde encaminhe a gestante para assistência odontológica, no intuito de garantir as orientações e cuidados necessários à manutenção da saúde bucal da mãe e do bebê (BRASIL, 2004). Ao longo dos últimos 20 anos diversas ações governamentais têm sido implementadas no intuito de fomentar a oferta de cuidados odontológicos para a gestante no SUS. Em 2019, o Ministério da Saúde lançou o Programa Previne Brasil, um modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde. Esse programa contemplou um conjunto de indicadores de desempenho vinculados a ações estratégicas em saúde da mulher, pré-natal, saúde da criança e doenças crônicas. Dos sete indicadores propostos, destacou-se o indicador de “Proporção de Gestantes com Atendimento Odontológico realizado na Atenção Primária à Saúde” (BRASIL, 2019; LARÊDO *et al.*, 2022), tendo como objetivo avaliar se a gestante que está sendo assistida no pré-natal tem realizado atendimento odontológico, na perspectiva de cuidado integral e compartilhado. Visava estimular o cuidado da saúde bucal como etapa de rotina da gestante no pré-natal, sendo preconizado o mínimo de uma consulta odontológica para a gestante (BRASIL, 2022). Em 2023 o Programa Previne Brasil foi extinto e o indicador deixou de fazer parte do grupo de indicadores de qualidade para financiamento da APS. Contudo, é fato que durante o período em que o Previne Brasil esteve ativo, as taxas de PNO subiram exponencialmente no país (JARDIM, 2023).

O Brasil é a única nação no mundo que estabeleceu políticas públicas para fomentar o PNO e que oferta, de forma gratuita e universal, o tratamento odontológico à gestante. Apesar disso, o uso dos serviços odontológicos por mulheres grávidas ainda é baixo. A meta anteriormente estabelecida pelo Previne Brasil era de no mínimo 60% de gestantes com atendimento odontológico durante a gestação. De acordo com dados do Ministério da Saúde, a média anual de gestantes com atendimento

odontológico em 2023 foi de 59,6%³, enquanto muitos municípios encontram-se ainda com percentuais muito abaixo da meta, apesar das tentativas de organização dos serviços públicos odontológicos para o atendimento da gestante. Diante desse cenário, surge a necessidade de buscar respostas frente às dificuldades apresentadas para a melhoria da adesão ao pré-natal odontológico com o objetivo de promover a melhora na adesão de gestantes aos serviços odontológicos, desenvolver e manter a saúde materno-infantil, considerando os aspectos de promoção e prevenção em saúde, rastreio e diagnóstico de doenças. Assim, este estudo objetivou explorar as barreiras e facilitadores que influenciam a oferta e o uso de serviços odontológicos durante a gestação em um município brasileiro.

METODOLOGIA

Pesquisa observacional, delineada pelo método misto explanatório sequencial, conduzida em etapas das seguintes abordagens: primeira quantitativa (QUANT) e segunda qualitativa (QUAL). Na etapa QUANT, conduzida com os profissionais da saúde, buscou-se identificar de forma coletiva como se dá a oferta do PNO. Em seguida, partindo dos dados iniciais e procurando complementá-los, foi realizada a coleta de dados qualitativos (etapa QUAL), que aprofundou a investigação dos fatores dificultadores e facilitadores para a oferta do PNO, com o intuito de responder lacunas identificadas na primeira etapa de coleta, por meio da percepção dos profissionais da saúde e gestantes com e sem atendimento odontológico. Assim, duas características essenciais dos estudos de métodos mistos foram atendidas: complementaridade e sequencialidade (OLIVEIRA *et al.*, 2021), estando as duas etapas interligadas por procedimento de conexão, no qual a análise dos dados coletados da etapa QUANT direcionou a coleta dos dados da etapa QUAL.

Esta pesquisa foi conduzida no município de Mariana, localizado na macrorregião de saúde Centro, no estado de Minas Gerais, distante 115 quilômetros da capital mineira, Belo Horizonte. A população estimada em 2022, quando este

³ Dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica do Ministério da Saúde (Brasil), referente ao indicador de desempenho “Proporção de gestantes com atendimento realizado” – média dos quadrimestres Q1, Q2 e Q3 de 2023. Fonte: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml>

estudo foi delineado, era de 61.387 habitantes, predominantemente urbana, com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,742, considerado alto (IBGE, 2022).

Mariana possui 35 estabelecimentos de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS); destes, 12 ofertam atendimento odontológico, com uma equipe de 30 cirurgiões-dentistas atuando no SUS, sendo nove cirurgiões dentistas de equipes de saúde bucal, na Estratégia de saúde da Família, e 21 cirurgiões-dentistas da APS. Em relação aos serviços de pré-natal municipais, no ano de 2023, 465 gestantes estavam sendo acompanhadas pelo SUS. Destas, 186 passaram pelo menos por uma consulta odontológica (40%)⁴ e 279 gestantes não receberam atendimento odontológico (60%). Todos os dentistas prestam atendimento às gestantes do município.

Participaram deste estudo cirurgiões-dentistas (CD), médicos pré-natalistas, enfermeiras, técnicas de enfermagem e gestantes do município de Mariana.

A amostra foi definida de acordo com a etapa de pesquisa. Na etapa QUANT, foi avaliado o universo de cirurgiões-dentistas (n=30) que atuavam no serviço público odontológico de Mariana, não havendo necessidade de elaborar um plano amostral. Em relação às enfermeiras, técnicas de enfermagem e médicos do pré-natal, foi utilizada uma amostra de conveniência, com a inclusão de todos os médicos (n=13) e todas as enfermeiras e técnicas de enfermagem (n=16) de pré-natal que atendem nas 35 unidades de saúde que realizam consulta de pré-natal. Foram computados ao final do estudo, como perda, os profissionais que se recusaram a participar ou que estiveram indisponíveis (em período de férias e/ou licença/afastamento do trabalho) durante a coleta de dados.

Para a coleta de dados dessa primeira etapa foram utilizados três questionários semiestruturados autoaplicáveis, direcionados aos CD, enfermeiras, técnicas de enfermagem e médicos pré-natalistas, sendo um questionário para cada categoria profissional. Os questionários foram adaptados de um estudo prévio (RODRIGUES *et al.*, 2018), com questões abertas e fechadas, envolvendo a caracterização dos participantes da pesquisa, experiência com o atendimento clínico, referenciamento de gestantes para o tratamento odontológico, organização dos serviços de saúde e relação com as equipes.

⁴ Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB
Dado gerado em: 04 de junho de 2024 – 22:04h

A coleta dos dados foi realizada no ano de 2023. A relação dos profissionais vinculados ao SUS, sua alocação nas unidades de saúde e seus respectivos endereços eletrônicos (*e-mails*) foram obtidos através da Secretaria Municipal de Saúde. Os questionários foram enviados para os profissionais de saúde do município através de *e-mails*, veiculados na plataforma digital *Google Forms*[®]. Foram realizadas três tentativas de envio dos questionários, em caso de não-resposta. Por fim, um contato direto com o profissional, através de ligação telefônica ou aplicativo de mensagem, foi tentado como última alternativa para obtenção de resposta.

Respeitando o desenho de estudo misto explanatório sequencial, após a coleta de dados da primeira etapa (QUANT), foi realizada a identificação dos aspectos de interesse/lacunas a serem confirmadas e/ou aprofundadas na segunda etapa QUAL, representando a mixagem dos dados. Para isso, os dados quantitativos foram lançados em um banco de dados no programa *Excel*[®]. As respostas abertas foram analisadas e agrupadas semanticamente, estabelecendo-se a partir disso categorias de respostas. O banco de dados foi exportado para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS; IBM, Estados Unidos) versão 23.0, onde foi conduzida a análise estatística descritiva dos dados.

A partir da análise quantitativa primária, identificaram-se categorias de respostas relacionadas às barreiras e facilitadores do PNO, os quais mostraram-se divergentes em determinados aspectos quando comparadas as respostas de cada profissional. Isso confirmou a necessidade de continuar a pesquisa mista aprofundando os pontos divergentes entre os profissionais e buscando compreender a percepção de um outro ator social, peça-chave na oferta do PNO, que é a gestante. Desse modo, a coleta de dados da segunda etapa (QUAL) foi procedida com entrevistas norteadas pelas respostas obtidas na primeira etapa.

Os participantes da segunda etapa do estudo (QUAL) foram os CD, médicos pré-natalistas, enfermeiras, técnicas de enfermagem e gestantes. Nessa etapa, foram selecionados cinco participantes de cada categoria profissional (CD, médicos, enfermeiras, técnicas de enfermagem), totalizando quinze participantes. Da mesma forma, foram convidadas a participar do estudo gestantes acompanhadas pelo serviço de pré-natal no SUS de Mariana, identificadas através do sistema de informação da Secretaria Municipal de Saúde. Participaram dez gestantes que receberam atendimento odontológico durante a gestação e dez gestantes que não receberam, totalizando vinte participantes. As gestantes sem atendimento odontológico foram as

que recusaram o atendimento mesmo sabendo da oferta do serviço, as que não sabiam da oferta do serviço e as que não tinham necessidade de tratamento odontológico. Foram incluídas as gestantes maiores de 18 anos de idade. O número de participantes na etapa QUAL foi estabelecido quando se alcançou a saturação das respostas (MOSER; KORSTJENS, 2018).

Para a coleta de dados da segunda etapa foram conduzidas entrevistas em profundidade, no ano de 2024. As entrevistas com os profissionais da saúde foram realizadas de forma individual, conduzidas por quatro pesquisadores. Para cada profissional entrevistado, foi designado apenas um entrevistador. Foi aplicado um roteiro para a condução das entrevistas, que foram gravadas e posteriormente transcritas (MOSER; KORSTJENS, 2018). Tal roteiro foi elaborado com base nas respostas obtidas com os questionários.

Devido às dificuldades de logística, optou-se por realizar as entrevistas de forma online, através de videoconferência, com data e hora pré-programados entre os participantes e a equipe de pesquisadores, para não haver prejuízo no atendimento ao usuário. A entrevista foi conduzida com o apoio do software *Microsoft Teams*[®], levando em torno de 15-20 minutos para a sua realização (MOSER; KORSTJENS, 2018).

Já as entrevistas com as gestantes realizadas também em 2024, de forma individual, conduzidas por duas pesquisadoras. Para cada gestante entrevistada, foi designada apenas uma entrevistadora. Foi aplicado um roteiro para a condução das entrevistas, que foram gravadas e posteriormente transcritas (MOSER; KORSTJENS, 2018). As gestantes foram abordadas no dia de consulta de pré-natal com o médico e/ou equipe de enfermagem, ou em dia em que houvesse grupo operativo com gestantes, na sala de espera. A entrevista foi realizada em um local confortável, com maior privacidade, como uma sala reservada dentro da unidade de saúde, levando-se para isso cerca de 10-15 minutos.

A equipe de pesquisadores envolvida com a coleta de dados passou por um treinamento prévio para padronização dos processos de pesquisa e coleta de dados, tendo duas pesquisadoras sêniores como referência. Essa equipe passou pela etapa preliminar de ambientação e aculturação, permitindo assim um conhecimento prévio mais aprofundado sobre os participantes e o fenômeno vivenciado. A etapa quantitativa em si iniciou esse processo de aculturação. Além disso, foi conduzido um estudo piloto com o objetivo de testar o questionário e o roteiro das entrevistas,

desenvolvido no próprio município de Mariana, com pessoas oriundas do mesmo universo de participantes do estudo principal. Não houve necessidade de alteração dos instrumentos e pesquisa, e com isso os participantes do estudo piloto puderam ser incluídos no universo final de participantes do estudo.

Os dados obtidos a partir das entrevistas foram transcritos, por meio do software *Amberscript*[®] e *Microsoft Teams*[®], e armazenados em um banco de dados digital. Foi realizada leitura e releitura do material coletado, a procura de temas, emoções e percepções inesperadas, a partir de uma análise indutiva, até que se alcançou uma visão geral do todo e foi permitida a organização dos conteúdos em unidades temáticas (MOSER; KORSTJENS, 2018). Para a análise dos dados, foi utilizado o método de Análise de Conteúdo de Graneheim e Lundman, que traz um detalhamento de cada etapa da análise e ilustra o uso de conceitos relacionados ao procedimento de pesquisa. Esse método propõe medidas para alcançar confiabilidade (credibilidade, segurança e transferibilidade) ao longo das etapas do procedimento de pesquisa (GRANEHEIM; LUNDMAN, 2004). Os dados foram então apresentados em temas e categorias e realizada uma análise crítica reflexiva sobre os achados, com base no referencial teórico do projeto (BRASIL, 2022; CHEN; HONG; FU, 2022; KRÜGER *et al.*, 2015; ROCHA *et al.*, 2018).

Por fim, os dados da segunda etapa foram incorporados aos dados da primeira etapa, buscando uma convergência na organização temática das dimensões obtidas, materializando assim a metodologia mista explanatória sequencial (SANTOS *et al.*, 2017). A síntese das barreiras e facilitadores do PNO, obtida a partir da triangulação dos dados e das diferentes abordagens na pesquisa mista, foi apresentada no formato de *joint display* de achados de métodos mistos, técnica de representação visual dos achados a qual utiliza uma variedade de estruturas que justapõe a apresentação das descobertas qualitativas e quantitativas. Uma estrutura de *joint display* para integrar e representar a análise integrada de métodos mistos pode consistir em tabelas, matrizes e figuras (GUETTERMAN *et al.*, 2015; FETTERS; TAJIMA, 2022). Neste estudo, utilizou-se a combinação de gráfico e tabela, incluindo a meta-inferência, para apresentar a análise integrada dos achados.

Essa pesquisa respeitou todos os preceitos ético-legais que regem a pesquisa com seres humanos, incluindo o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido nas duas etapas do estudo. Foi obtida a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Mariana (MG) para a condução do estudo no município, assim como a aprovação

pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente (CAAE: 74191023.5.0000.5149).

RESULTADOS

Na primeira etapa QUANT, responderam aos questionários 28 CD, 14 enfermeiras, técnicas de enfermagem e 11 médicos, havendo uma perda de respondentes de 7%, 12% e 15% respectivamente, para cada categoria profissional. De acordo com a metodologia proposta, foram realizadas três tentativas de contato com os não-respondentes, sem sucesso.

Na tabela 1 são apresentados os dados socioeducacionais da amostra. Em seguida, na tabela 2, são reportados os resultados descritivos sobre a oferta e uso dos serviços odontológicos durante a gestação de acordo com cada profissional da saúde.

A idade dos profissionais de saúde envolvidos com a pesquisa variou de 26 a 73 anos, sendo 67,9% do sexo feminino. A maioria dos profissionais tem mais de 10 anos de formado (54,5% a 85,7%) e no mínimo um curso de pós-graduação (71,4% a 92,9%).

Quase a totalidade dos cirurgiões dentistas (89%) atende gestantes, com exceção daqueles que são odontopediatras. Todos os médicos, enfermeiras, técnicas de enfermagem consideram seguro o atendimento odontológico na gestação. Metade dos CD relata atender 1 a 4 gestantes por mês. O atendimento de urgência é o mais citado pelos CDs (60%) como forma de acesso ao atendimento odontológico, enquanto os médicos destacam o encaminhamento pelas enfermeiras e médicos (45,5%), e enfermeiras, técnicas de enfermagem o encaminhamento pelas ACS (57,1%). Para 63,6% dos médicos, não existem estratégias para agendamento da consulta odontológica da gestante. Sobre a formação profissional, 75% dos cirurgiões-dentistas receberam orientação sobre o atendimento odontológico durante a graduação, enquanto apenas 18,2% dos médicos e 21,4% das enfermeiras, técnicas de enfermagem a receberam.

Tabela 1 - Dados socioeducacionais dos profissionais de saúde. Mariana (MG), 2024.

Variáveis		CD		Médicos		Enfermeiras, técnicas de enfermagem	
		n	%	n	%	n	%
Sociais							
Idade	26- 30 anos	2	7,1	0	0	2	14,3
	31-40 anos	4	14,3	5	45,5	4	28,6
	41-50 anos	16	57,1	1	9,1	8	57,1
	51-60 anos	5	17,9	3	27,3	0	0
	61+	1	3,6	2	18,1	0	0
Gênero	Feminino	19	67,9	8	72,7	14	100,0
	Masculino	9	32,1	3	27,3	0	0
Educacionais							
Tempo de formado	1 a 5 anos	1	3,6	1	9,1	2	14,3
	6 a 10 anos	3	10,7	4	36,4	2	14,3
	Mais de 10 anos	24	85,7	6	54,5	10	71,4
Pós-graduação	Não	2	7,1	2	18,2	4	28,6
	Aperfeiçoamento	1	3,6	0	0	0	0
	Especialização	22	78,6	7	63,6	9	64,3
	Mestrado	2	7,1	2	18,2	1	7,1
	Doutorado	1	3,6	0	0	0	0
Área da pós-graduação cursada	Saúde Pública e afins	9	32,1	0	0	6	42,9
	Endodontia	9	32,1	0	0	0	0
	Cirurgia	8	28,6	0	0	0	0
	Ortodontia	6	21,4	0	0	0	0
	Prótese	6	21,4	0	0	0	0
	Odontopediatria	3	10,7	0	0	0	0
	Periodontia	3	10,7	0	0	0	0
	Ginecologia obstetrícia e afins	0	0	6	54,5	2	14,3
	Urgência	0	0	0	0	3	21,4
	Controle de infecção	0	0	1	9,1	1	7,1
	Outros	1	3,6	1	9,1	3	21,4
	Sem informação	0	0	1	9,1	0	0
	Não fez pós-graduação	1	3,6	2	18,2	4	28,6

Tabela 2 - Atendimento odontológico à gestante de acordo com os profissionais da saúde. Mariana (MG), 2024.

Variáveis		CD		Médicos		Enfermeiras, técnicas de enfermagem	
		n	%	n	%	n	%
Atendimento odontológico de gestante na UBS							
Atende gestante	Sim	25	89,3	-	-	-	-
	Não	3	10,7	-	-	-	-
Motivos para o não atendimento	Atende apenas criança	3	100,0	-	-	-	-
Você considera seguro o atendimento de odontológico de gestante?	Sim	-	-	11	100,0	14	100,0
	Não	-	-	0	0	0	0
Média mensal de atendimento odontológico de gestante	De 1 a 4 gestantes	14	50,0	-	-	-	-
	De 5 a 10 gestantes	4	14,3	-	-	-	-
	Mais de 10 gestantes	2	7,1	-	-	-	-
	Não atendo gestante	3	10,7	-	-	-	-
	Não sei	5	17,9	-	-	-	-
	Urgência	17	60,7	0	0	2	14,3

Como se dá o acesso da gestante ao atendimento odontológico	Busca ativa por teleconsulta	6	21,4	0	0	4	28,6
	Livre demanda	8	28,6	4	36,4	4	28,6
	Encaminhamento pelo ACS	10	35,7	2	18,2	8	57,1
	Encaminhamento pelo enfermeiro	10	35,7	5	45,5	6	42,9
	Encaminhamento pelo médico	9	32,1	5	45,5	6	42,9
	Não sei	0	0	2	18,2	0	0
	Outros	2	7,1	0	0	0	0
	Não atende gestante	3	10,7	0	0	0	0
Estratégias para o agendamento de consulta odontológica da gestante	Teleconsulta/busca ativa	2	7,1	0	0	2	14,3
	Marcação de consulta pela própria gestante	4	14,3	0	0	0	0
	Consulta casada	3	10,7	0	0	0	0
	Prioridade no agendamento	3	10,7	2	18,2	1	7,1
	Encaminhamento pela equipe de saúde	10	35,7	2	18,2	6	42,9
	Grupo operativo seguido de marcação de consulta	7	25,0	0	0	0	0
	Palestras na unidade de saúde local	2	7,1	0	0	0	0
	Não existem estratégias	0	0	7	63,6	4	28,6
	Não sabe	6	21,4	0	0	0	0
	Outros	0	0	0	0	2	14,3
Frequência de adesão da gestante ao tratamento odontológico	Nunca	2	7,1	-	-	-	-
	Raramente	3	10,7	-	-	-	-
	Às vezes	11	39,3	-	-	-	-
	Frequentemente	9	32,1	-	-	-	-
	Sempre	0	0	-	-	-	-
	Não atendo gestante	3	10,7	-	-	-	-
<i>Capacitação para o PNO</i>							
Recebeu orientação sobre o atendimento odontológico à gestante durante a graduação	Sim	21	75,0	2	18,2	3	21,4
	Não	1	3,6	6	54,5	8	57,1
	Não me lembro	6	21,4	3	27,3	3	21,4
Recebeu treinamento/capacitação para o atendimento odontológico de gestante	Sim	10	35,7	3	27,3	1	7,1
	Não	14	50,0	7	63,6	11	78,6
	Não me lembro	4	14,3	1	9,1	2	14,3

Na etapa QUAL, foram conduzidas entrevistas com 5 CD, 5 enfermeiras, técnicas de enfermagem, 5 médicos, 10 gestantes com atendimento e 10 gestantes sem atendimento odontológico. Os profissionais atuavam em 7 diferentes unidades de saúde, e suas idades oscilaram de 28 a 73 anos. Já as gestantes com atendimento apresentaram idades entre 19 e 39 similares às gestantes sem atendimento (idades entre 20 e 38). A média de idade gestacional foi 23 semanas para o primeiro grupo e 20 semanas para o segundo. Os motivos para não terem feito o PNO, dentre as gestantes sem atendimento, recaíram sobre a desinformação, medo do tratamento odontológico, recusa do cirurgião-dentista em atender a paciente gestante, mal-estar na gestação, preferência pelo dentista particular e questões organizacionais do próprio serviço de saúde, tais como demora para conseguir a vaga.

A análise da percepção desses atores sociais sobre o PNO permitiu compreender as barreiras e facilitadores que influenciam a oferta e o uso de serviços odontológicos durante a gestação, os quais estão apresentados em *joint display*, norteados pelas categorias obtidas em ambas as etapas do estudo, respeitando-se assim o sequenciamento do estudo misto explanatório (Figuras 1 e 2). Nos *joint displays*, são apresentados, à esquerda, os resultados quantitativos, no formato de gráfico, obtido pelas respostas aos questionários. No centro, são apresentadas todas as categorias identificadas (tanto na etapa QUANT quanto na QUAL) e os percentuais de respostas (quantitativos) – quando a categoria foi identificada apenas na etapa QUAL, não há dados quantitativos para ela, como por exemplo a categoria “ansiedade ao tratamento odontológico”, a qual emergiu apenas na etapa QUAL. Por fim, à direita, são apresentadas falas ilustrativas das categorias, identificadas na etapa QUAL e nas respostas abertas dos questionários.

Foram identificadas como barreiras para o PNO o desinteresse da gestante e conseqüentemente a baixa adesão ao tratamento, os mitos e crendices, os equívocos da prática cínica – conceitos incorretos e compreensão equivocada sobre o tratamento odontológico para a gestante, a resistência do CD em atender gestante, condições de saúde na gestação que limitam o uso do serviço odontológico – tais como o mal estar comum à gestação que pode impedir que a gestante vá à consulta no dia agendado, condições sociais – como dificuldade financeira para arcar com os custos de transporte ou impossibilidade de faltar no emprego por perder a remuneração de um dia de trabalho, desinformação – gestantes não informadas sobre a oferta e importância do PNO, ansiedade ao tratamento odontológico – medo do tratamento odontológico em si e preferência pelo atendimento odontológico no serviço privado – quando a gestante já era previamente acompanhada por um profissional antes da gestação. Além dessas categorias, destacaram-se os problemas organizacionais do serviço de saúde e/ou da gestão, os quais envolvem a oferta de vagas e um distanciamento da Odontologia em relação às demais áreas da Saúde, representada pela dificuldade de interação com os profissionais das equipes de saúde e da efetivação de um trabalho interprofissional, da ausência de um prontuário único para a gestante e até mesmo pela própria estrutura física, com parte dos consultórios odontológicos distantes das unidades de saúde onde é ofertado o pré-natal.

Em seguida, foram identificados como facilitadores do PNO o interesse das gestantes – a percepção pessoal da importância do cuidado odontológico na

gestação, a educação em saúde – a qual envolve a orientação da gestante pelas equipes de saúde e informação de qualidade, o cuidado pela equipe de saúde – representado pelo vínculo, confiança e humanização na atenção prestada à gestante, a materialização dos princípios doutrinários do SUS – a percepção da importância da gratuidade dos serviços e do cuidado integral, os quais compõem um dos princípios do SUS, as redes sociais e comunitárias – o suporte social dos familiares e vizinhas na busca e adesão ao tratamento odontológico, além da própria identificação quando amigas e parentes passaram elas mesmas por consulta com o dentista durante as suas gestações, e a capacitação em PNO – o treinamento profissional como forma de combater os mitos e crendices, além de propiciar a formação adequada para o atendimento clínico. Por fim, destacaram-se as estratégias organizacionais para melhorar o acesso e adesão da gestante, tais como a priorização no atendimento, maior número de vagas, encaminhamento facilitado para o atendimento odontológico (marcação de consulta pela própria unidade de saúde, encaminhamento direto da equipe de saúde para a equipe de saúde bucal, consulta casada, dentre outros), apoio dos agentes comunitários de saúde (profissional da comunidade responsável por fazer o vínculo da família com as equipes de saúde e o acompanhamento), maior interação da equipe de saúde bucal com os demais profissionais de saúde, estrutura física que comporte os consultórios odontológicos na mesma unidade onde é realizado o pré-natal e prontuários unificados (Odontologia e saúde geral).

Figura 1 - Joint display sobre as barreiras para o atendimento odontológico da gestante. Mariana (MG), 2024.

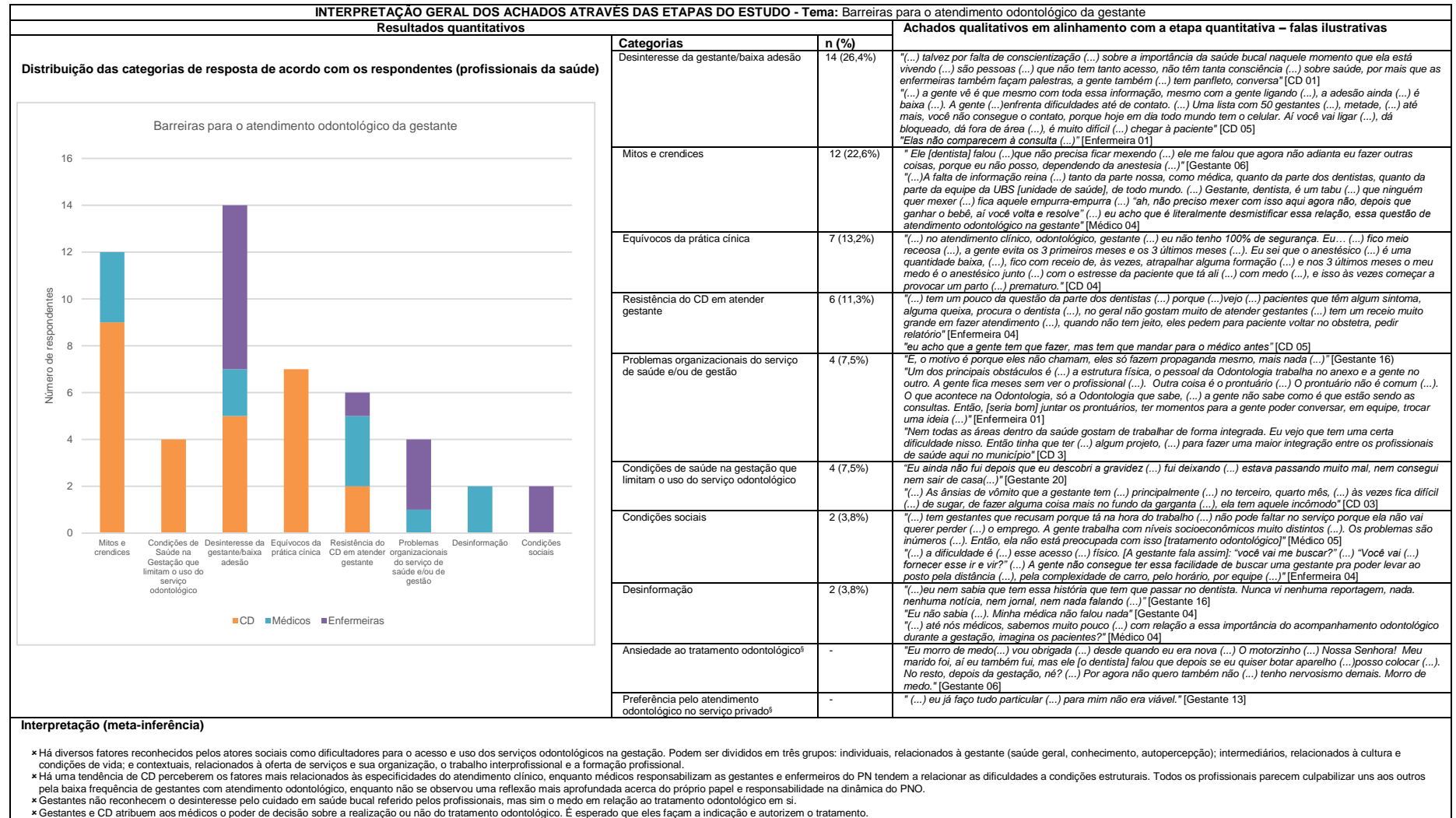
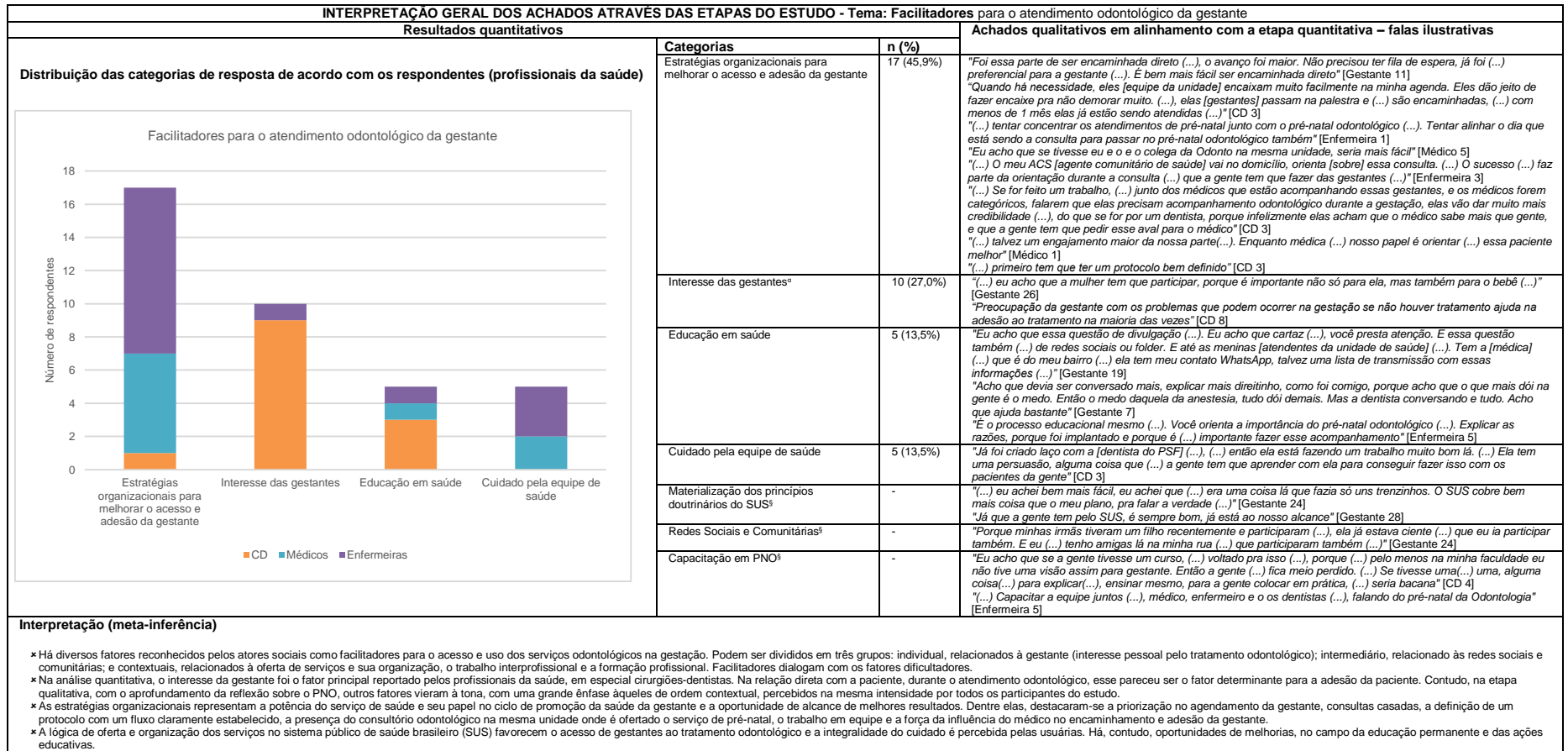


Figura 2 - Joint display sobre os facilitadores para o atendimento odontológico da gestante. Mariana (MG), 2024.



Legenda: *Categoria identificada apenas na etapa quantitativa. §Categoria identificada apenas na etapa qualitativa.

DISCUSSÃO

Este estudo buscou compreender em profundidade a multiplicidade de fatores que se inter-relacionam na oferta e uso dos serviços odontológicos por gestantes, tendo como cenário o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da abordagem de método misto com triangulação de dados. Destacaram-se diversos fatores que se apresentam como barreiras e facilitadores para o PNO, tendo a organização dos serviços como ponto crucial e elemento chave para oportunizar a melhoria do acesso e adesão das gestantes. A diversidade de olhares dos profissionais de saúde e a não realização de um trabalho conjunto mostraram-se como fragilidades desse processo.

Os profissionais da saúde que compuseram a amostra desse estudo caracterizam-se por trabalhadores experientes, com tempo grande de atuação e com formação complementar. Percebe-se no primeiro momento da etapa QUANT, através do olhar dos profissionais, que o atendimento odontológico de gestante é parte da sua rotina de trabalho, e não há dúvidas quanto à segurança do atendimento odontológico na gestação. O serviço conta com estratégias para facilitar o acesso da gestante ao tratamento, contudo as percepções entre categoriais profissionais são diferentes. Em seguida, na etapa QUAL, ao se buscar conhecer em profundidade a dinâmica da oferta do PNO, aparecem os nós críticos e descortinam-se os entraves e resultados não tão satisfatórios da oferta, que à primeira vista parecia bem estabelecida. O desconhecimento, despreparo e problemas operacionais ganham voz na resposta dos participantes.

Está bem estabelecido, tanto na literatura quanto na vivência clínica dos serviços, que o cuidado odontológico é frequentemente negligenciado durante a gravidez (BAHRAMIAN *et al.*, 2018; JARDIM, 2023; KAMALABADI *et al.*, 2023; ROCHA *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2020). Nesse estudo, foram identificados diversos fatores explicativos para o baixo percentual de gestantes com atendimento odontológico, os quais vão ao encontro do que a literatura vem apresentando nos últimos anos. Destacam-se a falta de conhecimento quanto a importância do acompanhamento odontológico durante a gestação não somente pelas mães, como também por parte dos profissionais de saúde que não orientam nem encaminham as mesmas para o pré-natal odontológico (CODATO; NAKAMA; MELCHIOR, 2008; VIEIRA *et al.*, 2015). Associado a isso, há também os mitos e crendices que cercam o atendimento odontológico à gestante (KAMALABADI *et al.*, 2023) e o despreparo

dos dentistas no atendimento das gestantes, que por muitas vezes acabam protelando o tratamento odontológico para depois do nascimento do bebê (ROCHA *et al.*, 2018). Situações relacionadas à gestante, como o medo inerente de ir ao dentista somado ao receio de o atendimento odontológico afetar o desenvolvimento do bebê (ALRATROOT *et al.*, 2022; BAHRAMIAN *et al.*, 2018), assim como suas condições de saúde na gestação (TAN; TAN, 2013) apresentam empecilhos à adesão da mesma ao PNO. Por fim, estão presentes os problemas organizacionais do serviço e/ou gestão como a falta de integração da equipe de saúde (ADENIYI *et al.*, 2021; WILSON *et al.*, 2022). Por fim, nosso estudo escancarou a necessidade do cirurgião-dentista do aval do médico para realizar o tratamento odontológico, demonstrando o quão dependente do médico este profissional ainda está. Outro ponto de destaque foi o olhar da gestante diante das informações disponíveis, pois em grande parte elas parecem não perceber a divulgação das ações ao seu redor, ou mais preocupante ainda, o quanto essas informações não estão sendo compreendidas por essas mulheres.

BARREIRAS PARA O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DA GESTANTE

Vários fatores são apontados como barreiras ao atendimento odontológico na gestação pelos participantes desse estudo.

Desinteresse da gestante, falta de conscientização sobre a importância da saúde bucal, mitos, crendices, desinformação, equívocas da prática clínica e resistência do CD em atender gestante

Nessa pesquisa, médicos e dentistas referenciaram o desinteresse da gestante e sua falta de conscientização sobre a importância dos cuidados em saúde bucal na gestação, o que vai em acordo com resultados reportados por Rocha e colaboradores (2018); contudo, as próprias gestantes não reconhecem esse “desinteresse”, situação essa que corrobora com os dados de Bastiane *et al.* (2010), os quais mostram em seu estudo que a grande maioria das gestantes (90%) considera importante a visita ao dentista durante a gestação.

Em nosso estudo, as gestantes apontam como um dos motivos da não procura ao atendimento a desinformação e o desconhecimento sobre a necessidade do acompanhamento odontológico na gestação. As gestantes costumam sentir a

necessidade de receber mais informações pelos profissionais e mais divulgação sobre saúde bucal na gestação, conforme sintetizou uma revisão sistemática sobre os fatores determinantes para o atendimento odontológico na gestação (ROCHA *et al.*, 2018).

Além da desinformação, são potentes os mitos e credices que circundam o atendimento odontológico na gestação, vivenciados tanto por gestantes, dentistas e médicos. A desconfiança de que o tratamento odontológico pode causar malefícios à própria saúde e do bebê não são exclusividade das gestantes de Mariana. Estudos conduzidos em todos os continentes mostram os quão comuns são esses mitos, independente da raça e da cultura (KAMALABADI *et al.*, 2023). Uma das crenças mais comuns é a de que a gestante perde o cálcio de seu próprio dente para ser transportado para o feto, causando o enfraquecimento deles. A normalização dos problemas bucais na gestação e o fatalismo na autopercepção em saúde bucal contribuiu para o desinteresse pelo autocuidado e pela procura de atendimento (HAMMERSMITH *et al.*, 2023; TENENBAUM; AZOGUI-LEVY, 2023). Combater os mitos por meio de informação de qualidade e buscar o apoio e conscientização dos pares da gestante para a necessidade de cuidado odontológico na gestação, por meio da orientação comunitária e foco na família, são estratégias simples, aplicáveis e que se mostram eficientes no acompanhamento de pré-natal (HERVAL *et al.*, 2019).

O medo do atendimento odontológico foi relatado pelas gestantes e observado como um dificultador para a sua ida ao consultório odontológico. Cerca de 16% de gestantes em pré-natal em um estudo conduzido na Arábia Saudita apresentaram fobia pelo tratamento odontológico, associada à percepção da condição de saúde bucal, dificultando o seu acesso ao atendimento (NAZIR; ALHAREKY, 2020). Nesse caso, há uma sobreposição de fatores negativos, pois tanto o medo inerente ao próprio tratamento odontológico e a vivência de experiências prévias ruins quanto a crença de que determinados procedimentos odontológicos – tais como anestesia e tomadas radiográficas – possam causar algum mal à gestante e ao feto em formação, superestimam o sentimento negativo da gestante em relação ao tratamento (ALBUQUERQUE *et al.*, 2004; CODATO; NAKAMA; MELCHIOR, 2008).

Na mesma lógica, a desinformação sobre a existência do serviço de pré-natal odontológico foi apontada pelos médicos, que justificam o não encaminhamento da gestante por esse motivo. O conhecimento limitado sobre a importância do PNO para a manutenção da saúde da gestante foi também observado entre médicos e parteiras

em um estudo conduzido na Austrália, e um achado relevante foi que aqueles profissionais com maior conhecimento sobre saúde bucal materna, com maior experiência e formação e informação nesta área, tinham maior probabilidade de se envolver em práticas que abordassem a saúde bucal de gestantes (GEORGE *et al.*, 2016). Isso tem um impacto relevante para a organização dos serviços, ao demonstrar que profissionais capacitados apresentam melhores resultados no cuidado em saúde.

Um aspecto importante que também foi apontado em nosso estudo esteve relacionado à insegurança do próprio cirurgião-dentista em relação ao tratamento odontológico na gestação, os quais acabam aconselhando a gestante a retornar para o tratamento somente após o término da gravidez, situação essa bastante recorrente nos serviços (NOGUEIRA *et al.*, 2012). São frequentes as dúvidas sobre melhor época de atendimento, procedimentos a serem realizados, uso de anestésicos e medicações permitidas (CODATO *et al.*, 2011). Contudo, experiências exitosas podem ser observadas em outras localidades, como na cidade de Belo Horizonte, onde os cirurgiões-dentistas demonstraram conhecimento adequado sobre as especificidades do atendimento clínico odontológico, fruto do estabelecimento de protocolos municipais (RODRIGUES *et al.*, 2018).

Em Mariana foi estabelecido o fluxo de que, ao ser recebida para a primeira consulta de pré-natal, médico e/ou enfermeira deveria encaminhar a gestante para uma atividade coletiva de orientação sobre cuidados em saúde bucal na gestação. Após participar dessa atividade, a gestante teria a consulta odontológica agendada. Entretanto, os resultados demonstram que nem sempre esse fluxo está funcionando, e um indicativo parece ser uma lacuna na divulgação do atendimento e de sua relevância para a saúde da gestante e a não apropriação do fluxo por alguns profissionais das equipes de saúde, por desconhecimento. Há, portanto, um problema na organização do acesso da gestante à primeira consulta odontológica e no treinamento da equipe de saúde para o referenciamento da gestante para os serviços odontológicos.

A capacitação para o cuidado odontológico da gestante é uma necessidade. Apesar de parte dos dentistas relatarem que o tema PNO foi abordado em sua formação profissional, a insegurança relatada por eles demonstra a necessidade de reforçar o treinamento desses – e também da própria equipe de saúde como um todo, já que tanto médicos e enfermeiras também carecem de formação – para a prática do PNO. Dúvidas diversas sobre como conduzir o atendimento odontológico no período

gestacional, o receio do atendimento no primeiro trimestre de gestação e de serem responsabilizados por qualquer fatalidade com o bebê são motivos para protelar o atendimento, mesmo em casos de urgência, podendo gerar prejuízo à díade mãe-bebê (CODATO *et al.*, 2011). O conhecimento da assistência odontológica à gestante é essencial para minimizar as barreiras impostas pelos profissionais (LEE *et al.*, 2010). A falta de conhecimento pode justificar a baixa participação dos médicos como parte integrante do pré-natal odontológico, seja pela falta de orientações sobre os cuidados em saúde bucal, quanto pela não compreensão dos procedimentos odontológicos realizados na gestação. Assim como no estudo de Cechinel *et al.* (2016), no qual cirurgiões-dentistas relataram a importância de haver um protocolo clínico para atendimento à gestante, assim como a existência de cursos de capacitação nessa área, os profissionais de saúde em Mariana reforçaram o interesse por capacitações para a oferta do PNO, havendo assim uma janela de oportunidades para a gestão promover ações de educação permanente que possam contribuir para o fortalecimento da qualidade dos serviços em saúde.

Condições de saúde, situação socioeconômica

O mal-estar comum na gestação, como enjoos, náusea, dores nas costas, dificultando a ida à unidade de saúde e o próprio posicionamento na cadeira odontológica são relatados pelas gestantes e dentistas como barreira no uso do serviço odontológico, corroborando com diversos estudos na literatura que apontam que o tratamento odontológico pode gerar desconforto no próprio atendimento apresentando-se como um dificultador do uso do serviço pela gestante (BAHRAMIAN *et al.*, 2018; ROCHA *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2020).

Mesmo tendo acesso gratuito ao atendimento odontológico pelo SUS, o fator financeiro é apontado como uma barreira de acesso devido ao custo do transporte da gestante para a unidade de saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2004). Em Mariana, nem todas as unidades de saúde onde a gestante faz o pré-natal tem consultórios odontológicos, havendo a necessidade da gestante se locomover até outra unidade. Essa mesma situação é relatada pelos profissionais de zona rural em que os dias de atendimento do médico não coincidem com os dias de atendimento do dentista. Há necessidade do estabelecimento de estratégias que contornem essa dificuldade.

Problemas organizacionais do serviço de saúde e/ou de gestão

Dificuldade em conseguir vaga, não-referenciamento da gestante, comunicação insuficiente entre as equipes e não-matriciamento dos casos foram alguns dos entraves citados pelos participantes como relacionados à problemas organizacionais do serviço. A organização do processo de trabalho é citada como um dos principais desafios na oferta do PNO (ROCHA *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2020). É necessária a troca de experiências exitosas entre os serviços para que ações eficazes sejam compartilhadas e implantadas no âmbito municipal.

A efetivação do trabalho interprofissional é outro grande desafio. Em um estudo sobre a oferta de PNO nos serviços públicos odontológicos conduzido no município de Paraopeba, em Minas Gerais, a colaboração interprofissional entre as equipes que trabalham na assistência pré-natal, avaliada através da escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional, mostrou-se ainda latente, sendo necessária ser aprimorada (SANTOS *et al.*, 2024). A Planificação de Atenção Primária à Saúde propõe mudanças efetivas nas relações de trabalho dos profissionais de saúde e gestão. O acolhimento multiprofissional da gestante, a estratificação de risco com o compartilhamento do cuidado, a colaboração interprofissional baseada no compartilhamento de informações e comunicação é um fator crítico para o cuidado integrado (CONSENSUS, 2016). Os exames de saúde bucal deveriam ser uma componente das avaliações pré-natais para alcançar uma saúde bucal pré-natal integrada (ADENIYI *et al.*, 2021).

Por último, apesar de não ter emergido da fala dos participantes, a baixa cobertura de saúde bucal na APS está estritamente ligada à organização dos serviços de saúde pode indiretamente dificultar o acesso das gestantes ao PNO. Uma relação não equitativa entre o número de Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal leva a uma sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde bucal e à ineficiência em cobrir adequadamente a população adscrita à unidade de saúde. Estudos vêm demonstrando o quanto a cobertura de saúde bucal é um fator contextual importante nas avaliações de acesso aos serviços de saúde bucal (CHAVES *et al.*, 2020).

FACILITADORES PARA O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DA GESTANTE

O interesse da gestante pelo atendimento odontológico é apontado pelos cirurgiões-dentistas, na etapa QUANT, como o principal motivo facilitador do aumento da adesão da gestante ao serviço odontológico. Já na etapa QUAL várias outras situações foram apontadas, principalmente as relacionadas às estratégias organizacionais do serviço.

Priorização no agendamento, consultas casadas, protocolo definido com fluxo de atendimento

Conforme as diretrizes do SUS, as mulheres no período gestacional são prioridade nos serviços de saúde (BRASIL, 2010), sendo isso apontado como um facilitador ao acesso (CODATO; NAKAMA; MELCHIOR, 2008; SILVA *et al.*, 2020). Nesse estudo, as gestantes relataram essa priorização através do agendamento imediato realizado pela equipe de saúde no início do seu acompanhamento no pré-natal, a busca ativa por tele consulta e a oportunidade de acesso facilitado ao serviço por estar gestante. O agendamento da consulta odontológica e da consulta médica de forma concomitante (consulta casada) é citado pelas enfermeiras, dentistas e gestantes como um facilitador para a ida da gestante ao atendimento clínico, sendo que essa estratégia é vista com dificuldade no município devido à ausência de consultórios odontológicos em algumas unidades de saúde, além da incompatibilidade de agenda de médicos e dentistas nas unidades que tem o consultório odontológico.

O trabalho de Cechinel *et al.* (2016) mostrou que o uso de um protocolo clínico no dia a dia proporcionou mais segurança nos atendimentos, como também satisfação profissional aos cirurgiões-dentistas. Sugere também que o protocolo seja aplicado aos demais profissionais das equipes de saúde para que as gestantes se sintam seguras ao realizar os procedimentos odontológicos e que o profissional possa incentivar novos hábitos que venham proporcionar mais qualidade de vida para a mãe e seu futuro bebê. Tal indicação foi também levantada nessa pesquisa pelos profissionais de saúde que apontam a necessidade de um protocolo com um fluxo claramente estabelecido como forma de facilitar o trabalho, encaminhamento e adesão da gestante ao PNO.

Educação em saúde

A informação sobre a existência do PNO no rol da APS, a oferta de orientações sobre a importância dos cuidados de saúde bucal durante a gestação através da divulgação nas unidades de saúde, em mídias sociais ou diretamente à gestante pelos profissionais das equipes de saúde, compartilhando segurança e tranquilidade para a paciente, é identificada pelas gestantes como motivos facilitadores da sua ida ao serviço odontológico. A literatura apresenta diversos estudos que mostram essa relação (REIS; ALMEIDA, 2013; VAMOS *et al.*, 2015). Em contrapartida, os profissionais de saúde apontam que mesmo com a divulgação sobre o PNO e realização de atividades coletivas de educação em saúde, observam a não adesão das gestantes ao PNO, o que demonstra a multiplicidade de fatores que estão relacionados à adesão das mesmas (BAO *et al.*, 2022; SILVA *et al.*, 2020).

Trabalho interprofissional

É apontado pelas gestantes o papel fundamental do médico obstetra como orientador do encaminhamento da gestante para o atendimento odontológico, evidenciando a confiança e aceitação das orientações transmitidas pelo profissional obstetra que a acompanha (CODATO; NAKAMA; MELCHIOR, 2008). Os dentistas apontam, por diversas vezes, a necessidade não só que o encaminhamento seja feito por esses profissionais, como veem a necessidade de um parecer médico autorizando a realização do atendimento odontológico à gestante. Ao mesmo tempo, os médicos não se sentem capacitados a autorizar o atendimento odontológico, visto que não tem conhecimento técnico sobre os procedimentos odontológicos que serão realizados, por não terem recebido em sua formação acadêmica informações sobre o tema. Assim, há uma espécie de círculo vicioso, em que cada um, demanda de outro a responsabilidade pela segurança do atendimento, o que demonstra a deficiência na formação dos profissionais para o PNO.

O fortalecimento da comunicação entre os profissionais que acompanham a gestante é fundamental para estabelecer um trabalho interprofissional, promovendo o acolhimento e cuidado integral a gestante. É importante que elas tenham a equipe de saúde como referência e ponto de apoio e estabeleçam vínculo (SANTOS *et al.*, 2021). Contudo, é necessário que a equipe esteja alinhada e os ruídos de falha de comunicação sanados. Fatores como excesso de trabalho, ausência do dentista na mesma unidade que a Equipe de Saúde da Família e a consequente dificuldade de

contato entre os profissionais, desconhecimento do trabalho realizado por cada um da equipe e a hierarquização profissional são relatados pelos participantes do estudo como motivos da dificuldade do trabalho interprofissional, no serviço de saúde de Mariana.

Materialização dos princípios doutrinários do SUS

Um dos princípios fundamentais do SUS são a universalização, a integralidade e a regionalização, que garantem que todo cidadão tenha direito a acessar os serviços de saúde, cuja oferta de cuidados deve contemplar as necessidades do usuário, e deve ser ofertada em unidades de saúde o mais próximo do cidadão, considerando aspectos relacionados ao território e condições epidemiológicas. Ao perceber o atendimento como gratuito, que cobre vários procedimentos e de fácil acesso, as gestantes estão, em última instância, compreendendo os benefícios da organização do sistema brasileiro de saúde e reconhecendo o valor da assistência odontológica à gestante em um modelo de serviço público que é único no mundo (BRASIL, 2004).

Pontos fortes e limitações do estudo

A abordagem metodológica deste estudo, quali-quantitativa, permitiu aprofundar em questões complexas, obtendo uma análise rica das relações envolvidas na oferta e uso dos serviços odontológicos pelas gestantes. O principal ponto forte do estudo foi a inclusão das gestantes que não receberam atendimento odontológico, normalmente excluídas dos estudos por dificuldade de acesso a esse tipo de participante. Ao incluí-las nesse estudo, foi possível alcançar uma visão mais ampla do problema de pesquisa, por considerar o principal sujeito envolvido na problemática: a gestante que não acessa o serviço. Como limitação, temos a participação de mais de um entrevistador na pesquisa, o que pode trazer diferenças na forma de coletar o dado. Para minimizar esse viés, adotou-se um treinamento rigoroso dos pesquisadores, com o intuito de padronizar os processos. As coletas de dados realizadas de forma remota podem ter reduzido as oportunidades de se coletar informações importantes não verbais, como dados gestuais, mas foi uma necessidade diante da dificuldade de conseguir agendar as entrevistas durante o horário de trabalho dos profissionais.

CONCLUSÃO

Este estudo apresentou ampla compreensão dos múltiplos aspectos que envolvem a oferta e uso de serviços odontológicos durante a gestação. No SUS, os serviços de saúde bucal estão estruturados para atender gestantes, de forma prioritária; contudo, prevalecem dificuldades culturais, de formação profissional e efetivação do trabalho interprofissional.

Destacam-se a necessidade de qualificar a informação sobre a existência do serviço de PNO para os médicos e gestantes, aprimorar o fluxo de encaminhamento da gestante para os serviços odontológicos, com alinhamento das ações pela equipe de saúde, além da ampliação do número de Equipes de Saúde Bucal em relação às Equipes de Saúde da Família, permitindo que mais unidades de saúde tenham atendimento odontológico principalmente nas regiões de zona rural, ampliando o acesso para as gestantes. A importância do trabalho interprofissional para realização de um atendimento humanizado e integral, junto ao despreparo dos profissionais para o PNO, mostram também a necessidade de capacitação das equipes de saúde nas linhas de cuidado à gestante.

REFERÊNCIAS

ADENIYI, A.; DONNELLY, L.; JANSSEN, P.; *et al.* A Qualitative Study of Health Care Providers' Views on Integrating Oral Health into Prenatal Care. **JDR Clin Trans Res**, v. 6, n. 4: p. 409-419, 2021.

ALBUQUERQUE, O. M. R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C. S. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 20: p. 789-96, 2004.

ALRATROOT, S.; ALOTAIBI, G.; ALBISHI, F.; *et al.* Dental Anxiety Amongst Pregnant Women: Relationship With Dental Attendance and Sociodemographic Factors. **Int Dent J**, v. 72, n. 2: p. 179-85, 2022.

BAHRAMIAN, H.; MOHEBBI, S. Z.; KHAMI, M. R.; *et al.* Qualitative exploration of barriers and facilitators of dental service utilization of pregnant women: A triangulation approach. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 18, n. 1: p. 153, 2018.

BAO, J.; HUANG, X.; WANG, L.; *et al.* Clinical practice guidelines for oral health care during pregnancy: a systematic evaluation and summary recommendations for general dental practitioners. **Quintessence Int**, v. 53, n. 4: p. 362-73, 2022.

BASTIANE, C.; COTA, A. L. S.; PROVENZANO, M. G. A.; *et al.* Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. **Odontol Clín Cient**, v. 9, n. 2: p. 155-60, 2010.

BOGGESS, K. A.; URLAUB, D. M.; MASSEY, K. E.; *et al.* Oral hygiene practices and dental service utilization among pregnant women. **J Am Dent Assoc**, v. 141, n. 5: p. 553-561, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em município brasileiro**. Brasília: MS; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria 102 de 20 de janeiro de 2022, que altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil**. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde: tratamento em gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.

CECHINEL, D. B.; BOFF, W. M.; CERETTA, R. A.; *et al.* Sistematização de um protocolo de atendimento clínico odontológico a gestantes em um município sul catarinense. **Rev Odont Univ Cid São Paulo**, v. 28, n. 1: 2016.

CHAVES, S.C.L.; ARANHA-ROSSI, T.R.; LIMA, A.M.F.S. Dental service coverage and oral health promotion community actions in primary care in Brazil between 2003 and 2019. **Health Policy Open.**, Amsterdam, v. 1, p. 100022, 2020.

CHEN, P.; HONG, F.; YU, X. Prevalence of periodontal disease in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. **J Dent**, v. 125: p. 104253, 2022.

CODATO, L. A.; NAKAMA, L. A. B.; MELCHIOR, R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. **Ciênc Saúde Colet**, v. 13, n. 3: p. 1075-80, 2008.

CODATO, L. A. ; NAKAMA, L. A. B. ; CORDONI JÚNIOR, L.; *et al.* Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Ciênc Saúde Colet**, v. 16, n. 4: p. 2297- 2301, 2011.

FETTERS, M. D.; TAJIMA, C. Joint Displays of Integrated Data Collection in Mixed Methods Research. **Int J Qual Methods**, v. 21, p. 1–13, 2022.

FIGUEIREDO, C. S. A., ROSALEM, C. G. C.; CANTANHEDE, A. L. C.; *et al.* Systemic alterations and their oral manifestations in pregnant women. **J Obstet Gynaecol Res**, v. 43, n. 1: p. 16-22, 2017.

GEORGE, A.; DAHLEN, H. G.; REATH, J.; *et al.* What do antenatal care providers understand and do about oral health care during pregnancy: a cross-sectional survey in New South Wales, Australia. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 16, n. 1: p. 382, 2016.

GRANEHEIM, U. H.; LUNDMAN, B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. **Nurse Educ Today**, v. 24, n. 2: p. 105-112, 2004.

GUETTERMAN, T. C.; FETTERS, M. D.; CRESWELL, J. W. Integrating Quantitative and Qualitative Results in Health Science Mixed Methods Research Through Joint Displays. **Ann Fam Med**, v. 13, n. 6: p. 554-61, 2015.

GUGGENHEIMER, J.; MOORE, P. A. Xerostomia: etiology, recognition and treatment. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 134: p. 61-69, 2003.

HAMMERSMITH, K. J.; DAVIS, M. R.; STEPHENSON, K. G.; *et al.* Associations Between Oral Health Fatalism and Demographic Factors, Dental Practices, Fatalism, and Oral Health Self-Efficacy. **Pediatr Dent**, v. 45, n. 6: p. 497-507, 2023.

HERVAL, A. M.; OLIVEIRA, F. P. S. L.; MACHADO, K. M.; *et al.* Mothers' perception about health education in brazilian primary health care: a qualitative study. **Int J Paediatr Dent**, v. 29, n. 5: p. 669-676, 2019.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. **Mariana (MG)**. 2022. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/mariana/panorama>>. Acesso em: 22 nov. 2022.

JANG, H.; PATOINE, A.; WU, T. T.; *et al.* Oral microflora and pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Sci Rep**, v. 11, n. 1: p. 16870, 2021.

JARDIM, P. F. **Atenção odontológica à gestante no Sistema Único de Saúde: análise longitudinal de 4 anos**. 2023. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/63645>. Acesso em: 10 abr. 2024.

KAMALABADI, Y. M.; CAMPBELL, M. K.; ZITOUN, N. M.; *et al.* Unfavourable beliefs about oral health and safety of dental care during pregnancy: a systematic review. **BMC Oral Health**, v. 23, n. 1: p. 762, 2023.

KHADER, Y. S.; TA'ANI, Q. Periodontal diseases and the risk of preterm birth and low birth weight: a meta-analysis. **J Periodontol**, v. 76, n. 2: p. 161-5, 2005.

KRÜGER, M. S.; LANG, C. A.; ALMEIDA, L. H. S.; *et al.* Dental pain and associated factors among pregnant women: an observational study. **Matern Child Health J**, v. 19, n. 3: p. 504-10, 2015.

LARÊDO, G. B.; MIRANDA, E. B. M.; FONSECA, N. L.; *et al.* Saúde bucal e gravidez: desafios e fragilidades no cuidado sob a perspectiva dos resultados do Previne Brasil. **Rev Ciênc Plural**, v. 8, n. 2: p. 1-12, 2022.

LAVIGNE, S. E.; FORREST, J. L. An umbrella review of systematic reviews of the evidence of a causal relationship between periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: A position paper from the Canadian Dental Hygienists Association. **Can J Dent Hyg**, v. 54, n. 2: p. 92-100, 2020.

LEE, R. S. Y.; MILGROM, P.; HUEBNER, C. E.; *et al.* Dentists' perceptions of barriers to providing dental care to pregnant women. **Womens Health Issues**, v. 20, n. 5: p. 359-65, 2010.

MASSONI, A. C. D. L. T.; PEREIRA, R. B.; NÓBREGA, D. R. M. *et al.* Avaliação do conhecimento de gestantes e puérperas primíparas e multíparas sobre cárie dentária. **Rev Gaúcha Odontol**, v. 63, n. 2: p. 145-152, 2015.

MOLINER-SÁNCHEZ, C. A.; IRANZO-CORTÉS, J. E.; ALMERICH-SILLA, J. M.; *et al.* Effect of per Capita Income on the Relationship between Periodontal Disease during Pregnancy and the Risk of Preterm Birth and Low Birth Weight Newborn. Systematic Review and Meta-Analysis. **Int J Environ Res Public Health**, v. 17, n. 21: p. 8015, 2020.

MOSER, A.; KORSTJENS, I. Series: practical guidance to qualitative research. Part 3: sampling, data collection and analysis. **Eur J Gen Pract**, v. 24, n. 1: p. 9-18, 2018.

NAZIR, M.; ALHAREKY, M. Dental Phobia among Pregnant Women: Considerations for Healthcare Professionals. **Int J Dent**, v. 2020: p. 4156165, 2020.

NOGUEIRA, L. T.; VALSECKI JÚNIOR, A.; MARTINS, C. R.; *et al.* Retardo na procura do tratamento odontológico e percepção da saúde bucal em mulheres grávidas. **Odontologia Clínico-Científica**, v. 11: p. 127-31, 2012.

OLIVEIRA, L. J. C.; CADEMARTORI, M. G.; SCHUCH, H. S.; *et al.* Periodontal disease and preterm birth: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. **Oral Dis**, v. 27, n. 6: p. 1519-27, 2021.

OLIVEIRA, J. L. C.; MAGALHÃES, A. M. M.; MATSUDA, L. M.; *et al.* Mixed methods appraisal tool: strengthening the methodological rigor of mixed methods research studies in nursing. **Texto contexto – enferm**, v. 30: e20200603, 2021.

PECCI-LLORET, M. P.; LINARES-PÉREZ, C.; PECCI-LLORET, M. R.; *et al.* Oral Manifestations in Pregnant Women: A Systematic Review. **J Clin Med**, v. 13, n. 3, 2024.

PIRIE, M.; COOKE, I.; LINDEN, G.; *et al.* Dental manifestations of pregnancy. **The Obstetrician & Gynaecologist**, v. 9: p. 21-26, 2007.

- REIS, D. M.; PITTA, D. R.; FERREIRA, H. M. B.; *et al.* Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciênc Saúde Colet**, v. 15, n. 1: p. 269-276, 2010.
- REIS, F. G.; ALMEIDA, J. R. S. Percepção das gestantes sobre o pré-natal odontológico. **Ciênc Saúde Colet**, v. 4, n. 1: p. 56-62, 2013.
- RIO, R.; SAMPAIO-MAIA, B.; PEREIRA, M. L.; *et al.* Pregnancy as a Period of Enhanced Risk for Non-Cavitated Caries Lesions. **Oral Health Prev Dent**, v. 18, n. 2: p. 387-93, 2020.
- ROCHA, J. S.; ARIMA, L. Y.; WERNECK, R. I.; *et al.* Determinants of dental care attendance during pregnancy: a systematic review. **Caries Research**, v. 52, n. 1-2: p. 139-152, 2018.
- RODRIGUES, L. G.; NOGUEIRA, P. M.; FONSECA, I. O. M.; *et al.* Pré-natal odontológico: assistência às gestantes na rede pública de atenção básica em saúde. **Arq Odontol**, v. 54: p. e20, 2018.
- SANTOS NETO, E. T. D.; OLIVEIRA, A. E.; ZANDONADE, E.; *et al.* Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciênc Saúde Colet**, v. 17: p. 3057-3068, 2012.
- SANTOS, J. L. G.; ERDMANN, A. L.; MEIRELLES, B. H. S.; *et al.* Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto contexto – enferm**, v. 26, n. 3: e1590016, 2017.
- SANTOS; G. R.; SOUTO, D. A.; RODRIGUES, C. A. Q.; *et al.* Adesão das gestantes às ações de educação em Saúde Bucal. **Rev. APS**, v. 24, n. 4: p. 657-66, 2021.
- SANTOS, M. E. Q.; SOUZA, C. E. S.; DANIEL, L. B. S.; *et al.* Processos facilitadores e barreiras de acesso do pré-natal odontológico. **Cuadernos de educación y desarrollo**, (em processo de revisão), 2024.
- SILVA, C. C. D.; SAVIAN, C. M.; PREVEDELLO, B. P.; *et al.* Acesso e utilização de serviços odontológicos por gestantes: revisão integrativa de literatura. **Ciênc Saúde Colet**, v. 25: p. 827-835, 2020.
- TAN, E. K.; TAN, E. L. Alterations in physiology and anatomy during pregnancy. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, v. 27, n. 6: p. 791-802, 2013.
- TENENBAUM, A.; AZOGUI-LEVY, S. Oral Health Knowledge, Attitudes, Practices, and Literacy of Pregnant Women: A Scoping Review. **Oral Health Prev Dent**, v. 21: p. 185-98, 2023.
- VAMOS, C. A.; THOMPSON, E. L.; AVENDANO, M.; *et al.* Oral health promotion interventions during pregnancy: a systematic review. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 43, n. 5: p. 385-96, 2015.

VIEIRA, D. R.; OLIVEIRA, A. E.; LOPES, F. F.; *et al.* Dentists' knowledge of oral health during pregnancy: a review of the last 10 years' publications. **Community Dent Health**, v. 32, n. 2: p. 77-82, 2015.

WILSON, A.; HOANG, H.; BRIDGMAN, H.; *et al.* Factors Influencing the Provision of Oral Health Care Practices by Antenatal Care Providers: A Systematic Review. **J Womens Health (Larchmt)**, v. 31, n. 2: p. 231-241, 2022.

5.2 Produto técnico

A produção técnica desenvolvida nesse projeto é apresentada a seguir, descrita de acordo com os critérios estabelecidos para esse tipo de produção pelo Grupo de Trabalho sobre Produção Técnica, da CAPES (CAPES, 2019).

Quadro 1 - Protocolo para atendimento odontológico da gestante nos serviços públicos odontológicos de Mariana (MG).

TÍTULO:	Protocolo para atendimento odontológico da gestante nos serviços públicos odontológicos de Mariana (MG)
ANO:	2024
AUTORES:	Vânia Maria Godoy Pimenta Barroso, Rafaela da Silveira Pinto, Lívia Guimarães Zina
INSTITUIÇÃO PROMOTORA:	Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
INSTITUIÇÃO PARCEIRA:	Secretaria Municipal de Saúde de Mariana (MG)
LOCAL:	Prefeitura Municipal de Mariana
CIDADE:	Mariana (MG)
DIVULGAÇÃO:	<input type="checkbox"/> filme <input type="checkbox"/> hipertexto <input type="checkbox"/> impresso <input checked="" type="checkbox"/> meio digital <input type="checkbox"/> meio magnético (ex.: cd-room) <input type="checkbox"/> vários <input type="checkbox"/> outros <input type="checkbox"/> não se aplica a este PTT
QUALIS TECNOLÓGICO:	Produto: Tecnologia social Subtipo: Método, processo ou produto desenvolvido Estrato: T2
FINALIDADE (limite do texto: até 255 caracteres com espaço):	Organizar o fluxo de acesso e uso dos serviços odontológicos por gestantes no município de Mariana
IMPACTO – nível:	<input checked="" type="checkbox"/> alto <input type="checkbox"/> médio <input type="checkbox"/> baixo
IMPACTO – demanda:	<input type="checkbox"/> espontânea <input type="checkbox"/> por concorrência <input checked="" type="checkbox"/> contratada
IMPACTO – objetivo da pesquisa que originou o PTT:	<input type="checkbox"/> experimental <input checked="" type="checkbox"/> solução de um problema previamente identificado <input type="checkbox"/> sem um foco de aplicação inicialmente definido
IMPACTO – área impactada pela produção:	<input checked="" type="checkbox"/> saúde <input type="checkbox"/> educação <input type="checkbox"/> ensino <input type="checkbox"/> econômico
IMPACTO – tipo:	<input checked="" type="checkbox"/> potencial <input type="checkbox"/> real
DESCRIÇÃO DO TIPO DE IMPACTO:	Impacto social e econômico: com o fluxo e organização dos serviços, ter-se-á maior facilidade para encaminhamento e oferta dos serviços. Consequentemente, mais gestantes poderão acessar os serviços e ter seu tratamento concluído, melhorando assim a condição de saúde bucal durante a gestação e capacitando a futura mãe como

	promotora de saúde para seu bebê. Além disso, com o fluxo organizado, evita-se o desperdício de recursos públicos financeiros.
REPLICABILIDADE:	<input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
ABRANGÊNCIA TERRITORIAL:	<input checked="" type="checkbox"/> local <input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/> nacional <input type="checkbox"/> internacional
COMPLEXIDADE:	<input type="checkbox"/> alta <input checked="" type="checkbox"/> média <input type="checkbox"/> baixa
INOVAÇÃO:	<input type="checkbox"/> alto teor inovativo <input checked="" type="checkbox"/> médio teor inovativo <input type="checkbox"/> baixo teor inovativo <input type="checkbox"/> sem inovação aparente
SETOR DA SOCIEDADE BENEFICIADO PELO IMPACTO:	<input checked="" type="checkbox"/> saúde humana e serviços sociais <input type="checkbox"/> atividades profissionais, científicas e técnicas <input type="checkbox"/> educação
HOUVE FOMENTO?:	<input type="checkbox"/> financiamento <input type="checkbox"/> cooperação <input checked="" type="checkbox"/> não houve
HÁ REGISTRO/DEPÓSITO DE PROPRIEDADE INTELECTUAL?:	<input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não
ESTÁGIO DA TECNOLOGIA:	<input checked="" type="checkbox"/> piloto/protótipo <input type="checkbox"/> em teste <input type="checkbox"/> finalizado/implantado
HÁ TRANSFERÊNCIA DE TECNOLOGIA/CONHECIMENTO?:	<input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
PTT (URL):	

Descrição: Propõe-se construir um plano de intervenção que envolva a elaboração de protocolo e fluxos pré-definidos para facilitar o acesso e aumentar a proporção de gestante com consulta odontológica no município de Mariana (MG), baseado em tecnologia social, com a participação de informantes-chaves e atores envolvidos no problema. Trata-se de processo transformador, desenvolvido e aplicado na interação com a população e apropriado por ela, representando uma solução, para inclusão social e melhoria das condições de vida, atendendo aos requisitos de simplicidade, baixo custo, fácil aplicabilidade e replicabilidade. O plano de intervenção está sendo construído de forma integrada com os profissionais de saúde e a população alvo, as gestantes, visando uma reorganização no atendimento odontológico à gestante, por meio de um planejamento de ações que visam estabelecer o fluxo de forma mais eficaz, promovendo uma maior aceitação da gestante às consultas de pré-natal odontológico e facilitando a inserção da mesma no serviço. A partir dos resultados obtidos na pesquisa de método misto com triangulação dos dados, a qual contou com a participação de profissionais da saúde e gestantes com e sem acesso ao serviço

odontológico, foi elaborada uma proposta de protocolo para ser apresentada em uma oficina que será desenvolvida no dia 02 de julho de 2024. Nessa oficina, espera-se realizar a construção coletiva do plano de intervenção, com a colaboração dos agentes sociais-chaves para o problema em questão: profissionais da saúde, gestantes, representantes da comunidade (membros do Conselho Municipal de Saúde) e da gestão municipal de saúde.



**Oficina Pré-natal
Odontológico**

*Cuidados precoces
Saúde para toda a vida*

**02 Jul
9-13h**

**Faça parte dessa construção
conosco.
Participe da oficina!**

**PREFEITURA DE
MARIANA**

FAO UFMG
FACULDADE DE
ODONTOLOGIA

5.2.1 Protocolo



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIANA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ODONTOLOGIA

PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇO E ATENDIMENTO CLÍNICO ODONTOLÓGICO À GESTANTE PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Busca na literatura

A revisão bibliográfica foi realizada no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), na biblioteca virtual da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), na biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

1.2 Resultados do estudo

A OFERTA DO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO NO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO NO MUNICÍPIO DE MARIANA (MG). Autora: Vânia Maria Godoy Pimenta Barroso. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG). 2024.

1.3 Palavra(s)-chave

Protocolos clínicos. Protocolo saúde bucal para gestantes. Atendimento odontológico às gestantes. Gestantes e odontologia. Saúde bucal em gestantes.

2 INTRODUÇÃO

No período gestacional ocorrem várias alterações no organismo da mulher relacionadas ao aporte circulatório para o útero, alterações no sistema endócrino principalmente da progesterona e estrogênio, fluxo sanguíneo renal e gastrointestinal alterações musculoesqueléticas, diminuição do tamanho do esôfago e relaxamento da cárdia, dentre outros (TAN; TAN, 2013). Os níveis hormonais estão mais acentuados fazendo com que exista uma susceptibilidade maior a doenças periodontais. A gestante pode, então, ser considerada uma paciente de temporário risco odontológico.

Evidências científicas comprovam a correlação entre doenças da cavidade bucal e período gestacional (CHEN; HONG; FU, 2022; FIGUEIREDO *et al.*, 2017; FUJIWARA *et al.*, 2017; KRÜGER *et al.*, 2015; RIO *et al.*, 2020; XIONG *et al.*, 2006). A manifestação da doença periodontal na gravidez vem sendo associada ao aumento do risco para o parto pré-maturo e baixo peso ao nascer (KHADER; TA'ANI, 2005; SILVA *et al.*, 2020).

A unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde, ponto de atenção estratégico para acolher suas necessidades proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado. O Manual Técnico de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, caderno de nº 32, da série A apresenta as abordagens da saúde bucal na gestação, os agravos orais mais comuns, esclarece o papel de todos os profissionais da equipe da atenção básica no pré-natal, bem como as atribuições de cada um no cuidado da gestante. Apresenta as funções do cirurgião-dentista no cuidado pré-natal, ressaltando a realização da primeira consulta odontológica de pré-natal de gestação de baixo risco; solicitação de exames complementares e, caso necessário, orientação sobre a possibilidade de realizar o tratamento neste período; adequação do meio bucal de forma a garantir conforto à gestante e o atendimento das intercorrências e urgências odontológicas. Reforça também a necessidade de os profissionais de saúde bucal trabalhar em conjunto com os profissionais da equipe de saúde, responsáveis pelo seu atendimento, afim de planejar melhor o cuidado odontológico no pré-natal. Os cirurgiões-dentistas podem desmistificar informações sobre o tratamento odontológico na gravidez com os colegas da equipe de saúde, de modo que eles passem a encorajar a usuária a buscar o cuidado odontológico, orientar sobre a realização do

PNO, mostrando as necessidades mais comuns de cada trimestre da gestação, enfatizando que o adiamento do tratamento odontológico para o pós-parto pode ser problemático, pois além da possibilidade do aumento dos agravos e morbidades, as novas mães estarão focadas no cuidado de seus bebês recém-nascidos e não disporão de tempo para cuidarem de si mesmas (BRASIL, 2012).

O PNO é recomendado por diretrizes governamentais e por uma extensa literatura, porém, sua implantação ainda é um desafio a ser superado no âmbito da saúde pública. Estudos apontam que muitas mulheres passam por todo o período da gestação sem realizar nenhuma consulta com o cirurgião dentista. (GARBIN, 2011; NOGUEIRA, 2012).

Em busca de um atendimento com qualidade às gestantes de Mariana a equipe de saúde bucal deverá oferecer um atendimento baseado nos princípios do SUS, principalmente no que se refere à integralidade da atenção. Propõe-se construir um plano de intervenção que envolva a elaboração de protocolo e fluxos pré-definidos para facilitar o acesso e aumentar a proporção de gestante com consulta odontológica no município de Mariana (MG), baseado em tecnologia social, construído de forma integrada com os profissionais de saúde, gestantes, representantes da comunidade (membros do Conselho Municipal de Saúde) e da gestão municipal de saúde visando uma reorganização no atendimento odontológico à gestante, por meio de um planejamento de ações que visam estabelecer o fluxo de forma mais eficaz, promovendo uma maior aceitação da gestante às consultas de pré-natal odontológico e facilitando a inserção da mesma no serviço.

3 JUSTIFICATIVA

A assistência ao pré-natal de forma integral tem o objetivo de assegurar uma gestação de qualidade e garantir a manutenção da saúde da mãe e da criança. Os problemas bucais que aparecem devido a alterações fisiológicas na gestação, como inflamação gengival devido ao aumento dos níveis hormonais; cárie e dor dentária como decorrência do aumento no consumo de açúcar e dificuldade na manutenção dos hábitos de higiene bucal, assim como do aumento de náuseas e enjoos, precisam de cuidados especiais e atendimento clínico (CHEN; HONG; FU, 2022; FIGUEIREDO *et al.*, 2017; FUJIWARA *et al.*, 2017; KRÜGER *et al.*, 2015; PIRIE *et al.*, 2007; RIO *et al.*, 2020; YOUSEFI *et al.*, 2020; XIONG *et al.*, 2006).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde, sugere-se ao que pelo menos uma consulta de pré-natal odontológica seja realizada para a orientação da gestante, com foco nas especificidades de cada paciente, identificando os possíveis fatores de risco na gestação e promovendo a saúde materno-infantil. Devem ser realizadas instruções individualizadas sobre higiene bucal, uso do flúor em cremes dentais, a importância e apoio à amamentação, sobre o efeito deletério de chupeta e mamadeira, e as consequências do uso do açúcar, dentre outros (BRASIL, 2022a).

O município de Mariana, por meio da última avaliação publicada pelo Ministério da Saúde (terceiro quadrimestre de 2023), através do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB, apresentou o valor do indicador “PROPORÇÃO DE GESTANTES COM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO REALIZADO” em 28%. A baixa adesão das gestantes do município de Mariana ao pré-natal odontológico motivou as pesquisadoras responsáveis por este projeto a buscar respostas frente às dificuldades apresentadas para efetividade e resolutividade das ações do pré-natal odontológico no município, com o objetivo de promover a melhora na adesão de gestantes aos serviços odontológicos, desenvolver e manter a saúde materno-infantil, considerando os aspectos de promoção e prevenção em saúde, rastreio e diagnóstico de doenças.

4 ABORDAGEM DA GESTANTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A porta de entrada para o atendimento odontológico deverá ser após a primeira consulta do pré-natal. Caso a gestante não esteja fazendo o pré-natal, espera-se que o ACS entre em contato com a equipe de saúde bucal para o agendamento da gestante. A abordagem multiprofissional é muito importante, de tal maneira para que os diferentes conhecimentos dos profissionais, usados em conjunto, atenda de forma integral. Quando se tratar de grávidas adolescentes, essas devem ser acolhidas com escuta ética e sensível diante das especificidades das demandas, valorizando o contexto em que estas são geradas.

A consulta deverá ser agendada de forma prioritária para que o cirurgião-dentista avalie a necessidade de tratamento da gestante e possa decidir se o tratamento será iniciado imediatamente ou se o mesmo será adiado para outro momento. Caso a gestante procure o serviço de urgência, na unidade de pronto

atendimento, após o atendimento, a mesma deverá ser encaminhada para tratamento na sua unidade de referência.

O cirurgião-dentista deverá participar de grupos de gestantes nos locais onde houver a Estratégia Saúde da Família (ESF), para desenvolver atividades de educação em saúde bucal. Grupos operativos de gestantes devem ser realizados de forma mensal na Unidade Central Odontológica, UBS Cabanas. As gestantes devem ser encaminhadas pelos ACS, enfermeiros, médicos para participarem dos grupos com intuito de educação em saúde, desmistificação do atendimento odontológico à gestante, criação de vínculo com a equipe de saúde bucal. As datas dos grupos deverão ser passadas mensalmente pela Coordenação de Saúde Bucal do Município para a Coordenação de Atenção Básica solicitar para todas as gerentes das UBS que encaminhem as gestantes para os grupos operativos de PNO.

Temas abordados do grupo operativos:

- ✚ Desmistificação do atendimento odontológico
- ✚ Cuidados em saúde bucal para a mulher e futuro bebê
- ✚ Quando começar a higiene oral do bebê
- ✚ Uso de flúor
- ✚ Relação do uso de antibióticos e dentes
- ✚ Erupção dentária do bebê
- ✚ Freio bucais
- ✚ Amamentação e alimentação
- ✚ Candidíase
- ✚ Dentes natais e neonatais
- ✚ Uso de chupeta e sucção digital

4.1 Atribuições dos profissionais da ESF no PNO

- **Cabe ao ACS** nas visitas domiciliares realizar a busca das gestantes, monitoramento das consultas odontológicas, orientação sobre o PNO e sua importância na saúde do bebê e da gestante, informar sobre as datas dos grupos operativos permanentes.
- **Cabe ao enfermeiro** nas unidades de saúde realizar a busca das gestantes, monitoramento das consultas odontológicas, orientação sobre o PNO e sua importância na saúde do bebê e da gestante, informar sobre as datas dos grupos

operativos permanentes, e/ou realizar grupos operativos interdisciplinar com as gestantes.

- **Cabe as ASBs e TSBs** nas unidades de saúde realizarem o acolhimento da gestante, monitoramento das consultas odontológicas, orientação sobre o PNO e sua importância na saúde do bebê e da gestante, informar sobre as datas dos grupos operativos permanentes, e/ou realizar grupos operativos interdisciplinar com as gestantes.
- **Cabe aos CDs** nas unidades de saúde realizarem o acolhimento da gestante, monitoramento das consultas odontológicas, orientação sobre o PNO e sua importância na saúde do bebê e da gestante, informar sobre as datas dos grupos operativos permanentes, e/ou realizar grupos operativos interdisciplinar com as gestantes, atendimento clínico odontológico, solicitações de exames complementares, verificação do quadro de saúde da gestante através do cartão da gestante, prontuário físico ou eletrônico, exames laboratoriais solicitados pelo médico obstetra. Aferição da PA, glicose. Realizar matriciamento dos casos complexos com a equipe de saúde bucal e enfermagem. Atendimento de forma integral, humanizada, interprofissional.
- **Cabe aos Médicos obstetras** nas unidades de saúde realizarem o acolhimento da gestante, monitoramento das consultas odontológicas através do campo odontológico do cartão da gestante, orientação sobre o PNO e sua importância na saúde do bebê e da gestante, informar sobre as datas dos grupos operativos permanentes, e/ou realizar, participar de grupos operativos interdisciplinar com as gestantes, encaminhamento através de documento de referência contra referência de TODAS as gestante na primeira consulta de pré-natal, para consulta de pré-natal odontológico na UBS de referência prestando todas as informações sobre o quadro de saúde atual da gestante, comprometimentos sistêmicos, uso de medicações que a mesma está fazendo no momento. Realizar matriciamento dos casos complexos com a equipe de saúde bucal e enfermagem. Orientar a gestante a levar exames laboratoriais ao dentista, no dia da consulta. Atendimento de forma integral, humanizada, interprofissional.

4.2 Fluxo de agendamento

4.2.1 Equipe de Saúde da Família - Equipe de Saúde Bucal

A captação inicial da gestante será realizada pela ESF imediatamente após a primeira consulta de pré-natal com o médico.

A gestante deverá ser encaminhada, através de documento de referência e contra referência, **pelo seu médico obstetra**, contendo as informações pertinentes sobre o quadro de saúde atual da gestante, comorbidade existente, uso de medicamentos, se há contraindicações no uso de anestésicos, medicamentos de rotina odontológico. Atendimento prioritário, preferencialmente consulta casada (no dia do pré-natal com médico ou com a enfermeira).

As ESF que não tem unidade odontológica de atendimento ou não coincidem os dias/horários de atendimento do médico/dentistas, o atendimento odontológico deverá ser preferencialmente agendado em dias de consulta e exames que já fazem parte do calendário de rotina do pré-natal da gestante.

Gestantes de áreas rurais que não tem em sua UBS a unidade de atendimento odontológico, a Secretaria Municipal de Saúde deverá providenciar o transporte da mesma, nos dias pré-agendados pela ESF nas unidades de saúde bucal de referência. Os agendamentos dessas gestantes deverão ser realizados de forma programada otimizando um número de gestantes, cerca de 03 (três) para cada viagem.

Os agendamentos deverão ser realizados através de contato telefônico entre as recepcionistas das UBS da gestante e a da Unidade de Odontologia de referência. A recepção da UBS deverá orientar a gestante a levar o encaminhamento, por escrito, do médico obstetra, realizado em documento de referência e contra referência, exames complementares que foram solicitados no pré-natal e o cartão da gestante.

4.2.2 Demanda espontânea

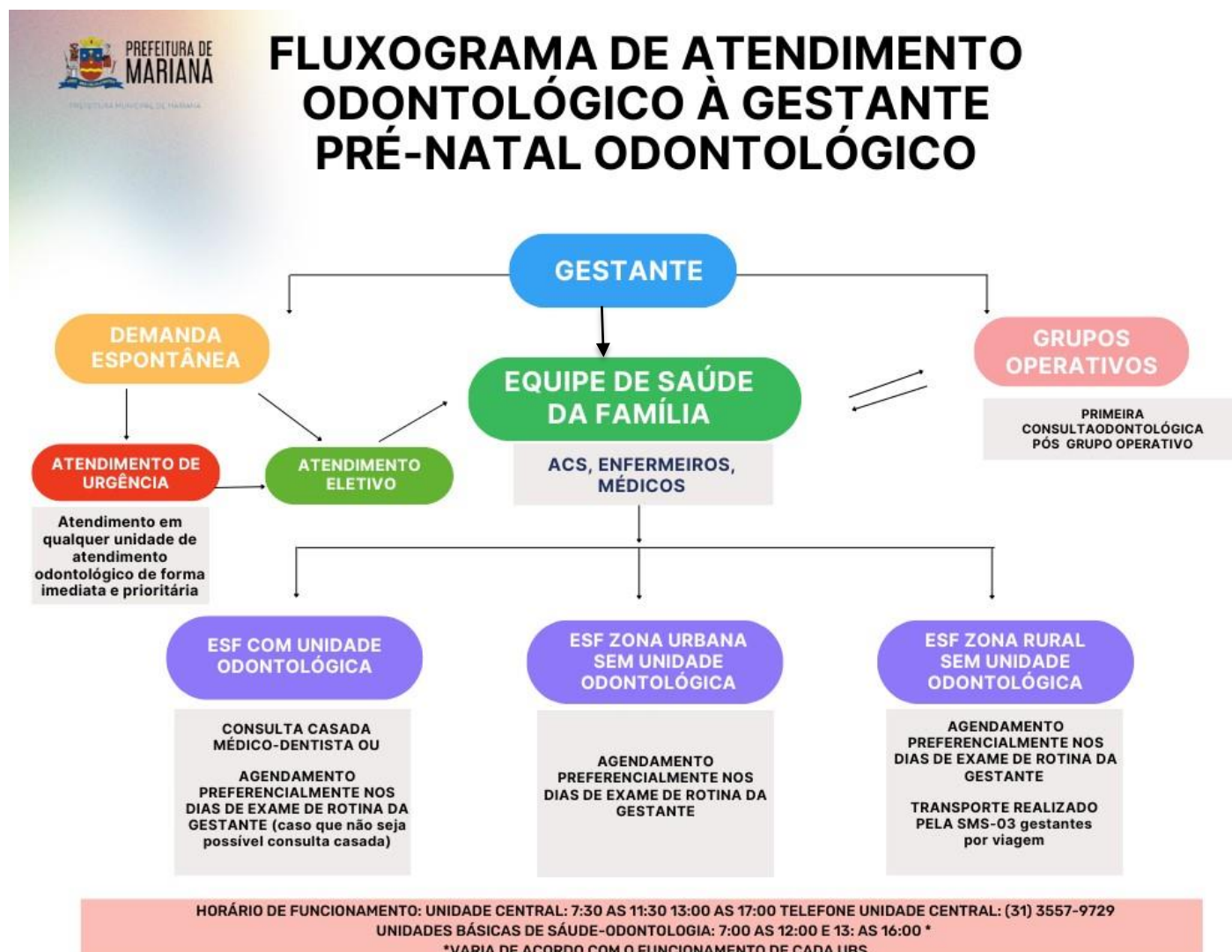
Eletiva: paciente agendada de forma prioritária com a ESB da sua unidade básica de saúde. A paciente será orientada a levar no dia da consulta, o cartão da gestante, exames laboratoriais que já tenham sido solicitados pelo médico obstetra. A gestante

será orientada sobre as datas dos grupos operativos. Caso julgue necessário o cirurgião dentista, após a primeira consulta odontológica, poderá encaminhar a gestante ao médico obstetra, através de documento de referência e contra referência, para solicitar as informações pertinentes sobre o quadro de saúde atual da gestante, comorbidade existente, uso de medicamentos, se há contraindicações no uso de anestésicos, medicamentos de rotina odontológico.

Urgência: paciente atendida de forma prioritária. Verificação quadro de saúde da gestante/cartão da gestante, prontuário eletrônico, exames clínicos vitais. Realização do procedimento seguindo diretrizes do atendimento por período, uso de medicações, anestésicos, radiografias. Paciente deverá ser orientada a participar dos grupos operativos programados. Paciente deverá ser encaminhada diretamente pelo cirurgião dentista, de forma prioritária, através de referência e contra referência, para agendamento de consulta odontológica na sua UBS de referência.

4.2.3 Grupo operativos

As gestantes que participam dos grupos operativos e que ainda não realizaram a consulta de pré-natal odontológico poderão passar pela consulta inicial com o dentista imediatamente após o término da conversa com o grupo, ou se preferirem serão encaminhadas pelo dentista da unidade, que conduziu o grupo operativo, à sua Unidade de Saúde Odontológica de referência para iniciar o acompanhamento de saúde bucal na gestação.



Fonte: Autoria própria (2024)

4.3 Atendimento clínico odontológico eletivo - diretrizes de atendimento odontológico por período gestacional na Atenção Primária

O tratamento odontológico pode ser realizado em qualquer período da gravidez, pois as infecções presentes na cavidade bucal da mãe podem ser mais prejudiciais ao bebê do que um possível tratamento estabelecido. É necessário observar o estado geral da mulher, bem como suas necessidades em cada período da gestação para que seja possível oferecer o cuidado da melhor forma possível (SILVA, 2006; ECHEVERRIA, 2016; KONISHI, 2018).

Segundo diretrizes do Ministério da Saúde, toda gestante deve realizar ao menos uma consulta odontológica durante o pré-natal. Os procedimentos odontológicos de baixa complexidade não devem ser limitados em razão do tipo ou período gestacional (BRASIL, 2022b).

São procedimentos que compõem o atendimento odontológico à gestante de em todo período gestacional: a) Orientação sobre possibilidade de atendimento durante a gestação, b) Exame de tecidos moles e identificação de risco à saúde bucal, c) Diagnóstico de lesões de cárie e necessidade de tratamento curativo, d) Diagnóstico de gengivite ou doença periodontal crônica e necessidade de tratamento, e) Orientações sobre hábitos alimentares (ingestão de açúcares) e higiene bucal (BRASIL, 2004).

Todo tratamento devidamente indicado deve ser realizado a fim de restaurar a saúde oral, incluindo:

- Raspagem de cálculo (tártaro)
- Tratamento restaurador (remoção de tecido cariado e restauração)
- Acesso endodôntico à câmara pulpar e limpeza prévia dos canais
- Exodontia (extração)
- Radiografia – quando devidamente indicada e feita com proteção plumbífera (FIOCRUZ, 2020).

4.3.1 Orientações relativas ao atendimento em cada trimestre da gestação

✓ **PRIMEIRO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO**

✚ Procedimentos a serem realizados:

Informar sobre as mudanças que poderão ocorrer em decorrência da gestação, ofertar instruções de higiene bucal, exame clínico, profilaxia, procedimentos curativos, tais como raspagem e alisamento radicular, restaurações, tratamento endodôntico, exodontias, atendimentos de urgência.

✚ Cuidados especiais: No 1º trimestre, muitas mulheres apresentam hiperêmese (náuseas e vômitos), o que muitas vezes dificulta a realização de alguns procedimentos clínicos. É também o período da organogênese – início da formação

do feto – que vai do 18º ao 56º dia, onde há uma maior chance da ocorrência de aborto e de teratogenia (malformações fetais devido ao uso de medicamentos não indicados).

✓ **SEGUNDO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO**

✚ Procedimentos a serem realizados:

Informar sobre as mudanças que poderão ocorrer em decorrência da gestação, ofertar instruções de higiene bucal, exame clínico, profilaxia, procedimentos curativos, tais como raspagem e alisamento radicular, restaurações, tratamento endodôntico, exodontias, atendimentos de urgência.

✚ Cuidados especiais: 2º trimestre – mais estável (físico e emocionalmente); o tamanho do útero pode começar a gerar hipotensão postural; orientar levantar devagar e com cuidado

✓ **TERCEIRO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO**

✚ Procedimentos a serem realizados:

Informar sobre as mudanças que poderão ocorrer em decorrência da gestação, ofertar instruções de higiene bucal, exame clínico, profilaxia, procedimentos curativos, tais como raspagem e alisamento radicular, restaurações, tratamento endodôntico, exodontias, atendimentos de urgência.

✚ Cuidados especiais: principal atenção deve ser em relação ao maior crescimento do bebê e maior volume abdominal. Atentar-se a posição da gestante durante o atendimento para evitar a ocorrência de síndrome hipotensiva pela compressão da veia cava inferior. A síndrome da posição supina acomete 15-20% das gestantes.

O deslocamento do útero para o lado esquerdo é obtido através da colocação de um pequeno travesseiro sob o quadril direito da paciente, levantando o quadril direito e a nádega cerca de 15º graus. Alternativamente, a paciente pode inclinar-se sobre o seu lado esquerdo, reduzindo assim a pressão sobre a veia cava (SHESEL *et al.*, 2013; XAVIER, XAVIER, 2004). Recomendamos também que a cadeira odontológica esteja em 45º em relação ao solo, ao invés dos usualmente 60º

graus utilizados com a maioria dos pacientes. Na posição de 45° graus a paciente fica “sentada”, quando comparada à posição “deitada” de 60° graus, contribuindo também com a prevenção da Síndrome Hipotensiva Supina.

4.3.2 Atenção primária - pacientes com comorbidade

As mulheres com gestação de alto risco (pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e hipertensão descontrolada), é recomendada avaliação conjunta (dentista e médico) para garantia de atendimento seguro. O dentista da APS poderá acionar os profissionais ESF e da atenção secundária para matriciamento ou encaminhamento para cuidado especializado ou hospitalar, se houver necessidade.

As gestantes que receberem alta do tratamento, durante a gestação, deverão retornar a cada três meses para fazer profilaxia. Aquelas que não receberem alta, apresentando apenas adequação do meio bucal, também deverão retornar, a cada três meses, para fazer profilaxia, mas deverão retornar para dar continuidade ao tratamento dentro do prazo de até seis meses após o parto.

4.3.3 Medicações, uso de anestésicos, radiografias

Uma das principais preocupações dos cirurgiões-dentistas em relação ao atendimento odontológico das gestantes é a utilização de anestésicos, anti-inflamatórios, analgésicos e antibióticos, pois existe o medo de tais drogas atravessarem a barreira placentária e causar alguma injúria ao feto. Deve-se ressaltar que o tratamento das alterações (infecções e inflamações) odontológicas não deve ser feito apenas com medicamentos, pois estes são coadjuvantes e não dispensam a intervenção odontológica local. A prescrição de medicamentos deve ser realizada quando realmente for necessária e seu benefício justificar seu risco (SILVA 2006).

Apresentaremos de forma esquemática a classificação desses medicamentos de acordo com a FDA (U.S. Food & Drug Administration - Agência Federal do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos responsável pela proteção e promoção da Saúde Coletiva através do controle e supervisão de diversos itens como a prescrição de fármacos e vacinas), tomando por base, predominantemente, o primeiro trimestre da gestação.

O quadro 1 apresenta uma síntese dos medicamentos mais comumente utilizados na clínica odontológica, e a recomendação de uso para o período gestacional.

A classificação dos fármacos pela FDA se dá na seguinte forma:

Categoria A – refere-se à medicamentos e substâncias para as quais os estudos controlados em mulheres não têm mostrado risco para o feto durante o primeiro trimestre e a possibilidade de dano fetal é bastante remota;

Categoria B – os estudos realizados em animais não indicam que a substância oferece risco para o feto, mas não há estudos controlados em humanos que mostrem efeitos adversos sobre o mesmo. Deve-se considerar os medicamentos e substâncias incluídos nessa categoria de prescrição com cautela;

Categoria C – os estudos em animais têm demonstrado que esses medicamentos podem exercer efeitos teratogênicos ou são tóxicos para os embriões, mas não há estudos controlados em mulheres ou não há estudos controlados disponíveis em animais nem em humanos. Deve-se considerar os medicamentos e substâncias incluídos nessa categoria de prescrição com risco.

Categoria D – existe evidência de risco para os fetos humanos, mas os benefícios em certas situações, como por exemplo, nas doenças graves ou que põem em risco a vida e para as quais não existe outra alternativa terapêutica, podem fazer com que o uso durante a gravidez esteja justificado, apesar dos riscos. Deve-se considerar os medicamentos e substâncias incluídos nessa categoria de prescrição como sendo de alto risco.

Categoria X – estudos em animais ou humanos têm demonstrado que o medicamento causa alterações fetais ou há evidência de aumento no risco para o feto com base na experiência em humanos ou ambos. O risco supera claramente qualquer possível benefício. Deve-se considerar os medicamentos e substâncias incluídos nessa categoria de prescrição como sendo de perigo.

4.3.3.1 Analgésicos

O paracetamol pode ser prescrito com segurança em casos de dor leve a moderada, em qualquer período da gestação, devendo ser usado em doses terapêuticas. A dipirona sódica, segundo a literatura, é o analgésico de segunda escolha, tendo como inconveniente o risco de agranulocitose, o qual pode predispor

a gestante a infecções, porém não apresenta risco de anormalidade congênita (VASCONCELOS, 2012).

4.3.3.2 Anti-inflamatórios

Os anti-inflamatórios não devem ser prescritos a gestante por bloquearem a síntese de prostaglandinas e tromboxanos levando a predisposição para o aumento do sangramento, podendo também levar a constrição do ducto arterial intrauterino e ao prolongamento da gestação e trabalho de parto.

4.3.3.3 Antibióticos

As penicilinas são os antibióticos de primeira escolha durante a gestação são as penicilinas são atóxicas aos organismos materno e fetal em qualquer período gestacional. Outras opções são as cefalosporinas e macrolídeos mais comumente empregadas em pacientes alérgicos às penicilinas (VASCONCELOS, 2012).

4.3.3.4 Anestésico

A lidocaína é o sal anestésico de primeira escolha para gestantes, sendo que a concentração deve ser de 2%. O vaso constritor a ser utilizado deve ser a epinefrina (adrenalina) na concentração de 1:100.000, não devendo ultrapassar o limite de três tubetes por sessão. A aplicação do anestésico deve ser lenta e com aspiração prévia. Não devem ser utilizadas a prilocaína e o vaso constritor felipressina (RITZEL, 2008).

MEDICAMENTOS COMUMENTE USADOS NA ODONTOLOGIA E SUA RELAÇÃO COM A GESTAÇÃO			
ANALGÉSICOS			
APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	CLASSIFICAÇÃO	RISCO E RECOMENDAÇÃO
Paracetamol	1 comprimido de 500mg de 6/6 horas enquanto houver dor	B	Mínimo. Consumo elevado pode levar a lesões hepáticas e renais na mãe e no feto. Analgésico de 1ª escolha para gestante
Dipirona	-	Sem informação	Pode causar agranulocitose fetal. Não seguro. Não deve ser prescrito na clínica odontológica
Ácido acetilsalicílico	-	C	Interfere na função plaquetária. Em baixas doses é recomendado para gestantes de alto risco para pré-eclâmpsia. Não deve ser prescrito na clínica odontológica
Codeína	-	C	Pode causar malformações do aparelho respiratório. Risco fetal não pode ser excluído. Utilizar somente quanto o benefício superar o risco. Não seguro. Não deve ser prescrito na clínica odontológica
ANTIINFLAMATÓRIOS			
APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	CLASSIFICAÇÃO	RISCO E RECOMENDAÇÃO
Ibuprofeno	1 comprimido de 400mg a de 6/6 horas	B (1º e 2º trimestre) D (3º trimestre)	Após 2º trimestre: deve-se evitar utilizar por mais de 72 horas. Não usar após a 20ª semana. Risco de fechamento precoce do ducto arterioso. Deve ser utilizado com cautela
Diclofenaco de Sódio	-	D	Inibe a síntese de prostaglandinas.

			Não seguro. Não deve ser prescrito na clínica odontológica
Naproxeno	-	D	Inibe a síntese de prostaglandinas. Não seguro. Não deve ser prescrito na clínica odontológica
ANTIBIÓTICOS			
APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	CLASSIFICAÇÃO	RISCO E RECOMENDAÇÃO
Amoxicilina Infecções leves	1 comprimido de 500mg de 8/8 horas, por 7 dias	B	Mínimo Antibiótico de 1ª escolha para gestante
Clindamicina	1 comprimido de 300mg de 8/8 horas, por 7 dias	B	Mínimo, porém evidências científicas frágeis. Opção para casos de alergia à Penicilina e infecções ósseas Deve ser utilizado com cautela
Azitromicina	1 comprimido de 500 mg ao dia, por 3 dias	B	Mínimo, porém evidências científicas frágeis. Deve ser utilizado com cautela
Metronidazol	1 comprimido de 400mg de 8/8 horas, por 7 dias	B	Risco de má-formação fetal no 1º trimestre não confirmado. Recomenda-se utilizar apenas após o 2º trimestre
Tetraciclina	-	D	Causa manchamento dental, inibição do desenvolvimento ósseo na criança e aborto no 1º trimestre. Não seguro. Não deve ser prescrito na clínica odontológica
ANESTÉSICOS LOCAIS			
APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	CLASSIFICAÇÃO	RISCO E RECOMENDAÇÃO
Lidocaína 2% com vasoconstritor adrenalina 1:100.000	1 a 2 tubetes de anestésico*	B	Mínimo Anestésico de 1ª escolha para gestante

Prilocaína	1 a 2 tubetes de anestésico*	B	Risco de metomeglobinemia. Usar com cautela
Mepivacaína com adrenalina	1 a 2 tubetes de anestésico*	Sem informação	Risco de bradicardia fetal. Usar com cautela
Bupivacaína com adrenalina	1 a 2 tubetes de anestésico*	Sem informação	Efeito de longa duração. Risco de bradicardia fetal. Não há segurança para o seu uso. Não é recomendado seu uso
Articaína com adrenalina	1 a 2 tubetes de anestésico*	C	Alta lipossolubilidade. Risco de metomeglobinemia. Não há segurança para o seu uso. Não é recomendado seu uso.
<i>Evitar o uso de vasoconstritor FELIPRESSINA, pois apresenta risco de aumentar a contratilidade uterina.</i>			
SEDATIVOS, ANSIOLÍTICOS E ANTIDEPRESSIVOS			
APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	CLASSIFICAÇÃO	RISCO E RECOMENDAÇÃO
Diazepan	-	D	Pode causar malformações cardiovasculares, fenda palatina, lábio leporino. Não deve ser prescrito à gestante
Lorazepam	-	D	Risco de síndrome de abstinência fetal, lábio leporino. Não deve ser prescrito à gestante
Amitriptilina	-	D	Pode causar taquicardia fetal, abstinência fetal, efeitos anticolinérgicos fetais, retenção urinária, obstrução intestinal, Risco mínimo de teratogenicidade. Não deve ser prescrito à gestante
ANTICOAGULANTE			
APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	CLASSIFICAÇÃO	RISCO E RECOMENDAÇÃO
Warfarina	-	D	Causa hemorragia fetal. Risco de aborto.

			Não deve ser prescrito à gestante
CORTICÓIDES			
APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	CLASSIFICAÇÃO	RISCO E RECOMENDAÇÃO
Triancinolona acetonida	Aplicar uma pequena quantidade (cerca de 6 mm), sem esfregar, sobre a lesão até que se desenvolva uma película fina, de 2 a 3 vezes ao dia, de preferência após as refeições e antes de dormir.	C	Não há estudos controlados. Deve-se avaliar o risco-benefício Usar com cautela
Dexametasona	-	C	Indicado para acelerar a maturação pulmonar fetal em mulheres em risco de parto prematuro. Não deve ser prescrito na clínica odontológica
OUTROS			
APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	CLASSIFICAÇÃO	RISCO E RECOMENDAÇÃO
Clorexidina	Bochecho de digluconato de clorexidina a 0,12% - 15 ml da solução por 1 minuto, 3 vezes ao dia	B	Não foi encontrado riscos fetais em estudos em animais. Usar apenas quando claramente necessário
ANTIVIRAL			
APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	CLASSIFICAÇÃO	RISCO E RECOMENDAÇÃO
Aciclovir creme (uso tópico)	Aplicação de aciclovir (creme/10mg); 5 vezes ao dia, com intervalos de aproximadamente quatro horas, suprimindo-se a aplicação no período noturno, durante 4 dias.	C	Não há estudos controlados. Deve-se avaliar o risco-benefício. Se a paciente apresentar infecção viral, é necessário tratar. Usar com cautela
ANTIFÚNGICO			
APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	CLASSIFICAÇÃO	RISCO E RECOMENDAÇÃO
Nistatina (uso tópico)	Uma colher de sopa do medicamento	C	Baixa absorção oral. Evidência inconclusiva. Sugestivo de risco de

	(15ml) deve ser colocada na boca, bochechado e posteriormente deglutido, de 3 a 4 vezes ao dia. V.O		hipospádia em fetos expostos. Evitar uso durante período de risco para má-formação (8-14 semanas) Usar com cautela
Miconazol (uso tópico)	-	C	Não foi encontrado riscos fetais em estudos em animais. Evidência inconclusiva. Não deve ser prescrito à gestante
Fluconazol (uso oral)	-	C	Risco fetal em estudos em animais. Não deve ser prescrito à gestante

Legenda - *De acordo com as Diretriz para a Prática Clínica Odontológica na APS: tratamento em gestantes (Ministério da Saúde, Brasil), um a dois tubetes são suficientes para a conclusão dos procedimentos odontológicos realizados na Atenção Primária em Saúde.

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

4.3.3.5 Radiografias orais

O emprego de radiografias odontológicas durante a gestação é seguro, desde que deve que todas as medidas de proteção sejam utilizadas, como uso de avental plumbífero, regulação da dose e tempo de exposição dos raios X. Vale ressaltar que a radiação emitida numa radiografia periapical é muito menor que a dose suficiente para causar manifestações congênitas, que é de 10 μ Sv e que o feto só recebe 1/50.000 da exposição direta da radiação na cabeça da mãe (EBRAHIM, 2014; SILVA, 2006, VASCONCELOS, 2012).

4.4 Atenção de Média Complexidade em Saúde Bucal

Todos os procedimentos odontológicos especializados são oferecidos de forma complementar aos cuidados da atenção básica, utilizados por meio do Sistema de Regulação de Vagas (SISREG), respeitando os princípios da hierarquização, da regionalização da oferta e da integralidade da assistência, através da Pactuação Vigente da Microrregião, tendo o município de Itabirito como referência. Este nível de atenção compreende as seguintes especialidades: Endodontia, Periodontia Especializada, Cirurgia Oral Menor, Estomatologia, Pacientes com Necessidades

Especiais. Estes pacientes devem ser encaminhados das unidades de atenção primária preferencialmente com suas demandas básicas de saúde bucal solucionadas.

4.5 Atenção de Alta Complexidade em Saúde Bucal

A alta complexidade em saúde bucal está concentrada nas ações de urgência e emergência dos hospitais de grande porte, tendo como prioridade o atendimento ao trauma bucomaxilofacial, atendimento as anomalias crânio faciais de pacientes fissurados, através de acompanhamento multidisciplinar. As vagas são oferecidas por meio do Sistema de Regulação de Vagas (SISREG), respeitando os princípios da hierarquização, da regionalização da oferta e da integralidade da assistência. O cirurgião-dentista quando julgar necessário deverá encaminhar a gestante ao Serviço de regulação do município o mesmo providencie a agendamento/atendimento na rede hospitalar.

Por fim, para um constante aprimoramento da atenção em saúde bucal, as normas aqui preconizadas no protocolo deverão continuar sendo discutidas e atualizadas pelas Equipes de Saúde do Município de Mariana oferecendo assim um atendimento de qualidade às gestantes do município.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos da Atenção Básica n. 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota Técnica Nº 3/2022-SAPS/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde: tratamento em gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.

CHEN, P.; HONG, F.; YU, X. Prevalence of periodontal disease in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **J Dent**, v. 125: p.104253, 2022.

EBRAHIM, Z. F.; OLIVEIRA, M. C. Q.; PERES, M. P. S. M.; *et al.* Tratamento Odontológico em Gestantes. **Science in Health**, v. 5, n. 1, p. 32-44, 2014.

ECHEVERRIA, S.; POLITANO, G. T. **Tratamento Odontológico Para Gestantes**. 2ª Ed. Grupo Gen-Livraria Santos Editora, 2000.

FIGUEIREDO, C. S. A.; ROSALEM, C. G. C.; CANTANHEDE, A. L. C.; *et al.* Systemic alterations and their oral manifestations in pregnant women. **J Obstet Gynaecol Res**, v. 43, n. 1: p. 16-22, 2017.

FIOCRUZ. **Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. Principais questões sobre Covid-19 e planejamento reprodutivo. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-covid-19-e-planejamento-reprodutivo>, 2020. Acesso em: 20 fev. 2024.

FUJIWARA, N.; TSURUDA, K.; IWAMOTO, Y.; *et. al.* Significant increase of oral bacteria in the early pregnancy period in Japanese women. **J Investig Clin Dent**, v. 8, n. 1, 2017.

GARBIN, C. A. S.; SUMIDA, D. H.; SANTOS, R. R.; *et al.* Saúde coletiva: promoção de saúde bucal na gravidez. **Revista de Odontologia da UNESP**, p. 161-165, 2011.

KHADER, Y. S.; TA'ANI, Q. Periodontal diseases and the risk of preterm birth and low birth weight: a meta-analysis. **J Periodontol**, v. 76, n. 2: p. 161-165, 2005

KONISHI, F.; POLITANO, G. T.; MUGAYAR, L. R. Odontologia intrauterina: um modelo antecipado na construção da saúde bucal da criança. In: TAKAOKA, L. A.;

COUTINHO, L.; WEILER, R. M. E. **Odontopediatria** – A transdisciplinaridade na saúde integral da criança. São Paulo: BOK2; 2018.

KRÜGER, M. S.; LANG, C. A.; ALMEIDA, L. H. S.; *et al.* Dental pain and associated factors among pregnant women: an observational study. **Matern Child Health J**, v. 19, n. 3: p. 504-10, 2015.

NOGUEIRA, L. T.; VALSECKI JÚNIOR, A.; MARTINS, C. R.; *et al.* Retardo na procura do tratamento odontológico e percepção da saúde bucal em mulheres grávidas. **Odontologia Clínico-Científica**, p. 127-131, 2012.

PIRIE, M.; COOKE, I.; LINDEN, G.; *et al.* Dental manifestations of pregnancy. **The Obstetrician & Gynaecologist**, v. 9: p. 21-26, 2007.

RIO, R. *et al.* Pregnancy as a Period of Enhanced Risk for Non-Cavitated Caries Lesions. **Oral Health Prev Dent**, v. 18, n. 1: p. 387-393, 2020.

RITZEL, I. F.; GUARIENTI, D.; GUIMARÃES, A.; *et al.* Primeiro atendimento odontológico na gestação. **Rev Div Cient ULBRA**, 2008.

SHELSEL, B. A.; PORTNOF, J. E.; KALTMAN, S. I.; *et al.* Dental treatment of the pregnant patient: literature review and guidelines for the practicing clinician. **Today's FDA**, v. 25, n. 6: p. 26-9, 2013.

SILVA, C. C. D.; SAVIAN, C. M.; PREVEDELLO, B. P.; *et al.* Acesso e utilização de serviços odontológicos por gestantes: revisão integrativa de literatura. **Ciênc Saúde Colet**, v. 25: p. 827-835, 2020.

SILVA, F. W. G. P., STUANI, A. S., QUEIROZ, A. L. Atendimento odontológico à gestante – parte 2: A consulta. **R. Fac. Odontol.**, v. 47, n. 3: p. 5-9, 2006.

TAN, E. K.; TAN, E. L. Alterations in physiology and anatomy during pregnancy. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, Amsterdã, v. 27, n. 6: p. 791-802, 2013.

VASCONCELOS, R. G.; VASCONCELOS, M. G.; MAFRA, R. P. *et al.* Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 69, n. 1, p. 120, 2012.

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

XIONG, X.; BUEKENS, P.; FRASER, W. D.; *et al.* Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 113, n. 2: p. 135-143, 2006.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dessa pesquisa foi observada a necessidade na melhoria do acesso e oferta do serviço de pré-natal odontológico no município de Mariana, expansão e fortalecimento das políticas públicas de saúde bucal, com uma atenção especial à gestante. A necessidade de educação permanente em saúde no tema da educação em saúde no pré-natal e a capacitação dos cirurgiões-dentistas na prática clínica com esse público são necessárias na criação de confiança e segurança no atendimento da gestante. O fortalecimento da comunicação entre os profissionais que acompanham a gestante é essencial para que o trabalho interprofissional possa promover acolhimento de forma multiprofissional e integral. A não inclusão do pré-natal odontológico na rotina de cuidados da gestação pode estar relacionado à falta de percepção da necessidade desse cuidado, à influência dos mitos, crenças e tabus e à desinformação sobre a possibilidade de realizar o tratamento odontológico com segurança. Os pontos apresentados devem ser alvo de trabalho no município, com a criação de estratégias voltadas para a ampliação da oferta do serviço, capacitação profissional, trabalho de divulgação e informação visando uma mudança no comportamento e autopercepção da gestante sobre sua saúde bucal e os cuidados para promover mudanças significativas na qualidade de vida destas mulheres.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, O. M. R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C. S. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20: p. 789-96, 2004.
- ALRATROOT, S.; ALOTAIBI, G.; ALBISHI, F.; *et al.* Dental Anxiety Amongst Pregnant Women: Relationship With Dental Attendance and Sociodemographic Factors. **Int. Dent. J.**, v. 72, n. 2: p. 179-85, 2022.
- ARANTES, D. C.; SANTOS, P. R. G.; OLIVEIRA, E. E. G.; *et al.* The Nursing Care with the Oral Health of Pregnant Women: A Qualitative Study. **Pesqui. Bras. Odontopediatria e Clin. Integr.**, v. 7, n. 1: p. 110, 2017.
- BAHRAMIAN, H.; MOHEBBI, S. Z.; KHAMI, M. R.; *et al.* Qualitative exploration of barriers and facilitators of dental service utilization of pregnant women: A triangulation approach. **BMC Preg. Childb.**, v. 18, n. 1: p. 153, 2018.
- BARBOSA, M. C. F.; ROCHA, N. B.; RODRIGUES, H. S. G.; *et al.* Maternal Knowledge of Oral Health During Pregnancy and Childbirth. **Matern. Child Health J.**, v. 27, n. 9: p. 1607-1614, 2023.
- BASTIANE, C.; COTA, A. L. S.; PROVENZANO, M. G. A.; *et al.* Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. **Odontol. Clin. Cient.**, v. 9, n. 2: p. 155-60, 2010.
- BOGGESESS, K. A.; URLAUB, D. M.; MASSEY, K. E.; *et al.* Oral hygiene practices and dental service utilization among pregnant women. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 141, n. 5: p. 553-561, 2010.
- BRADBURN, N. M.; SUDMAN, S.; WANSINK, B. **Asking questions.** The definitive guide to questionnaire design - For market research, political polls, and social and health questionnaires. 2. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 102 de 20 de janeiro de 2022, que altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previnde Brasil.** Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz para a prática clínica odontológica na atenção primária à saúde: tratamento em gestantes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

CAPES. **Produção Técnica** - Grupo de Trabalho. Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/10062019-producao-tecnica-pdf>. Acesso em: 10 jul. 2023.

CATÃO, C. D. S.; GOMES, T. A.; RODRIGUES, R. Q. F.; *et al.* Evaluation of the knowledge of pregnant women about the relationship between oral diseases and pregnancy complications. **Rev. Odontol. UNESP**, v. 44, n. 1: p. 59-65, 2015.

CHEN, P.; HONG, F.; YU, X. Prevalence of periodontal disease in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. **J. Dent.**, v. 125: p. 104253, 2022.

CODATO, L. A.; NAKAMA, L. A. B.; MELCHIOR, R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. **Ciênc. Saúde. Colet.**, v. 13, n. 3: p. 1075-80, 2008.

CODATO, L. A.; NAKAMA, L. A. B.; CORDONI JÚNIOR, L.; *et al.* Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Ciênc. Saúde. Colet.**, v. 16, n. 4: p. 2297- 2301, 2011.

CONSENSUS. **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, n. 20, 2016.

CORDERO M. J. A.; LEON-RIOS, X. A.; RIVERO-BLANCO, T.; *et al.* Quality of life during pregnancy and its influence on oral health: A systematic review. **J. Oral. Res.**, v. 8, n. 1: p. 74–81, 2019.

CRUZ, M. S. P. **Projeto de intervenção para reorganização do atendimento de saúde bucal às gestantes na Unidade de Saúde Bom Pastor em Divinópolis, MG**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde), Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

CUNHA, A. A.; MORAES, M. F. O pré-natal odontológico: contribuição da ESF, atendimento integral e conhecimento, uma revisão da literatura. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, v. 26, n. 3: p. 671-680, 2022.

DETMAN, L. A.; COTTRELL, B. H.; DENIS-LUQUE, M. F. Exploring dental care misconceptions and barriers in pregnancy. **Birth**, v. 37: p. 318-24, 2010.

ESPERIDIÃO, E.; SOUZA, A.; CAIXETA, C. C.; *et al.* Arco de Maguerez: estratégia de metodologia ativa para coleta de dados. **Atas CIAIQ: Invest. Qualit. Saúde**, v. 2: p. 825-34, 2017.

FETTERS, M. D.; TAJIMA, C. Joint Displays of Integrated Data Collection in Mixed Methods Research. **Int. J. Qual. Methods**, v. 21, p. 1–13, 2022.

FIGUEIREDO, C. S. A., ROSALEM, C. G. C.; CANTANHEDE, A. L. C.; *et al.* Systemic alterations and their oral manifestations in pregnant women. **J. Obstet. Gynaecol. Res.**, v. 43, n. 1: p. 16-22, 2017.

FINKLER, M.; OLEINISKI, D. M. D.; RAMOS, F. R. S. Saúde bucal materno infantil: um estudo de representações sociais com gestantes. **Texto contexto Enferm.**, v. 13, n. 3: p. 360-8, 2004.

FINLAYSON, T. L.; SIEFERT, K.; ISMAIL, A. I.; *et al.* Maternal self-efficacy and 1–5-year-old children's brushing habits. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 35, n. 4: p. 272–281, 2007.

FOGAÇA, N. R.; FERRARI, R. A. P.; GABANI, F. L.; *et al.* Operacionalização de grupos de pré-natal: percepção dos profissionais do serviço da atenção primária à saúde. **Rev. Pesqu. Quali.**, v. 5, n. 7: p. 128-142. 8, 2017

FUJIWARA, N.; TSURUDA, K.; IWAMOTO, Y.; *et al.* Significant increase of oral bacteria in the early pregnancy period in Japanese women. **J. Investig. Clin. Dent.**, v. 8, n. 1, 2017.

GEORGE, A.; SHAMIM, S.; JOHNSON, M.; *et al.* How do dental and prenatal care practitioners perceive dental care during pregnancy? **Cur. Evid. Implic.**, v. 39, n. 3: p. 238-247, 2012.

GONIK, B.; WILSON, E.; MAYBERRY, M.; *et al.* Pregnant patient knowledge and behavior regarding perinatal oral health. **Am. J. Perinatol.**, v. 34, n. 7: p. 663–667, 2017.

GRANEHEIM, U. H.; LUNDMAN, B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. **Nurse. Educ. Today.**, v. 24, n. 2: p. 105-112, 2004.

GRANVILLE-GARCIA, A. F.; LEITE, A. F.; SMITH, L. E. A.; *et al.* Conhecimento de gestantes sobre saúde bucal no município de Caruaru - PE. **Rev. Odontol. UNESP**, v. 36, n. 3: p. 243-9, 2007.

GUETTERMAN, T. C.; FETTERS, M. D.; CRESWELL, J. W. Integrating Quantitative and Qualitative Results in Health Science Mixed Methods Research Through Joint Displays. **Ann. Fam. Med.**, v. 13, n. 6: p. 554-61, 2015.

GUGGENHEIMER, J.; MOORE, P.A. Xerostomia: etiology, recognition and treatment. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 134: p. 61–69, 2003.

HERVAL, A. M.; OLIVEIRA, F. P. S. L.; MACHADO, K. M.; *et al.* Mothers' perception about health education in brazilian primary health care: a qualitative study. **Int. J. Paediatr. Dent.**, v. 29, n. 5: p. 669-676, 2019.

HERVAL, A. M.; VARGAS-FERREIRA, F.; FERREIRA, E. F.; *et al.* Health literacy status among pregnant women in a Brazilian conditional cash transfer programme: a cross-sectional investigation. **Res. Soc. Dev.**, v. 9, n. 11: p. e4979119650, 2020.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. **Mariana (MG)**. 2022. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/mariana/panorama>>. Acesso em: 22 nov. 2022.

JANG, H.; PATOINE, A.; WU, T. T.; *et al.* Oral microflora and pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Sci. Rep.**, v. 11, n. 1: p. 16870, 2021.

JARDIM, P. F. **Atenção odontológica à gestante no Sistema Único de Saúde: análise longitudinal de 4 anos**. 2023. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/63645>. Acesso em: 10 abr. 2024.

KAMALABADI, Y. M.; CAMPBELL, M. K.; ZITOUN, N. M.; *et al.* Unfavourable beliefs about oral health and safety of dental care during pregnancy: a systematic review. **BMC Oral Health**, v. 23, n. 1: p. 762, 2023.

KHADER, Y. S.; TA'ANI, Q. Periodontal diseases and the risk of preterm birth and low birth weight: a meta-analysis. **J. Periodontol.**, v. 76, n. 2: p. 161-5, 2005.

KONOPA, T.; PARADOWSKA, A. Periodontitis and risk of pre- term birth and low birthweight—a meta-analysis. **Ginekol. Pol.**, v. 83: p. 446–53, 2012.

KRÜGER, M. S.; LANG, C. A.; ALMEIDA, L. H. S.; *et al.* Dental pain and associated factors among pregnant women: an observational study. **Matern. Child Health J.**, v. 19, n. 3: p. 504-10, 2015.

LARÊDO, G. B.; MIRANDA, E. B. M.; FONSECA, N. L.; *et al.* Saúde bucal e gravidez: desafios e fragilidades no cuidado sob a perspectiva dos resultados do Previne Brasil. **Rev. Ciênc. Plural.**, v. 8, n. 2: p. 1-12, 2022.

LAVIGNE, S. E.; FORREST, J. L. An umbrella review of systematic reviews of the evidence of a causal relationship between periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: A position paper from the Canadian Dental Hygienists Association. **Can. J. Dent. Hyg.**, v. 54, n. 2: p. 92-100, 2020.

LEAL, N. P.; JANNOTTI, C. B. Saúde bucal da gestante atendida pelo SUS: práticas e representações de profissionais e pacientes. **Femina**, v. 37: p. 413-21, 2009.

LOPES, I. R.; PESSOA, D. M. V.; MACÊDO, G. L. Autopercepção do pré-natal odontológico pelas gestantes de uma unidade básica de saúde. **Rev. Ciênc. Plural**, v. 4, n. 2: p. 60-72, 2018.

MALTA, M.; CARDOSO, L. O.; BASTOS, F. I.; *et al.* Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 3: p. 559-65, 2010.

MASSONI, A. C. D. L. T.; PEREIRA, R. B.; NÓBREGA, D. R. M.; *et al.* Avaliação do conhecimento de gestantes e puérperas primíparas e múltíparas sobre cárie dentária. **Rev. Gaúcha Odontol.**, v. 63, n. 2: p. 145-152, 2015.

- MOLINER-SÁNCHEZ, C. A.; IRANZO-CORTÉS, J. E.; ALMERICH-SILLA, J. M.; *et al.* Effect of per Capita Income on the Relationship between Periodontal Disease during Pregnancy and the Risk of Preterm Birth and Low Birth Weight Newborn. Systematic Review and Meta-Analysis. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 17, n. 21: p. 8015, 2020.
- MOSER, A.; KORSTJENS, I. Series: practical guidance to qualitative research. Part 3: sampling, data collection and analysis. **Eur. J. Gen. Pract.**, v. 24, n. 1: p. 9-18, 2018.
- NOGUEIRA, L. T.; VALSECKI JÚNIOR, A.; MARTINS, C. R.; *et al.* Retardo na procura do tratamento odontológico e percepção da saúde bucal em mulheres grávidas. **Odont. Clínico-Cient.**, v. 11: p. 127-31, 2012.
- OLIVEIRA, L. J. C.; CADEMARTORI, M. G.; SCHUCH, H. S.; *et al.* Periodontal disease and preterm birth: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. **Oral Dis.**, v. 27, n. 6: p. 1519-27, 2021.
- OLIVEIRA, J. L. C.; MAGALHÃES, A. M. M.; MATSUDA, L. M.; *et al.* Mixed methods appraisal tool: strengthening the methodological rigor of mixed methods research studies in nursing. **Texto contexto – enferm.**, v. 30: e20200603, 2021.
- OLIVEIRA, R. M. C.; DIAZ, A. O.; BANDEIRA, M. V. R.; *et al.* Interdisciplinaridade na saúde bucal da gestante na perspectiva do enfermeiro. **Enferm. Actual Costa Rica**, n. 44, 2023.
- PECCI-LLORET, M. P.; LINARES-PÉREZ, C.; PECCI-LLORET, M. R.; *et al.* Oral Manifestations in Pregnant Women: A Systematic Review. **J. Clin. Med.**, v. 13, n. 3, 2024.
- PINTO, L. H.; STEIN, L. M. As bases teóricas da técnica da recriação do contexto na entrevista cognitiva. **Av. Psicol. Latinoam.**, v. 33, n. 2, p. 285-301, 2015. -
- PIRIE, M.; COOKE, I.; LINDEN, G.; *et al.* Dental manifestations of pregnancy. **Obstet. Gynaecol.**, v. 9: p. 21-26, 2007.
- REIS, D. M.; PITTA, D. R.; FERREIRA, H. M. B.; *et al.* Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 15, n. 1: p. 269-276, 2010.
- REIS, F. G.; ALMEIDA, J. R. S. Percepção das gestantes sobre o pré-natal odontológico. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 4, n. 1: p. 56-62, 2013.
- RIO, R.; SAMPAIO-MAIA, B.; PEREIRA, M. L.; *et al.* Pregnancy as a Period of Enhanced Risk for Non-Cavitated Caries Lesions. **Oral Health Prev. Dent.**, v. 18, n. 2: p. 387-93, 2020.

ROCHA, J. S.; ARIMA, L. Y.; WERNECK, R. I.; *et al.* Determinants of dental care attendance during pregnancy: a systematic review. **Caries Research**, v. 52, n. 1-2: p. 139-152, 2018.

RODRIGUES, L. G.; NOGUEIRA, P. M.; FONSECA, I. O. M. ; *et al.* Pré-natal odontológico: assistência às gestantes na rede pública de atenção básica em saúde. **Arq. Odontol.**, v. 54: p. e20, 2018.

SANTOS NETO, E. T. D.; OLIVEIRA, A. E.; ZANDONADE, E.; *et al.* Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 17: p. 3057-3068, 2012.

SANTOS; G. R.; SOUTO, D. A.; RODRIGUES, C. A. Q.; *et al.* Adesão das gestantes às ações de educação em Saúde Bucal. **Rev. APS**, v. 24, n. 4: p. 657-66, 2021.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A.; CHAVES, S. C. L.; *et al.* O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração. **Saúde em Debate**, v. 42: p. 233-246, 2018.

SERRANO-SANCHEZ, S. S.; GONZÁLEZ-GONZÁLEZ, J.; RODRÍGUEZ-MARTIN, B.; *et al.* Relationship between Oral Health Knowledge and Maternal Oral Health with Obstetric Risk and Breastfeeding. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 19, n. 13: 7797, 2022.

SILVA, C. C. D.; SAVIAN, C. M.; PREVEDELLO, B. P.; *et al.* Acesso e utilização de serviços odontológicos por gestantes: revisão integrativa de literatura. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 25: p. 827-835, 2020.

SKVORETZ, J.; DYER, K.; DALEY, E.; *et al.* Research and Practice Communications Between Oral Health Providers and Prenatal Health Providers: A Bibliometric Analysis. **Matern. Child Health J.**, v. 20: p. 1607–1619, 2016.

SOUZA, V. R.; MARZIALE, M. H. P.; SILVA, G. T. R.; *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paul. Enferm.**, v. 34, eAPE02631, 2021.

TENENBAUM, A.; AZOGUI-LEVY, S. Oral Health Knowledge, Attitudes, Practices, and Literacy of Pregnant Women: A Scoping Review. **Oral Health Prev. Dent.**, v. 21: p. 185-98, 2023.

VAMOS, C. A.; THOMPSON, E. L.; AVENDANO, M.; *et al.* Oral health promotion interventions during pregnancy: a systematic review. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 43, n. 5: p. 385-96, 2015.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa.** 6 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

VIEIRA, D. R.; OLIVEIRA, A. E.; LOPES, F. F.; *et al.* Dentists' knowledge of oral health during pregnancy: a review of the last 10 years' publications. **Community Dent. Health**, v. 32, n. 2: p. 77-82, 2015.

WU, R.; CHEN, S.; JIANG, S. Relationship between Gingival Inflammation and Pregnancy. **Mediators Inflamm.**, v. 2015, n. 623427, 2015.

XIONG, X.; BUEKENS, P.; FRASER, W. D.; *et al.* Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review. **BJOG**, v. 113, n. 2: p. 135-143, 2006.

YOUSEFI, M.; PARVAIE, P.; RIAHI, S. M. Salivary factors related to caries in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 151, n. 8, p. 576-588.e4, 2020.

ZINA, L. G.; VASCONCELOS, M. **Pré-natal odontológico**. In: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; URBANETZ, A. A.; LUZ, S. H., organizadores. PROAGO Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia: Ciclo 14. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2017.

		<input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Busca ativa por Teleconsulta <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Outro _____
10	Existe alguma estratégia que facilite o agendamento para o tratamento odontológico para gestante?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Sim, qual _____ _____
11	A gestante adere ao tratamento odontológico? Ou seja, você consegue concluir o tratamento dessa paciente?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não atendo gestante
12	Você trabalha de forma conjunta com os outros profissionais que realizam o pré-natal na sua unidade de saúde? Ou seja, existe um trabalho interprofissional?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não atendo gestante
13	Você e a equipe de saúde fazem o matriciamento de casos complexos de gestantes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei o que é matriciamento
14	Você registra a consulta da gestante na ficha de atendimento ambulatorial?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não atendo gestante
15	Há dificuldade para realizar esse registro?	<input type="checkbox"/> Sim. Quais? _____ _____ Você encontrou dificuldade para preencher esse questionário? Há alguma sugestão ou crítica que você gostaria de fazer?

		() Não
16	Na <u>sua unidade</u> acontece atividade coletiva para gestante?	() Sim () Não
16.1	Se sim, com que frequência?	() Mensal () Trimestral () Semestral () Outro: _____
17	<u>Você, dentista</u> , participa da atividade coletiva para gestante?	() Sim () Não () Na minha unidade não existe atividade coletiva para gestante
18	Qual(is) profissional(is) da unidade participa(m) dessas atividades coletivas? (<i>pode assinalar mais de uma alternativa</i>):	() Cirurgião-dentista () Auxiliar de saúde bucal (ASB) () Enfermeiro () Médico ginecologista () Médico generalista () Pediatra () Técnico e/ou auxiliar de enfermagem () Agente comunitário de saúde (ACS) () NASF () Na minha unidade não existe atividade coletiva para gestante () Outros: _____
19	Com qual frequência <u>you</u> participa das atividades coletivas para gestante?	() Sempre () Às vezes () Quando sou convidado () Nunca participo () Na minha unidade não existe atividade coletiva para gestante
20	Você considera que as atividades coletivas para gestantes são importantes?	() Sim () Não Por quê? _____ _____
21	Sobre o atendimento clínico, quais procedimentos você realiza em	() Atendimento de urgência (controle da dor dentária) () Restaurações

	gestantes? (pode assinalar mais de uma alternativa):	<input type="checkbox"/> Extrações dentárias <input type="checkbox"/> Profilaxia (limpeza) <input type="checkbox"/> Raspagem supragengival <input type="checkbox"/> Raspagem subgengival <input type="checkbox"/> Abertura de canal radicular <input type="checkbox"/> Pulpotomia e pulpectomia <input type="checkbox"/> Radiografia <input type="checkbox"/> Tratamento endodôntico <input type="checkbox"/> Prótese dentária <input type="checkbox"/> Orientações para o auto-cuidado <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Não atendo gestante
22	Você se considera seguro(a) para o atendimento de gestante?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
23	Quais são as dificuldades que você encontra no atendimento odontológico à gestante?	_____ _____ _____ _____
24	Quais são as facilidades que você encontra no atendimento odontológico à gestante?	_____ _____ _____ _____
25	Você recebeu alguma orientação sobre o atendimento odontológico à gestante durante a graduação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não me lembro
26	Você participou de algum treinamento/capacitação para o atendimento odontológico de gestante? (pode assinalar mais de uma alternativa)	<input type="checkbox"/> Sim, na rede pública <input type="checkbox"/> Sim, por interesse próprio <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não me lembro
27	Você encontrou dificuldades para preencher esse questionário? Há alguma sugestão ou crítica que você gostaria de fazer?	_____ _____ _____

APÊNDICE B – Questionário para enfermeiros, técnicos de enfermagem do pré-natal

CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO(A)	
1	Data de nascimento: ____/____/____
2	Sexo: () Feminino () Masculino
3	Qual é a sua formação? () Enfermagem () Técnico em Enfermagem () Medicina () Outro _____
4	Há quantos anos você é formado (a) () Menos de 1 ano () 1 a 5 anos () 6 a 10 anos () Mais de 10 anos
5	Há quantos anos você trabalha no serviço público? () Menos de 1 ano () 1 a 5 anos () 6 a 10 anos () Mais de 10 anos
6	Em qual Centro de Saúde você trabalha? _____
7	Você possuiu alguma pós-graduação, concluída ou em andamento? (<i>pode assinalar mais de uma alternativa</i>): () Não () Sim, aperfeiçoamento. Área: _____ () Sim, especialização. Área: _____ () Sim, mestrado. Área: _____ () Sim, doutorado. Área: _____
PRÁTICAS SOBRE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO À GESTANTE	
8	As gestantes em pré-natal na sua unidade de saúde recebem atendimento odontológico? () Sim () Não () Não sei
8.1	Se não, por quê? _____
9	De que forma se dá o acesso da gestante ao atendimento odontológico? (<i>pode assinalar mais de uma alternativa</i>): () Gestante é encaminhada pelo médico () Gestante é encaminhada pelo enfermeiro () Gestante é encaminhada pelo ACS () Livre-demanda () Urgência () Busca ativa por Teleconsulta () Não existe encaminhamento da gestante para o atendimento odontológico

		<input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Outro: _____
10	Existe alguma estratégia que facilite o agendamento para o tratamento odontológico para gestante?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Sim, qual?_ _____
11	O serviço de pré-natal da sua unidade trabalha de forma conjunta com a equipe de saúde bucal/dentista de referência da sua unidade? Ou seja, existe um trabalho interprofissional?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não sei
12	As equipes de saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS) e de saúde bucal (dentista e ASB) fazem o matriciamento de casos complexos de gestantes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei o que é matriciamento
13	É registrado no sistema de informação da sua unidade os atendimentos de pré-natal realizados em gestantes?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não sei
14	Há dificuldade para realizar esse registro?	<input type="checkbox"/> Sim. Quais? _____ <input type="checkbox"/> Não
15	Você considera seguro o atendimento de odontológico de gestante?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
15.1	Se não, por quê?	_____
16	Para você, quais são as dificuldades que existem no atendimento odontológico à gestante?	_____ _____ _____ _____
17	Para você, quais são as facilidades que existem no atendimento odontológico à gestante?	_____ _____ _____ _____

18	Você recebeu alguma orientação sobre o atendimento odontológico à gestante durante a graduação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não me lembro
19	Você participou de algum treinamento/capacitação que abordassem a importância do atendimento odontológico como parte do pré-natal? <i>(pode assinalar mais de uma alternativa)</i> :	<input type="checkbox"/> Sim. Qual treinamento? _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não me lembro
20	Você encontrou dificuldade para preencher esse questionário? Há alguma sugestão ou crítica que você gostaria de fazer?	_____ _____ _____

APÊNDICE C – Questionário para médicos

CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO(A)	
1	Data de nascimento: ____/____/____
2	Sexo: () Feminino () Masculino
4	Há quantos anos você é formado (a) () Menos de 1 ano () 1 a 5 anos () 6 a 10 anos () Mais de 10 anos
5	Há quantos anos você trabalha no serviço público? () Menos de 1 ano () 1 a 5 anos () 6 a 10 anos () Mais de 10 anos
6	Em qual Centro de Saúde você trabalha? _____
7	Você possuiu alguma pós-graduação, concluída ou em andamento? (<i>pode assinalar mais de uma alternativa</i>): () Não () Sim, aperfeiçoamento. Área: _____ () Sim, especialização. Área: _____ () Sim, mestrado. Área: _____ () Sim, doutorado. Área: _____
PRÁTICAS SOBRE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO À GESTANTE	
8	As gestantes em pré-natal na sua unidade de saúde recebem atendimento odontológico? () Sim () Não () Não sei
8.1	Se não, por quê? _____ _____ _____
9	De que forma se dá o acesso da gestante ao atendimento odontológico? (<i>pode assinalar mais de uma alternativa</i>): () Gestante é encaminhada por mim () Gestante é encaminhada pelo enfermeiro () Gestante é encaminhada pelo ACS () Livre-demanda () Urgência () Busca ativa por Teleconsulta () Não existe encaminhamento da gestante para o atendimento odontológico () Não sei () Outro: _____

10	Existe alguma estratégia que facilite o agendamento para o tratamento odontológico para gestante?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Sim, qual? _____ _____
11	No pré-natal, você trabalha de forma conjunta com o dentista de referência da sua unidade? Ou seja, existe um trabalho interprofissional?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não sei
12	As equipes de saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS) e de saúde bucal (dentista) fazem o matriciamento de casos complexos de gestantes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei o que é matriciamento
15	Você considera seguro o atendimento de odontológico de gestante?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
15.1	Se não, por quê?	_____ _____
16	Para você, quais são as dificuldades que existem no atendimento odontológico à gestante?	_____ _____ _____ _____
17	Para você, quais são as facilidades que existem no atendimento odontológico à gestante?	_____ _____ _____
18	Você recebeu alguma orientação sobre o atendimento odontológico à gestante durante a graduação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não me lembro
19	Você participou de algum treinamento/capacitação que abordassem a importância do atendimento odontológico como parte do pré-natal? (pode assinalar mais de uma alternativa):	<input type="checkbox"/> Sim. Qual treinamento? _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não me lembro
20	Você encontrou dificuldade para preencher esse questionário? Há alguma sugestão ou crítica que você gostaria de fazer?	_____ _____ _____

APÊNDICE D – Roteiro de entrevista 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTANTE QUE PASSOU POR ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO									
IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS DA GESTANTE									
1. Data de nascimento: ____/____/____	2. Idade: _____								
3. Vive em companhia de cônjuge ou companheiro? (0) Sem companheiro (a) (1) Com companheiro (a) (9) Não sabe / não respondeu									
4. Qual a cor da sua pele? (0) Branca (1) Preta (2) Amarela (3) Parda (4) Indígena (9) Não sabe									
5. Quantos anos você estudou? (Pós-graduação não será considerada) (0) Nunca foi à escola - analfabeto (1) 1 a 4 anos de estudo (até 4ª série) – ensino fundamental (1º grau) incompleto (2) 5 a 8 anos de estudo (até 8ª série) – ensino fundamental (1º grau) completo (3) 9 a 10 anos de estudo – ensino médio (2º grau) incompleto (4) 11 anos de estudo – ensino médio (2º grau) completo (5) ≥ 12 anos de estudo – ensino superior (3º grau) incompleto (6) ≥ 12 anos de estudo – ensino superior (3º grau) completo (9) Não sabe / não respondeu									
6. Quantas pessoas, incluindo você, residem no seu domicílio? _____									
7. No mês passado, quanto receberam em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa, incluindo salários, bolsa-família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos? Ler as alternativas e marcar o código correspondente (salário mínimo 2019: R\$998,00): <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">(0) Até 250 reais</td> <td style="width: 50%;">(4) De 2.501 a 4.500 reais</td> </tr> <tr> <td>(1) De 251 a 500 reais</td> <td>(5) De 4.501 a 9.500 reais</td> </tr> <tr> <td>(2) De 501 a 1.500 reais</td> <td>(6) Mais de 9.500 reais</td> </tr> <tr> <td>(3) De 1.501 a 2.500 reais</td> <td>(9) Não sabe/não respondeu</td> </tr> </table>		(0) Até 250 reais	(4) De 2.501 a 4.500 reais	(1) De 251 a 500 reais	(5) De 4.501 a 9.500 reais	(2) De 501 a 1.500 reais	(6) Mais de 9.500 reais	(3) De 1.501 a 2.500 reais	(9) Não sabe/não respondeu
(0) Até 250 reais	(4) De 2.501 a 4.500 reais								
(1) De 251 a 500 reais	(5) De 4.501 a 9.500 reais								
(2) De 501 a 1.500 reais	(6) Mais de 9.500 reais								
(3) De 1.501 a 2.500 reais	(9) Não sabe/não respondeu								
QUEBRA GELO									
8. Essa é a sua primeira gestação? Conte-me sobre ela.									
9. Quantas semanas de gestação você está?									
10. Como foi sua reação ao descobrir a gravidez?									
11. Você já escolheu o nome do seu bebê? Qual será?									
12. Me conte um pouco sobre as principais mudanças que aconteceram na sua vida durante a gravidez.									
PRÉ NATAL E ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO									

13. Me conte um pouco como foi a sua consulta com o dentista nessa gestação
14. Como você chegou até o dentista? Alguém te encaminhou?
15. Por que você procurou atendimento odontológico durante sua gestação? Como foi sua experiência com esse atendimento?
16. Você acredita (confia) na equipe de saúde que te acompanha no pré-natal? E na equipe de saúde bucal? <i>O que você acha da equipe de saúde que te acompanha no pré-natal? Você confia nela?</i>
17. Você recomendaria o pré-natal odontológico para outra gestante? Por quê?
18. O que facilitou você procurar/receber o atendimento odontológico no seu centro de saúde?
19. A sua família te apoiou quando você iniciou o tratamento odontológico? O que eles acharam?
20. Durante a gestação você percebeu alguma alteração na sua boca? O que você observou de diferente?
21. Você acha que o tratamento odontológico resolveu o seu problema bucal? O que você observou de melhora?
22. Você mudou algum hábito por causa do tratamento odontológico?
23. Você levaria o seu bebê para passar por uma consulta odontológica? Se sim, quais motivos te incentivam a levar seu bebê nesta consulta? Se não, por que você não levaria?
24. Em gestações anteriores você também passou por consulta com o dentista? (Perguntar apenas se não for a primeira gestação) E como foi sua experiência?
25. Na sua opinião, o que é necessário para que mais gestantes passem pelo tratamento odontológico?
FECHAMENTO

APÊNDICE E – Roteiro de entrevista 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTANTE QUE NÃO PASSOU POR ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO	
IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS DA GESTANTE	
1. Data de nascimento: ____/____/____	2. Idade: _____
3. Vive em companhia de cônjuge ou companheiro? (0) Sem companheiro (a) (1) Com companheiro (a) (9) Não sabe / não respondeu	
4. Qual a cor da sua pele? (0) Branca (1) Preta (2) Amarela (3) Parda (4) Indígena (9) Não sabe	
5. Quantos anos você estudou? (Pós-graduação não será considerada) (0) Nunca foi à escola - analfabeto (1) 1 a 4 anos de estudo (até 4ª série) – ensino fundamental (1º grau) incompleto (2) 5 a 8 anos de estudo (até 8ª série) – ensino fundamental (1º grau) completo (3) 9 a 10 anos de estudo – ensino médio (2º grau) incompleto (4) 11 anos de estudo – ensino médio (2º grau) completo (5) ≥ 12 anos de estudo – ensino superior (3º grau) incompleto (6) ≥ 12 anos de estudo – ensino superior (3º grau) completo (9) Não sabe / não respondeu	
6. Quantas pessoas, incluindo você, residem no seu domicílio? _____	
7. No mês passado, quanto receberam em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa, incluindo salários, bolsa-família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos? Ler as alternativas e marcar o código correspondente (salário mínimo 2019: R\$998,00): <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> (0) Até 250 reais (1) De 251 a 500 reais (2) De 501 a 1.500 reais (3) De 1.501 a 2.500 reais </div> <div style="width: 45%;"> (4) De 2.501 a 4.500 reais (5) De 4.501 a 9.500 reais (6) Mais de 9.500 reais (9) Não sabe/não respondeu </div> </div>	
QUEBRA GELO	
8. Essa é a sua primeira gestação? Conte-me sobre ela.	
9. Quantas semanas de gestação você está?	
10. Como foi sua reação ao descobrir a gravidez?	
11. Você já escolheu o nome para o seu bebê? Qual será?	
12. Me conte um pouco sobre as principais mudanças que aconteceram na sua vida durante a gravidez.	
PRÉ NATAL E ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO	

13. Eu vi que você ainda não passou pela consulta com o dentista durante esta gestação. Por que você ainda não o procurou?
14. Você teria interesse em passar por uma consulta com o dentista? O que te motivaria a realizar essa consulta?
15. Você recomendaria a outra gestante procurar atendimento odontológico?
16. O que atrapalhou/dificultou você não procurar/receber o atendimento odontológico?
17. Durante a gestação você percebeu alguma alteração na sua boca? O que você observou de diferente e o que você fez para resolver o problema?
18. Você levaria o seu bebê para passar por uma consulta odontológica? Se sim, quais motivos te incentivam a levar seu bebê nesta consulta? Se não, por que você não levaria?
19. Em gestações anteriores você teve a oportunidade de passar pela consulta com o dentista? (Perguntar apenas se não for a primeira gestação) E como foi sua experiência?
20. Na sua opinião, o que é necessário para que mais gestantes passem pelo tratamento odontológico?
FECHAMENTO

APÊNDICE F – Roteiro de entrevista 3

ROTEIRO ENTREVISTA ENFERMEIRO E TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO PRÉ-NATAL	
IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS DO MÉDICO	
1- Nome completo:	
2- Data de nascimento: ___/___/___	3- Idade:
4- Há quantos anos você trabalha no serviço público?	
ACESSO- FLUXOGRAMAS	
5- Você procura saber se as gestantes que você atende buscam atendimento odontológico nas unidades de saúde? Se responder não, por que?	
6- Você sabe que na caderneta da gestante tem um campo sobre as informações odontológicas? Você tem o hábito de conferir essa informação para saber se a gestante já passou por consulta odontológica. Se não, na sua rotina de trabalho, caberia incluir essa conferência? Se não, por que?	
7- Em Mariana, no seu serviço, como é o fluxo de atendimento odontológico à gestante, ou seja, como a gestante chega até ao dentista?	
ADESÃO /INEGRAÇÃO DA ESF-ESB	
8- Você encaminha a gestante para o tratamento odontológico? Se não, por que?	
9- Nos resultados da nossa pesquisa ficou claro a dificuldade de adesão da gestante ao tratamento odontológico. O que você poderia fazer para contribuir para que as gestantes aderissem mais as consultas odontológicas?	
10- E pensando como um todo, nas equipes de saúde, na gestão, na estrutura do serviço, e na própria gestante, o que você acha que poderia ser feito para que as gestantes pudessem aderir mais às consultas odontológicas?	
11- Outro ponto que apareceu nos resultados da primeira fase da pesquisa foi a dificuldade do trabalho em equipe. Na sua opinião o que atrapalha o trabalho em equipe, ou seja, quais são os obstáculos para que o trabalho interprofissional exista?	
DESFECHO	
12- Você sente necessidade de uma capacitação sobre o atendimento odontológico à gestante?	
13- Tem algum ponto específico no atendimento à gestante que você gostaria de ser capacitado?	

ROTEIRO ENTREVISTA MÉDICOS	
IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS DO MÉDICO	
1- Nome completo:	
2- Data de nascimento: ___/___/___	3- Idade:
4- Há quantos anos você trabalha no serviço público?	
ACESSO- FLUXOGRAMAS	
5- Você procura saber se as gestantes que você atende buscam atendimento odontológico nas unidades de saúde? Se responder não, por que?	
6- Você sabe que na caderneta da gestante tem um campo sobre as informações odontológicas? Você tem o hábito de conferir essa informação para saber se a gestante já	

passou por consulta odontológica. Se não, na sua rotina de trabalho, caberia incluir essa conferência? Se não, por que?
7- Em Mariana, no seu serviço, como é o fluxo de atendimento odontológico à gestante, ou seja, como a gestante chega até ao dentista?
ADESÃO /INEGRAÇÃO DA ESF-ESB
8- Você encaminha a gestante para o tratamento odontológico? Se não, por que?
9- Nos resultados da nossa pesquisa ficou claro a dificuldade de adesão da gestante ao tratamento odontológico. O que você poderia fazer para contribuir para que as gestantes aderissem mais as consultas odontológicas?
10-E pensando como um todo, nas equipes de saúde, na gestão, na estrutura do serviço, e na própria gestante, o que você acha que poderia ser feito para que as gestantes pudessem aderir mais às consultas odontológicas?
11- Outro ponto que apareceu nos resultados da primeira fase da pesquisa foi a dificuldade do trabalho em equipe. Na sua opinião o que atrapalha o trabalho em equipe, ou seja, quais são os obstáculos para que o trabalho interprofissional exista?
CONSIDERAÇÕES FINAIS
12--Você sente necessidade de uma capacitação sobre o atendimento odontológico à gestante?
13- Tem algum ponto específico no atendimento à gestante que você gostaria de ser capacitado?

APÊNDICE G – Roteiro de entrevista 4

ROTEIRO ENTREVISTA CIRURGIÃO DENTISTA
IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS DO CIRURGIÃO DENTISTA
1- Nome completo:
2- Data de nascimento: ___/___/___ 3- Idade:
4- Há quantos anos você trabalha no serviço público?
ACESSO
5- Em Mariana, no seu serviço, como é o fluxo de atendimento odontológico à gestante, ou seja, como a gestante chega até ao dentista?
6- Na prática é isso que acontece?
7- Pela sua experiência, você vê dificuldades de a gestante conseguir uma vaga para atendimento?
ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO A GESTANTE
8- Como você se sente no atendimento clínico odontológico à gestante? Tem tranquilidade e segurança no atendimento? Algum receio, dúvida? Conte me um pouco sobre isso.
9- Tem algum procedimento odontológico, tipo atendimento específico que você sente insegurança para realizar na paciente gestante? Quais? Por que?
10- No seu atendimento clínico, alguma coisa facilitaria para que você atendesse a gestante melhor? Você tem alguma sugestão sobre isso?
11- Por que você acha que alguns profissionais, cirurgiões dentistas, se recusam a atender a gestante, pedindo para retornar após o nascimento do bebê?
ADESÃO / INEGRACÃO DA ESF-ESB
12- Nos resultados da nossa pesquisa ficou claro a dificuldade de adesão da gestante ao tratamento odontológico. O que você poderia fazer para contribuir para que as gestantes aderissem mais as consultas odontológicas?
13- E pensando como um todo, nas equipes de saúde, na gestão, na estrutura do serviço, e na própria gestante, o que você acha que poderia ser feito para que as gestantes pudessem aderir mais às consultas odontológicas?
14- Outro ponto que apareceu nos resultados da primeira fase da pesquisa foi a dificuldade do trabalho em equipe. Na sua opinião o que atrapalha o trabalho em equipe, ou seja, quais são os obstáculos que o trabalho interprofissional exista?
CONSIDERAÇÕES FINAIS
15--Você sente necessidade de uma capacitação sobre o atendimento odontológico à gestante?
16- Tem algum ponto específico no atendimento à gestante que você gostaria de ser capacitado?

ANEXO A – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A OFERTA DO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO NO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO NO MUNICÍPIO DE MARIANA (MG)

Pesquisador: Lívia Zina

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 74191023.5.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.471.131

Apresentação do Projeto:

Estudo de caso que pretende avaliar os fatores relacionados à baixa proporção de gestantes com consulta odontológica realizada no município de Mariana (MG) e propor estratégias que promovam o enfrentamento deste problema. Serão coletados dados primários e secundários, e o desenvolvimento de produtos técnicos/tecnológicos com vistas à incorporação nos serviços públicos de saúde odontológicos do município. Será realizada a triangulação de dados, por meio da aplicação de questionários, entrevistas e análise de prontuários. Participarão do estudo profissionais da saúde da Atenção Primária à Saúde e gestantes em atendimento no serviço público municipal.

Serão incluídos cirurgiões-dentistas que atuam nos serviços públicos odontológicos do Sistema Único de Saúde (SUS) de Mariana; médicos pré-natalistas que atuam em um dos 18 estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS de Mariana; profissionais responsáveis pelo gerenciamento das atividades relacionadas ao pré-natal de cada um dos 18 estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS de Mariana, em sua maioria enfermeiros, nesta pesquisa denominados como “gestores do pré-natal”; gestantes acompanhadas pelo serviço de pré-natal no SUS de Mariana. Serão identificadas as gestantes que passaram ou não por atendimento odontológico, através do sistema de informação da Secretaria Municipal de Saúde. Serão formados dois grupos de gestantes participantes: gestantes com atendimento odontológico e gestantes sem atendimento odontológico. As gestantes sem atendimento odontológico serão as que recusaram o atendimento

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.471.131

mesmo sabendo da oferta do serviço e as gestantes que não tinham necessidade de atendimento odontológico.

Serão excluídos os profissionais (cirurgiões-dentistas, médicos e os gestores do pré-natal) que estiverem indisponíveis (período de férias, licença ou afastamento do trabalho) e que se recusarem a participar, bem como as gestantes que se recusarem a participar, durante a coleta de dados.

A coleta de dados com profissionais de saúde será por meio de questionário semiestruturado autoaplicável, enviado por e-mail, e entrevistas individuais. O questionário direcionado aos cirurgiões-dentistas incluirá a caracterização dos participantes da pesquisa, experiência com o atendimento individual e com as ações coletivas, organização dos serviços de saúde e relação com as equipes (trabalho interprofissional), além de vivências sobre esse atendimento. Os questionários direcionados aos médicos que realizam o pré-natal e aos gestores do pré-natal apresentarão questões abertas e fechadas e incluirão a caracterização dos participantes da pesquisa, referenciamento de gestantes para o tratamento odontológico, colaboração com a equipe de saúde bucal (trabalho interprofissional) e organização dos serviços de saúde. Após responderem aos questionários, os cirurgiões-dentistas, gestores do pré-natal e médicos pré-natalistas participarão de uma segunda etapa de coleta de dados. As respostas abertas serão analisadas e agrupadas semanticamente, estabelecendo-se a partir disso categorias de respostas. Dados contínuos terão a sua mediana calculada e estabelecidas categorias a partir desse valor e os dados categóricos serão dicotomizados, agrupando-se os valores semelhantes, e serão analisados por estatística descritiva. Através dos questionários, será possível identificar pontos-chave relacionados à efetividade do pré-natal odontológico, que deverão ser explorados com maior profundidade através de uma abordagem qualitativa. As entrevistas serão realizadas a partir de um roteiro elaborado com base nas respostas obtidas com os questionários, e deverão ser gravadas e posteriormente transcritas.

Serão conduzidas entrevistas individuais com as gestantes, através de abordagem qualitativa. Será aplicado um roteiro para a condução das entrevistas, que deverão ser gravadas e posteriormente transcritas. Será feita ainda coleta de dados nos prontuários das gestantes atendidas no serviço público de Mariana entre os anos 2022 e 2023. Serão coletados dados sobre história médica (relato atual ou progresso de condições crônicas, como diabetes, hipertensão e anemia) e odontológica (já visitou o dentista, comportamento frente à situação odontológica), hábitos de higiene (frequência de escovação e fio dental), hábitos alimentares (frequência de ingestão de alimentos cariogênicos), condição periodontal (avaliada através do Índice Periodontal Comunitário) e presença de cárie (avaliada através do índice de dentes cariados, perdidos e obturados - CPO-D),

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 6.471.131

além de informações sociodemográficas. Serão incluídos apenas os prontuários que tiverem esses dados completos em seus prontuários.

Para análise dos resultados das entrevistas, será realizada leitura e releitura do material coletado, a procura de temas, emoções e percepções inesperadas, até que se alcance uma visão geral do todo e seja permitida a organização dos conteúdos em unidades temáticas. Os dados serão analisados pelo método de Análise de Conteúdo de Graneheim e Lundman, que traz um detalhamento de cada etapa da análise e ilustra o uso de conceitos relacionados ao procedimento de pesquisa. Os resultados serão apresentados em categorias e realizada uma análise crítica reflexiva sobre os achados, com base no referencial teórico do projeto.

Os dados coletados nos prontuários serão analisados por estatística descritiva. A análise estatística envolverá ainda modelos de regressão logística binária simples e múltiplos.

Os pesquisadores propõem a hipótese de que aspectos relacionados à formação (pouca capacitação para o pré-natal odontológico (PNO) e prática profissional (dificuldade e/ou ausência de comunicação entre equipe de saúde e equipe de saúde bucal, ausência de ações de interprofissionalidade, registros incompletos nos sistemas de informação), experiência pessoal e mitos e crendices (gestantes que evitam o tratamento odontológico por medo de ir ao dentista) estão interferindo na adesão da gestante ao PNO, e a organização dos serviços, apesar de se apoiar em diversas estratégias para facilitar o acesso da gestante ao tratamento odontológico, não é suficiente para garantir a adesão dessa paciente.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo geral desse projeto é avaliar os fatores relacionados à baixa proporção de gestantes com consulta odontológica realizada (pré-natal odontológico) no município de Mariana (MG) e propor estratégias que promovam o enfrentamento deste problema. Mais especificamente, é objetivo avaliar a condição de saúde bucal das gestantes atendidas no serviço público odontológico e conhecer as barreiras e facilitadores para a realização do pré-natal odontológico, através da perspectiva dos profissionais da saúde, gestores e pacientes.

Objetivo Secundário:

A partir da identificação da condição de saúde bucal das gestantes e conseqüentemente de suas necessidades de cuidado odontológico, e das barreiras e facilitadores para a realização do pré-natal, propõe-se construir um plano de intervenção que envolva a elaboração de protocolos e fluxos pré-definidos para facilitar o acesso e aumentar a proporção de gestante com consulta

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.471.131

odontológica no município de Mariana (MG), baseado em tecnologia social, com a participação de informantes-chaves e atores envolvidos no problema.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

“Riscos:

Essa pesquisa respeitará todos os preceitos ético-legais que regem a pesquisa com seres humanos, conforme o preconizado pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde. Os participantes do estudo não passarão por nenhuma intervenção e não serão expostos a riscos. Apenas responderão a questionário e serão entrevistados durante a rotina dos serviços de saúde. Serão respeitados os horários de trabalho e atendimento, buscando interferir o mínimo possível na rotina. Os dados coletados dos prontuários serão mantidos em sigilo. Será preservada a identidade de todos os participantes.

Benefícios:

A partir da objetivos propostos nesse projeto, espera-se obter, como resultado principal e consequente benefício, o aumento da proporção de gestantes com atendimento odontológico no município de Mariana. A partir da construção coletiva de um plano de intervenção, de maneira participativa entre os sujeitos envolvidos no processo (Equipe de Saúde da Família - ESF, Equipe de Saúde Bucal - ESB, gestão dos serviços de saúde e gestante), espera-se reconhecer os diversos pontos de vista desses participantes e suas necessidades dentro da dinâmica do cuidado em saúde. Serão discutidos pontos elementares para a efetivação do pré-natal odontológico, como o acesso aos serviços de saúde bucal, custo financeiro, melhor horário para atendimento à gestante, transporte da paciente até o local de atendimento, saídas do horário de trabalho, com o desenvolvimento de propostas que possam facilitar a adesão da gestante. Outros fatores determinantes que precisarão ser discutidos e trabalhados durante a construção do plano de intervenção será a melhoria da integração das Equipes de Saúde Bucal com as Equipes de Saúde da Família para um acolhimento integral da gestante, tendo por consequência o fortalecimento de políticas públicas para gestante e a melhora no desempenho do indicador de atendimento odontológico da gestante. Esse projeto será realizado no município de Mariana, estado de Minas Gerais. Mesmo sendo um estudo de abrangência municipal, aborda um problema comum a todos os municípios brasileiros, os quais vêm enfrentando o desafio da implantação, avaliação e cumprimento das metas dos indicadores para o pagamento saúde bucal no âmbito da APS, em especial o indicador relacionado ao atendimento odontológico da gestante. Este estudo poderá ser

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.471.131

replicado e adaptado à realidade dos demais municípios, contribuindo assim para a melhoria das condições de saúde bucal das gestantes brasileiras.”

Ressalta-se que a participação na pesquisa envolve riscos relacionados à aplicação de questionários, entrevistas e uso de dados. Não foram descritos benefícios diretos ao participante da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está vinculado ao Programa de Pós-graduação, nível Mestrado Profissional, e foi aprovado pelo Colegiado de Pós-Graduação em 07/08/2023 e pelo Departamento em 12/09/2023. O cronograma apresentado no projeto é exequível, e apresenta previsão de término para 31/08/2024.

O orçamento financeiro apresentado é viável, e consta nas informações básicas da Plataforma Brasil que será custeado pelos pesquisadores. No entanto, inclui itens de capital que, segundo o projeto, serão cedidos pela instituição (UFMG), a saber: computador e impressora. É necessário especificar se a instituição já possui estes itens ou se deverão ser adquiridos, pois neste caso é preciso um documento fornecido pela instituição confirmando este suporte financeiro à pesquisa.

Os questionários a serem realizados com os profissionais de saúde e gestores do pré-natal foram apresentados junto ao projeto detalhado, bem como os roteiros estruturados para as entrevistas com as gestantes.

Os pesquisadores solicitam dispensa do TCLE somente para os casos em que não for possível conseguir o contato com os participantes, com apresentação do Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados, para a salvaguarda dos direitos das participantes.

Em todos os termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE), os riscos pela participação na pesquisa não estão claros, e não há informação sobre o direito à indenização em caso de danos decorrentes da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Este parecer foi elaborado com base nos seguintes documentos, anexados à Plataforma Brasil:

- Informações básicas do projeto;
- Folha de Rosto, assinada e carimbada;
- Parecer aprovado pelo Departamento e pelo Colegiado de Pós-Graduação (assinado de forma digital);
- Projeto Detalhado;

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.471.131

- Autorização da Secretaria Municipal de Saúde da prefeitura municipal de Mariana;
- TCLE para gestantes, para coleta de dados em prontuários;
- TCLE para gestantes, para entrevistas;
- TCLE para responsáveis por gestantes menores de idade, para coleta de dados em prontuários;
- TALE para gestantes menores de idade, para coleta de dados em prontuários;
- TCLE para profissionais, para aplicação de questionário;
- TCLE para profissionais, para entrevista;
- TCUD, assinado pelos pesquisadores e secretário municipal de saúde de Mariana.

Recomendações:

Recomenda-se que o projeto de pesquisa esteja pendente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa pendente.

Lista de Inadequações:

- Devem ser descritos os riscos pela participação na pesquisa, que podem incluir desconforto, constrangimento e perda de confidencialidade. Os riscos devem estar claros nos TCLE. Benefícios diretos aos participantes também devem ser descritos, caso existam.
- Recomenda-se incluir nos TCLE a previsão de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, de acordo com a legislação vigente da resolução CNS 466/2012, Item IV.3/Item V.7.
- O TCLE para gestantes menores de idade deve ter o nome alterado para Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Norma Operacional 01/2013, de 30 de setembro de 2013, o CEP aguarda a resposta até 30 (trinta) dias a partir da entrega deste parecer via Plataforma Brasil, para que o pesquisador atenda às pendências. Ao final deste prazo o projeto será arquivado. Solicita-se, ainda, que uma carta resposta seja enviada, via Plataforma Brasil, de forma ordenada, conforme os itens das considerações deste parecer, indicando-se também a localização das possíveis alterações no protocolo, inclusive no TCLE.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.471.131

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2211609.pdf	14/09/2023 18:41:33		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCUD_Cep_UFMG_projeto_Marianaassinado.pdf	14/09/2023 18:39:08	Lívia Zina	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_GESTANTES_MARIANA_COEP.pdf	14/09/2023 18:37:56	Lívia Zina	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_completa.pdf	14/09/2023 18:37:22	Lívia Zina	Aceito
Declaração de concordância	Autorizacao_Secretaria_Saude_Mariana.pdf	13/09/2023 15:00:53	Lívia Zina	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aprovacao_CPGO_e_Departamento.pdf	13/09/2023 15:00:38	Lívia Zina	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Profissional_questionario_online.docx	13/09/2023 14:59:12	Lívia Zina	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Profissional_entrevista.docx	13/09/2023 14:58:59	Lívia Zina	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Gestantes_TALE_prontuario.docx	13/09/2023 14:58:50	Lívia Zina	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Gestantes_Respons_menor_prontuario.docx	13/09/2023 14:58:41	Lívia Zina	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Gestantes_prontuario.docx	13/09/2023 14:58:34	Lívia Zina	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Gestantes_entrevista.docx	13/09/2023 14:56:45	Lívia Zina	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.471.131

Não

BELO HORIZONTE, 30 de Outubro de 2023

Assinado por:
Corinne Davis Rodrigues
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br