



ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTUDO TRANSVERSAL EM NÍVEL NACIONAL

PRENATAL DENTAL CARE IN PRIMARY HEALTH CARE: A NATIONAL CROSS-SECTIONAL STUDY

Malu Oliveira Santos¹, Augusto Cesar Souza Raimundo², Livia Fernandes Probst³, Vanessa Pardi⁴,
Letícia Santos Alves de Melo⁵, Elaine Pereira da Silva Tagliaferro^{6*}

¹Dentista, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia, Campus Valença; ²Doutor, Departamento de Ciências da Saúde e Odontopediatria, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Piracicaba, São Paulo, Brasil; ³Pesquisador, Unidade de Avaliação de Tecnologias em Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo, São Paulo, Brasil; ⁴Professor Assistente, Departamento de Ciências Fundamentais, Divisão de Saúde Pública Odontológica, Faculdade de Medicina Dentária – ECU, Greenville, Carolina do Norte, EUA; ⁵Doutoranda do Departamento de Morfologia e Clínica Infantil da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia, Araraquara, Brasil; ⁶Professor Associado do Departamento de Odontologia Social da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia, Araraquara, São Paulo, Brasil.

*Autor correspondente: Elaine Pereira da Silva Tagliaferro. E-mail: elaine.tagliaferro@unesp.br.

Recebido: 25 set. 2024

Aceito: 09 nov. 2024

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.



RESUMO: Objetivo: Este estudo transversal teve como objetivo analisar a prática do pré-natal odontológico (PNO) na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil (CAAE 48183421.9.0000.5416). **Metodologia:** Os dados foram coletados entre 753 gestores em saúde bucal (GSB), por meio de questionário especificamente desenvolvido para este estudo (n=753) tendo como desfecho “prática de PNO na APS”. Foram realizadas análises descritivas dos dados e aplicados modelos de regressão logística, calculando-se o *odds ratio* ($p < 0,05$). **Resultados:** A maioria dos GSB era da região Sudeste (39,0%), com idade média de 40,1 anos. A maioria (68,8%) dos GSB considerou o PNO uma prática estabelecida. Municípios que encaminharam gestantes para avaliação odontológica assim que iniciavam o pré-natal (PN) (OR=11,58) ou cujos dentistas da APS participaram de atividades de educação em saúde durante o PN (OR=9,42) eram mais propensos a ter o PNO como uma prática estabelecida. **Conclusões:** A maioria dos participantes da pesquisa consideraram o PNO uma prática estabelecida, associada ao encaminhamento de gestantes para avaliação odontológica no início do PN e à participação do dentista em atividades de educação em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde bucal; Atenção primária à saúde; Gestantes; Cuidado pré-natal; Gestão em saúde.

ABSTRACT: Aim: This cross-sectional study aimed to analyze the practice of prenatal dental care (PDC) in Brazilian Primary Health Care (PHC) (CAAE 48183421.9.0000.5416). **Methodology:** Data were collected among 753 oral health managers (OHM), using a questionnaire specifically developed for this study (n=753) focusing on the outcome measure “practice of PDC in PHC”. Descriptive data analyses and logistic regression models were performed ($p < 0.05$). **Results:** The majority of OHM were from the Southeast region (39.0%) with an average age of 40.1 years. Most (68.8%) considered PDC as an established practice. Municipalities that referred pregnant women for dental evaluation at the start of prenatal care (PNC) (OR=11.58) or where PHC dentists participated in health education activities during PNC (OR=9.42) were more likely to recognize PDC as an established practice. **Conclusions:** Most participants considered PDC as an established practice associated with early referral of pregnant women for dental evaluation and active involvement of dentists in health education activities.

KEYWORDS: Oral health; Primary health care; Pregnant women; Prenatal care; Health management.

INTRODUÇÃO

A gestação é um período único na vida da mulher, marcado por mudanças emocionais, psicológicas, comportamentais, fisiológicas e hormonais¹. Esse período é de particular interesse para o atendimento odontológico^{1,2}, pois essas mudanças podem aumentar a suscetibilidade da mulher a distúrbios bucais, principalmente cárie e doença periodontal²⁻⁵, causando impacto significativo na qualidade de vida^{2,6}.

No Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Bucal⁷ e o Plano Nacional de Garantia do Pré-natal Odontológico recomendam o encaminhamento das gestantes para consultas odontológicas assim que iniciam o pré-natal na Atenção Primária à Saúde (APS)⁸.

Reconhecendo o atendimento odontológico durante a gestação como um indicador da qualidade do pré-natal, o Ministério da Saúde incluiu as consultas odontológicas para gestantes como um indicador-chave no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica⁹. Mais recentemente, a “proporção de gestantes recebendo atendimento odontológico” foi estabelecida como um indicador de desempenho dentro do novo modelo de financiamento da APS⁸, o Programa “Previne Brasil”¹⁰. Este indicador, que rastreia as consultas odontológicas pré-natais, visa melhorar o acesso aos cuidados de saúde bucal, prevenir condições que podem afetar a saúde materna e gestacional e destacar a importância da saúde bucal para o bem-estar da mãe e do bebê¹¹.

No entanto, apesar da importância reconhecida do período gestacional e das políticas e recomendações existentes, poucas mulheres recebem cuidados de saúde bucal como parte dos serviços de rotina pré-natal na APS¹². É importante observar que muitos fatores podem influenciar o acesso e a adequação dos cuidados de saúde bucal durante a gravidez. Estes incluem fatores individuais¹² (socioeconômicos, culturais e educacionais)², bem como fatores relacionados à organização dos serviços de saúde, conforme demonstrado por um estudo recente que avaliou a prevalência do uso de serviços odontológicos pré-natais e seus fatores associados, em diferentes macrorregiões brasileiras¹². Os gestores de saúde pública devem repensar as práticas de cuidados odontológicos durante a gravidez¹³ para minimizar as barreiras e facilitar o acesso das gestantes aos cuidados de saúde bucal. Eles também devem implementar protocolos de cuidados eficazes¹³ e usar estratégias para expandir a cobertura de cuidados odontológicos para gestantes na APS.

A promoção da saúde bucal, um processo social e político que capacita indivíduos e comunidades a obter controle sobre os determinantes da saúde, melhorando a saúde pública e pessoal¹⁴, é crucial na APS. No entanto, uma revisão sistemática sobre intervenções de promoção da saúde bucal durante a gravidez mostrou que as intervenções se concentraram na educação sobre a saúde bucal infantil em vez dos cuidados bucais maternos e que poucas intervenções visaram especificamente os sintomas, práticas de higiene e as potenciais implicações orais-sistêmicas para as mães¹⁵. Além disso, outra revisão sistemática identificou crenças desfavoráveis entre gestantes e novas mães, incluindo preocupações sobre a segurança da utilização de serviços odontológicos, crenças desfavoráveis sobre os efeitos da gravidez na saúde bucal e dúvidas sobre a importância de manter a higiene bucal durante a gravidez. Esses equívocos têm implicações significativas para os esforços de promoção da saúde¹⁶.

Considerando a importância de estudar a Assistência Odontológica Pré-Natal (AOP) para identificar lacunas existentes e a escassez de pesquisas sobre práticas de AOP em nível nacional relatadas por gestores municipais de saúde bucal — que desempenham um papel fundamental na organização e implementação da assistência à saúde bucal no sistema de saúde pública — este estudo teve como objetivo analisar as práticas de AOP na Atenção Primária à Saúde (APS) sob a perspectiva desses gestores.

MÉTODOS

Este estudo observacional, transversal, em nível nacional, coletou dados por meio de questionário online semiestruturado pela plataforma Google Forms™. O questionário foi distribuído aos gestores municipais de saúde bucal e o link ficou acessível entre dezembro de 2021 e abril de 2022. O estudo seguiu as diretrizes das Resoluções nº 510, 2016¹⁷, e nº 466, 2012¹⁸ do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista (CAAE 48183421.9.0000.5416) e relatado de acordo com o *STrengthening the Reporting of OBservational Studies in Epidemiology* (STROBE). Os participantes forneceram consentimento por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eletrônico.

O questionário foi desenvolvido seguindo métodos e técnicas padronizados, incluindo revisão de literatura sobre o tema, definição dos objetivos do estudo e população-alvo, construção de itens e seções para análise, revisão por painel de especialistas, organização e estruturação do instrumento de coleta de dados e um pré-teste¹⁹. O pré-teste foi realizado entre setembro e outubro de 2021 com doze gestores municipais de saúde bucal, selecionados com base em critérios de acessibilidade para agilizar o processo de coleta de dados. Esses gestores avaliaram a clareza e o nível de dificuldade das perguntas e respostas, o que ajudou a refinar o questionário para os participantes da pesquisa. As análises finais não incluíram os dados coletados durante o pré-teste.

Foram coletados dados referentes às características do município (região geográfica, Unidade da Federação e população), do gestor (sexo, idade, escolaridade, formação e experiência no cargo), da assistência à saúde bucal no município (planejamento das ações, organização da assistência e presença de Centro de Especialidades Odontológicas – CEO) e da assistência à saúde bucal da gestante (existência de guia de assistência odontológica à gestante, formas de acesso ao atendimento odontológico, procedimentos disponíveis à gestante, promoção de educação continuada sobre temas relacionados à saúde bucal durante a gestação, participação do dentista em atividades de educação em saúde para gestantes, conhecimento dos gestores sobre o Programa Previne Brasil, práticas do Pré-natal Odontológico (PNO) na APS (desfecho) e percepção dos gestores sobre a importância do PNO. Adicionalmente, foram coletados dados do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do site do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada para caracterização dos municípios.

O estudo foi realizado nas 27 unidades federativas do Brasil (26 estados e Distrito Federal), abrangendo um total de 5.570 municípios²⁰. O critério de inclusão exigiu que os participantes autorizassem seu envolvimento na pesquisa por meio de um formulário eletrônico de consentimento informado. Questionários com a pergunta de desfecho não respondida foram excluídos da análise.

Os gestores municipais de saúde bucal foram convidados a participar por meio dos secretários municipais de saúde, cujas informações de contato, disponíveis publicamente no site do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), foram coletadas por meio de endereços de e-mail listados no website do CONASEMS. Um e-mail inicial foi enviado aos secretários de saúde de todos os 5.570 municípios para informá-los sobre o estudo e solicitar que encaminhassem o link de acesso ao questionário aos seus respectivos gestores de saúde bucal. Os lembretes foram enviados um e dois meses após o início da coleta de dados.

Para incentivar a participação, os gestores de saúde bucal que preencheram o questionário e forneceram seus endereços de e-mail receberam um novo e-mail solicitando que ajudassem a disseminar o estudo encaminhando o link para outros gestores municipais de saúde bucal que conheçam. Plataformas de mídia social também foram usadas para promover a divulgação da pesquisa

e o link do questionário. Os dados foram organizados em uma planilha do Microsoft Excel™. Entradas duplicadas e ausência de resposta para a variável desfecho foram excluídas da análise.

Na análise descritiva, foram analisadas frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas e média, desvio-padrão, mediana e valores mínimo e máximo para variáveis quantitativas. Modelos de regressão logística simples foram aplicados para cada variável independente e o desfecho, que foi dicotomizado em prática do PNO estabelecida e não estabelecida. Variáveis com $p \leq 0,20$ nas análises individuais foram incluídas em um modelo de regressão logística múltipla e aquelas com $p \leq 0,05$ no modelo múltiplo foram mantidas no modelo final. *Odds Ratios* brutos e ajustados, bem como intervalos de confiança de 95%, foram calculados. Todas as análises foram conduzidas usando o software R Core Team™ (2022).

RESULTADOS

As análises incluíram apenas os gestores de saúde bucal ($n=753$) que concordaram em participar da pesquisa e responderam à pergunta de desfecho sobre práticas de PNO na APS. Isso representa uma taxa de resposta de 13,5% entre os 5.570 municípios do Brasil. No entanto, não podemos garantir que todos os secretários municipais acessaram ou encaminharam o convite da pesquisa aos seus gestores de saúde bucal.

A Tabela 1 fornece uma análise descritiva caracterizando os municípios cujos gestores de saúde bucal responderam ao questionário. Representantes de todos os estados brasileiros e do Distrito Federal participaram, com a região Sudeste apresentando a maior participação (39,0%) e a região Centro-Oeste a menor (6,6%). A maioria dos municípios (73,6%) tem populações abaixo de 50.000, e um IDH médio (84,7%).

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis de caracterização dos municípios (n=753).

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
Região	Centro-Oeste	50	6,6%
	Nordeste	168	22,3%
	Norte	57	7,6%
	Sudeste	294	39,0%
	Sul	184	24,4%
Unidade Federativa	Acre	6	0,8%
	Alagoas	7	0,9%
	Amapá	1	0,1%
	Amazonas	6	0,8%
	Bahia	59	7,8%
	Ceará	21	2,8%
	Distrito Federal	1	0,1%
	Espírito Santo	12	1,6%
	Goiás	22	2,9%
	Maranhão	2	0,3%
	Mato Grosso	10	1,3%
	Mato Grosso do Sul	17	2,3%
	Minas Gerais	115	15,3%
	Pará	22	2,9%
	Paraíba	15	2,0%
	Paraná	77	10,2%
	Pernambuco	27	3,6%
	Piauí	13	1,7%
	Rio de Janeiro	13	1,7%
	Rio Grande do Norte	14	1,9%
	Rio Grande do Sul	45	6,0%
	Rondônia	6	0,8%
	Roraima	2	0,3%
	Santa Catarina	62	8,2%
	São Paulo	154	20,5%
	Sergipe	10	1,3%
	Tocantins	14	1,9%
População	Pequena (<50k)	554	73,6%
	Média (50k to 100k)	80	10,6%
	Grande (>100k)	116	15,4%
	Sem informação	3	0,4%
IDH*	Baixo (Até 0,499)	0	0,0%
	Medium (0,5 a 0,799)	638	84,7%
	Alto (a partir de 0,8)	21	2,8%
	Sem informação	94	12,5%

* Índice de Desenvolvimento Humano.

A idade média dos participantes da pesquisa foi de 40,1 anos, com média de quatro anos na função. A maioria dos participantes era do sexo feminino (69,9%), possuía pós-graduação (68,9%) e era dentista (84,6%). Além disso, 81,3% relataram não ter recebido treinamento para o cargo e 63,5% desempenhavam serviços públicos além da gestão municipal de saúde bucal (Tabela 2)

Tabela 2. Análise descritiva das variáveis de caracterização dos gestores municipais de saúde bucal (n=753).

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
Sexo	Feminino	526	69,9%
	Masculino	227	30,1%
Escolaridade	Ensino médio completo	31	4,1%
	Ensino superior completo	203	27,0%
	Pós-graduação	519	68,9%
Formação acadêmica	Não	31	4,1%
	Odontologia	637	84,6%
	Outros cursos (área da saúde)	49	6,5%
	Outros cursos (outras áreas)	27	3,6%
	Sem informação	9	1,1%
Pós-graduação	Não	234	31,1%
	Gestão da saúde e/ou saúde pública	231	30,7%
	Outras áreas	281	37,3%
	Sem informação	7	0,9%
Executa outras atividades no serviço público	Não	275	36,5%
	Sim	478	63,5%
Outras atividades exercidas no serviço público	Atendimento odontológico	351	46,6%
	Coordenação de Atenção Primária	38	5,0%
	Secretária Municipal de Saúde	22	2,9%
	Técnico em Saúde Bucal	8	1,1%
	Auxiliar de Saúde Bucal	5	0,7%
	Coordenação do Programa de Saúde Escolar	5	0,7%
	Coordenação da Equipe de Saúde da Família	4	0,5%
	Professor	3	0,4%
	Chefe de Vigilância Sanitária	3	0,4%
	Regulador Odontológico	2	0,3%
	Gestor de CEO*	2	0,3%
	Outras atividades	31	4,1%
	Sem informação	4	0,5%
	Não	275	36,5%
O cargo de gerente de saúde bucal é institucionalizado	Não	366	48,6%
	Sim	379	50,3%
	Sem informação	8	1,1%
Recebe um bônus pela execução do trabalho	Não	353	46,9%
	Sim	340	45,2%
	Sem informação	60	8,0%
Recebeu treinamento	Não	612	81,3%
	Sim	140	18,6%
	Sem informação	1	0,1%

*Centro de Especialidades Odontológicas.

A Tabela 3 apresenta uma análise descritiva das variáveis que caracterizam a assistência à saúde bucal da população em geral e das gestantes nos municípios. A maioria dos gestores relatou que as Equipes de Saúde Bucal (ESB) realizam o planejamento de atividades (87,0%) e que as gestantes são um grupo prioritário para atendimento odontológico (98,5%). Não há Centro de Especialidades Odontológicas em 69,7% dos municípios pesquisados. Na maioria dos municípios, as ESB seguem diretrizes de assistência à saúde bucal durante a gestação (85,1%), sendo 34,9%

desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (MS) e 30,8% pelas secretarias municipais de saúde; no entanto, essas diretrizes não são de acesso público. Em 96,1% dos municípios, as gestantes são encaminhadas para avaliação odontológica no início do pré-natal na APS, onde podem receber orientações sobre saúde bucal (98,5%), aplicação tópica de flúor (76,9%), profilaxia (97,7%), raspagem (90,2%), restauração (95,2%), extração (75,8%) e tratamento de lesões da mucosa oral (69,6%). Além disso, 83,7% dos gestores declararam que seus municípios apoiam a participação de dentistas em cursos de educação continuada sobre cuidados com a saúde bucal de gestantes, e 52,1% dos gestores relataram que a participação dos dentistas em atividades de educação em saúde durante o pré-natal é uma prática estabelecida.

Tabela 3. Análise descritiva das variáveis que caracterizam a atenção à saúde bucal e à saúde bucal das gestantes nos municípios (n=753).

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
ESBs* realizam atividades de planejamento das ações	Não	97	12,9%
	Sim	655	87,0%
	Sem informação	1	0,1%
Gestantes recebem atendimento prioritário das ESBs*	Não	11	1,5%
	Sim	742	98,5%
Município tem CEO [†]	Não	525	69,7%
	Sim	227	30,1%
	Sem informação	1	0,1%
ESBs* seguem diretrizes de cuidados com a saúde bucal durante a gravidez	Não	104	13,8%
	Sim	641	85,1%
	Sem informação	8	1,1%
Tipo de diretriz	Elaborado pelo Ministério da Saúde	263	34,9%
	Elaborado pela gestão municipal de saúde e não disponível em documento de acesso público	232	30,8%
	Elaborado pela gestão municipal de saúde e disponível em documento de acesso público	86	11,4%
	Outras diretrizes	42	5,7%
	Sem informação	26	3,4%
	Não segue diretrizes	104	13,8%
Acesso ao atendimento odontológico para gestantes que realizam pré-natal na APS [‡]	Gestantes que realizam pré-natal na APS [‡] NÃO são encaminhadas para avaliação odontológica	7	0,9%
	As gestantes são encaminhadas para avaliação odontológica assim que iniciam o pré-natal na APS [‡]	724	96,1%
	Gestantes são encaminhadas para avaliação odontológica somente quando apresentam queixa de algum problema bucal	14	1,9%
	Outras formas	5	0,7%
	Sem informação	3	0,4%
Município apoia a participação de dentistas em cursos de educação continuada sobre cuidados com a saúde bucal de gestantes	Não	84	11,2%
	Sim	630	83,7%
	Sem informação	39	5,2%
Dentistas participam de atividades de educação em saúde realizadas durante o pré-natal de rotina na APS [‡]	Inexistente	22	2,9%
	Em desenvolvimento/planejamento	183	24,3%
	Em implementação	151	20,1%
	Estabelecido	392	52,1%
	Sem informação	5	0,7%
Conhecimento dos gestores sobre o Programa “Previne Brasil”	Não conhece	41	5,4%
	Conhece pouco	147	19,5%
	Não conhece nem desconhece	1	0,1%
	Conhece razoavelmente	335	44,5%
	Conhece muito	228	30,3%
	Não informado	1	0,1%

*Equipe de Saúde Bucal. [†]Centro de Especialidades Odontológicas. [‡]Atenção Primária à Saúde.

Em relação à prática do PNO, 68,8% dos gestores relataram que é uma prática consolidada na APS do município e 90,7% a consideraram de alta relevância (Tabela 4).

Tabela 4. Análise descritiva das variáveis do PNO nos municípios e relevância segundo os gestores (n=753).

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
Prática do PNO* na APS [†] do município	Inexistente	3	0,4%
	Em desenvolvimento/planejamento	96	12,7%
	Em implementação	136	18,1%
	Estabelecida	518	68,8%
Relevância da prática do PNO* segundo gestores municipais de saúde bucal	Irrelevante	1	0,1%
	Baixa	2	0,3%
	Moderada	3	0,4%
	Relevante	64	8,5%
	Extremamente relevante	683	90,7%

*Pre-natal odontológico. [†]Atenção Primária à Saúde.

A Tabela 5 mostra as associações entre a prática do PNO e as variáveis relacionadas aos gestores de saúde bucal, aos cuidados com a saúde bucal e aos cuidados com a saúde bucal durante a gestação. A análise individual das variáveis (análise bruta) mostrou que "região", "ESB realizando atividades de planejamento", "existência de alguma diretriz de saúde bucal durante a gestação", "acesso ao atendimento odontológico para gestantes", "participação de dentistas da APS em atividades de educação em saúde realizadas durante o pré-natal de rotina" e "conhecimento dos gestores sobre o Programa Previne Brasil" foram significativamente associados ao PNO no município ($p < 0,05$). Além disso, a variável pós-graduação dos gestores foi incluída no modelo de regressão logística múltipla devido ao valor de $p < 0,20$ na análise bruta. Na análise múltipla, apenas "acesso ao atendimento odontológico para gestantes" e "participação do dentista da APS em atividades de educação em saúde durante o pré-natal de rotina" permaneceram no modelo final ($p < 0,05$). Municípios que encaminham gestantes para avaliação odontológica no início do pré-natal na APS têm maior probabilidade de ter prática de PNO estabelecida (OR=11,58; IC 95%: 1,47-91,08). Além disso, municípios com participação de dentistas em atividades de educação em saúde durante o pré-natal de rotina têm maior probabilidade de ter prática de PNO estabelecida (OR=9,42; IC 95%: 3,47-25,56) ($p < 0,05$).

Tabela 5. Análise (bruta e ajustada) das associações entre a prática do PNO e as variáveis municipais, dos gestores municipais de saúde bucal, da assistência à saúde bucal e da assistência à saúde bucal das gestantes (n=753).

Variável	Categoria	n (%)	Prática do PNO [†]		OR Bruto (95%CI)	p-valor	OR Ajustado (95%IC)	p-valor
			Não estabeleci da	*Estabeleci da				
			n (%)	n (%)				
Geral			235 (31,2%)	518 (68,8%)	-	-	-	-
Região	Centro-Oeste	50 (6,6%)	20 (40,0%)	30 (60,0%)	Ref		-	-
	Nordeste	168 (22,3%)	40 (23,8%)	128 (76,2%)	2,13 (1,09-4,16)	0,0262		
	Norte	57 (7,6%)	20 (35,1%)	37 (64,9%)	1,23 (0,56-2,70)	0,6004		
	Sudeste	294 (39,0%)	101 (34,4%)	193 (65,6%)	1,27 (0,69-2,36)	0,4402		
	Sul	184 (24,4%)	54 (29,3%)	130 (70,7%)	1,60 (0,84-3,07)	0,1528		
População	Pequeno (<50k)	554 (73,6%)	171 (30,9%)	383 (69,1%)	Ref		-	-
	Médio (50k to 100k)	80 (10,6%)	29 (36,3%)	51 (63,8%)	0,78 (0,48-1,28)	0,3335		
	Grande (>100k)	116 (15,4%)	34 (29,3%)	82 (70,7%)	1,08 (0,70-1,67)	0,7409		
	Sem informação	3 (0,4%)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	-	-	-	-
IDH [‡]	Medio (0,5 a 0,799)	638 (84,7%)	199 (31,2%)	439 (68,8%)	Ref			
	Alto (a partir de 0,8)	21 (2,8%)	4 (19,0%)	17 (81,0%)	1,93 (0,64-5,80)	0,2435	-	-
	Sem informação	94 (12,5%)	32 (34,0%)	62 (66,0%)	-	-	-	-
Pós-graduação	Não	234 (31,1%)	81 (34,6%)	153 (65,4%)	Ref			
	Sim	519 (68,9%)	154 (29,7%)	365 (70,3%)	1,25 (0,90-1,74)	0,1759		
Experiência	≤ 2 anos (mediana)	373 (49,5%)	116 (31,1%)	257 (68,9%)	Ref			
	>2 anos	329 (43,7%)	99 (30,1%)	230 (69,9%)	1,05 (0,76-1,45)	0,7726		

Variável	Categoria	n (%)	Prática do PNO [†]		OR Bruto (95%CI)	p-valor	OR Ajustado (95%IC)	p-valor
			Não estabelecida	*Estabelecida				
			n (%)	n (%)				
	Sem informação	51 (6,8%)	20 (39,2%)	31 (60,8%)	-	-	-	-
ESBs [¶] realizam atividades de planejamento	Não	97 (12,9 %)	40 (41,2%)	57 (58,8%)	Ref			
	Sim	655 (87,0 %)	194 (29,6%)	461 (70,4%)	1,67 (1,08-2,58)	0,0220	-	-
	Sem informação	1 (0,1%)	1 (100,0%)	0 (0,0%)	-	-	-	-
ESB [¶] segue diretrizes de cuidados com a saúde bucal durante a gravidez	Não	104 (13,8 %)	41 (39,4%)	63 (60,6%)	Ref			
	Sim	641 (85,1 %)	190 (29,6%)	451 (70,4%)	1,68 (1,08-2,60)	0,0204		
	Sem informação	8 (1,1%)	4 (50,0%)	4 (50,0%)	-	-	-	-
Acesso à assistência odontológica para gestantes que realizam pré-natal na APS [§]	Gestantes que realizam pré-natal na APS [§] NÃO são encaminhadas para avaliação odontológica	7 (0,9%)	7 (100,0%)	0 (0,0%)	-	-	-	-
	Gestantes são encaminhadas para avaliação odontológica assim que iniciam o pré-natal na APS [§]	724 (96,1 %)	213 (29,4%)	511 (70,6%)	31,19 (4,05-239,91)	0,0010	11,58 (1,47-91,08)	0,0199
	Gestantes são encaminhadas para avaliação odontológica somente quando apresentam queixa de algum problema bucal	14 (1,9%)	13 (92,9%)	1 (7,1%)	Ref		Ref	
	Outras formas	5 (0,7%)	1 (20,0%)	4 (80,0%)	-	-	-	-
	Sem informação	3 (0,4%)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	-	-	-	-
Participação de cirurgiões-dentistas em atividades de educação em saúde realizadas durante o pré-natal de rotina na APS [§]	Não existente	22 (2,9%)	10 (45,5%)	12 (54,5%)	Ref		Ref	
	Em desenvolvimento/planejamento	183 (24,3 %)	107 (58,5%)	76 (41,5%)	0,59 (0,24-1,44)	0,2477	0,50 (0,19-1,29)	0,1516
	Em implementação	151 (20,1 %)	92 (60,9%)	59 (39,1%)	0,53 (0,22-1,32)	0,1727	0,39 (0,15-1,03)	0,0563
	Estabelecida	392 (52,1 %)	24 (6,1%)	368 (93,9%)	12,78 (5,01-32,55)	<0,0001	9,42 (3,47-25,56)	<0,0001
	Sem informação	5 (0,7%)	2 (40,0%)	3 (60,0%)	-	-	-	-

Variável	Categoria	n (%)	Prática do PNO [†]		OR Bruto (95%CI)	p-valor	OR Ajustado (95%IC)	p-valor
			Não estabeleci da	*Estabeleci da				
			n (%)	n (%)				
Conhecimento dos gestores sobre o Programa “Previne Brasil”	Não conhece	41 (5,4%)	18 (43,9%)	23 (56,1%)	Ref	-	-	-
	Conhece pouco	147 (19,5%)	65 (44,2%)	82 (55,8%)	0,99 (0,49-1,98)	0,9713	-	-
	Não conhece nem desconhece	1 (0,1%)	1 (100,0%)	0 (0,0%)	-	-	-	-
	Conhece razoavelmente	335 (44,5%)	107 (31,9%)	228 (68,1%)	1,67 (0,86-3,22)	0,1278	-	-
	Conhece muito	228 (30,3%)	43 (18,9%)	185 (81,1%)	3,37 (1,67-6,78)	0,0007	-	-
	Sem informação	1 (0,1%)	1 (100,0%)	0 (0,0%)	-	-	-	-
Relevância da prática do PNO [†] segundo gestores municipais de saúde bucal	Irrelevante	1 (0,1%)	1 (100,0%)	0 (0,0%)	-	-	-	-
	Baixa	2 (0,3%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)	Ref	-	-	-
	Moderada	3 (0,4%)	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0,50 (0,01-19,56)	0,7110	-	-
	Relevante	64 (8,5%)	27 (42,2%)	37 (57,8%)	1,37 (0,08-22,90)	0,8264	-	-
	Extremamente relevante	683 (90,7%)	204 (29,9%)	479 (70,1%)	2,35 (0,15-37,72)	0,5468	-	-

*Defeção. Ref: Categoria de referência para variáveis independentes. OR: Razão de chances. IC: Intervalo de confiança. AIC (modelo vazio) = 930,70. AIC (modelo final) = 876,3. [†]Pré-natal odontológico. [‡]Índice de Desenvolvimento Humano. [¶]Equipes de Saúde Bucal. [§]Atenção Primária à Saúde

DISCUSSÃO

Os gestores municipais de saúde bucal desempenham um papel crucial na organização e no estabelecimento de cuidados de saúde bucal no sistema público de saúde brasileiro. Como o atendimento odontológico durante a gestação serve como um indicador de qualidade do atendimento pré-natal na APS¹¹, é valioso investigar as práticas de PNO em municípios brasileiros sob a perspectiva dos gestores de saúde bucal. Essa abordagem visa fornecer *insights* para melhorar a organização do serviço e os processos da equipe, expandindo e estabelecendo as práticas do PNO.

Este estudo analisou a prática do PNO na APS sob a perspectiva dos gestores municipais de saúde bucal brasileiros. A maioria dos gestores pesquisados (68,8%) considera o PNO uma prática estabelecida na APS. Esse achado é notável, especialmente considerando que a cobertura média nacional de cuidados odontológicos para gestantes foi de apenas 19,5% em 2019²¹. Isso indica que as percepções dos gestores sobre o PNO se alinham mais com a meta do Ministério da Saúde para o indicador “proporção de gestantes com atendimento odontológico fornecido” (60,0%)¹¹ do que com a taxa de cobertura observada²¹.

Nosso estudo demonstrou que os municípios que encaminham gestantes para avaliação odontológica no início do pré-natal têm probabilidade significativamente maior de ter uma prática do PNO estabelecida (OR=11,58; IC 95%: 1,47-91,08). Essa forte associação pode sugerir um potencial viés de seleção em nossa amostra, já que a maioria dos participantes provavelmente representa municípios que fornecem serviços odontológicos consistentes para gestantes e mantêm um processo de encaminhamento estruturado. No entanto, facilitar o acesso precoce ao atendimento odontológico pode melhorar a adesão ao PNO e expandir a cobertura de atendimento odontológico. Para apoiar isso, o Ministério da Saúde recomenda encaminhamento precoce, agendamento flexível e equipes de saúde integradas para melhorar o desempenho deste indicador, que também é um indicador chave no novo modelo de financiamento da APS, “Programa Previne Brasil”¹⁰.

O Ministério da Saúde recomenda pelo menos uma consulta odontológica para identificar as necessidades de saúde bucal da gestante e fornecer orientação sobre hábitos nutricionais e higiene bucal para a mãe e o bebê⁸. No entanto, é importante observar que apenas identificar as necessidades de saúde bucal da gestante não garante um tratamento eficaz. Atualmente, o indicador do programa “Previne Brasil” “proporção de gestantes com atendimento odontológico oferecido” contempla todas as gestantes que receberam pelo menos um atendimento odontológico individualizado na APS durante o pré-natal¹¹. Portanto, recomenda-se o desenvolvimento de um indicador mais robusto para avaliar a qualidade e a efetividade do atendimento odontológico oferecido durante a gestação.

O encaminhamento precoce de gestantes para avaliação odontológica pode refletir a integração efetiva de uma equipe de saúde multidisciplinar, facilitando a identificação de potenciais fatores de risco para desfechos adversos da gravidez⁸, como parto prematuro²², pré-eclâmpsia e baixo peso ao nascer associados a doenças periodontais durante a gravidez⁵. Embora desfechos gestacionais adversos possam estar correlacionados com a doença periodontal, a literatura atual não estabelece uma relação de causa e efeito entre o tratamento periodontal e a redução de complicações⁸. No entanto, é recomendado avaliar e tratar as condições periodontais durante a gravidez, pois fatores de risco comuns são compartilhados entre a doença periodontal e os desfechos adversos da gravidez²².

Em relação à integração da equipe no atendimento pré-natal, há uma associação entre o acesso ao atendimento odontológico para gestantes e atividades de planejamento estruturadas, reuniões de equipe e discussão de casos e projetos terapêuticos²¹), enfatizando a importância do atendimento abrangente, colaboração da equipe multidisciplinar e estratégias organizacionais para melhorar o acesso ao atendimento odontológico para gestantes. Reuniões de planejamento, discussões de casos e educação continuada são cruciais para promover a colaboração interprofissional, aumentando a eficácia dos serviços de saúde²³. O envolvimento de equipes de saúde em práticas interprofissionais pode melhorar significativamente a qualidade do atendimento para gestantes²⁴, o acesso e a adesão ao PNO.

Apesar do PNO ser amplamente considerado uma prática estabelecida na atenção primária à saúde, sua implementação não garante atendimento eficaz. Ainda há uma lacuna no atendimento à saúde bucal para gestantes que os gestores de saúde devem abordar. Embora muitas gestantes reconheçam a importância da saúde bucal e do atendimento odontológico²⁵ e busquem esses serviços, algumas ainda hesitam em se submeter a certos procedimentos³ e adiam as consultas odontológicas após o parto. Necessidades urgentes e dor são os principais motivos para consultas odontológicas durante a gravidez, muitas vezes sobrepondo o atendimento preventivo²⁶. Portanto, incorporar dentistas em programas pré-natais pode apoiar esforços para educar gestantes sobre tópicos de saúde bucal²⁷.

Nossos achados também indicaram uma associação entre a prática do PNO e o envolvimento do dentista em atividades de educação em saúde durante o atendimento pré-natal de rotina (OR=9,42; IC 95%: 3,47-25,56). Atividades educacionais são essenciais para promover a saúde ao longo da vida da

mulher²⁸, particularmente durante a gravidez, quando as mulheres estão mais receptivas a novas informações para sua saúde e a do bebê⁴, auxiliando na adoção de hábitos saudáveis²⁹. Consequentemente, atividades de promoção e educação em saúde pré-natal podem ajudar a desmistificar os cuidados odontológicos, aumentar a adesão ao PNO, encorajar comportamentos de busca por saúde bucal³⁰ e, finalmente, aumentar a proporção de mulheres grávidas que recebem cuidados odontológicos. Além disso, uma equipe multidisciplinar bem coordenada pode aumentar a participação de mulheres grávidas em atividades educativas²⁸, reforçando o valor do engajamento e integração da equipe nos cuidados pré-natais.

As considerações a seguir podem ajudar a esclarecer a discrepância entre as percepções dos gestores sobre a prática do PNO e a proporção real de mulheres grávidas que recebem cuidados odontológicos em todo o país. Primeiro, nossa amostra pode compreender principalmente gestores que estão especialmente interessados e defendem ativamente o PNO como uma prática padrão. Segundo, embora estabelecer o PNO como uma prática de rotina seja importante, ele pode não garantir, por si só, melhor acesso e cobertura de cuidados odontológicos para mulheres grávidas na APS. Finalmente, fatores individuais entre mulheres grávidas, como crenças desfavoráveis sobre cuidados odontológicos, podem impedi-las de buscar serviços de saúde bucal — mesmo em municípios onde as práticas de PNO são bem estabelecidas. Como mencionado anteriormente, crenças negativas entre grávidas e novas mães — como preocupações sobre a segurança dos cuidados odontológicos, crenças sobre o impacto da gravidez na saúde bucal e dúvidas sobre a importância da higiene bucal — representam desafios para a promoção eficaz da saúde¹⁶.

Este estudo tem algumas limitações. O delineamento transversal não permite estabelecer relações causais entre as variáveis analisadas, o que limita nossas inferências. Além disso, nossos achados estão sujeitos a vieses comuns em pesquisas online, o que pode resultar em uma amostra não representativa, e viés de resposta, o que pode distorcer a interpretação e as respostas dos participantes às perguntas da pesquisa. Também vale mencionar que os gestores de saúde bucal foram contatados por meio de secretários municipais de saúde, portanto, não podemos garantir que todos tiveram acesso ao questionário.

Essas limitações restringem a generalização de nossos resultados; no entanto, eles contribuem com *insights* valiosos, pois a maioria das pesquisas sobre esse tópico é conduzida em nível local²⁹ com profissionais de saúde e gestantes como participantes da pesquisa³¹. Nossos resultados podem encorajar discussões sobre a reavaliação das práticas de cuidados com a saúde bucal durante a gravidez, com foco na redução das barreiras de acesso e no aumento da adesão das gestantes aos cuidados com a saúde bucal. Além disso, podem apoiar a gestão municipal na tomada de decisões informadas para organizar melhor os serviços de saúde e os fluxos de trabalho das equipes, expandindo e fortalecendo, em última análise, a prática do PNO na APS.

CONCLUSÃO

A maioria dos participantes da pesquisa considera o PNO uma prática estabelecida, associada ao encaminhamento de gestantes para avaliações odontológicas no início do pré-natal de rotina e ao envolvimento dos dentistas em atividades de educação em saúde voltadas para gestantes.

Como desafios e perspectivas, estudos futuros devem facilitar o contato direto com gestores de saúde bucal para atingir um tamanho de amostra maior para validar nossos achados. Além disso, as políticas de saúde bucal devem ser fortalecidas para abordar e mitigar ou remover barreiras ao atendimento odontológico pré-natal eficaz.

REFERÊNCIAS

1. Souza TGdS, Silva AdS, da Silva MSA, da Silva MN, Cavalcanti JSM, Negreiros JHCN, Barbosa LM, da Silva HHS. Assistência odontológica a pacientes gestantes na atenção básica—Revisão bibliográfica. *Braz J Dev.* 2020;6(9):71434-48. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n9-550>
2. Silva CCD, Savian CM, Prevedello BP, Zamberlan C, Dalpian DM, Santos BZD. Access and use of dental services by pregnant women: an integrative literature review. *Cien Saude Colet.* 2020;25(3):827-35. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.01192018>
3. Martínez-Beneyto Y, Montero-Martin J, Garcia-Navas F, Vicente-Hernandez A, Ortiz-Ruiz AJ, Camacho-Alonso F. Influence of a preventive program on the oral health-related quality of life (OHRQoL) of European pregnant women: a cohort study. *Odontology.* 2019;107(1):10-6. <https://doi.org/10.1007/s10266-018-0356-3>
4. Saliba TA, Custódio LBDM, Saliba NA, Moimaz SAS. Dental prenatal care in pregnancy. *RGO,-Rev Gaúch Odontol.* 2019;67:e20190061. <https://doi.org/10.1590/1981-863720190006120180003>
5. Erchick DJ, Rai B, Agrawal NK, Khattri SK, Katz J, LeClerq SC, Reynolds MA, Mullany LC. Oral hygiene, prevalence of gingivitis, and associated risk factors among pregnant women in Sarlahi District, Nepal. *BMC Oral Health.* 2019;19(1):2. <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0681-5>
6. Cordero MJA, Ríos XL, Blanco TR, Blanque RR, Ruiz ME, Montoya JAG. Quality of life during pregnancy and its influence on oral health: a systematic review. *J Oral Res.* 2019;8(1):74-81. <https://doi.org/10.17126/joralres.2019.011>
7. Brasil, Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. [cited 2022 19 de setembro]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf
8. Brasil. Diretriz para a prática clínica odontológica na atenção primária à saúde: tratamento em gestantes. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [cited 2022 19 de setembro]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/pratica_odontologica_gestantes.pdf.
9. Brasil. Programa de melhoria do acesso e da qualidade (PMAQ) - Terceiro ciclo (2015-2017) - Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica e NASF. In: Saúde Md, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. p. 89. [cited 2022 Sept 19]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf
10. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, (2019). Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/legislacao/legislacao-especifica/programa-previne-brasil/2019/prt_2979_12_11_2019.pdf/view
11. Nota técnica nº 3/2022-SAPS/MS, (2022). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022. [cited 2022 Sept 19]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/nota_tecnica_3_2022.pdf

12. Gonçalves KF, Giordani JMDA, Bidinotto AB, Ferla AA, Martins AB, Hilgert JB. [Oral healthcare utilization during prenatal care in primary healthcare: data from PMAQ-AB]. *Cien Saude Colet*. 2020;25(2):519-32. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.05342018>
13. Martins LdO, Pinheiro RDPdS, Arantes DC, Nascimento LSd, Santos Júnior PBd. Assistência odontológica à gestante: percepção do cirurgião-dentista. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2013;4:11-8. <https://doi.org/10.5123/S2176-62232013000400002>
14. World Health Organization. Health promotion glossary of terms 2021. World Health Organization. 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
15. Vamos CA, Thompson EL, Avendano M, Daley EM, Quinonez RB, Boggess K. Oral health promotion interventions during pregnancy: a systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2015;43(5):385-96. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12167>
16. 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 <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03439-4>
17. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Sect. seção 1 (2016). Diário Oficial da União, 2016 May 24. [cited 2022 Sept 20]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
18. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Sect. Seção 1 (2012). Diário Oficial da União, 2013 Jun 13. [cited 2022 Sept 20]. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
19. Coluci MZ, Alexandre NM, Milani D. [Construction of measurement instruments in the area of health]. *Cien Saude Colet*. 2015;20(3):925-36.
20. IBGE. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; [cited 2022 19 de setembro de 2022]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>.
21. Santos MO. Atenção à saúde bucal da gestante no Sistema Único de Saúde: estudo em nível nacional [Master's thesis]. Araraquara: Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia de Araraquara; 2023. 97p. Available from: <http://hdl.handle.net/11449/242330>
22. Manrique-Corredor EJ, Orozco-Beltran D, Lopez-Pineda A, Quesada JA, Gil-Guillen VF, Carratala-Munuera C. Maternal periodontitis and preterm birth: Systematic review and meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2019;47(3):243-51. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12450>
23. Faquim JPdS, Frazão P. Percepções e atitudes sobre relações interprofissionais na assistência odontológica durante o pré-natal. *Saúde Debate*. 2016;40:59-69. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610905>
24. dos Santos Larêdo GB, Miranda EBM, da Fonseca NL, Monteiro DS. Saúde bucal e gravidez: desafios e fragilidades no cuidado sob a perspectiva dos resultados do Previne Brasil. *Rev Cien Plural*. 2022;8(2):1-12. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2022v8n2ID27191>

25. Kateeb E, Momany E. Dental caries experience and associated risk indicators among Palestinian pregnant women in the Jerusalem area: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2018;18(1):170. <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0628-x>
26. Guimarães Alves K, Sousa Andrade G, Costa Moreira de MD AO, CM DL. Pregnancy and oral health: importance of dental prenatal care. *Res Soc Dev* [Internet]. 2021;10(1):1-13. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.12234>
27. Baskaradoss JK, Geevarghese A. Utilization of dental services among low and middle income pregnant, post-partum and six-month post-partum women. *BMC Oral Health*. 2020;20(1):120. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01076-9>
28. Silva ALS, do Nascimento ER, Coelho EdAC, Nunes IM. Educational activities in pre-natal under the gaze of pregnant women. *Rev Cubana Enferm*. 2014;30(1). Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2014/cnf141e.pdf>
29. Souza GCdA, Medeiros RCF, Rodrigues MP, Emiliano GBG. Atenção à saúde bucal de gestantes no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev Cien Plural*. 2021;7(1):124-46. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2021v7n1ID23036>
30. Martinelli KG, Belotti L, Poletto YM, dos Santos Neto ET, Oliveira AE. Fatores associados ao cuidado de saúde bucal durante a gravidez. *Arq Odontol*. 2020;56. <https://doi.org/10.7308/aodontol/2020.56.e16>
31. Rocha JS, Arima L, Chibinski AC, Werneck RI, Moysés SJ, Baldani MH. Barriers and facilitators to dental care during pregnancy: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Cad Saude Publica*. 2018; 34(8):e00130817. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00130817>