

# RESSALVA

Atendendo solicitação do(a) autor(a), o texto completo desta dissertação será disponibilizado somente a partir de 27/08/2019.

**Lia Borges de Mattos Custódio**

Estudo dos protocolos de atenção à saúde da gestante de alto risco e prevalência de cárie dentária

Araçatuba

2019

Lia Borges de Mattos Custódio

Estudo dos protocolos de atenção à saúde da  
gestante de alto risco e prevalência de cárie  
dentária

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Unesp, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Odontologia Preventiva e Social.

Orientadora: Profa. Tit. Suzely Adas Saliba Moimaz

Araçatuba

2019

Catálogo na publicação (CIP)  
Diretoria Técnica de Biblioteca e Documentação – FOA / UNESP

C987e Custódio, Lia Borges de Mattos.  
Estudo dos protocolos de atenção à saúde da gestante de alto risco e prevalência de cárie dentária/ Lia Borges de Mattos Custódio. - Araçatuba, 2019  
71 f. :il. ; tab.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba  
Orientadora: Profa. Suzely Adas Saliba Moimaz

1. Atenção à saúde 2. Saúde bucal 3. Gestantes 4. Gravidez de alto risco 5. Sistemas de saúde 6. Cárie dentária 7. Doença crônica I. T.

Black D5  
CDD 617.601

Claudio Hideo Matsumoto  
CRB-8/5550

## Dedicatória

***Dedico este trabalho a toda minha família que, mesmo a distância, esteve sempre presente.***

*À minha **mãe**, que sonhou este sonho comigo, desde o início. Viveu as dores e alegrias comigo e não mediu esforços para me auxiliar. Minha eterna melhor amiga.*

*À minha **tia Eloisa**, que também esteve comigo desde o início da jornada, sempre me apoiando incondicionalmente.*

*Aos **meus tios(as) e primos(as)** que, direta ou indiretamente me ajudaram a atingir este objetivo.*

## *Agradecimentos Especiais*

À minha querida orientadora, **Professora Suzely Adas Saliba Moimaz** que, com muito amor, me ensinou e, mesmo em momentos difíceis, esteve sempre presente. Com a professora aprendi muito além do que posso encontrar nos melhores livros de Epidemiologia, ..., Metodologia. Aprendi valores que levarei para minha vida. Obrigada, professora, por acreditar em mim, por ter sido sempre muito presente durante toda esta jornada, pelos ensinamento e carinho incondicional.

À **professora Nemre Adas Saliba**, pelos ensinamentos, por acreditar em mim e pelo carinho incondicional.

À **professora Clea Adas Saliba Garbin**, por me receber de braços abertos, pela confiança incondicional nesta jornada, pelos seus ensinamentos, em especial pelo carinho e alegria com que sempre me atendeu.

À **professora Tania Adas Saliba**, pelos abraços, pelos sorrisos, pelos ensinamentos e oportunidades que me propiciaram trilhar esta jornada.

Ao **professor Orlando Saliba**, que sempre, com muita paciência, atendeu as minhas demandas.

Ao **professor Fernando Yamamoto Chiba**, pelos ensinamentos e atenção voltados aos meus trabalhos.

Ao **professor Artênio José Ísper Garbin**, pela atenção e ensinar

Ao **professor Renato Moreira Arcieri**, que sempre nos ensinou com muito carinho e paciência.

*Ao professor **Ronald Jefferson Martins**, pela convivência.*

*Ao **Nilton Cesar Souza**, pela atenção em todos os momentos.*

*Aos funcionários da biblioteca (em especial para **Ana Cláudia Martins Grieger Manzatti**), e da Seção de Pós-Graduação (**Valéria de Queiroz Marcondes Zagato, Cristiane Regina Lui Matos e Lilian Sayuri Mada**), pela atenção.*

*À coordenação do Programa de Odontologia Preventiva e Social, professoras **Tania Adas Saliba e Suzely Adas Saliba Moimaz**, pelo tempo e dedicação empregados para nos proporcionar um padrão de excelência no cenário da pós-graduação brasileira.*

*Aos meus colegas de pós-graduação, **Denise, Gabriela, Maria, Bruno, Luis, Naiana, Lea, Gleice**, pelo companheirismo de todos os dias.*

*Aos funcionários do **Ambulatório Médico de Especialidades do Estado de São Paulo**, e às **gestantes** participantes da pesquisa, pela paciência e ensinamentos.*

*À Direção da **Faculdade de Odontologia de Araçatuba**, na pessoa do **Diretor Wilson Roberto Poi e Vice-Diretor João Eduardo Gomes Filho**.*

*À **CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior)**, pela concessão de bolsa no curso de Mestrado.*

Vivendo se aprende, mas o que  
se aprende mais é só a fazer  
outras maiores perguntas.

(Guimarães Rosa)



Custódio LBM. Estudo dos protocolos de atenção à saúde da gestante de alto risco e prevalência de cárie dentária. [Dissertação - Mestrado em Odontologia Preventiva e Social]. Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2019.

### **Resumo Geral**

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser considerada uma experiência de vida saudável, que envolve alterações físicas, sociais e emocionais, no entanto, alguns fatores de risco podem desencadear evolução desfavorável à gestação. O objetivo neste trabalho foi analisar protocolos de atenção à saúde bucal de gestantes e condições bucais relacionadas à cárie. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de análise documental e levantamento epidemiológico de saúde bucal, com gestantes de alto-risco de 28 municípios que fazem referência a um Ambulatório Médico de Especialidades do estado de São Paulo. Foram obtidos protocolos de cuidado à saúde das gestantes dos municípios pesquisados e verificados os dados sobre acesso, indicação da primeira consulta odontológica e critérios de referência e contrarreferência. No levantamento epidemiológico, 1500 gestantes foram examinadas; o índice CPOD foi calculado e as seguintes variáveis independentes foram verificadas: idade, renda, escolaridade, hipertensão arterial, hipertensão arterial gestacional, diabetes mellitus, diabetes mellitus gestacional, obesidade, tabagismo. Foram realizados testes estatísticos de qui-quadrado e análises univariada e multivariada ao nível de significância de 5%. Dentre os municípios, 53,57% (n=15) não possuíam nenhum documento instituído e 46,43% (n=13) apresentaram algum documento que contemplasse a atenção pré-natal médico/enfermeira e odontológico. Nos documentos encontrados (n=16), havia registros de cuidados gerais na gestação e apenas 4 apresentaram protocolo de atenção à saúde bucal. A forma de “acesso” mais frequente, descrita nos documentos, foi a livre demanda e não se observou a definição de “gestante” como grupo prioritário na descrição dos serviços. Os mecanismos de referência e contrarreferência e a indicação de ao menos uma consulta odontológica na gestação não foram contemplados nos protocolos de saúde bucal. Do total de gestantes, apenas 5,93% (n=89) apresentaram CPOD=0. A cárie foi associada às variáveis: renda (OR=2,21; p<0,01); nível educacional (OR=2,20; p<0,001); hipertensão arterial (OR=1,50; p<0,01), tabagismo (OR=1,83; p<0,001) e obesidade (OR=1,80; p<0,01). Conclui-se que o cuidado odontológico no período pré-natal não se apresenta de forma organizada em protocolos de atenção à saúde. Os mecanismos de referência e contrarreferência precisam ser aprimorados. As gestantes de alto-risco apresentaram alta prevalência de cárie dentária e houve associação com renda, escolaridade, hipertensão arterial, tabagismo e obesidade.

**Descritores:** Atenção à Saúde. Saúde Bucal. Gestantes. Sistema de Saúde. Cárie dentária.

Custódio LBM. Study of health care protocols for high-risk pregnant women and dental caries prevalence. [Dissertação - Mestrado em Odontologia Preventiva e Social]. Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2019.

### **General Abstract**

Gestation is a physiological phenomenon and should be considered as a healthy life experience involving physical, social and emotional changes. However, some risk factors may trigger unfavorable pregnancy outcomes. The aim of this study was to analyze protocols of oral health care on pregnant women and prevalence of dental caries. This was a cross-sectional, descriptive, documentary analysis and epidemiological survey of oral health, with high-risk pregnant women from 28 municipalities that make reference to a center of secondary level of attention. Pregnant women health care protocols were obtained on the municipalities and verified the data of access, indication of the first dental appointment and reference and counterreference criteria. In the epidemiological survey, 1500 pregnant women were examined; the DMFT index was calculated and the following independent variables were verified: age, income, educational level, arterial hypertension, gestational hypertension, diabetes mellitus, gestational diabetes mellitus, obesity, smoke. Statistical tests of chi-square and univariate and multivariate analyzes were performed at a significance level of 5%. Among the municipalities, 53.57% did not have any documents instituted and 46.43% presented some document that contemplated prenatal medical / nurse and dental care. In the documents found (n = 16), there were records of general care in gestation and only 4 presented oral health care protocol. The most frequent form of "access", described in the documents, was free demand and the definition of "pregnant" as a priority group in the services description was not observed. The system of reference and counter-referral and the indication of at least one dental appointment during pregnancy were few contemplated in the oral health protocols. Of the total number of pregnant women, only 5.93% (n = 89) had DMFT = 0. Dental caries were associated with: income (OR = 2.21, p <0.01); educational level (OR = 2.20, p <0.001); hypertension (OR = 1.50, p <0.01), smoke (OR = 1.83, p <0.001) and obesity (OR = 1.80, p <0.01). It was concluded that dental care in the prenatal period is not organized in health care protocols. The mechanisms of reference and counterreference need to be improved. High-risk pregnant women had a high prevalence of dental caries and there was an association with income, educational level, hypertension, smoking and obesity.

**Keywords:** Dental caries. Gestation. Pregnant woman. Oral health. Chronic disease.

## *Lista de Tabelas*

### **Capítulo 2**

- Tabela 1** - Distribuição de gestantes segundo a presença de ao menos um dente cariado, perdido ou obturado e fatores sociodemográficos. Araçatuba-SP, Brasil. 2019. 59
- Tabela 2** - Modelo de regressão logística com análise bruta e ajustada para verificar associação entre dentes cariados, perdidos ou obturados e fatores sociodemográficos em gestantes. Araçatuba-SP, Brasil. 2019. 60
- Tabela 3** - Distribuição de gestantes segundo a presença de ao menos um dente cariado, perdido ou obturado, de acordo com a condição sistêmica. Araçatuba-SP, Brasil. 2019. 61
- Tabela 4** - Modelo de análise univariada e multivariada para verificar a associação entre dentes cariados, perdidos ou obturados e condição sistêmica em gestantes. Araçatuba-SP, Brasil. 2019. 62

## *Lista de Figuras*

### **Capítulo 1**

**Figura 1** – Detalhamento dos documentos e protocolos de atenção à saúde. 43

Araçatuba - SP, Brasil. 2019.

**Figura 2** – Sistema de referência e contrarreferência existentes nos 44

protocolos de saúde bucal. Araçatuba - SP, Brasil. 2019.

**Figura 3**– Desenvolvimento de protocolo de atenção odontológico 45

à gestante. Araçatuba - SP, Brasil. 2019.

*Lista de Quadros*

<b>Quadro 1</b> - Revisão de Literatura – Protocolos de atenção à saúde	21
<b>Quadro 2</b> - Revisão de Literatura – Cárie dentária em gestante	23

## *Lista de Abreviaturas*

AME – Ambulatório Médico de Especialidades

CPN – Cuidados Pré-natais

DRS II – Departamento Regional de Saúde II

IC – Intervalo de Confiança

MMR – Razões de Mortalidade Materna

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OR – Odds Ratio

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SOR – Serviço Odontológico Rural

SOU – Serviço Odontológico Urbano

SUS – Sistema Único de Saúde

## *Sumário*

1 Introdução Geral -----	15
2 Objetivos -----	20
3 Revisão de Literatura -----	21
4 Metodologia Expandida -----	26
<b>5 Capítulo 1 - Pré-natal odontológico: protocolo de organização da atenção materno-infantil -----</b>	<b>30</b>
5.1 Introdução -----	33
5.2 Metodologia -----	35
5.3 Resultados -----	35
5.4 Discussão -----	36
5.5 Conclusão -----	39
5.6 Referências -----	40
<b>6 Capítulo 2 - Associação entre fatores sociodemográficos e cárie dentária em gestantes de alto risco -----</b>	<b>46</b>
6.1 Introdução -----	49
6.2 Metodologia -----	51
6.3 Resultados -----	52
6.4 Discussão -----	53
6.5 Conclusão -----	55
6.6 Referências -----	56
7 Considerações Finais -----	64
Anexos -----	65

## 1 Introdução Geral<sup>1</sup>

A condição de saúde do binômio mãe e filho é tema de destaque no cenário mundial, sendo a mortalidade materna um problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento<sup>1,2</sup>. Nos anos de 1980, estimativas sugeriam que aproximadamente 500 mil mulheres, no mundo, perdiam suas vidas a cada ano, por causas evitáveis relacionadas à gestação<sup>3</sup>. Nesse contexto, a partir de análises das condições em que ocorrem os óbitos das gestantes, pode-se avaliar o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. Razões de Mortalidade Materna (MMR) elevadas são indicativas de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade<sup>4</sup>.

Em reunião realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2000, 189 países firmaram um compromisso para combater a extrema pobreza e outros males da sociedade, para tornar o mundo mais solidário e justo, conhecido como Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Dentre os objetivos, encontra-se a melhoria da saúde das gestantes, visando a reduzir, em 75%, a taxa de mortalidade materna, até 2015<sup>5</sup>. Em 1990, a MMR em países desenvolvidos era de 23 óbitos maternos a cada 100.000 nascidos vivos, enquanto nos países em desenvolvimento era de 430 óbitos maternos a cada 100.000 nascidos vivos. Embora os ODM para mortalidade materna não tenham atingido a meta final em vários países, a redução da mortalidade teve progresso no mundo. No ano de 2015, nos países desenvolvidos, a MMR foi de 12 óbitos maternos a cada 100.000 nascidos vivos e, nos países em desenvolvimento, foi de 273 óbitos maternos a cada 100.000 nascidos vivos, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU)<sup>5</sup>. No Brasil, entre os anos 1990 e 2015 a MMR a cada 100.000 nascidos vivos passou de 104 para 44 óbitos. Esses dados representam uma redução de 57,7% da MMR. Seguindo a tendência mundial, o Brasil também não atingiu a meta, mas a redução foi significativa de acordo com a ONU<sup>5</sup>. O ciclo dos ODM foi

---

<sup>1</sup> Referências no Anexo A



encerrado no ano de 2015 e, no ano de 2016, iniciou-se o ciclo “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)”, em continuidade ao trabalho iniciado com ODM. Com objetivos semelhantes aos ODM, em 2006 o Brasil regulamentou o “Pacto pela Saúde”, enfatizando a necessidade de redução da mortalidade materno-infantil, promovendo a atenção integral à saúde da mulher, da criança e à organização da Rede de Atenção à Saúde Materno-infantil, para garantir acesso, acolhimento e resolutividade, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade<sup>1</sup>.

O cuidado na atenção materno-infantil, priorizado no Pacto pela Saúde<sup>6</sup>, estabelecido pelo Ministério da Saúde, assim como nos ODMs<sup>7</sup>, continua a ser um desafio para os gestores do sistema brasileiro de saúde. Esse sistema precisa ser superado, pois apresenta-se fragmentado, caracterizado pela forma de organização hierárquica, e com descontinuidade da atenção, foco nas condições agudas, ação reativa à demanda e ênfase nas intervenções curativas e reabilitadoras<sup>8</sup>. Objetivando a integração dos serviços de saúde, o sistema de rede de atenção busca preencher a lacuna existente na integralidade do cuidado<sup>8-10</sup>, promovendo atendimento contínuo e integral e otimizando a gestão e os custos dos serviços oferecidos, devido a uma dinâmica racional da utilização dos recursos<sup>9</sup>. Nesse contexto, o Ministério da Saúde criou a Rede Cegonha, em 2011<sup>11</sup>, para fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde do binômio mãe-filho, com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero a 24 meses, e visando também organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, de modo a garantir acesso, acolhimento e resolutividade e reduzir a mortalidade materno-infantil.

Dentro do ciclo dos cuidados de saúde reprodutiva, os cuidados pré-natais (CPN) constituem uma plataforma para importantes funções relativas à saúde, incluindo a promoção da saúde, o rastreio, o diagnóstico e a prevenção de doenças<sup>12</sup>. Gestantes com fatores de risco associados à gestação, como diagnóstico de doenças, alterações metabólicas e até mesmo vulnerabilidade social são denominadas “gestantes de alto-risco” e devem ser

acompanhadas, nos CPN, com maior rigor, em decorrência de fator de risco, que pode ocasionar problemas tanto para mãe quanto para o bebê.

Considerando que as gestantes representam um grupo de risco para doenças bucais, devido a alterações físicas, biológicas, hormonais e comportamentais, os CPN odontológicos são de grande relevância para saúde materno-infantil<sup>13</sup>. A prevalência de doença periodontal na gestação é alta<sup>14-17</sup>, e há indícios, sem forte evidência científica, de que as doenças periodontais estão associadas ao nascimento de bebês de baixo peso e partos prematuros<sup>14</sup>. As gestantes também representam um grupo de risco para cárie dentária. Estudos que compararam a atividade da doença, demonstraram que as mulheres grávidas são mais suscetíveis a essas questões, quando comparadas com as não grávidas<sup>15,18,19</sup>. Os fatores mais comuns associados a essa condição são náuseas e vômitos<sup>20</sup>, diminuição da capacidade fisiológica do estômago, redução da higiene bucal, alteração da dieta, aumento da quantidade e frequência de consumo de alimentos açucarados e carboidratos e redução do pH salivar<sup>19,21</sup>. Alguns fatores de risco de risco gestacional, como a hipertensão<sup>22</sup> e a anemia por deficiência de ferro<sup>23,24</sup> podem estar associadas ao desenvolvimento da cárie dentária. Destaca-se, dessa forma, que gestantes de alto-risco podem ser mais vulneráveis para o desenvolvimento de patologias bucais.

A atenção odontológica na gestação pode promover a aquisição de hábitos saudáveis e facilitar o ato de amamentar, o qual enseja o melhor desenvolvimento e crescimento orofacial do bebê<sup>25-27</sup>. No entanto, há resistência, por parte das gestantes e dos profissionais, em realizar procedimentos odontológicos durante a gestação. Muitas vezes, por receio de prejudicar a criança, o profissional acaba não referenciando a gestante para o tratamento, consolidando, assim, os mitos e tabus acerca da assistência odontológica na gestação. Sendo a saúde bucal indissociável da saúde geral, é de factual importância dar atenção integral, multiprofissional e transdisciplinar à saúde da mulher. A integração entre pediatra, ginecologista, obstetra, enfermeira, cirurgião-dentista e demais profissionais da saúde na

oferta de cuidados à saúde da gestante é fundamental. Nesse contexto, para que a gestante adquira hábitos mais saudáveis e as práticas de educação em saúde sejam efetivas, deve haver unicidade no discurso da equipe multiprofissional, evitando, assim, informações controversas, proporcionando maior segurança à gestante nos cuidados que devem ser realizados no período gestacional.<sup>28</sup>

O acompanhamento e o monitoramento das gestantes, em especial as que possuem risco gestacional, se tornam imprescindíveis pela equipe multidisciplinar. Os serviços de saúde, nesse contexto, devem ter protocolos pré-estabelecidos, no entanto, pouco existe, dentro da estrutura organizacional dos serviços de saúde. Destaca-se também que o monitoramento da cárie dentária nas gestantes<sup>29</sup>, em especial, as de alto risco, pouco ocorre em todo o mundo; da mesma forma, há poucos estudos abordando a saúde bucal desta população.

A FOA/Unesp, no serviço extramural, sempre priorizou a atenção odontológica à gestante nas zonas urbana (SOU) e rural (SOR) e no ano de 1998 foi instituído pela área de Odontologia Social um programa específico denominado “Programa de Atenção Odontológica às Gestantes”, cujo objetivo é o incentivo ao aleitamento materno, e a promoção de saúde. Nesse programa, são desenvolvidas ações de educação, prevenção e recuperação da saúde bucal, de forma integrada nas unidades de saúde por meio de convênio com a prefeitura municipal.

Em 2015, por solicitação do Ambulatório Médico de Especialidades, o cuidado à gestante foi estendido ao centro de atenção especializada que atende às gestantes de alto risco. Sendo, a partir desta data, instituído um programa de atenção à gestante de alto risco. Esta pesquisa faz parte de um projeto maior, cadastrado no CNPq (processo nº 307842/2014-2) cujos objetivos foram:

- Avaliar o perfil e as condições de saúde bucal das gestantes de alto risco atendidas no Ambulatório Médico de Especialidades

- Analisar a organização da rede de atenção à saúde materno infantil.
- Conhecer as condições de pactuações dos municípios para a atenção à saúde da gestante, na rede regional.
- Identificar os locais e critérios de encaminhamento de gestantes de alto risco para a atenção secundária à saúde.

Deste projeto maior, resultaram até o momento 4 dissertações de mestrado<sup>30,31</sup>, 1 trabalho de conclusão de curso, 2 artigos publicados em periódicos<sup>32,33</sup> e 7 resumos publicados em anais de eventos<sup>34-40</sup>.

Nesta dissertação, estruturada em 2 capítulos, são apresentados os resultados referentes aos Protocolos de atenção à saúde da gestante de alto risco e prevalência da cárie dentária.

## **Considerações Finais**

Ficou evidente a existência de poucas rotinas estabelecidas nos serviços de saúde, em especial, com foco na gestante de alto risco. O sistema de referência e contrarreferência pouco foi contemplado nos documentos analisados, assim, os gestores locais devem reunir esforços para desenvolver, dentro da estrutura organizacional, protocolos que contemplem critérios de padronização para os profissionais da atenção básica à alta complexidade, com definição dos centros de referência para atenção odontológica.

Considerando que a saúde bucal não está dissociada da saúde geral, assim como as gestantes representam um grupo de risco para o desenvolvimento da cárie dentária e fatores de risco gestacional podem estar associados à cárie, é de extrema importância que os sistemas de saúde incluam a odontologia pré e pós-natal em procedimentos de rotina, oferecendo-lhes condições para a melhora da condição bucal materna e infantil, assim como promover o apoio necessário para a redução da mortalidade materna e infantil.

## Anexo A – Referências da Introdução Geral; Revisão da Literatura; e Metodologia

### Expandida

1. Moimaz SAS, Gomes AMP, Bordin D, Garbin CAS, Saliba NA. Extensão universitária como ferramenta geradora de ensino-aprendizagem e produtora de pesquisa. *Rev Conexão UEPG*. 2015;11(2):140–9.
2. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Maternal mortality in Brazil: what has the scientific literature shown in the last 30 years? *Cad Saúde Pública*. 2011;27(4):623–38.
3. Souza JP. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015;37(12):549–51
4. Brazil. National policy of integral attention to women’s health: principles and guidelines. Brasília, DF: MS; 2011.
5. WHO, UNICEF, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [cited 2017 Jul 21]. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>
6. Brasil. Diretrizes operacionais do pacto pela saúde [Internet]. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. [cited 2017 Jul 21]. Available from: <http://banco.consad.org.br/handle/123456789/226>
7. United Nations, The World Bank. Millennium Development Goals 2002 [Internet]. USA: ONU; 2002 [cited 2018 Mar 12]. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/868641468766498894/Millennium-Development-Goals-2002>
8. Mendes EV. A modelagem das redes de atenção a saúde. Belo Horizonte: Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2007.
9. Fernandes da Silva S. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [cited 2017 Jul 22];16(6). Available from: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=63019110014>
10. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [cited 2017 Jul 21];15(5). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05>
11. Brasil. Portaria GM/MS No 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. [cited 2017 Jul 21] Available from: <https://telessaude.prefeitura.sp.gov.br/wp-content/uploads/sites/4/Portaria-do-Ministerio-da-Saude-GM-N-4279-2010.pdf?x29978>
12. WHO. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2018 Mar 24]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250800/2/WHO-RHR-16.12-por.pdf>

13. 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.
14. Acosta de Camargo MG, Acosta MI. Periodontal disease and pregnancy outcome: are we still in the same place. *J Dent Health Oral Disord Ther.* 2017;8(2):00280.
15. Azofeifa A, Yeung LF, Alverson CJ, Beltrán-Aguilar E. Dental caries and periodontal disease among U.S. pregnant women and nonpregnant women of reproductive age, National Health and Nutrition Examination Survey, 1999–2004. *J Public Health Dent.* 2016;76(4):320–9.
16. Geisinger ML, Geurs NC, Bain JL, Kaur M, Vassilopoulos PJ, Cliver SP, et al. Oral health education and therapy reduces gingivitis during pregnancy. *J Clin Periodontol.* 2014;41(2):141–8.
17. Krüger MSM, Casarin RP, Gonçalves LB, Pappen FG, Bello-Correa FO, Romano AR. Periodontal health status and associated factors: findings of a prenatal oral health program in south Brazil. *Int J Dent.* 2017;2017:3534048.
18. Figueiredo CSA, Rosalem CGC, Cantanhede ALC, Thomaz ÉBAF, Cruz MCFN. Systemic alterations and their oral manifestations in pregnant women. *J Obstet Gynaecol Res.* 2017;43(1):16–22.
19. Sonbul H, Ashi H, Aljahdali E, Campus G, Lingström P. The Influence of Pregnancy on Sweet Taste Perception and Plaque Acidogenicity. *Matern Child Health J.* 2017;21(5):1037–46.
20. National Maternal and Child Oral Health Resource Center. Oral health care during pregnancy: a resource guide. 2nd ed. Washington, DC: National Maternal and Child Oral Health Resource Center, Georgetown University; 2017.
21. Jain K, Kaur H. Prevalence of oral lesions and measurement of salivary pH in the different trimesters of pregnancy. *Singapore Med J.* 2015;56(1):53–7.
22. Tuominen R, Reunanen A, Paunio M, Paunio I, Aromaa A. Oral health indicators poorly predict coronary heart disease deaths. *J Dent Res.* 2003;82(9):713–8.
23. Vieira ACF, Alves CMC, Rodrigues VP, Ribeiro CCC, Gomes-Filho IS, Lopes FF. Oral, systemic and socioeconomic factors associated with preterm birth. *Women and Birth [Internet].* 2018 [cited 2018 Mar 24]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519217306005>
24. Johnston L, Vieira AR. Caries experience and overall health status. *Oral Health Prev Dent.* 2014;12(2):163–70.
25. Moimaz SAS, Lolli LF, Garbin CAS, Saliba O, Saliba NA, Azevedo PS. Harmful oral suction habits in children: association with breastfeeding and family social profile. *Rev Odonto Ciênc.* 2010;25(4):355–60.
26. Moimaz SAS, Saliba O, Lolli LF, Garbin CAS, Garbin AJÍ, Saliba NA. A longitudinal study of the association between breast-feeding and harmful oral habits. *Pediatr Dent.* 2012;34(2):117–121.
27. Rocha NB, Garbin AJÍ, Garbin CAS, Moimaz SAS, Saliba O, Gonçalves PE. Amamantamiento y hábitos de succión no nutritivos: un estudio de cohorte. *Acta Odontol Venez.* 2013;51(3)1–7.

28. Jackson JT, Quinonez RB, Kerns AK, Chuang A, Eidson RS, Boggess KA, et al. Implementing a Prenatal Oral Health Program Through Interprofessional Collaboration. *J Dent Educ*. 2015;79(3):241–8.
29. WHO. Oral health surveys: basic methods. 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2013.
30. Rodrigues FI. Gestantes de alto risco e fatores associados à doença periodontal [dissertação]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista; 2018.
31. Rós DT. Condição bucal autorreferida e o uso do serviço odontológico por gestantes de alto risco [dissertação]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista; 2018.
32. Moimaz, SAS, Rós, DT, Saliba, TA, Saliba, NA. Estudo quanti-qualitativo sobre a amamentação exclusiva por gestantes de alto risco. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019. In press.
33. Moimaz SAS, Lofego L, Saliba NA, Saliba TA. Pre-natal monitoring in the Primary Attention of the Brazilian Unified Health System. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2019;19(1):e4178.
34. Lofego L, Moimaz, SAS, Saliba, TA, Saliba, NA. Organização da atenção odontológica à gestante no SUS. *Arch Health Invest*. 2017 [cited 2019 Mar 7]. Available from: <http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/2695>
35. Lofego, L. A coordenação municipal da saúde bucal em foco. *Braz Oral Res*. 2017;32(suppl. 2).
36. Rós, DT, Moimaz, SAS, Saliba, TA, Garbin, CAS, Saliba, NA. A procura por atendimento odontológico por gestantes de alto risco. *Braz Oral Res*. 2017;32(Suppl. 2).
37. Tamanaha, AK, Moimaz, SAS, Rós, DT, Saliba, TA, Saliba, NA. Alterações bucais em gestantes de alto risco. *Arch Health Invest*. 2017 [cited 2019 Mar 7];6. Available from: <http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/2608>
38. Canevari, LVT, Saliba, TA, Custódio, LBM, Saliba, NA, Moimaz, SAS. Saúde bucal da gestante: o sistema de referência e contrarreferência. *Arch Health Invest [Internet]*. 2018 [cited 2019 Mar 7];7. Available from: <http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/4543>
39. Custódio, LBM, Saliba, TA, Saliba, NA, Moimaz, SAS. Pré-natal odontológico: organização da rede de atenção materno-infantil. *Brazilian Oral Research*. 2018;32(Suppl. 2).
40. Rós, DT, Saliba, NA, Saliba, TA, Moimaz, SAS. The use of dental service and the perception of oral health of high risk pregnant women. *Arch Health Invest [Internet]*. 2018 [cited 2019 Mar 7];7. Available from: <http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/4564>
41. Brasil. Ministério da Saúde. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS; 2018.
42. Oral Health Care During Pregnancy Expert Workgroup. Oral health care during pregnancy: a national consensus statement [Internet]. Washington, DC: National Maternal and Child Oral Health Resource Center; 2017 [cited 2019 Jan 23]. Available from: <https://www.mchoralhealth.org/PDFs/OralHealthPregnancyConsensus.pdf>
43. Iida H. Oral health interventions during pregnancy. *Dent Clin North Am*. 2017;61(3):467–81.
44. Espírito Santo. Secretaria de Saude. Rede Estadual de Atenção Materno Infantil. Protocolo de vinculação da gestante [Internet]. Vitória; 2017. Available from:



<http://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/PROTOCOLO%20VINCULA%C3%83%E2%80%A1%C3%83%C6%92O%20DA%20GESTANTE.pdf>

45. São Paulo. SES. Pré-natal e puerpério. Manual técnico [Internet]. São Paulo; 2017 [cited 2018 Jun 12]. Available from:  
[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/programa-de-fortalecimento-da-gestao-da-saude-no-estado-de-sao-paulo/consultas-publicas-manuais-da-linha-de-cuidado-da-gestante-parturiente-e-puerpera/manual\\_de\\_consulta\\_rapida.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/programa-de-fortalecimento-da-gestao-da-saude-no-estado-de-sao-paulo/consultas-publicas-manuais-da-linha-de-cuidado-da-gestante-parturiente-e-puerpera/manual_de_consulta_rapida.pdf)
46. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Oral health care for the pregnant adolescent. *Pediatr Dent*. 2016;38(6):163–70.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2016 [cited 2018 May 20]. Available from:  
[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo\\_saude\\_mulher.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf)
48. Fortaleza. Secretaria Municipal da Saúde. Diretrizes clínicas da atenção a gestante: assistência pré-natal [Internet]. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde; 2016 [cited 2018 Apr 12]. Available from:  
[https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/Diretrizes\\_Clinicas\\_2016/gestantes.pdf](https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/Diretrizes_Clinicas_2016/gestantes.pdf)
49. Londrina. Secretaria Municipal de Saúde. Manual do cuidado no pré-natal e puerpério na atenção primária em Saúde [Internet]. 2nd ed. Londrina - PR: SMS; 2016 [cited 2017 Dec 12]. Available from:  
[http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec\\_saude/protocolos\\_clinicos\\_saude/manual\\_cuidado\\_pre-natal\\_puerperio\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/manual_cuidado_pre-natal_puerperio_atencao_primaria_saude.pdf)
50. Massachusetts Department of Public Health. Oral Health Practice Guidelines for Pregnancy and Early Childhood [Internet]. Boston: Massachusetts Department of Public Health; 2016 [cited 2019 Jan 23]. Available from: <https://www.mass.gov/files/documents/2016/10/ne/oral-health-guidelines.pdf>
51. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Assistência à Saúde. Linha guia de saúde bucal [Internet]. Curitiba: SESA; 2014 [cited 2018 Dec 2]. Available from:  
[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/linha\\_guia\\_saude\\_bucal\\_final\\_0212.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/linha_guia_saude_bucal_final_0212.pdf)
52. American College of Obstetricians and Gynecologists Women's Health Care Physicians, Committee on Health Care for Underserved Women. Committee Opinion No. 569: oral health care during pregnancy and through the lifespan. *Obstet Gynecol*. 2013;122(2 Pt 1):417–22.
53. Curitiba. Secretaria da Saúde de Curitiba. Centro de Informação em Saúde. Diretrizes da Saúde Bucal [Internet]. Curitiba; 2012 [cited 2018 Mar 5]. Available from:  
[http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/saude\\_bucal/Diretrizes%20da%20Sa%C3%BAde%20Bucal%20parte%20I.pdf](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/saude_bucal/Diretrizes%20da%20Sa%C3%BAde%20Bucal%20parte%20I.pdf)
54. Colombo. Secretaria Municipal de Saúde. PROTOCOLO MUNICIPAL DE SAUDE BUCAL [Internet]. Prefeitura Municipal de Colombo; 2012 [cited 2018 Feb 9]. Available from:  
<http://www.colombo.pr.gov.br/downloads/saude/062012/10-PROTOCOLO-MUNICIPAL-DE-SAUDE-BUCAL-VERSAO-2012.PDF>
55. Moimaz SAS, Saliba NA, Garbin CAS. Odontologia para gestante : guia para o profissional da saúde. Araçatuba: UNESP; 2009.

56. 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 22;18(1):170.
57. Corchuelo-Ojeda J, Soto-Llanos L, Villavicencio J, Corchuelo-Ojeda J, Soto-Llanos L, Villavicencio J. Situation of caries, gingivitis and oral hygiene in pregnant and non-pregnant women in hospitals of Valle del Cauca, Colombia. *Universidad y Salud*. 2017 Mar;19(1):67–74.
58. Costa EM, Azevedo JAP, Martins RFM, Alves CMC, Ribeiro CCC, Thomaz EBAF. Anemia and Dental Caries in Pregnant Women: a Prospective Cohort Study. *Biological Trace Element Research*. 2017 Jun;177(2):241–50.
59. Kamate WI, Vibhute NA, Baad RK. Estimation of DMFT, Salivary Streptococcus Mutans Count, Flow Rate, Ph, and Salivary Total Calcium Content in Pregnant and Non-Pregnant Women: A Prospective Study. *J Clin Diagn Res*. 2017 Apr;11(4):ZC147–51.
60. Azofeifa A, Yeung LF, Alverson CJ, Beltrán-Aguilar E. Dental caries and periodontal disease among U.S. pregnant women and nonpregnant women of reproductive age, National Health and Nutrition Examination Survey, 1999–2004. *J Public Health Dent*. 2016 Sep;76(4):320–9.
61. Moimaz SAS, Rocha NB, Garbin AJI, Garbin CAS, Saliba O. Influence of oral health on quality of life in pregnant women. *Acta Odontol Latinoam*. 2016;29(2):186-93.
62. Jain K, Kaur H. Prevalence of oral lesions and measurement of salivary pH in the different trimesters of pregnancy. *Singapore Med J*. 2015;56(1):53–7.
63. 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.
64. Krüger MSM, Lang CA, Almeida LHS, Bello-Corrêa FO, Romano AR, Pappen FG. Dental pain and associated factors among pregnant women: an observational study. *Matern Child Health J*. 2015;19(3):504–10.
65. Centers for Disease Control and Prevention. Epi Info™ [Internet]. 2018 [cited 2018 May 20]. Available from: <https://www.cdc.gov/epiinfo/index.html>
66. Bioestat - versão 5.3 [Internet]. 2018 [cited 2018 May 20]. Available from: <http://www.mamiraua.org.br/pt-br/downloads/programas/bioestat-versao-53/>