

HOW PREVENTIVE DENTISTRY CAN HELP PREVENT ORAL AND SYSTEMIC DISEASES

COMO A ODONTOLOGIA PREVENTIVA PODE AUXILIAR NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS BUCAIS E SISTÊMICAS

DOI: 10.51859/amplla.sset.4126-5

Raphael Athanázio ¹

¹ Dentista Clínico Geral.

ABSTRACT

Preventive dentistry constitutes the foundation for maintaining oral and overall health through educational interventions, early diagnosis, and the establishment of evidence-based hygiene protocols. This article discusses the central role of prevention in reducing prevalent oral pathologies such as dental caries, gingivitis, and periodontitis and its direct correlation with the management of chronic systemic conditions. Additionally, it addresses the clinical progression from oral biofilm dysbiosis to irreversible tissue destruction, non-surgical and surgical treatment protocols performed in dental practice, and the socioeconomic challenges associated with implementing these measures in public health. It is concluded that investment in preventive dental practices optimizes patients' quality of life, promotes both individual and public financial savings, and helps restore the body's homeostatic balance.

Keywords: Preventive dentistry; Oral biofilm; Periodontal diseases; Systemic diseases; Public health.

RESUMO

A odontologia preventiva constitui a base para a manutenção da saúde oral e geral, atuando por meio de intervenções educativas, diagnósticos precoces e estabelecimento de protocolos de higiene baseados em evidências. O presente artigo discute o papel central da prevenção na redução de patologias orais prevalentes, como a cárie dentária, a gengivite e a periodontite e sua correlação direta com o manejo de condições sistêmicas crônicas. Adicionalmente, abordam-se a transição clínica da disbiose do biofilme bucal para a destruição tecidual irreversível, os protocolos de tratamento não cirúrgicos e cirúrgicos no consultório, e os desafios socioeconômicos para a implementação dessas medidas na saúde coletiva (Conclui-se que o investimento na prática preventiva otimiza a qualidade de vida do paciente, promove economia financeira individual e pública, e restabelece o equilíbrio homeostático do organismo).

Palavras-chave: Odontologia preventiva; Biofilme oral; Doenças periodontais; Doenças sistêmicas; Saúde coletiva.

1 INTRODUÇÃO

A cavidade oral desempenha um papel fundamental na manutenção da homeostase do organismo humano, atuando não apenas como porta de entrada para microrganismos e nutrientes, mas também como um importante componente integrador de diversos sistemas biológicos. Nesse contexto, a saúde bucal transcende os limites anatômicos da boca, influenciando diretamente o equilíbrio sistêmico e a qualidade de vida dos indivíduos. Historicamente, a prática odontológica esteve

centrada em abordagens curativas e restauradoras; contudo, os avanços científicos das últimas décadas consolidaram a odontologia preventiva como um dos principais pilares da promoção da saúde integral.

A literatura científica tem demonstrado que doenças bucais, especialmente a cárie dentária e as doenças periodontais, representam importantes problemas de saúde pública devido à sua elevada prevalência e ao seu potencial de desencadear ou agravar condições sistêmicas. Infecções odontológicas não tratadas e processos inflamatórios crônicos podem favorecer a disseminação de microrganismos e mediadores inflamatórios pela corrente sanguínea, contribuindo para o desenvolvimento ou agravamento de enfermidades cardiovasculares, diabetes mellitus, complicações gestacionais e infecções respiratórias.

Diante desse cenário, torna-se relevante compreender de que maneira as estratégias preventivas adotadas tanto no ambiente clínico quanto no contexto domiciliar podem reduzir a incidência de doenças bucais e minimizar seus impactos sobre a saúde geral. Além disso, a crescente valorização da promoção da saúde e da prevenção de agravos reforça a necessidade de ampliar o conhecimento acerca das práticas preventivas e de sua efetividade na saúde coletiva.

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo analisar como a odontologia preventiva contribui para a prevenção de doenças bucais e sistêmicas, enfatizando os mecanismos fisiopatológicos envolvidos, as principais estratégias de controle do biofilme oral, os protocolos clínicos preventivos e a relação entre a saúde bucal e as condições sistêmicas crônicas.

Metodologicamente, trata-se de uma pesquisa de natureza bibliográfica, desenvolvida por meio de revisão narrativa da literatura, baseada na análise de livros, artigos científicos, diretrizes clínicas e documentos institucionais relacionados à odontologia preventiva, periodontia e saúde coletiva. A seleção das fontes priorizou publicações reconhecidas pela comunidade científica, buscando reunir evidências atualizadas sobre os benefícios das práticas preventivas para a saúde bucal e sistêmica.

Dessa forma, espera-se que este estudo contribua para a compreensão da importância da prevenção como estratégia fundamental para a redução da incidência de doenças, a promoção da qualidade de vida e o fortalecimento das políticas públicas voltadas à saúde bucal da população.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 O CONCEITO DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA

Diferenciando-se da odontologia curativa tradicional (que intervém de forma invasiva após a consolidação da injúria tecidual), a odontologia preventiva engloba um conjunto de medidas bio-psico-sociais direcionadas a impedir a manifestação inicial de patologias ou paralisar sua progressão precoce (PETERSEN, 2003; NARVAI, 2006). Suas frentes de atuação envolvem:

- **Educação em Saúde:** Orientação técnica e contínua do paciente a respeito do controle mecânico e químico do biofilme (SHEIHAM; WATT, 2000).

- **Intervenções Clínicas Tópicas:** Aplicação de agentes fluorados e selantes de fossas e fissuras, prioritariamente em fases de alta vulnerabilidade, como a infância (FEJERSKOV; KIDD, 2015).

- **Modulação Dietética:** Redução do consumo de carboidratos fermentáveis para quebrar o ciclo cariogênico (FEJERSKOV; KIDD, 2015).

- **Monitoramento Periódico:** Consultas regulares para raspagens profissionais e exames de triagem patológica (LINDHE; LANG; KARRING, 2018).

Estudos epidemiológicos de distribuição assistencial revelam que a assiduidade do paciente dita o sucesso da prevenção, uma vez que o acompanhamento periódico favorece o diagnóstico precoce e a redução da progressão das doenças bucais (PETERSEN, 2003; WHO, 2022). Em levantamentos de frequência de consultas odontológicas, observa-se que cerca de 60,0% da população amostrada realiza o acompanhamento preventivo semestral, enquanto 25,0% opta por consultas anuais. Todavia, um contingente crítico de 15,0% dos indivíduos ainda restringe a busca pelo cirurgião-dentista exclusivamente a cenários de urgência decorrentes de sintomatologia dolorosa aguda, inviabilizando abordagens profiláticas precoces.

2.2 PRINCIPAIS PATOLOGIAS BUCAIS E ABORDAGENS EPIDEMIOLÓGICAS

A distribuição dos problemas bucais na população apresenta variações de prevalência, mas mantém um padrão onde a cárie dentária lidera os índices epidemiológicos de acometimento (45%), seguida intimamente pela gengivite (30%), distúrbios de mau hálito crônico/halitose (15%) e a periodontite crônica avançada (10%) (PETERSEN, 2003; WHO, 2022).

Cárie Dentária: A cárie é uma doença crônica, açúcar-dependente e mediada pelo biofilme, caracterizada pela desmineralização localizada dos tecidos duros do dente por ácidos orgânicos gerados pela fermentação bacteriana de carboidratos da dieta (FEJERSKOV; KIDD, 2015; SELWITZ; ISMAIL; PITTS, 2007). Sua prevenção efetiva exige a associação do controle mecânico diário através da escovação à exposição constante ao flúor (via dentifrícios padronizados e água de abastecimento público), promovendo a dinâmica de remineralização e desmineralização a favor da estrutura mineral do esmalte e da dentina (TEN CATE; FEATHERSTONE, 1991; FEJERSKOV; KIDD, 2015).

Doenças Periodontais: Etiologia e Fisiopatologia: As doenças periodontais compreendem patologias infecciosas e inflamatórias de caráter crônico que agredem progressivamente os tecidos de proteção e sustentação dentária (gengiva marginal, ligamento periodontal, osso alveolar e cemento radicular). O fator etiológico primário essencial é a disbiose do biofilme oral acumulado sobre as superfícies dentárias (LINDHE; LANG; KARRING, 2018; KINANE; STATHOPOULOU; PAPAPANOU, 2017).

Quando a remoção mecânica diária falha, o biofilme passa por modificações estruturais que levam a consequências teciduais importantes:

1. Mineralização do Biofilme: A precipitação de sais de cálcio e fosfato da saliva mineraliza a placa bacteriana, transformando-a em cálculo dental (tártaro), o qual funciona como um sítio ideal para a retenção de mais bactérias patogênicas subgengivais (LINDHE; LANG; KARRING, 2018).

2. Ativação Imunológica Destrutiva: Os subprodutos do metabolismo bacteriano (como lipopolissacarídeos e enzimas proteolíticas) induzem uma robusta resposta inflamatória do hospedeiro. A liberação descontrolada de citocinas pró-inflamatórias (IL-1, TNF-alfa) causa a destruição colágena local (PAGE; KORNMAN, 1997; KINANE; STATHOPOULOU; PAPAPANOU, 2017).

3. Reabsorção Ósseo-Alveolar: O estresse inflamatório crônico estimula a via de sinalização dos osteoclastos, promovendo a perda do osso de suporte e levando à formação de bolsas periodontais, mobilidade dentária e perda dos elementos envolvidos (BARTOLD; VAN DYKE, 2013).

Diagnóstico Diferencial: Gengivite versus Periodontite: Baseando-se nos critérios diagnósticos preconizados pela American Academy of Periodontology (AAP),

diferencia-se rigorosamente a inflamação superficial reversível da destruição estrutural profunda (CATON et al., 2018; PAPAPANOU et al., 2018):

1. Gengivite: Trata-se de uma lesão inflamatória confinada exclusivamente à gengiva marginal, sem afetar o aparato de inserção conjuntiva e óssea. Clinicamente, expressa-se por edema, eritema acentuado e sangramento característico à sondagem periodontal. A integridade estrutural e a crista óssea radiográfica encontram-se preservadas, tornando o quadro completamente reversível após o restabelecimento do controle mecânico do biofilme (CHAPPLE et al., 2018).

2. Periodontite: Representa a progressão da resposta inflamatória para os tecidos profundos de suporte, resultando na perda apical irreversível do nível de inserção conjuntiva e na reabsorção do osso alveolar. Caracteriza-se pela formação de bolsas periodontais estruturadas (profundidades de sondagem iguais ou superiores a 4 mm), retração tecidual, lesões de furca e migração dentária (PAPAPANOU et al., 2018; CATON et al., 2018).

A diferenciação clínica e radiográfica precisa está sintetizada na Tabela 1:

Tabela 1 - Parâmetros Clínicos Comparativos para Diagnóstico Periodontal.

CRITÉRIO CLÍNICO	GENGIVITE	PERIODONTITE
Tecidos afetados	Apenas gengiva marginal	Gengiva, ligamento periodontal e osso alveolar
Perda de inserção	Ausente (0 mm)	Presente (perda apical crônica do nível conjuntivo)
Bolsa Periodontal	Ausente (ocorrência eventual de pseudobolsas)	Presente (profundidade de sondagem clínica 4 mm)
Nível Ósseo Radiográfico	Preservado (crista óssea íntegra e sem reabsorção)	Reduzido (perda óssea horizontal ou vertical evidente)
Reversibilidade	Totalmente reversível após terapia profilática	Irreversível (condição apenas passível de controle clínico)

Fonte: Elaborada pelo autor, 2026.

2.3 PROTOCOLOS DE MANEJO CLÍNICO NO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

A intervenção do profissional visa interromper o processo inflamatório disbiótico ativo e estabilizar os níveis de inserção periodontal (LINDHE; LANG; KARRING, 2018; KINANE; STATHOPOULOU; PAPAPANOU, 2017). O planejamento terapêutico estrutura-se em fases sequenciais definidas pelas necessidades do paciente:

Terapia Periodontal Não Cirúrgica (Padrão-Ouro)

1. Controle Mecânico Supragengival: Profilaxia profissional mecânica completa associada à eliminação cirúrgica ou restauradora de fatores retentivos de

biofilme, tais como excessos marginais em restaurações ou próteses desadaptadas (CHAPPLE et al., 2015; LINDHE; LANG; KARRING, 2018).

2. Raspagem e Alisamento Radicular (RAR): Desbridamento subgingival minucioso realizado com instrumentação manual (uso de curetas específicas do tipo Gracey) e pontas ultrassônicas acopladas. O objetivo principal consiste na remoção mecânica do cálculo incrustado na raiz e na descontaminação do cimento necrosado, gerando uma superfície biologicamente compatível para a readaptação epitelial e dificultando a recolonização bacteriana acelerada (COBB, 2002; LINDHE; LANG; KARRING, 2018).

3. Terapia Fotodinâmica Antimicrobiana (aPDT): Modalidade adjuvante opcional baseada no uso de lasers de baixa potência física associados a agentes corantes fotossensibilizadores (como o azul de metileno) para induzir estresse oxidativo localizado, eliminando patógenos anaeróbios estritos em bolsas periodontais profundas e de difícil acesso geométrico (KONOPKA; GOSLINSKI, 2007; AKRAM et al., 2020).

4. Terapia Medicamentosa Adjuvante: Utilização tópica de antissépticos locais com propriedade de substantividade, destacando-se o digliconato de cloridexina a 0,12% na forma de bochechos por tempo restrito (JONES, 1997). Em cenários clínicos específicos de periodontite agressiva, progressão rápida ou em pacientes sistemicamente comprometidos, indica-se o suporte de antibioticoterapia sistêmica combinada (comumente Amoxicilina associada ao Metronidazol) (HERRERA et al., 2002; SFAKIANOS; BERTEL; STAVROPOULOS, 2020).

Terapia Periodontal Cirúrgica (Fase Corretiva)

Indicada estritamente quando persistem bolsas periodontais profundas e sinais de atividade inflamatória incompatíveis com o controle não cirúrgico prévio (CATON et al., 2018; JEPSEN et al., 2020):

- **Cirurgia a Retalho:** Rebatimento cirúrgico do retalho mucoperiosteal para conferir ao operador visualização direta da anatomia radicular complexa, viabilizando o desbridamento radical das superfícies ósseas e radiculares (LINDHE; LANG; KARRING, 2018).

- **Procedimentos Regenerativos:** Emprego de técnicas cirúrgicas avançadas focadas na aplicação de enxertos ósseos autógenos ou biomateriais aloplásticos combinados a membranas de barreira física, visando estimular a regeneração guiada

do ligamento e do osso alveolar perdidos (CORTELLINI; TONETTI, 2015; JEPSEN et al., 2015).

2.4 CORRELAÇÃO PATOLÓGICA ENTRE SAÚDE BUCAL E SAÚDE SISTÊMICA

A cavidade oral atua como um reservatório persistente de bactérias gram-negativas e mediadores inflamatórios. Tecidos periodontais severamente ulcerados funcionam como uma porta aberta que permite a entrada desses microrganismos diretamente na rede de capilares sanguíneos. Essa bacteremia transiente e o estado inflamatório crônico compartilhado exercem influências sistêmicas documentadas por extensas evidências clínicas (Tabela 2).

Tabela 2 - Matriz de Inter-relação entre Patologias Oraís e Doenças Sistêmicas.

PATOLOGIA BUCAL BASE	CONDIÇÃO SISTÊMICA RELACIONADA	MECANISMO FISIOPATOLÓGICO PROPOSTO
Periodontite Crônica	Doenças Cardiovasculares (Aterosclerose e IAM)	Translocação de patógenos orais (como <i>P. gingivalis</i>) para o endotélio vascular, induzindo a agregação plaquetária, formação de placas ateromatosas e elevação sustentada da Proteína C-Reativa (PCR).
Infecções Bucais Ativas	Diabetes Mellitus Descontrolada	A inflamação periodontal eleva os níveis séricos de citocinas pró-inflamatórias que provocam a degradação dos receptores de insulina, aumentando a resistência periférica à glicose e desestabilizando a hemoglobina glicada.
Má Higiene Oral / Biofilme	Infecções Respiratórias (Pneumonia Nosocomial)	Aspiração bronco-pulmonar direta de colônias bacterianas patogênicas oriundas do biofilme oral acumulado em pacientes debilitados ou institucionalizados.
Inflamações Gengivais Intensas	Complicações Gestacionais (Parto Prematuro e Baixo Peso)	Disseminação hematogênica de lipopolissacarídeos bacterianos até a barreira placentária, ativando a síntese precoce de prostaglandinas (PGE2) que desencadeiam contrações uterinas prematuras.
Lesões Crônicas / Tabagismo	Carcinoma Espinocelular (Câncer Bucal)	Sinergismo mutagênico entre compostos químicos do tabaco, etanol e infecção por cepas oncogênicas do HPV, culminando em displasias teciduais severas.

Fonte: Elaborada pelo autor, 2026.

2.5 PROTOCOLOS DE CONTROLE DOMICILIAR E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A estabilidade clínica dos tratamentos realizados no consultório depende da adesão contínua do paciente a um rigoroso protocolo preventivo diário em seu ambiente doméstico. As diretrizes clínicas recomendam a prescrição e a cobrança sistemática das seguintes condutas:

- **Escovação Técnica Dirigida:** Uso de escovas com cabeças compactas e cerdas exclusivamente macias e polidas. Indica-se a execução rigorosa da técnica de Bass modificada (posicionando as cerdas em um ângulo de 45 graus voltado ao sulco gengival, realizando movimentos vibratórios curtos seguidos de varredura oclusal) executada três vezes ao dia.
- **Higiene Interdental Obrigatória:** Uso diário de fio dental ou de escovas interdentais dimensionadas para os espaços anatômicos. Esse passo deve anteceder obrigatoriamente a escovação regular para garantir a penetração adequada dos ativos químicos do dentífrico nas superfícies proximais expostas.
- **Seleção de Dentífricos Terapêuticos:** Prescrição de cremes dentais contendo formulações antibacterianas de longa ação e agentes antiplaca validados (como compostos formulados com citrato de zinco ou pirofosfatos) para mitigar a velocidade de neoformação do biofilme sub e supragengival.
- **Cessação de Hábitos Deletérios (Tabagismo):** Apoio clínico multidisciplinar para a eliminação total do uso do cigarro. O tabaco altera a resposta imunológica local do hospedeiro, acelera a reabsorção óssea e promove vasoconstrição periférica periférica, camuflando o sangramento gengival e mascarando o diagnóstico precoce da doença periodontal.

2.6 IMPACTOS CLÍNICOS E DESAFIOS PARA A SAÚDE COLETIVA

A consolidação de programas públicos de acompanhamento preventivo gera impactos positivos mensuráveis no bem-estar da população. Estudos desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde destacam que as ações preventivas em saúde bucal contribuem significativamente para a redução da incidência de doenças orais, para a melhoria da qualidade de vida e para a diminuição dos custos relacionados aos tratamentos odontológicos complexos (PETERSEN, 2003; WHO, 2022). Indicadores

epidemiológicos de eficácia preventiva demonstram que a atuação contínua da odontologia preventiva reflete-se em:

- Melhora substancial na percepção da qualidade de vida geral (90% de impacto positivo);
- Garantia de diagnósticos precoces e altamente resolutivos (85%);
- Redução acentuada de quadros álgicos e desconfortos crônicos (80%);
- Otimização e economia financeira nos orçamentos de saúde (70%).

Contudo, a universalização desses benefícios esbarra em desafios complexos na saúde coletiva. A falta crônica de acesso geográfico e econômico aos serviços públicos especializados, associada à baixa conscientização em saúde de parcelas vulneráveis da população devido à desigualdade social, perpetua o ciclo da doença bucal (NARVAI, 2006; WATT, 2007). Adicionalmente, barreiras psicológicas arraigadas (como a fobia e o medo histórico relacionados ao atendimento odontológico invasivo) postergam a procura pelo profissional, fazendo com que o paciente busque o serviço apenas diante de colapsos estruturais ou dor incapacitante (ARMPFIELD, 2010).

Nesse contexto, a literatura enfatiza que a ampliação do acesso aos serviços preventivos, associada a estratégias permanentes de educação em saúde e fortalecimento da atenção primária, constitui uma das principais ferramentas para a redução das desigualdades em saúde bucal e para a promoção da saúde coletiva (SHEIHAM; WATT, 2000; PETERSEN, 2003).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou que a odontologia preventiva desempenha papel fundamental na promoção da saúde bucal e na prevenção de agravos sistêmicos, consolidando-se como uma estratégia indispensável para a melhoria da qualidade de vida da população. As evidências analisadas demonstram que ações voltadas ao controle do biofilme oral, à educação em saúde, ao diagnóstico precoce e ao acompanhamento odontológico periódico contribuem significativamente para a redução da incidência de doenças como cárie dentária, gengivite e periodontite, além de seus possíveis desdobramentos sistêmicos.

Os achados corroboram a perspectiva de Sheiham e Watt (2000), que defendem a adoção da abordagem dos fatores de risco comuns (*Common Risk Factor Approach*), segundo a qual diversas doenças crônicas compartilham determinantes

semelhantes, tornando as ações preventivas em saúde bucal relevantes para a promoção da saúde geral. Nessa mesma direção, Petersen (2003) destaca que a prevenção constitui um dos pilares centrais das políticas contemporâneas de saúde bucal, especialmente por seu potencial de reduzir desigualdades sociais e ampliar o acesso aos cuidados básicos de saúde.

Além disso, a relação entre doenças periodontais e enfermidades sistêmicas reforça a necessidade de uma abordagem integrada da assistência à saúde. Conforme argumentam Tonetti, Jepsen, Jin e Otomo-Corgel (2017), as doenças periodontais representam importantes desafios de saúde pública devido à sua elevada prevalência e à associação com condições sistêmicas crônicas, exigindo estratégias preventivas contínuas e multidisciplinares.

No contexto brasileiro, Narvai (2006) ressalta que a consolidação de políticas públicas voltadas à saúde bucal coletiva constitui um elemento essencial para a promoção da equidade e para a ampliação do acesso da população às ações preventivas. Dessa forma, investir em programas educativos, no fortalecimento da atenção primária e na conscientização da população sobre a importância dos cuidados preventivos representa uma medida estratégica para a redução dos custos assistenciais e para a melhoria dos indicadores de saúde.

Conclui-se, portanto, que a odontologia preventiva ultrapassa os limites da prevenção de doenças bucais, configurando-se como uma ferramenta essencial para a promoção da saúde integral. A ampliação do acesso às práticas preventivas, associada ao fortalecimento das políticas públicas e à educação permanente em saúde, constitui um caminho sustentável para a construção de uma sociedade mais saudável, em consonância com os princípios da promoção da saúde defendidos pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2022).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

FREITAS, S. F. T.; NARVAI, P. C. **Odontologia preventiva e social**. 4. ed. São Paulo: Santos, 2018.

LINDHE, J.; LANG, N. P.; KARRING, T. **Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

NARVAI, P. C. Saúde Bucal Coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 141-147, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030**. Geneva: World Health Organization, 2022.

PEREIRA, A. C. **Odontologia em Saúde Coletiva: Planejamento e Aspectos Práticos**. Porto Alegre: Artmed, 2020.

PETERSEN, P. E. **The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century**. Geneva: World Health Organization, 2003.

SHEIHAM, A.; WATT, R. G. The Common Risk Factor Approach: a rational basis for promoting oral health. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 28, n. 6, p. 399–406, 2000.

TONETTI, M. S.; JEPSEN, S.; JIN, L.; OTOMO-CORGEL, J. Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition and wellbeing of mankind. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 44, n. 5, p. 456-462, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Oral Health Status Report: Towards Universal Health Coverage for Oral Health by 2030**. Geneva: WHO, 2022.