

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA**

FLÁVIA CARNEIRO BASTOS DE SOUZA SCHWAB

**ATIVIDADES EDUCATIVAS EM SAÚDE BUCAL NO PRÉ-NATAL: FATORES
INTERVENIENTES**

**VITÓRIA
2015**

FLÁVIA CARNEIRO BASTOS DE SOUZA SCHWAB

ATIVIDADES EDUCATIVAS EM SAÚDE BUCAL NO PRÉ-NATAL: FATORES INTERVENIENTES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Clínica Odontológica, na linha de pesquisa: Promoção de Saúde Bucal e Epidemiologia.
Orientador: Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto.

**VITÓRIA
2015**

FLÁVIA CARNEIRO BASTOS DE SOUZA SCHWAB

ATIVIDADES EDUCATIVAS EM SAÚDE BUCAL NO PRÉ-NATAL: FATORES INTERVENIENTES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo para a obtenção do título de Mestre em Clínica Odontológica.

Aprovado em ____ de _____ de 2015.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientador

Prof^a. Dr^a. Karina Tonini dos Santos Pacheco
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a. Dr^a. Margareth Pandolfi
Faculdades Unidas do Norte de Minas

Dedico a todos que me apoiaram, em especial
minha mãe, meu esposo e meus filhos.

AGRADECIMENTOS

Meu primeiro agradecimento é a Deus. Ele esteve sempre ao meu lado durante esta caminhada, muitas vezes o caminho tornou-se tortuoso e pensei em desistir. Porém, Ele me deu duas características que estão inseridas em minha alma: persistência e determinação! Contudo, não teria chegado até aqui sem a ajuda de alguns anjos que Ele me enviou, a saber:

Meu marido, Renato Carlos Schwab Alves, nossos filhos, Matheus Bastos Schwab e Luísa Bastos Schwab, que estiveram sempre comigo, ensinando-me, apoiando-me, amando-me incondicionalmente e acreditando em meu potencial. Amo vocês!

Meu muitíssimo agradecimento a meu orientador, Professor Doutor Edson Theodoro, por acreditar em mim e me aceitar como orientanda, incentivar-me, apoiar-me sempre.

Aos amigos de turma, que sempre me ouviram, auxiliaram-me e me cederam a mão amiga nos dias em que a luz não brilhava tanto.

Por fim, agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia e a todos os professores do curso de Odontologia da UFES, que lutam por uma educação digna e de qualidade. Muito obrigada!

Divido com todos vocês mais uma etapa de minha vida.

Deus abençoe a todos!

“Ainda que eu falasse as línguas dos homens e dos anjos, e não tivesse amor, seria como o metal que soa ou como o sino que tine. E ainda que tivesse o dom de profecia, e conhecesse todos os mistérios e toda a ciência, e ainda que tivesse toda a fé, de maneira tal que transportasse os montes, e não tivesse amor, nada seria.”

Coríntios, 13:1,2

RESUMO

Objetivo: verificar os fatores associados à realização das atividades educativas em saúde bucal durante o acompanhamento pré-natal na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. **Métodos:** um estudo transversal foi realizado em 2010, utilizando-se uma amostra de 1035 puérperas que foram entrevistadas na ocasião do pós-parto em maternidades públicas ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente, uma análise descritiva foi realizada. Em seguida, utilizou-se o teste Qui-quadrado para testar a associação entre “a puérpera ter recebido atividades educativas por meio de reuniões e/ou grupo de gestante na unidade de saúde e/ou por meio de visita domiciliar” e variáveis proximais, intermediárias e distais. A análise de Regressão Logística Binomial foi utilizada para verificar os fatores intervenientes na realização das atividades educativas pela puérpera, considerando um nível de significância de 5%, para manutenção das variáveis independentes no modelo final. **Resultados:** as informações mais recebidas das gestantes durante o pré-natal foram: “a vantagem da amamentação exclusiva até os seis meses de vida” (52,0%) e “a importância de uma alimentação saudável para a criança” (51,4%); e a menos recebida foi “a importância do uso do flúor na saúde” (18,9%). Na Regressão Logística Binomial, permaneceram no modelo final apenas paridade, modalidade de cobertura dos serviços de saúde e condições gerais de moradia ($p < 0,05$). **Conclusão:** a organização dos serviços de saúde, no que se refere à capacidade de oferecer maior frequência de contato nas consultas pré-natais e à modalidade de atenção pautada na Estratégia em Saúde da Família, é fator mais importantes no recebimento de atividades educativas do que características pessoais e condições socioeconômicas das puérperas no SUS.

Palavras-chave: Saúde materno-infantil. Educação pré-natal. Sistema Único de Saúde. Saúde da família.

ABSTRACT

Objective: To verify the factors associated with the implementation of educational activities on oral health during prenatal care in the Metropolitan Region of Greater Vitória, Espírito Santo. **Methods:** A cross-sectional study was conducted in 2010, utilizing a sample of 1,035 puerperae who were interviewed during the postpartum period in public midwifery practices or associated with the Sistema Único de Saúde (SUS); or the “National Health System (SUS).” Initially, a descriptive analysis was conducted. Subsequently, a Chi-square test was utilized to test the correlation between “the puerpera who received educational activities through meetings and/or gestational groups at the clinic and/or through home visits” and proximal, intermediate, and distal variables. A Binomial Logistic Regression was utilized to verify the intervenient factors in the implementation of educational activities by the puerpera, considering a significance level of 5%, for the maintenance of the independent variables on the final model. **Results:** The most widely received information by the pregnant women during prenatal care was: “the advantages of exclusive breast feeding until the age of six months” (52%) and “the importance of a healthy diet for the child” (51.4%) and the least received was “the importance of fluoride use on health” (18.9%). In the Binomial Logistic Regression, only the number of prenatal appointments and the modality of health services coverage remained in the final model ($p < 0.05$). **Conclusion:** The organization of the services, as in the increased frequency of patient-provider interaction during prenatal visits and the quality of attention given to patients, as described by the Family Healthy Strategy, are more important factors in terms of receiving educational activities than personal characteristics and socioeconomic status in the SUS puerperas.

Keywords: Maternal-Infant Health. Prenatal Education. National Health System. Family Health.

LISTA DE SIGLAS

ABEP	– Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACS	– Agente Comunitário de Saúde
CD	– Cirurgião-dentista
ES	– Espírito Santo
ESF	– Estratégia da Saúde da Família
MS	– Ministério da Saúde
OMS	– Organização Mundial de Saúde
PACS	– Programa de Agente Comunitário de Saúde
PHPN	– Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PSF	– Programa de Saúde da Família
QV	– Qualidade de vida
RMGV-ES	– Região Metropolitana da Grande Vitória-Espírito Santo
SMS	– Secretaria Municipal de Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
UBS	– Unidade Básica de Saúde
UNICEF	– Fundação das Nações Unidas para a Infância
USF	– Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	15
3 REVISÃO DA LITERATURA	16
4 METODOLOGIA	30
4.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO	30
4.2 AMOSTRA	30
4.3 COLETA DE DADOS.....	30
4.4 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS	30
4.4.1 Variáveis educativas	30
4.4.2 Variáveis relacionadas aos fatores	31
4.4.2.1 Nível socioeconômico.....	31
4.4.2.2 Escolaridade da puérpera	31
4.4.2.3 Idade materna	32
4.4.2.4 Estado civil	32
4.4.2.5 Trabalho materno	32
4.4.2.6 Apoio familiar.....	32
4.4.2.7 Acesso aos serviços de saúde	32
4.4.2.8 Modalidade do serviço de saúde.....	33
4.4.2.9 Paridade	33
4.4.2.10 Doenças (intercorrências na gestação)	33
4.4.2.11 Hábitos comportamentais de psicoativos	33
4.4.2.12 Índice de condições de moradia	33
4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	36
4.6 ANÁLISES ESTATÍSTICAS.....	36
4.6.1 Análise descritiva	36
4.6.2 Análise bivariada	36
4.6.3 Regressão logística	37
4.7 MODELO TEÓRICO DE INVESTIGAÇÃO	37
5 RESULTADOS	39
6 DISCUSSÃO	45

7 CONCLUSÕES	57
REFERÊNCIAS.....	58
APÊNDICES	64
APÊNDICE A – Artigo Científico	65
APÊNDICE B – Solicitação de autorização para utilizar dados da pesquisa	86
ANEXOS	87
ANEXO A – Aprovação concedida pelo Comitê de Ética em Pesquisa.....	88
ANEXO B – Formulário de coleta de dados	89
ANEXO C – Normas da revista	100

1 INTRODUÇÃO

O acompanhamento pré-natal tem como objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna. Atualmente, acrescenta-se um sentido mais amplo, incluindo os aspectos psicossociais e as atividades educativas (ROSA et al., 2007).

As gestantes são consideradas um grupo altamente suscetível de receber informações e incorporar novas atitudes, visto que a futura mãe está ávida por proporcionar o máximo bemestar a si mesma e, por consequência, ao futuro filho (MOIMAZ et al., 2010). A mulher, nessa fase, incorpora informações sobre saúde melhor do que em qualquer outro período de sua vida, constituindo-se em um grupo de especial atenção para educação em saúde (MOIMAZ et al., 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde – MS (2012a), os conteúdos sugeridos para serem abordados pelas equipes multidisciplinares nas práticas educativas na atenção ao pré-natal de baixo risco seriam principalmente: o incentivo ao aleitamento materno, ao parto normal e aos hábitos saudáveis da vida; a identificação de sinais de alarme na gravidez e o reconhecimento do trabalho de parto; os cuidados com o recém-nascido; a importância do acompanhamento pré-natal, da consulta do puerpério e do planejamento familiar; os direitos da gestante e do pai; os riscos do tabagismo, do álcool e de outras drogas; e o uso de medicações na gestação.

Tais práticas podem ser realizadas de forma individual e/ou coletiva, por meio de grupos de gestantes, sala de espera, intervenções comunitárias e outros. Com relação às atribuições do cirurgião-dentista (CD), há que se desenvolver atividades educativas e de apoio à gestante e aos seus familiares, como: acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o futuro bebê, enfatizando a importância do papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança; orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal; orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de

gestação indicados para a realização de tratamento odontológico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Entre as experiências sobre atividades educativas no Brasil, há o exemplo do projeto “Cárie Zero”, desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo a partir de 2007, o qual relata que a falta de mastigação adequada, um curto período de amamentação natural, o aparecimento de alergias respiratórias e a introdução e manutenção de hábitos deletérios, como chupeta e mamadeira, contribuem para o desenvolvimento das oclusopatias que poderiam ser minimizadas por meio de um programa de orientação e educação das gestantes.

Além disso, nesse projeto, foram formados grupos de ações educativas, onde se abordou cuidados pessoais com relação à higienização, à orientação de dieta, ao preparo do peito para a amamentação, ao aleitamento materno e crescimento e ao desenvolvimento orofacial, dentição decídua, transmissibilidade da cárie dentária, entre outros temas (SÃO PAULO, 2007).

Segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), a prática do aleitamento materno exclusivo é preconizada até os seis meses de idade, e a sua manutenção acrescida de alimentos complementares até os dois anos de vida ou mais (*Ensuring Skilled Care for Every Birth*, 2001). No entanto, estudos no Brasil mostram que o período de aleitamento é muito menor que o recomendado (ROSA et al., 2007).

Assim como o aleitamento, a saúde bucal da mulher pode influenciar o bem-estar do bebê, já que essa tem íntima relação com a saúde geral da gestante. A prevenção, desde os primeiros anos de vida, auxilia no desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis, que irão refletir na manutenção da saúde bucal do indivíduo durante toda a vida (GARBIN et al., 2011).

A atenção e a assistência odontológica prestada pelo setor público no Brasil priorizam quase que exclusivamente os escolares de seis a 12 anos de idade, exceto algumas experiências municipais isoladas, nas quais a atenção à saúde se direciona para outras faixas etárias da população (GARBIN et al., 2011). As

gestantes devem ser orientadas, fazendo parte de programas preventivos e de acompanhamento odontológico, nos quais irão aumentar as chances da futura criança ter uma melhor condição de higiene oral (GARBIN et al., 2011).

Deve-se considerar que na gravidez ocorrem transformações biológicas, psicológicas e sociais que podem predispor as mulheres a situações de risco à saúde bucal. A partir dessa concepção, iniciam-se transformações hormonais que predispoem à agudização de processos inflamatórios periodontais ou ao surgimento de patologias inexistentes na cavidade bucal (BARAK et al., 2003).

Assim, é primordial que o CD também exerça seu papel de promotor da saúde, participando da assistência pré-natal. Dessa forma, são necessárias, além do tratamento clínico e educativo, ações que visem a novas estratégias de promoção de saúde, como abordagem dos fatores de risco comum – por exemplo, a orientação nutricional, com a finalidade de prevenir diversas doenças crônicas, a saber: cárie, obesidade, diabetes –, e também a abordagem de outros problemas de saúde (SHEIHAM; MOISÉS, 2000). Outro fator importante é a manutenção de boa saúde bucal por parte da gestante, visto que será benéfico também à saúde bucal do seu bebê, minimizando a transmissão vertical de micro-organismos patogênicos (ROSA et al., 2007).

No acompanhamento pré-natal, as diversas profissões de saúde podem se articular nos serviços de assistência para que o princípio da integralidade seja efetivado em seus diversos sentidos. Médicos, enfermeiros, CDs, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, entre outros, articulando os seus campos de conhecimento podem viabilizar o processo de assistência pré-natal humanizado e de qualidade (SANTOS NETO et al., 2012).

Diante disso, cabe destacar que este trabalho é relevante, pois indicou os possíveis fatores que influenciam na realização de atividades educativas pelas puérperas durante o pré-natal, contribuindo para que haja uma avaliação das políticas de saúde praticadas na Região Metropolitana da Grande Vitória, no Estado do Espírito Santo (ES) (RMGV-ES).

Posteriormente, poderá haver a reorientação das políticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), com a ampliação do acesso das gestantes às atividades educativas, o desenvolvimento de programas preventivos/educativos a fim de realizar o acompanhamento do pré-natal de maneira integral e a promoção da expansão e integração da odontologia nos serviços públicos de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo norteador deste trabalho é verificar os fatores intervenientes na realização de atividades educativas em saúde bucal durante o acompanhamento pré-natal em puérpera na Região Metropolitana da Grande Vitória (ES).

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

De forma específica, pretende-se averiguar os fatores associados à realização das atividades educativas em saúde bucal de acordo com: o tipo de acesso aos serviços de saúde, a modalidade da assistência, o nível sócio-econômico, a escolaridade materna, a idade da puérpera, a presença de companheiro apoiando a gestação, o risco gestacional, e a presença ou desenvolvimento de doenças sistêmicas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A educação em saúde é definida como: “quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde” (CANDEIAS, 1997, p. 210). Combinações enquanto abordagem dos múltiplos determinantes dos comportamentos humanos, experiências e intervenções; delineadas no sentido de constituírem atividades sistematicamente planejadas e que sejam vivenciadas sem coerção, com plena compreensão dos objetivos implícitos e explícitos nas ações educativas (CANDEIAS, 1997). Sob esse aspecto, a prevenção de doenças e a promoção da saúde estariam vinculadas à educação em saúde.

O termo “prevenir” tem o significado de preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal), impedir que se realize (FERREIRA, 1986). A prevenção em saúde exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural da doença a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença (LEAVELL; CLARCK, 1976). As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações.

Já o termo “promover” tem o significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar (FERREIRA, 1986). Promoção de saúde se define, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois se refere a medidas que “não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem estar gerais” (LEAVELL; CLARCK, 1976). Logo, um dos eixos básicos do discurso da promoção da saúde é fortalecer a ideia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais (CZERESNIA, 2003).

A perspectiva conservadora da promoção da saúde reforça a tendência de diminuição das responsabilidades do Estado, delegando, progressivamente, aos sujeitos, a tarefa de tomarem conta de si mesmos (LUPTON, 1995; PETERSEN, 1997). Ao mesmo tempo, afirmam-se perspectivas progressistas que enfatizam outra dimensão do discurso da promoção da saúde, ressaltando a elaboração de políticas públicas intersetoriais, voltadas à melhoria da qualidade de vida (QV) das populações (CZERESNIA, 2003).

Segundo Czeresnia (2003), não há como trabalhar devidamente e de modo prático a construção da ideia de promoção da saúde sem enfrentar duas questões fundamentais e interligadas: a necessidade da reflexão filosófica e a consequente reconfiguração da educação (comunicação) nas práticas de saúde.

Critica-se a concepção positivista, na qual a educação em saúde é vista de forma reducionista, cujas práticas são consideradas impositivas, prescritivas de comportamentos “ideais” desvinculados da realidade e distantes dos sujeitos sociais, tornados objetos passivos das intervenções, na maioria das vezes, preconceituosas, coercitivas e punitivas. E se afirma a educação em saúde como prática na qual existe a participação ativa da comunidade, que proporciona informação, educação sanitária e aperfeiçoa as atitudes indispensáveis para a vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A ideia de promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Promoção, nesse sentido, vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para o seu controle (CZERESNIA, 2003).

Nesse contexto, educação popular na saúde implica atos pedagógicos que fazem com que as informações sobre a saúde dos grupos sociais contribuam para aumentar a visibilidade sobre a sua inserção histórica, social e política, elevar suas enunciações e reivindicações, conhecer territórios de subjetivação e projetar caminhos inventivos, prezeirosos e inclusivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A reflexão crítica, o diálogo e a construção compartilhada do conhecimento representam ferramentas que propiciam o encontro entre a cultura popular e a científica. Nesse caso, é importante a disponibilidade de escuta e fala dos atores que se põem em relação, cada qual portando uma visão de saberes e práticas diferentes, convivendo em situações de reciprocidade e cooperação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A palavra “educar” origina-se do latim *educare*, que significa conduzir de um estado a outro; é modificar numa certa direção o que é suscetível de educação (ARANHA, 1998). O ato pedagógico pode então ser definido como uma atividade sistemática de interação entre seres sociais, tanto em nível intrapessoal como ambiental, interação essa que se configura em uma ação exercida sobre o sujeito ou grupos de sujeitos, visando provocar neles mudanças tão eficazes que os tornem elementos ativos dessa própria ação exercida.

Portanto, estabelece-se a inter-relação, no ato pedagógico, de três componentes: um agente (alguém, um grupo, um meio social), uma mensagem transmitida (conteúdos, métodos, automatismos, habilidades) e um educando (aluno, grupo de alunos, uma geração) (BASTOS; PERES; RAMIRES, 2003).

A sistemática educativa varia de acordo com o indivíduo ou a população-alvo a atingir. Pode estar dirigida à população em geral, a uma comunidade limitada, aos frequentadores de um Centro de Saúde, aos alunos de uma escola, a cada paciente em cada contato com os serviços de saúde. Os recursos pedagógicos para educação em saúde ocorrem por meio de: entrevista pessoal; palestras com utilização de quadro negro, flanelógrafo, álbum seriado, filmes, eslaides ou fotografias; dramatização; cartazes; criação de grupos específicos; e cartas, jornais, televisão, entre outros (PINTO, 2000).

De acordo com o Ministério da Saúde (2012a), em relação à realização de atividades educativas durante o acompanhamento pré-natal, todos os profissionais que fazem parte da equipe de saúde (agente comunitário de saúde, auxiliar/técnico de enfermagem, enfermeiro, médico e CD) são responsáveis por desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera).

As informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação. Portanto, é importante que toda a equipe de saúde se inclua em espaços de discussão (formais e não formais), levando à população os temas

discutidos, pois a educação popular em saúde é a forma mais democrática de construir um conceito amplo de saúde, promover o autocuidado e produzir melhores indicadores de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Para que a educação seja realmente efetiva, esta depende de uma fina sintonia entre educadores e educandos, do estabelecimento de *feedback*, de uma relação harmoniosa entre as partes, de trocas frequentes de experiências, partindo do conhecimento da comunidade local e das suas necessidades e anseios para que haja motivação e mudança de comportamentos. Sendo a educação um processo social pelo qual a consciência crítica é desenvolvida, no sentido de se promover mudança de comportamento, o processo de aprendizagem deve ser permanente, tendo em vista a aquisição de conhecimentos e habilidades e a formação de atitudes e valores (BASTOS; PERES; RAMIRES, 2003).

O contato pessoal frequente entre os membros da equipe de saúde e o indivíduo e sua comunidade é a maneira mais eficaz de ter sucesso em educação em saúde bucal. Os momentos mais propícios para a entrevista ou conversa a dois acontecem quando da consulta odontológica ou durante a visita domiciliar, quando esta fizer parte da programação da unidade de saúde. A confiança mútua é o segredo principal para que a comunicação aconteça, ou seja, para que, ao invés de assentir educadamente com a cabeça, como se concordasse com o que lhe está sendo dito, o homem ou a mulher pergunte e estabeleça uma conversação. Ouvir muito mais do que falar, pelo menos nos primeiros momentos, é a melhor tática (PINTO, 2000).

A criação de espaços de educação em saúde sobre o pré-natal é de suma importância; afinal, nesses espaços, as gestantes podem ouvir e falar sobre suas vivências e consolidar informações importantes sobre a gestação e outros assuntos que envolvem a saúde da criança, da mulher e da família. Tais espaços de educação podem ocorrer tanto durante grupos específicos para gestantes quanto em sala de espera, em atividades nas comunidades e escolas ou em outros espaços de trocas de ideias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

A educação em grupos tem um poder multiplicador do que se deseja ensinar muito maior que pessoa a pessoa, mas depende da habilidade do educador em motivar o

grupo e da existência de um interesse comum à maioria. As mudanças de hábitos têm maior probabilidade de ocorrer como consequência do contato individual que é mais profundo e não deve deixar de existir: o trabalho grupal não o substitui, mas sim o reforça (PINTO, 2000).

Entre as diferentes formas de realização do trabalho educativo, destacam-se as discussões em grupo, as dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a fala e a troca de experiências entre os componentes do grupo. É importante que se façam grupos fora da unidade básica de saúde (UBS). O profissional de saúde, atuando como facilitador, deve evitar o estilo “palestra”, o qual é pouco produtivo e ofusca questões subjacentes que podem ser mais relevantes para as pessoas presentes do que um roteiro pré-estabelecido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Considerando que a comunicação entre os membros de um grupo é uma oportunidade ímpar de compartilhar experiências das participantes entre si e com os profissionais de saúde (as dores e as alegrias, as dúvidas e as certezas), reforça-se a necessidade de construção desse trabalho coletivo, para que as gestantes tenham a oportunidade de aprender o que consideram importante para si, elaborando e ressignificando a sua própria vivência como mulher e como gestante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

O conceito de educação em saúde bucal precisa ser ampliado, alargar-se ao ponto de incluir entre suas tarefas o trabalho junto aos grupos mais carentes da sociedade, apoiando-os para que atinjam um patamar mínimo de renda e de dignidade social. Trata-se de conscientizar as pessoas ao invés de apenas educá-las. A conscientização, de acordo com Paulo Freire, é um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade (não basta estar frente à realidade), “exigindo que os homens criem sua existência com o material que a vida lhe oferece” (PINTO, 2000).

A educação em saúde poderá possibilitar ao usuário a mudança de hábitos de saúde, apoiando-se na conquista de sua autonomia, constituindo-se de ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, incluindo fatores de risco e proteção à saúde bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Em particular, na odontologia, não basta educar bem e democraticamente; tornando-se necessário também fazer o possível para resolver os problemas de cada comunidade ou para que ela crie as condições a fim de que os seus problemas sejam resolvidos (PINTO, 2000).

Relatou-se uma experiência que visava qualificar a atenção à saúde bucal das gestantes na Estratégia da Saúde da Família 3 (ESF), que realizavam pré-natal na unidade de saúde no município de Sobradinho, Rio Grande do Sul, onde foram desenvolvidas atividades educativas com promoção de saúde bucal (vídeos, folders, aula expositiva) em conjunto com médico e enfermeira, bem como atendimento clínico odontológico individual. Com essa experiência desenvolvida, a integração entre CD/médico/enfermeiro foi um dos pontos positivos da intervenção, o processo de trabalho mudou e melhorou. O atendimento às gestantes (um turno para atendimento clínico odontológico individual e um turno para os grupos de gestantes) foi consolidado no acompanhamento pré-natal. O agendamento de pacientes também faz parte da rotina. Zuchetto relata que os resultados foram surpreendentes e as consultas de urgência (dor) entre as gestantes tiveram queda significativa (ZUCHETTO, 2012).

O grupo de gestantes que realizava acompanhamento pré-natal na unidade de saúde de Favalessa, em Caratoíra, Vitória (ES), recebeu, durante as reuniões, orientações sobre aleitamento materno, suporte necessário para que elas tivessem uma gestação saudável. Isso ocorreu no curso que foi oferecido para as grávidas que se encontravam no sétimo mês de gestação. Nos encontros, as participantes receberam atendimento de profissionais de diversas áreas, entre eles, enfermeiro, fisioterapeuta, médico, assistente social, agente comunitário, técnico esportivo, psicólogo e auxiliar de enfermagem. Esse evento ocorreu em uma unidade do município de Vitória, no entanto, pode não ocorrer da mesma forma nas outras unidades, pois não existe ainda um padrão único de atividades em relação às gestantes no município (VITÓRIA, 2011).

Nos serviços de saúde, durante anos, a assistência pré-natal vem sendo oferecida quase que exclusivamente vinculada à consulta médica individual, sem que a

gestante tenha a oportunidade de participar de atividades educativas, comumente representadas por grupos de educação/informação em saúde (FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008). Dessa forma, pode ser que a gestação seja conduzida de modo intervencionista, tornando a assistência e as atividades educativas fragmentadas, sem que a realidade da mulher gestante seja tratada na integralidade (DELFINO et al., 2004).

Codato e outros (2011) ressaltam, em pesquisa qualitativa, a necessidade de educação sobre saúde bucal no período gestacional, utilizando veículos de comunicação de grande alcance, pois, dessa forma, a população teria um aprendizado lento, porém constante, muitas vezes prévio ao aparecimento da gravidez. Tal prática contribuiria para a desmistificação da atenção odontológica durante a gestação e para a incorporação gradativa de novos conhecimentos e práticas de saúde bucal.

Segundo Melo e outros (2007), a prevenção tem por finalidade a isenção de doenças pelo indivíduo. Assim, a saúde deve ser considerada além da ausência de enfermidades, antes de tudo, como um recurso para a vida. A essência da promoção da saúde é levar um estado maior do fortalecimento estrutural, ampliar a capacidade funcional, e estimular sensações subjetivas de bem-estar e desenvolvimento individual e coletivo. Esses autores ainda relatam que as mães desconhecem o conceito de cárie como doença transmissível, assim como seu papel de principal vetor da transmissão, reforçando a ideia de que a odontologia deve voltar-se para a educação e os cuidados preventivos a partir do período gestacional.

Nesse sentido, a maioria das doenças na gravidez pode ser prevenida ou amenizada com a instituição de um programa rigoroso de educação em saúde, com ênfase na promoção de saúde, hábitos de higiene bucal, remoção de placa e cálculo dental (MOIMAZ et al., 2010). Segundo esses autores, um programa de manutenção de saúde bucal só terá êxito se contar com a colaboração da paciente e será mais eficaz se esta tiver a necessária motivação para realizar mudanças de comportamento incentivadas pelo profissional (MOIMAZ et al., 2010).

Desse modo, o período gestacional é um momento apropriado para tornar a mulher consciente da importância da higiene, porque ela é mais receptiva para informações nessa ocasião, devido a estar mais sensível e desejosa de oferecer ao seu bebê os melhores cuidados. Portanto, é necessário reforçar o conhecimento sobre saúde bucal das mulheres durante o pré-natal, por meio de prevenção e programas educacionais, com o objetivo de minimizar os índices de doenças bucais (TONELLO et al., 2007).

Segundo Reis e outros (2010), considera-se que, por meio de ações de educação em saúde bucal desenvolvidas no pré-natal por uma equipe multiprofissional, orientada por um CD, a mulher poderá se conscientizar da importância de seu papel na aquisição e na manutenção de hábitos positivos de saúde bucal no meio familiar, e atuar como agente multiplicador de informações preventivas e de promoção de saúde bucal.

Costa e outros (2008) pretenderam detectar, por meio de entrevistas diretas com um grupo de gestantes cadastradas pela SMS de Araçatuba, São Paulo, a percepção que elas têm a respeito da saúde bucal. Considerando-se que a mãe tem papel-chave na família, especialmente se a questão é saúde, e que a gestação é um período ímpar na vida da mulher, no qual ela se encontra receptiva à incorporação de novas atitudes e comportamentos, conclui-se ser extremamente importante o seu envolvimento em programas que venham interferir na quebra da cadeia de transmissibilidade da cárie a partir de medidas preventivo-educativas, de maneira que a mãe/gestante possa atuar como agente multiplicador de informações que visem à promoção da sua saúde e de toda sua família. Segundo os autores, no que se refere às características sociodemográficas da população estudada, a faixa etária predominantemente jovem é considerada um ponto positivo ao considerá-la propícia à incorporação de novos hábitos bucais.

Unfer e Saliba (2000) avaliaram o conhecimento popular e as práticas cotidianas em saúde bucal de usuários de serviços públicos de saúde. A busca pela saúde e o controle das doenças bucais são atribuídos à responsabilidade individual de realizar higiene bucal e procurar tratamento dentário. Os autores destacam que, quanto aos aspectos de escolaridade e nível socioeconômico, os programas de educação em

saúde bucal, que, por ventura, possam vir a ser implantados nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), devem procurar incorporar e respeitar padrões populares de linguagem.

Por outro lado, sabendo-se que a baixa renda familiar e a baixa escolaridade contribuem para o aumento da prevalência e severidade das doenças bucais, o grupo estudado, dadas suas características, deveria se constituir um alvo prioritário de ações públicas de saúde bucal (PERES; BASTOS; LATORRE, 2000). Nesse estudo, objetivou-se conhecer os fatores de risco para a alta severidade de cárie dentária em crianças de 12 anos de idade.

Numa pesquisa realizada com gestantes cadastradas num programa de pré-natal em UBSs do município de Londrina, Paraná, constatou-se que houve uma alta proporção de gestantes que não receberam orientação sobre cuidados relativos à saúde bucal, seja a sua própria ou de seu filho (CATARIN; ANDRADE; IWAKURA, 2008).

Um estudo conduzido com gestantes de renda e escolaridade relativamente baixas, cujo objetivo era verificar o conhecimento dessas mulheres sobre a saúde bucal dos bebês, mostrou que elas tinham um conhecimento razoável, entretanto limitado, em relação aos cuidados com a saúde bucal, refletindo a necessidade de se elaborar, junto às instituições que lhe prestam assistência, programas educativos que contribuam com a melhoria nas práticas voltadas à higiene bucal das futuras mães e de seus filhos (MASSONI et al., 2009).

Segundo Garbin e outros (2011), apesar do pouco conhecimento em realizar procedimentos preventivos, as mães demonstraram interesse em participar de palestras preventivo-educativas. Isso sugere que, se a gestante for orientada desde o início da gravidez, além de assimilar hábitos saudáveis, ela possivelmente estará motivada a praticá-los. A baixa escolaridade parece estar relacionada com piores condições de saúde bucal e geral das gestantes. Esses resultados apoiam estudos que identificam o uso inadequado do atendimento pré-natal em mulheres de baixa escolaridade atendidas nos serviços públicos (COIMBRA et al., 2003; LEAL; GAMA; CUNHA, 2005).

Destaca-se que, em pesquisa realizada para avaliar o conhecimento de CDs clínicos gerais, em Oregon, Estados Unidos, sobre a rotina de atendimento às pacientes gestantes, ficou constatado que, pelo modelo de assistência empregado na região, a cobertura do tratamento odontológico financiado pelo governo seria apenas durante a gestação, estendendo-se por dois meses após o parto (HUEBNER et al., 2009). A educação dos profissionais de saúde e de seus pacientes sobre a segurança e as vantagens do tratamento odontológico durante a gravidez podem beneficiar todas as mulheres, principalmente as de baixa renda, que estão em maior risco de experimentar resultados adversos durante a gravidez, incluindo prematuridade e cáries não tratadas (FISSET; GREMBOWSKI, 1997).

Nos Estados Unidos, para mulheres de baixa renda, a gravidez pode ser a única chance que elas têm de acesso aos serviços de saúde integral. Dentro dessa perspectiva, a gravidez é a oportunidade de proporcionar atendimento odontológico para mulheres de baixa renda e para os dentistas incentivarem comportamentos de promoção de saúde que podem trazer benefícios em longo prazo para as mães e suas crianças (HUEBNER et al., 2009).

De acordo com trabalho desenvolvido por Lin, Harrison e Aleksejuniense (2011), em Vancouver Canadá, onde se avaliou um programa público odontológico de pré-natal oferecido a gestantes de baixa renda, dentro do qual se realiza principalmente atividades educativas e tratamentos preventivos, constatou-se, como relatado em outros estudos, uma melhoria do comportamento e do conhecimento, refletindo a receptividade das mulheres grávidas em absorverem informações.

Segundo Lauren e Yount (2011), o acesso ao atendimento odontológico é um problema na Califórnia como em muitas partes dos Estados Unidos. Em seu estudo, os autores tinham como objetivo descrever o estado de saúde bucal de gestantes de baixa renda em San Diego, Califórnia, para determinar as necessidades de educação e saúde naquela população. Os autores relataram que educação em saúde bucal é uma necessidade tanto para a gestante quanto para o bebê. Questões importantes seriam a limpeza profissional dos dentes regularmente, a realização de exames odontológicos, o incentivo ao uso de dentifrícios fluoretados,

as recomendações para o uso do fio dental, o efeito do consumo de doces e refrigerantes em saúde bucal, a importância dos alimentos mais saudáveis para a saúde bucal, bem como a importância do exercício e da manutenção de um peso saudável.

Detman, Cottrell e Denis-Luque (2010) desenvolveram estudo qualitativo para explorar experiências de mulheres na Flórida, como barreiras em obter assistência odontológica antes e durante suas gestações. Para a maioria das participantes do estudo, a importância da saúde bucal durante a gravidez não foi abordada durante o pré-natal e muitas não obtiveram atendimento odontológico quer antes ou durante a gestação.

Na pesquisa realizada por Saddki, Yusoff e Hwang (2010) em Hospital Universitário da Malásia, constatou-se que a utilização de assistência odontológica pelas gestantes durante o pré-natal foi baixo. Mães que relataram ter realizado visitas ao dentista foram provavelmente aquelas que receberam educação em saúde bucal antes da gestação atual e conheceram a associação entre saúde bucal materna ruim e desfechos adversos na gestação. A insatisfação com os serviços prestados e percepções das gestantes como não tendo nenhum problema na sua saúde bucal foram as principais barreiras.

No entanto, Gaffield e outros (2001) realizaram um grande estudo nos Estados Unidos e observaram que menos de 35% das mulheres grávidas receberam atendimento odontológico durante a sua última gravidez, e apenas metade das pacientes que relataram algum problema bucal procurou atendimento.

Anversa e outros (2012) avaliaram o processo de atenção pré-natal em UBSs tradicionais e unidades de ESF em Santa Maria, Rio Grande do Sul. As gestantes da ESF receberam mais informações, a atenção pré-natal foi favorável à ESF, devendo ser melhorada em relação aos procedimentos e exames, a fim de aprimorar a assistência pré-natal e fortalecer a atenção primária à saúde.

Pereira e outros (2010) analisaram os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo, particularmente as ações de promoção, proteção e apoio à amamentação

desenvolvidas com mães e crianças menores de seis meses assistidas nas UBSs do município do Rio de Janeiro.

Já Carvalho e Araújo (2007) investigaram a adequação da assistência pré-natal realizada por gestantes usuárias do SUS da cidade de Recife, Pernambuco. Os autores concluíram que a assistência pré-natal prestada às gestantes usuárias do SUS em Recife, a despeito da alta cobertura, apresentou baixa adequação, considerando os critérios mínimos exigidos do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), indicando a necessidade da adoção de medidas que venham a melhorar a qualidade dessa atenção.

Nascimento e outros (2013) analisaram a associação entre orientações pré-natais em aleitamento materno e a satisfação das gestantes com o apoio recebido para amamentar. O resultado não variou segundo as características sociodemográficas da mulher, porém se associou a orientações pré-natais sobre aleitamento materno, ressaltando a importância da qualidade da assistência.

Mendonza-sassi (2011) avaliou diferenças na atenção ao pré-natal entre a ESF e as UBSs tradicionais no Rio Grande do Sul. O autor concluiu que as mulheres da ESF têm um processo de atenção melhor, mas alguns dos procedimentos estão abaixo das expectativas, sendo necessários mais esforços para melhorar a qualidade do pré-natal.

Na pesquisa de Zanata e outros (2003) foi averiguada a efetividade de um programa de saúde bucal, iniciado durante a gestação, sobre a experiência de cáries de primigestas e seus filhos. O incremento de cárie na dentição das mães apresentou correlação significativa com a incidência de cárie na dentição das crianças. Os autores ainda afirmam que, no Brasil, estudos regionais demonstram que problemas bucais não tratados são evidentes em mulheres grávidas com baixo nível de escolaridade e baixa renda (ZANATA et al., 2003).

Além disso, Zanata, Fernandes e Navarro (2008) realizaram estudo em que foram avaliados, por meio de questionário, o conhecimento de obstetras e de CDs sobre cuidados com os dentes, bem como as recomendações dadas por eles sobre o tema

para pacientes gestantes nas cidades de Londrina, Paraná, e Bauru, São Paulo. Os autores constataram que havia divergências na literatura científica, como recomendações de anestesia local, suplementação de flúor no pré-natal e radiografias dentais.

Kassada, Marcon e Waidman (2014) identificaram percepções e práticas de gestantes atendidas na atenção primária frente ao uso de drogas de abuso. As gestantes relataram que há dificuldades em abandonar o uso de drogas e que as informações sobre isso durante a assistência pré-natal são insuficientes. Observou-se que algumas sentem medo e culpa decorrente da possibilidade de agravos ao feto e outras não se preocupam com essa possibilidade, e ainda que as usuárias de drogas ilícitas sentem-se julgadas e não apoiadas pelos profissionais.

Também pode ser citado o trabalho de Gonçalves e outros (2012), que avaliaram o perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas no município de Iguatu, Ceará, com coleta de dados em uma maternidade de atendimento público. Apenas 49 (27,5%) das entrevistadas afirmaram ter participado de alguma atividade educativa durante o pré-natal.

Polgliane e outros (2014) investigaram a adequação do processo de assistência pré-natal prestada às usuárias do SUS no município de Vitória (ES), segundo os critérios estabelecidos pelo PHPN e pela OMS. Quase 30% das gestantes foram orientadas durante o acompanhamento pré-natal quanto ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e a continuidade com alimentação complementar até o segundo ano de vida ou mais.

Bulgareli e outros (2014), por sua vez, pesquisaram qual modelo de atenção, ESF ou modelo tradicional instituído nas UBSs, apresenta maior efetividade em relação às necessidades em saúde bucal da população de Marília, São Paulo. Concluiu-se que o tipo de modelo assistencial adotado naquele município interfere na resolutividade das ações de saúde bucal na atenção básica, sendo melhor para o modelo baseado na Saúde da Família, evidenciando impacto efetivo nos resultados de acesso, conclusão de tratamento odontológico iniciado e resolutividade na atenção básica, onde a Saúde da Família se mostrou mais efetiva frente à UBS.

Por fim, o estudo de Santos Neto e outros (2012) relatou que o acesso a serviços odontológicos é facilitado quando gestantes frequentam mais os serviços de saúde e realizam atividades educativas no pré-natal. Há uma associação muito significativa entre a realização de atividades educativas domiciliares-individuais ou promovidas por grupos de gestantes nas unidades de saúde e a assistência odontológica pré-natal adequada. Desse modo, medidas educativas parecem sinalizar a melhoria da assistência pré-natal no SUS (SANTOS NETO et al., 2012). Por meio dessas atividades, a educação em saúde parece funcionar como agente promotor de qualidade da assistência, visto que barreiras de acesso socioculturais e psicossociais podem ser demolidas (ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004).

Esses estudos analisados apontam a importância da realização das atividades educativas em odontologia durante o acompanhamento pré-natal, no entanto mostram também a reduzida realização dessas medidas, tornando a assistência à gestante fragmentada e não atingindo a integralidade do atendimento.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO

Esta pesquisa consiste em um estudo descritivo seccional realizado por meio de informações armazenadas em um banco de dados, o qual foi construído com os formulários de uma pesquisa desenvolvida no período de abril a setembro de 2010, a partir de entrevistas face a face ocorridas nas maternidades públicas ou conveniadas ao SUS localizadas na RMGV-ES, com puérperas no momento do pós-parto imediato (ANEXO B).

4.2 AMOSTRA

A representatividade amostral foi composta por 1.035 puérperas que se internaram em maternidades públicas ou conveniadas ao SUS localizadas na Região Metropolitana da Grande Vitória (ES), por ocasião do parto.

4.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram extraídos do banco de dados da pesquisa “Avaliação da qualidade na assistência pré-natal na Região Metropolitana da Grande Vitória: acesso e integração dos serviços de saúde”, realizada por sete entrevistadores treinados. Os formulários de pesquisa foram submetidos ao processamento estatístico SPSS for Windows 17.0 para a construção do banco de dados.

4.4 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

4.4.1 Variáveis educativas

As variáveis do estudo foram construídas a partir dos dados preenchidos nos formulários, que se referem às atividades educativas. Neste estudo, considerou-se que todas as informações repassadas às gestantes pelos profissionais durante o pré-natal ocorreram por meio de atividades educativas: individuais ou coletivas,

mesmo que tais informações tenham sido transmitidas no momento da consulta individual ou em reuniões de grupos.

No nível educativo, considerou-se na investigação se algum profissional de saúde orientou sobre: amamentação exclusiva por seis meses, amamentação por dois anos ou mais, prejuízos do uso de mamadeira e de chupetas para a saúde da criança, relação positiva entre amamentação e desenvolvimento dos músculos, dos ossos e dos dentes, efeitos benéficos da amamentação para a prevenção de doenças respiratórias, higiene bucal materna e infantil, alimentação saudável, uso de flúor. A avaliação do acesso à assistência odontológica quanto ao quesito educativo no pré-natal englobou essas informações. Registrou-se também se a puérpera havia recebido atividade educativa individual e/ou coletiva.

4.4.2 Variáveis relacionadas aos fatores

4.4.2.1 Nível socioeconômico

Segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), o critério de classificação Econômica Brasil enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida é de classes econômicas. O sistema de pontos envolve a coleta de informações sobre posse de itens, como: televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, empregada mensalista, máquina de lavar, videocassete e/ou DVD, geladeira e freezer. Envolve também informações sobre o grau de instrução do chefe da família, como: analfabeto/até 3ª série fundamental/até 3ª série 1º grau; até 4ª série fundamental/até 4ª série 1º grau; fundamental completo/1º grau completo; médio completo/2º grau completo; superior completo. Com tais informações, obtêm-se pontuações e, de acordo com esses valores, divide-se a população em classes econômicas: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, E (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2012).

4.4.2.2 Escolaridade da puérpera

A escolaridade foi definida segundo a última série concluída na escola com aprovação, série/anos completos: fundamental (1º grau), médio (2º grau) ou superior (3º grau).

4.4.2.3 Idade materna

A idade materna foi avaliada em anos completos autorrelatados pela puérpera.

4.4.2.4 Estado civil

Quanto ao estado civil, foi perguntado à mulher sua situação: se vivia com o companheiro; se tinha companheiro, mas não vivia com ele; ou se não tinha companheiro.

4.4.2.5 Trabalho materno

Foi perguntado à puérpera se ela tinha algum tipo de trabalho que fornecesse uma renda mensal.

4.4.2.6 Apoio familiar

Perguntou-se à puérpera quem era o chefe da família: ela, o companheiro, os dois ou qualquer outra pessoa.

4.4.2.7 Acesso aos serviços de saúde

O acesso aos serviços de saúde foi definido pelo número de consultas de pré-natal que a puérpera realizou e pelo mês de início do pré-natal segundo critérios do PHPN. Em relação ao adequado acompanhamento pré-natal e à assistência à gestante e à puérpera, deverão ser realizadas as seguintes atividades: realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação; realizar, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

4.4.2.8 Modalidade do serviço de saúde

Essa variável foi definida de acordo com o tipo de Unidade de Saúde na qual a puérpera realizou o pré-natal, buscando informações se haveria diferenças no tipo de atendimento, relacionado às diferentes modalidades: Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), UBS ou ESF.

4.4.2.9 Paridade

Em relação à quantidade de gestações, questionou-se se era a primeira (primípara) ou se haviam existido outras anteriores (múltipara).

4.4.2.10 Doenças (intercorrências na gestação)

Registrou-se se a puérpera teve algum problema na gestação, como: surgimento de alguma doença (pressão alta, anemia, diabetes, infecção urinária ou outras) se houve tentativa de aborto ou se a gravidez foi considerada de risco.

4.4.2.11 Hábitos comportamentais de psicoativos

Perguntou-se se as puérperas fizeram uso de drogas, álcool ou fumo durante a gestação.

4.4.2.12 Índice de condições de moradia

O tipo de moradia da puérpera foi classificado por um índice, o qual foi dividido em: condições internas, condições externas e condições gerais de moradia.

Assim, construiu-se o quadro abaixo relacionando todas as variáveis do estudo, incluindo as educativas e as relacionadas aos fatores.

Quadro 1 – Classificação das variáveis do estudo

(continua)

Determinante	Variável	Resposta
Variáveis educativas	Orientação sobre amamentação exclusiva por seis meses	0. Não 1. Sim
	Amamentação por dois anos ou mais	0. Não 1. Sim
	Prejuízo do uso de chupetas e mamadeiras	0. Não 1. Sim
	Relação positiva entre amamentação e desenvolvimento dos músculos, ossos e dentes	0. Não 1. Sim
	Uso de flúor materno e infantil	0. Não 1. Sim
	Alimentação saudável	0. Não 1. Sim
	Higiene bucal materna e infantil	0. Não 1. Sim
	Atividades coletivas/individuais	0. Não 1. Sim
Apoio familiar	Companheiro	0. Não tem companheiro 1. Tem companheiro
	Quem é o chefe da família?	0. Companheiro 1. Puérpera 2. Outro
Idade	Idade (anos completos)	0. Adolescente (10 a 19 anos) 1. Adulta (20 anos ou mais)
	Idade (anos completos)	0. Até 34 anos 1. 35 anos ou mais
Trabalho materno	Trabalho materno	0. Não 1. Sim
Escolaridade	Escolaridade materna	0. Ensino fundamental 1. Médio 2. Superior
Acesso aos serviços de saúde	Número de consultas de pré-natal	0. Até 5 consultas 1. 6 ou mais consultas
Nível socioeconômico	ABEP	0. D/E 1. C1/C2 2. B1/B2 3. A1/A2
Paridade	Número de gestações	0. Primípara 1. Multípara
Modalidade do serviço de saúde	UBS, PACS ou USF	0. UBS 1. PACS 2. USF
Doenças (intercorrências) na gestação	Diabetes	0. Não 1. Sim

Quadro 1 – Classificação das variáveis do estudo

(conclusão)

Determinante	Variável	Resposta
Tentativa de aborto (intercorrências)	Aborto	0. Não 1. Sim
Doenças (intercorrências) na gestação	Hipertensão	0. Não 1. Sim
	Gravidez de risco	0. Não 1. Sim
	Anemia	0. Não 1. Sim
	Infecção urinária	0. Não 1. Sim
Hábitos comportamentais de psicoativos	Fumo	0. Não 1. Sim
	Uso de drogas	0. Não 1. Sim
	Álcool	0. Não 1. Sim
Doenças (intercorrências) na gestação	Outras doenças	0. Não 1. Sim
Condições internas de moradia	Aglomerado humano domiciliar excessiva (<i>overcrowding</i>)	0. >2 morador/cômodo 1. ≤ 2 morador/cômodo
	Piso revestido	0. Ausência 1. Presença
	Tipo de material para parede	0- Argila, palha, madeira, plástico ou metal 1- Cimento, tijolo, pedra
	Banheiro com descarga	0- Ausência 1- Presença
Condições externas de moradia	Sistema de esgoto	0- Ausência 1- Presença
	Valão a céu aberto na rua do domicílio	1- Presença 0- Ausência
Condições gerais de moradia	Adequação das condições gerais de moradia	0- Adequada (condições internas e externas adequadas) 1- Inadequadas (condições internas ou externas inadequadas) 2- Altamente inadequadas (condições internas e externas inadequadas)

Fonte: elaboração própria (2015).

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa registrado com protocolo nº 093/09, intitulado “Avaliação da qualidade na assistência pré-natal na Região Metropolitana da Grande Vitória: acesso e integração dos serviços de saúde”, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cumprindo com os procedimentos internos desta instituição, bem como as exigências das Resoluções nº 196, de 10/10/96, nº 251, de 07/08/97, e nº 292, de 08/07/99, aprovou o referido acima em reunião ordinária realizada em 4 de novembro de 2009.

4.6 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

A análise estatística foi realizada pela revisão e adequação do banco de dados digitados no programa SPSS for Windows 16.0, selecionando-se as variáveis de interesse. Para verificar os fatores que influenciam a realização das atividades educativas durante o acompanhamento pré-natal, foram utilizadas as análises descritas a seguir. O nível de significância adotado para todos os testes realizados foi de 5%.

4.6.1 Análise descritiva

Foram elaboradas tabelas de frequência absoluta e percentual para as variáveis qualitativas, e cálculo das medidas resumo (média, mediana, desvio padrão) para as variáveis quantitativas. Cálculo dos intervalos de confiança 95%.

4.6.2 Análise bivariada

Tabelas cruzadas entre todas as variáveis educativas e relacionadas aos fatores foram feitas, calculando-se o teste Qui-quadrado de associação, de Yates.

4.6.3 Regressão logística

Para análise por meio da regressão logística, foram utilizadas, como variáveis dependentes, as atividades educativas, e como variáveis independentes, aquelas relacionadas aos fatores, como: apoio familiar, doenças (intercorrências) na gestação, hábitos comportamentais de psicoativos, paridade, nível socioeconômico, trabalho materno, modalidade do serviço de saúde, acesso aos serviços de saúde, atividade educativa individual ou coletiva, escolaridade e idade.

4.7 MODELO TEÓRICO DE INVESTIGAÇÃO

A partir das descrições das variáveis, foi elaborado um modelo teórico de investigação para guiar a análise estatística e a construção da dissertação de mestrado, baseado no modelo proposto por Dahlgren e Whitehead.

Figura 1 – Modelo Teórico de Investigação baseado na proposta de Dahlgren e Whitehead (1991).



Fonte: Elaboração própria (2015).

O modelo teórico apresentado na Figura 1 foi baseado no modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) e inclui os determinantes sociais da saúde dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes. O indivíduo (gestantes) está

na base do modelo, com idade, sexo e fatores hereditários que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde.

Na camada imediatamente externa, aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais que envolvem as variáveis: hábitos comportamentais, uso de álcool, uso de drogas, antecedentes obstétricos (número de abortos, paridade), e presença de doenças, como hipertensão, diabetes, infecção urinária e anemia.

A camada intermediária destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social, que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. Nessa camada, encontram-se as variáveis: companheiro (chefe de família), acesso aos serviços de saúde e atividade educativa individual ou coletiva.

No nível mais distal, estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, emprego e renda, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social correm um risco diferenciado criado por piores condições habitacionais, exposição a condições mais estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços. As variáveis desse nível são: alimentos, educação (escolaridade materna, atividades educativas no pré-natal), ambiente de trabalho materno, renda materna, condições de moradia, modalidade do serviço de saúde (número de consultas pré-natal, UBS ou Programa de Saúde da Família – PSF) e habitação (índice de condições de moradia).

Finalmente, no último nível, estão situados os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que exercem grande influência sobre as demais camadas. Além disso, foram verificados fatores potencialmente associados à realização de atividades educativas pelas mulheres durante a gestação.

5 RESULTADOS

Entre as 1.035 puérperas entrevistadas, 29 (2,8%) declararam não ter recebido acompanhamento pré-natal, porém quatro delas disseram ter recebido algum tipo de informação sobre aleitamento materno, saúde bucal ou alimentação saudável durante o período gestacional por um profissional da saúde. A ausência de informação para algumas variáveis nos formulários de entrevista justifica a variação nos totais na Tabela 1.

As informações mais recebidas pelas puérperas foram: a vantagem da amamentação exclusiva no peito até os seis meses (52,0%), a importância de uma alimentação saudável (51,4%) e iniciar a amamentação dentro da primeira hora de vida (49,0%). Já as informações menos recebidas foram: uso do flúor (18,9%) e recebimento de informações por meio de reuniões de grupo e/ou visita domiciliar (25,0%). Além disso, apenas cerca de 40% das puérperas (427) receberam de cinco a dez informações daquelas destacadas na Tabela 1.

Com relação às variáveis individuais e contextuais, destacamos que 80,7% das puérperas viviam com companheiro, sendo que 90% dos pais dos bebês ficaram satisfeitos com a gestação. A idade mais prevalente das mulheres foi de 10 a 34 anos, com 92,4%. Na época da gestação, 71,6% das puérperas não tinham emprego e, em relação à escolaridade, 49% tinham o ensino fundamental completo, seguido de 47,5% com ensino médio. No que se refere ao acompanhamento pré-natal, 59,7% das mulheres realizaram seis ou mais consultas.

Dentro da classificação econômica, 64,2% das puérperas eram da classe C, seguida de 30,7% da classe D/E. Quanto ao número de gestações anteriores, o estudo revelou que 63,4% eram multíparas. Em relação à cobertura dos serviços de saúde, 47,8% realizaram acompanhamento pré-natal em UBS, e 35,9% em ESF.

Tabela 1 – Descrição das variáveis educativas recebidas durante o pré-natal. Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2010.

Variáveis educativas	Total (% válido)	Sim (N)	%	Intervalo de confiança (95%)	
				Mínimo	Máximo
Iniciar a amamentação dentro da 1ª hora de vida	1009	494	49,0	46,0	52,0
Resolver problemas com relação à amamentação	1009	394	39,0	36,0	42,0
Posição da criança e da mãe para o aleitamento	1010	392	38,8	36,0	42,0
Como extrair o leite do peito	1010	378	37,4	34,0	40,0
Vantagem da amamentação exclusiva até os 6 meses	1010	525	52,0	49,0	55,0
Continuar amamentando até os 2 anos	1010	412	40,8	38,0	44,0
Amamentar sem horário marcado	1009	439	43,5	40,0	46,0
Sugar o peito para produzir leite	1009	477	47,3	44,0	50,0
Prejuízo do uso da mamadeira	1009	380	37,7	35,0	41,0
Prejuízo do uso da chupeta ou bico artificial	1010	377	37,3	34,0	40,0
Amamentar para o bom desenvolvimento dos ossos, músculos e dentes	1010	423	41,9	39,0	45,0
Amamentar para prevenir problemas respiratórios	1010	402	39,8	37,0	43,0
Importância da limpeza da boca da mãe	1010	377	37,3	34,0	40,0
Importância da limpeza da boca da criança	1010	342	33,9	31,0	37,0
Importância da alimentação saudável	1010	519	51,4	48,0	54,0
Uso do flúor	1010	191	18,9	17,0	21,0
Alterações na gengiva devido à gravidez	1010	298	29,5	27,0	32,0
Atividades educativas por meio de reunião ou visita domiciliar	1011	253	25,0	22,0	28,0
Recebeu de 5 a 10 informações educativas	1012	427	42,2	39,0	45,0

Fonte: Elaboração própria (2015).

A Tabela 2 mostra as associações de algumas variáveis individuais e contextuais com o fato de a puérpera ter recebido ou não informações por meio de reunião de grupo e/ou visita domiciliar. O nível de significância foi menor que 5% para as variáveis: número de consultas ($p=0,002$), cobertura dos serviços de saúde ($p=0,000$), usou algum tipo de droga ($p=0,026$) e condições externas de moradia ($p=0,003$). Contudo, utilizaram-se as variáveis que tiveram um nível de significância menor que 20% para serem utilizadas na Regressão Logística Binomial. Nesse caso, destacaram-se as variáveis: número de consultas ($p=0,002$), paridade ($p=0,169$), cobertura dos serviços de saúde ($p=0,000$), usou algum tipo de droga ($p=0,026$), condições externas de moradia ($p=0,003$) e condições gerais de moradia ($p=0,133$). Porém, adotou-se apenas a variável “condições gerais de moradia”, visto que esta já incorpora as condições externas de moradia.

Tabela 2 – Associação entre variáveis individuais e contextuais e variável educativa relacionada à reunião de grupo e/ou visita domiciliar. Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2010.

Outras variáveis	Reunião de grupo e visita domiciliar				χ^2	p-valor
	Não		Sim			
	N	%	N	%		
(continua)						
Situação conjugal						
Vive com companheiro	608	74,4%	209	25,6%	0,723	0,697
Tem companheiro, mas não vive com ele	74	77,1%	22	22,9%		
Não tem companheiro	73	77,7%	21	22,3%		
O pai ficou satisfeito						
Não	68	75,6%	22	24,4%	0,030	0,863
Sim	680	74,7%	230	25,3%		
Quem é o chefe da família						
A própria mulher	82	74,5%	28	25,5%	1,156	0,561
O companheiro	505	75,7%	162	24,3%		
Outros	163	72,1%	63	27,9%		
Idade						
De 10 a 34 anos	701	75,2%	231	24,8%	0,448	0,503
35 ou mais anos	56	71,8%	22	28,2%		
Tem algum trabalho em que ganha dinheiro atualmente						
Não	540	75,1%	179	24,9%	0,004	0,950
Sim	218	74,9%	73	25,1%		

Tabela 2 – Associação entre variáveis individuais e contextuais e variável educativa relacionada à reunião de grupo e/ou visita domiciliar. Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2010.

Outras variáveis	Reunião de grupo e visita domiciliar				χ^2	p-valor
	Não		Sim			
	N	%	n	%		
Classificação da escolaridade						
Analfabeta	05	100%	0	0%	2,00	0,571
Fundamental	367	75,5%	119	24,5%		
Médio	359	74,2%	125	25,8%		
Superior	21	72,4%	08	27,6%		
Classificação da escolaridade						
Fundamental/Analfabeta	372	75,8%	119	24,2%	0,426	0,808
Médio	359	74,2%	125	25,8%		
Superior	21	72,4%	08	27,6%		
Número de consultas						
De 0 a 5 consultas	311	80,6%	75	19,4%	10,059	0,002
6 ou mais consultas	440	71,7%	174	28,3%		
Classificação econômica geral						
D/E	212	78,8%	57	21,2%	2,698	0,260
C1/C2	409	73,7%	146	26,3%		
A/B	35	77,8%	10	22,2%		
Paridade						
Primípara	272	72,5%	103	27,5%	1,895	0,169
Múltipara	486	76,4%	150	23,6%		
Cobertura dos serviços de saúde						
UBS	397	78,3%	110	21,7%	18,883	0,000
PACS	114	82,6%	24	17,4%		
ESF	244	67,2%	119	32,8%		
Glicemia/diabetes						
Não	530	74,6%	180	25,4%	0,561	0,454
Sim	17	68,0%	08	32,0%		
Hipertensão						
Não	694	75,0%	231	25,0%	Fisher	0,2112
Sim	08	100%	0	0%		
Outras doenças						
Não	698	75,4%	228	24,6%	0,952	0,329
Sim	60	70,6%	25	29,4%		

Tabela 2 – Associação entre variáveis individuais e contextuais e variável educativa relacionada à reunião de grupo e/ou visita domiciliar. Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2010.

Outras variáveis	Reunião de grupo e visita domiciliar				χ^2	p-valor
	Não		Sim			
	N	%	N	%		
(continuação)						
Outras doenças						
Não	698	75,4%	228	24,6%	0,952	0,329
Sim	60	70,6%	25	29,4%		
Infecção de urina						
Não	414	76,0%	131	24,0%	0,108	0,742
Sim	115	74,7%	39	25,3%		
Anemia						
Não	401	73,2%	147	26,8%	1,220	0,269
Sim	121	77,6%	35	22,4%		
Gravidez considerada de risco						
Não	610	75,8%	195	24,2%	2,226	0,329
Sim, médio	37	77,1%	11	22,9%		
Sim, alto	106	70,2%	45	29,8%		
Tentou interromper essa gravidez						
Sim	720	75,1%	239	24,9%	0,064	0,800
Não	36	73,5%	13	26,5%		
Uso de bebida alcoólica						
Não	686	74,6%	234	25,4%	0,816	0,366
Sim	71	78,9%	19	21,1%		
Você fumou durante a gravidez						
Não	667	74,9%	224	25,1%	0,053	0,817
Sim	91	75,8%	29	24,2%		
Usou algum tipo de droga						
Não	706	73,7%	252	26,3%	Fisher	0,026
Sim	14	100%	0	00%		
Condições internas de moradia						
Inadequada	118	75,6%	38	24,4%	0,065	0,798
Adequada	631	74,7	214	25,3%		
Condições externas de moradia						
Inadequada	161	83,4%	32	16,6%	8,985	0,003
Adequada	576	73,0%	213	27,0%		

Tabela 2 – Associação entre variáveis individuais e contextuais e variável educativa relacionada à reunião de grupo e/ou visita domiciliar. Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2010.

Outras variáveis	Reunião de grupo e visita domiciliar				χ^2	p-valor
	Não		Sim			
	N	%	N	%		
(conclusão)						
Condições gerais de moradia						
Altamente inadequada	39	84,8%	07	15,2%	4,039	0,133
Inadequada	191	77,3%	56	22,7%		
Adequada	498	73,3%	181	26,7%		

Fonte: Elaboração própria (2015).

A Tabela 3 mostra o modelo final da Regressão Logística Binominal em que as variáveis “paridade”, “cobertura dos serviços de saúde” e “condições gerais de moradia” mantiveram significância, sendo que ser “multípara” reduz em 30% a chance de a puérpera realizar atividade educativa no pré-natal. Por outro lado, realizar o pré-natal na ESF aumenta essa chance em 48%. Entretanto, quando as condições de moradia são mais adequadas, há menores chances de a mulher participar de ações educativas no pré-natal (cerca de 60%).

Tabela 3 – Regressão Logística Binomial* entre variáveis distais, intermediárias e distal e variável educativa relacionada à reunião de grupo e/ou visita domiciliar. Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2010.

		B	S.E.	Wald	df	p-valor	Odds Ratio	IC95%	
								Inferior	Superior
Paridade	0- Primípara						1,000		
	1- Multípara	-0,347	0,146	5,658	1	0,017	0,706	0,531	0,941
Cobertura serviços de saúde	0- Unidade Básica de Saúde						1,000		
	1- Programa de Agentes Comunitários	-0,358	0,250	2,046	1	0,153	0,699	0,428	1,142
	2- Estratégia em Saúde da Família	0,391	0,157	6,221	1	0,013	1,478	1,087	2,010
Condições gerais de moradia	0- Altamente inadequada						1,000		
	1- Inadequada	-0,965	0,197	24,078	1	0,000	0,381	0,259	0,560
	2- Adequada	-0,906	0,141	41,403	1	0,000	0,404	0,307	0,533

Fonte: Elaboração própria (2015).

*Modelo ajustado pela variável uso de droga.

6 DISCUSSÃO

É possível perceber que, no momento do pós-parto, a maioria das mulheres não se recorda das informações repassadas no pré-natal. Deve-se reconhecer que dois aspectos podem estar envolvidos. Ou a mulher recebeu as informações no pré-natal, sem que o processo educativo fosse eficaz, de modo a não conseguir retomar à memória informações repassadas, ou realmente as atividades educativas não foram realizadas em momento algum, indicando que a assistência pré-natal ateve-se às consultas médicas. Isso indica o caráter reducionista de uma assistência à saúde no pré-natal, com poucas possibilidades de construção de conhecimentos de saúde aplicáveis no cotidiano das mulheres, mas pautados muito mais na transmissão de informações.

Além disso, há anos os serviços de saúde vêm ofertando a assistência pré-natal quase que exclusivamente vinculada à consulta médica individual, sem que a gestante tenha a oportunidade de participar de atividades educativas, comumente representadas por grupos de educação/informação em saúde (FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008). Assim, pode ser que a gestação seja conduzida de modo intervencionista, tornando a assistência e as atividades educativas fragmentadas, sem que a realidade da mulher gestante seja tratada na integralidade (DELFINO et al., 2004). Isso pode explicar um percentual tão baixo de relato das puérperas sobre a realização de atividades educativas no pré-natal.

Horta e outros (2009) descrevem os desafios na promoção de saúde na ESF, em que se percebe, na descrição metodológica das atividades educativas, que essas se caracterizam por ações reiterativas e tradicionais, ou seja, o sujeito reproduz múltiplas tarefas de caráter instrumental e pouco inovadoras. Desse modo, os encontros não têm como objetivo o empoderamento das pessoas nem a discussão sobre o cuidado com a saúde e o exercício da cidadania. Remetem mais à resolução de interesses postos pelos profissionais das equipes, justificados pela demanda exagerada de atendimento clínico nas UBSs. Roecker, Budó e Marcon (2012) também descrevem as dificuldades em trabalhar educação e saúde na Estratégia de Saúde da Família, ressaltando que a mudança de percepção dos usuários sobre o modelo assistencial pode estar relacionado à cultura construída ao longo da história,

na qual o atendimento em saúde era baseado na consulta médica e, prioritariamente, individual. Por isso, toda a equipe de saúde precisa trabalhar possibilitando ao usuário a compreensão que a prestação dos serviços de saúde na ESF se baseia no atendimento em saúde de forma integral, focado na prevenção e promoção da saúde. Atuar na busca da mudança dessa concepção dos usuários é um desafio essencial para que essa estratégia possa atingir o sucesso esperado.

Embora outras informações fossem importantes para as mulheres no momento do pré-natal, neste estudo abordou-se principalmente a temática do aleitamento materno, por considerá-la mais próxima em seus aspectos clínicos da odontologia. No entanto, pôde-se verificar que informações consideradas comuns a outros campos de atuação profissional e disciplinar obtiveram maior frequência de relato pelas puérperas, como no caso do aleitamento materno exclusivo até os seis meses, que alcançou uma frequência maior que 50%. No caso da informação sobre o uso de flúor, em que há uma grande especificidade com o campo das disciplinas da odontologia, o percentual não chegou a 20%, indicando que as atividades educativas ainda são pouco realizadas pela equipe de saúde bucal no pré-natal. As outras variáveis relacionadas a conhecimentos sobre aspectos da amamentação giraram em torno de 20 a 40%.

Deve-se reconhecer que uma forma eficaz de aumentar as taxas de iniciação e duração da amamentação entre todas as mulheres, independente de renda ou grupo étnico, é o aumento da disponibilidade informal de pequenos grupos de interação e discussão sobre amamentação durante o período pré-natal, seja por meio da literatura formal ou não (FAIRBANK et al., 2000).

Quanto à realização de atividades educativas no acompanhamento pré-natal, no estudo de Polgliane e outros (2014), mostrou-se que a frequência de orientações sobre aleitamento materno foi menor do que a observada no estudo de Leal, Gama e Cunha (2005). O recomendável seria que todas as gestantes fossem orientadas, uma vez que, desde a década de 1980, há um esforço mundial por parte da OMS, juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), visando promover e apoiar o aleitamento materno (WHO, 2002). No estudo de Gonçalves e

outros (2012), apenas 49 (27,5%) das entrevistadas afirmaram ter participado de alguma atividade educativa durante o pré-natal.

Na pesquisa de Nascimento e outros (2013) com gestantes acompanhadas nos 15 hospitais do SUS no município do Rio de Janeiro, 62% das entrevistadas mostraram-se satisfeitas com o apoio recebido para amamentar. Em trabalho de Pereira e outros (2010), realizado em UBS do mesmo município, foi falado sobre amamentação na consulta para 76,2% das mães, e em grupo, para 31,9%. Além disso, 72,4% das mães relataram que receberam informação sobre amamentação exclusiva e 85,8% receberam de uma a cinco orientações sobre aleitamento materno.

Da mesma forma, as atividades em saúde bucal também são negligenciadas, pois um estudo realizado com gestantes cadastradas num programa de pré-natal, em UBSs do município de Londrina, Paraná, constatou-se que houve uma alta proporção de gestantes que não recebeu orientação sobre cuidados relativos à sua própria saúde bucal (87,3%) ou a de seu filho (78,4%) (CATARIN; ANDRADE; IWAKURA, 2008). Esse resultado não foi semelhante ao presente estudo, que analisando sobre informações recebidas pelas puérperas durante acompanhamento pré-natal encontrou 37,3% e 33,9% para essas variáveis, respectivamente.

Em trabalho realizado por Garbin e outros (2011), das gestantes entrevistadas, 80% não receberam informações sobre saúde bucal durante a gestação. A oportunidade educativa no pré-natal deve ser bem aproveitada, pois a maioria das doenças bucais na gravidez pode ser prevenida ou amenizada com a instituição de um programa rigoroso de educação em saúde, com ênfase na promoção de saúde, hábitos de higiene bucal, remoção de placa e cálculo dental, que só terá êxito se contar com a colaboração da paciente e esta tiver a necessária motivação para realizar mudanças de comportamento incentivadas pelo profissional de saúde (MOIMAZ et al., 2010).

Contudo, deve-se ressaltar que pode haver fatores intervenientes que favoreçam ou dificultem a participação das gestantes nas atividades educativas. Baseados nessa premissa, o presente estudo testou diferentes variáveis que podem interferir positiva ou negativamente nesse resultado.

A quantidade de consultas pré-natais indica que um número superior a seis ofereceria às gestantes maiores chances de acesso às atividades educativas durante o acompanhamento pré-natal (SANTOS NETO et al., 2012). Outro fator que aumentaria as chances das gestantes ao acesso às atividades educativas seria a realização do acompanhamento pré-natal em unidades de saúde que trabalham na lógica da ESF. Dados do presente estudo evidenciam que, embora a maioria tenha realizado seis ou mais consultas pré-natais, ainda é baixo o número de mulheres que participavam das atividades educativas.

O número ideal de consultas durante o pré-natal e o espaçamento entre elas é questionável. Isso fomenta uma discussão sobre o número ideal de consultas que assegure uma assistência de qualidade, que não comprometa a saúde materna e a do embrião/feto e que gere maior satisfação para a gestante (POLGLIANE et al., 2014). O Ministério da Saúde, desde 2000, recomenda que sejam realizadas, no mínimo, seis consultas durante o acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2000). Além disso, o estudo de Santos Neto e outros (2012) demonstrou que houve uma alta frequência de realização de consultas pré-natais e que a quantidade de consultas totais, no primeiro e no terceiro trimestre, foi fundamental para condicionar uma assistência odontológica adequada.

Outra variável que teve resultado significativo foi a cobertura de serviço, apontando que mulheres que realizaram acompanhamento pré-natal em unidades com Estratégia de Saúde da Família (ESF) teriam maior probabilidade de participar de atividades educativas. Em trabalho de Bulgareli e outros (2014), constatou-se uma maior resolutividade da Saúde da Família frente à UBS, destacando a organização do processo de trabalho, sendo que, sobre o modo de assistir as pessoas, a produção do cuidado, que requer vínculo, divisão de responsabilidades e resolutividade, está diretamente ligada à concepção de trabalho e à subjetividade de cada profissional e usuário, e pode impactar diretamente o processo de produção em saúde e cuidado das pessoas.

No estudo de Mendonza-sassi (2011), houve uma diferença significativa de gestantes que realizaram seis ou mais consultas e na média de consultas realizadas

no grupo da ESF. A orientação sobre amamentação foi significativamente superior no grupo atendido na ESF (72% vs. 40%). É possível que essa maior cobertura de pré-natal na Estratégia obedeça ao trabalho integrado da equipe de saúde, incluindo os agentes comunitários e a existência de grupo de gestantes participando de atividades de promoção de saúde (PICCINI et al., 2007).

O acesso a serviços odontológicos é facilitado quando gestantes frequentam mais os serviços de saúde e realizam atividades educativas no pré-natal. Há uma associação muito significativa entre a realização de atividades educativas domiciliares individuais ou promovidas por grupos de gestantes nas unidades de saúde e a assistência odontológica pré-natal adequada (SANTOS NETO et al., 2012). Por meio dessas atividades, a educação em saúde parece funcionar como agente promotor de qualidade da assistência, visto que barreiras de acesso socioculturais e psicossociais podem ser demolidas (ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004).

Uma dessas barreiras de acesso pode estar relacionada ao consumo de bebidas alcólicas e outras drogas, visto que se constitui um importante problema de saúde pública mundial, especialmente porque seu início tem ocorrido cada vez mais precoce e, além disso, o número de mulheres que faz uso dessas substâncias tem crescido vertiginosamente. Na gestação, a ingestão alcóolica pode levar ao comprometimento, tanto da saúde materna quanto do feto, caracterizado como abortamento, descolamento prematuro da placenta, hipertonia uterina, trabalho de parto prematuro e o aumento do risco de infecções (ORNOY; ERGAZ, 2010).

Segundo Kassada, Marcon e Waidman (2014), algumas gestantes sentem-se constrangidas em revelar sua dependência para os profissionais de saúde de atenção primária, o que pode contribuir para que elas não tenham acesso a maiores informações, referentes à possibilidade de complicações obstétricas e de problemas cognitivos na criança em longo prazo, como decorrência do uso de álcool e outras drogas.

Em relação à paridade, a mulher sendo multípara funcionaria como um fator predisponente para a não realização de atividades educativas. Tal resultado estaria

de acordo com o que Trevisan e outros (2002) observaram em seu estudo, que, quanto maior a paridade, menor a adesão da mulher ao pré-natal. Isso pode ser explicado pela possibilidade de a mulher se achar mais experiente depois de passar por outras gestações, prescindindo de atenção pré-natal (TREVISAN et al., 2002).

Mulheres com mais filhos geralmente são mulheres em maior vulnerabilidade social, como mostra o estudo de Cavalcante e outros (2011), onde se constatou que a escolaridade materna interferiu significativamente na qualidade da assistência pré-natal: quanto maior a escolaridade, mais precoce foi a procura pelo acompanhamento e maior o número de consultas. A paridade materna, de outra forma, associou-se inversamente com a realização do acompanhamento pré-natal, iniciando-se mais tardiamente.

Outro fator está relacionado à condição externa de moradia das gestantes, visto que talvez pudesse estar relacionada com nível socioeconômico, pois quanto maior esse nível, melhor seria o local de moradia desta gestante. Outro fator importante seria a dependência de políticas públicas que melhorassem as condições de infraestrutura dos bairros e municípios onde residem estas gestantes, como acesso a abastecimento de água, coleta de esgoto e pavimentação das ruas, pois a ausência de tais recursos pode se configurar como uma barreira de acesso aos serviços de saúde no pré-natal, a qual pode ser superada de acordo com os modelos de atenção à saúde vigentes nos sistemas de saúde.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no início de sua implantação, era uma nova categoria de trabalhadores formada pela e para a própria comunidade, atuando e fazendo parte da saúde prestada nas localidades. Atualmente, o agente comunitário de saúde (ACS) transita por ambos os espaços – governo e comunidade – e intermedia essa interlocução. O ACS tem um papel muito importante no acolhimento, pois é membro da equipe que faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto com a equipe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

A implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde é prevista como uma possibilidade para a reorganização inicial da

atenção básica com vistas à implantação gradual da ESF ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

Em relação ao acompanhamento pré-natal, os ACS possuem várias atribuições, entre elas, encaminhar toda gestante ao serviço de saúde, buscando promover sua captação precoce para a primeira consulta; monitorar as consultas subsequentes; realizar visitas domiciliares para a identificação das gestantes e para desenvolver atividades de educação em saúde para toda a família, orientando-a sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários; orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas; e realizar a busca ativa das gestantes faltosas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b). Apesar das importantes funções dos agentes comunitários, apenas esse programa atuando no pré-natal não proporcionaria às gestantes uma atenção integral.

O pré-natal na UBS é constituído principalmente pelas consultas individuais que são realizadas pelo médico obstetra, intercalada com a presença do enfermeiro. Dependendo da unidade de saúde, pode existir atendimento odontológico, sendo que as atividades educativas em grupo, incluindo orientações sobre nutrição, atividade física, amamentação, prevenção odontológica e outros, dependem de iniciativas isoladas e de infraestrutura de cada unidade. Esse tipo de atenção durante o acompanhamento pré-natal também não se constitui no modelo ideal, pois a ausência do programa de agentes comunitários de saúde, que são fundamentais na realização de atividades educativas em visitas domiciliares e na busca ativa das gestantes, prejudica a qualidade da assistência, tornando o atendimento baseado em demanda espontânea.

Em estudo de Costa e outros (2013), em termos de estrutura organizacional das unidades da rede básica de saúde, identificou-se que as mulheres sentiram-se satisfeitas com o atendimento dos profissionais de saúde. No entanto, elas sugeriram melhorar a área física da unidade, aumentar o número de médicos com especialização em obstetrícia, melhorar e tornar mais ágil o agendamento das consultas e demonstrar mais atenção às queixas das gestantes durante as consultas.

O PSF foi criado inicialmente como um programa vertical que oferecia especialmente serviços de saúde materno-infantis a populações mais carentes ou de alto risco, além disso, tem sido a principal estratégia de estruturação da atenção básica dos sistemas locais de saúde desde 1998. Uma característica inovadora do PSF é dar ênfase na reorganização de unidades básicas de saúde para que se concentrem nas famílias e comunidades e integrem a assistência médica com a promoção de saúde e as ações preventivas (PAIM, 2011).

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do SUS, e é tida pelo MS e pelos gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, as diretrizes e os fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e o impacto na situação das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

Durante a década de 2000, a expansão do PSF de seu foco inicial em municípios e regiões mais pobres do que a média tem desempenhado um papel importante na redução das desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde. O acesso e o primeiro contato de cuidados são facilitados pela localização de equipes de saúde perto da casa das pessoas. O atendimento integral é fornecido por equipes interdisciplinares, cujo âmbito de prática tem aumentado gradualmente (MACINKO; HARRIS; PHIL, 2015).

Os serviços de saúde e as atividades de promoção de saúde funcionam nas unidades, nas casas dos pacientes e na comunidade (PAIM et al., 2011). Nesse sentido, o serviço de saúde deve estabelecer, como rotina, a busca ativa das gestantes de sua área de abrangência, incluindo-as no grupo operativo e no pré-natal. Os profissionais de saúde bucal devem trabalhar de forma integrada com os demais profissionais da equipe de saúde e, no que diz respeito à gestante, trabalharem em constante interação com os profissionais responsáveis pelo seu atendimento.

Na ESF, também há espaço para grupos operativos onde as gestantes podem ser ouvidas sobre os problemas, crenças e tabus, cabendo à equipe respeitá-las e respondê-las de forma clara, mostrando as mudanças que ocorrem na boca durante a gravidez, enfatizando a importância da higiene e estimulando o autocuidado e os hábitos de vida saudável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de saúde da família) composta por: (I) médico generalista, ou especialista em saúde da família, ou médico de família e comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b). Devido a todas essas características da ESF, é provável que quando comparada à Unidade Básica de Saúde ou Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a ESF tenha maior capacidade de realizar atividades educativas durante o acompanhamento pré-natal do que as outras modalidades de serviço.

Evidências sugerem que as equipes da ESF proporcionam um melhor acesso ao sistema de saúde e à qualidade da atenção e resultam em maior satisfação do usuário, quando comparadas com os postos e centros de saúde tradicionais, ou até mesmo algumas unidades de cuidado de saúde do setor privado (MACINKO; HARRIS; PHIL, 2015). Nesses serviços, orientações comunitárias e familiares são alcançadas por meio de visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde e do trabalho com as escolas e organizações comunitárias (MACINKO; HARRIS; PHIL, 2015).

A adequação do pré-natal em todos os níveis avaliados foi favorável às gestantes que realizaram o pré-natal na ESF, em comparação com as que foram atendidas nas UBSs. Essa diferença pode ser atribuída ao processo de trabalho, à presença dos agentes comunitários de saúde, à busca ativa das gestantes, à formação de vínculo com os profissionais, aos registros de cartões das gestantes, ao trabalho em equipe

e à adscrição da clientela, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

As gestantes atendidas pela ESF recebem mais orientações durante a gestação e foram mais examinadas fisicamente. Esses resultados reforçam a importância da ESF como modelo de organização da atenção, construindo-se um modelo mais efetivo, devendo ser ajustado em seus pontos desfavoráveis e ampliado como forma de proporcionar o fortalecimento para reorganização da atenção primária à saúde (ANVERSA et al., 2012).

A orientação sobre amamentação tem um significado especial porque predispõe a gestante ao aleitamento exclusivo, obtendo assim benefícios nutricionais e diminuindo a morbi-mortalidade da criança. O estudo de Cruz e outros (2010) encontrou uma prevalência de 72%, valor muito superior ao observado no modelo tradicional (40%) e muito próximo ao encontrado em outro estudo que avaliou diferenças entre a ESF e o modelo tradicional em vários municípios do Rio Grande do Sul. Esse melhor desempenho da ESF nessas práticas indica que as equipes de saúde da família realizam o processo do pré-natal de uma forma mais completa, incluindo práticas educativas, como orientação sobre amamentação (MENDONZA-SASSI, 2011).

No que se refere especificamente à atenção pré-natal, o estudo de Cavalcante e outros (2011) demonstrou que o município de Rio Branco apresenta uma boa cobertura pré-natal. Vale destacar que a estratégia utilizada pelo PSF muito tem contribuído para essa alta cobertura. Nesse mesmo estudo, 39,3% das grávidas não realizaram o número mínimo de consultas preconizadas, principalmente aquelas de menor escolaridade, que se definiram de cor negra, moradoras da zona rural e com maior número de filhos.

Além dos aspectos organizacionais dos serviços de saúde, devem-se ressaltar as condições de vida a que as gestantes estão submetidas, que podem se configurar como barreiras de acesso a esses serviços, fomentando ou dificultando a realização do pré-natal. Neste trabalho, por exemplo, para condições gerais de moradia, houve uma associação positiva entre melhores condições de moradia com realização de

menos atividade educativa. Esse fato poderia ser explicado pela melhor condição socioeconômica desta puérpera, que possivelmente possui um emprego, o que poderia se constituir como barreira para o acesso às atividades educativas.

Nota-se que áreas com baixas condições socioeconômicas são as que possuem maior cobertura de ESF e, portanto, são as que apresentam piores condições de moradia. Já áreas com melhores condições socioeconômicas são as que têm menor cobertura de ESF e que apresentam melhores condições de moradia, o que acarreta a possibilidade de as mulheres terem mais oportunidades de ocupação, deixando de realizar atividades educativas no pré-natal. No trabalho de Lamarca, Leal e Sheiham (2013), os resultados foram contrários aos do presente estudo, apontando que gestantes com melhores condições de moradia teriam melhor acesso ao pré-natal de qualidade.

Também se deve destacar que houve semelhanças entre o modelo teórico de investigação e o modelo final de regressão logística, destacando-se as três variáveis: paridade, cobertura dos serviços de saúde e condições gerais de moradia, que tiveram significância e estão presentes no modelo, uma em cada estrato dos determinantes sociais. A paridade estaria mais próxima às características de história pregressa obstétrica reprodutiva, sendo a variável mais proximal, enquanto as condições de moradia, aspectos da modalidade de cobertura de serviços de saúde, estariam no nível intermediário, refletindo quesitos da política de saúde adotada nos municípios da RMGV-ES, e as condições de moradia estariam mais relacionadas a aspectos das condições de vida cotidiana das gestantes.

Deve-se considerar, neste estudo, algumas limitações, como em relação às respostas concedidas ao questionário pelas puérperas no pós-parto imediato não serem totalmente fidedignas, pois elas poderiam responder positivamente sobre informações que receberam em acompanhamento pré-natal de filhos anteriores ou adquiridas por meio de experiências (pessoais e familiares) ou dos meios de comunicação.

A participação em atividades educativas é um importante indicador no processo de atenção ao pré-natal, mas, no estudo de Costa e outros (2013), mostrou-se

inadequado, com pouca participação. Além disso, esses autores descrevem que, para favorecer a implementação das práticas educativas, é necessário efetivar o vínculo e o acolhimento das gestantes nos serviços de saúde, aumentando o número e a qualidade das consultas realizadas pelos profissionais de saúde.

Nesse contexto, o conhecimento do nível de escolaridade e econômico poderá favorecer que as ações tenham um impacto relevante para a prática de educação em saúde. Os pesquisadores enfatizam que as ações de educação em saúde devem fortalecer as capacidades individuais e coletivas e encorajar os indivíduos a buscarem novas estratégias para compreender seus problemas. Torna-se imprescindível sensibilizar e conscientizar as equipes de saúde acerca da necessidade de aprimorar o processo de comunicação, para que a educação em saúde se efetive na prática do cuidado pré-natal, com a melhora da capacidade técnica e humana das equipes de saúde para trabalhar temas importantes, tais como o parto, a amamentação e o planejamento familiar.

Acredita-se que a promoção de ações em saúde que tenha como meta o acolhimento e o estabelecimento do vínculo da gestante com os profissionais que cuidarão dela ao longo desse processo, bem como a conscientização da mulher sobre a necessidade de assumir a autogestão da saúde nesse processo, poderão contribuir para a melhor adesão ao pré-natal (COSTA et al., 2013).

A educação em saúde é um espaço privilegiado de encontro de subjetividades em que ocorre a possibilidade de construção de conhecimentos que se efetiva em transformações da realidade da gestante, as quais se traduzem em qualidade de vida para si e seu conceito (COSTA et al., 2013).

7 CONCLUSÕES

Este estudo gera a reflexão sobre as práticas educativas durante o processo de assistência pré-natal, evidenciando que existem fatores intervenientes que podem favorecer ou dificultar o acesso da gestante às informações qualificadas de saúde. Contudo, a Estratégia em Saúde da Família destaca-se como o modelo de atenção onde as práticas educativas encontram uma realidade mais propícia de ocorrerem de modo que atinja o público das gestantes, apesar de a quantidade dessas práticas ainda ser baixa.

Os resultados deste estudo contribuíram para que tivéssemos conhecimento de importantes informações sobre a situação do atual acompanhamento pré-natal na RMGV-ES, refletindo suas dificuldades, como a questão da multiparidade desfavorecer o acesso às atividades educativas e mostrando os possíveis caminhos que devem ser seguidos para que ocorra um atendimento mais integral às gestantes, incluindo as atividades educativas.

Posteriormente, esta pesquisa poderá subsidiar a reorientação ou adaptação das políticas de saúde do SUS à realidade da região estudada e de outras localidades do Brasil, com ampliação do acesso das gestantes às atividades educativas, desenvolvimento de programas preventivos/educativos a fim de realizar o acompanhamento do pré-natal de maneira integral e promover a expansão e a integração dos serviços públicos de saúde.

REFERÊNCIAS

- ANVERSA, E. T. R. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 4, p. 789-800, 2012.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). **Critério de classificação econômica Brasil 2014** – Base LSE 2012. Disponível em: <<http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=01>>. Acesso em: 14 jun. 2014.
- ALBUQUERQUE, O. M. R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C. S. Percepção de gestantes do programa de saúde da família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 789-796, 2004.
- ARANHA, M. L. de A. **Filosofia da educação**. Ribeirão Preto: Moderna, 1998.
- BARAK, S. et al. Common oral manifestations during pregnancy: a review. **Obstet Gynecol Surv**, v. 58, n. 9, p. 624-628, 2003.
- BULGARELI, I. J. et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 383-91, 2014.
- CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 209-13, 1997.
- CARVALHO, V. C. P.; ARAÚJO T. V. B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 3, p. 309-17, 2007.
- CATARIN, R. F. Z.; ANDRADE, S. M.; IWAKURA, M. L. H. Conhecimentos, práticas e acesso a atenção à saúde bucal durante a gravidez. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 1, p. 16-24, 2008.
- CAVALCANTE, S. O. et al. Atenção pré-natal no município de Rio Branco, Acre: inquérito de base populacional, 2007-2008. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 661-675, jul/set. 2011.
- CODATO, A. B. C. et al. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Londrina, v. 16, n. 4, p. 2297-2301, 2011.
- COIMBRA, Liberata C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 456-462, ago. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 maio 2014.

COSTA, C. S. C. et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 516-22, Goiás, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v.15i2.15635>>. Acesso em: nov. 2015.

COSTA, I. C. C. et al. A gestante como agente multiplicador de saúde. **RPG Ver. Pos-Grad.**, v. 5, n. 2, p. 87-92, 2008.

CRUZ, S. H. et al. Orientações sobre amamentação: a vantagem do Programa de Saúde da Família em municípios gaúchos com mais de 100.000 habitantes no âmbito do Proesf. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 13, p. 259-67, 2010.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA D., FREITAS C. M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 39-53, 2003.

DAHLGREN, G., WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health**. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies, 1991.

DELFINO, M. R. R. et al. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 1057-66, 2004.

DETMAN, L. A.; COTTRELL, B. H.; DENIS-LUQUE, M. F. Exploring Dental Care Misconceptions and Barriers in Pregnancy. **Birth**, v. 37, n. 4, December 2010.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FIGUEIREDO, P. P.; ROSSONI, E. O acesso à assistência pré-natal na atenção básica à saúde sob a ótica das gestantes. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 238-45, 2008.

FISSET, L.; GREMBOWSKI, D. Adoption of innovative caries-control services in dental practice: a survey of Washington state dentists. **JADA**, v. 128, n. 3, p. 337-345, 1997.

GAFFIELD, M. L. et al. Oral health during pregnancy: an analysis of information collected by the pregnancy risk assessment monitoring system. **J Am Dent Assoc.**, v. 132, n. 7, p. 1009-16, 2001.

GARBIN, C. A. S. et al. Saúde coletiva: promoção de saúde bucal na gravidez. **Rev. Odontol. UNESP**, Araraquara, v. 40, n. 4, p. 161-165, 2011.

GONÇALVES, M. L. C. et al. Perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas assistidas no município de Iguatu – CE. **Rev. Bras. Promoç Saúde**, v. 25, n. 2, p. 33-9, 2012.

HORTA, N. C. et al. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 4, 2009.

HUEBNER, C. E. et al. Providing dental care to pregnant patients: A survey of Oregon general dentists. **JADA**, v. 140, n. 2, p. 211-222, 2009.

KASSADA, D. S.; MARCON S. S.; WAIDMAN, M. A. P. **Percepções e práticas de gestantes atendidas na atenção primária frente ao uso de drogas**. Esc. Anna Nery, v. 18, n. 3, Rio de Janeiro, 2014.

LAMARCA, Gabriela de Almeida; LEAL, Maria Do Carmo; SHEIHAM, Aubrey; VETTORE, M. V. The association of neighbourhood and individual social capital with consistent self-rated health: a longitudinal study in Brazilian pregnant and postpartum women. **BMC Pregnancy and Childbirth** (Online), v. 13, p. 1, 2013.

LAUREN, P. H.; YOUNT, S. M. Oral Health and Oral Health Care Practices Among Low-Income pregnant Woman. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 56, n. 2, March/April 2011.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, sócio-demográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, p. 100-107, jan. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100013>. Acesso em: 20 nov. 2014.

LEAVELL, S., CLARCK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LUPTON, D. **The Imperative of Health: public health and the regulated body**. Londres: Sage, 1995.

LIN, D. L.; HARRISON, R.; ALEKSEJUNIENSE, J. Can a prenatal dental public health program make a difference? **J Can Dent Assoc**, v. 77, n. b32, 2011.

MACINKO, J., HARRIS, M. J. A.; PHIL, B. S. Brazil's Family Health Strategy – Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. **N Engl J Med**. v. 372, p. 2177-81, 2015.

MASSONI, A. C. L. T. et al. Conhecimento de gestantes sobre a saúde bucal dos bebês. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 13, n. 1, p. 41-47, 2009.

MELO, N. S. F. O. et al. Hábitos alimentares e de higiene oral influenciando a saúde bucal da gestante. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 189-97, 2007.

MENDONZA-SASSI, R. A. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades de Estratégia de Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da região Sul do Brasil. **Cadernos de saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. Brasília, 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/cadernos_atencao_basica.pdf.2012>. Acesso em: 14 jun. 2014.

_____. **Caderno de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal – Biblioteca Virtual em Saúde.** Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude_bucal>. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. **Caderno de Educação Popular e Saúde.** Brasília, 2007. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em: 14 jun. 2014.

_____. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília, 2004. Disponível em: <www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>. Acesso em: 20 jun. 2014.

_____. **Estratégia Saúde da Família.** Brasília, 2012b. Portal da Saúde. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br>>. Acesso em: 6 jul. 2015.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2006. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

_____. **Programa de Humanização do Parto: Humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2014.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Análise da dieta e condição de saúde bucal em pacientes gestantes. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 10, n. 3, p. 357-363, 2010.

NASCIMENTO, V. C. et al. Associação entre as orientações pré-natais em aleitamento materno e a satisfação com o apoio para amamentar. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v. 13, n. 2, p. 147-159, abr./jun. 2013.

ORNOY, A.; ERGAZ, Z. Alcohol abuse in pregnant woman: effects on the fetus and newborn, mode of action and maternal treatment. **Int J Environ Res Public Health**, v. 7, n. 2, p. 364-79, Feb. 2010.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet Journal**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, May. 2011.

PEREIRA, R. S. V. et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**. v. 26, n. 12, p. 2343-2354, 2010.

PICCINI, R. X. et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. v. 7, p. 75-82, 2007.

POLGLIANE, R. B.S. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 1999-10, 2014.

VITÓRIA (Município). **Grupo de gestantes recebem orientação sobre aleitamento materno**. Vitória, 2011. Disponível em: <www.vitoria.es.gov.br/noticias/noticia-6484>. Acesso: 20 jul. 2014.

BASTOS, J. R. M.; PERES, S. H. C. S.; RAMIRES, I. Educação para a saúde. In: _____. **Odontologia em saúde coletiva**: Planejando ações e promovendo saúde. São Paulo: Artmed, 2003. Cap. 6, p. 117-139.

FAIRBANK, L. et al. A Systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. **Health Technol Assess**, v. 4, n. 25, 2000.

PERES, K. G. A.; BASTOS, J.R.M.; LATORRE, M. R. D. O. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 402-8, 2000.

PETERSEN A. Risk governance and the New Public Health. In: Petersen & R Bunton (eds.). **Foucault, health and medicine**. Londres: Routledge, pp. 188-306, 1997.

PINTO, V. G. Educação em Saúde Bucal. In: _____. **Saúde Bucal Coletiva**. 4. ed. São Paulo: Santos, 2000. Cap. 10, p. 311-317.

REIS, D. M. et al. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, 2010.

ROECKER, S.; BUDÓ, M. L.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, São Paulo, 2012.

ROSA, P. C. et al. Indicadores de saúde bucal de gestantes vinculadas ao programa de pré-natal em duas unidades básicas em Porto Alegre/RS. **Arquivos em Odontologia**, v. 43, n. 1, 2007.

SADDKI, N.; YUSOFF, A.; HWANG, L. Y. Factors associated with dental visit and barriers to utilisation of oral health care services in a sample of antenatal mothers in Hospital Universiti Sains Malaysia. **BMC Public Health**, v. 10, n. 75, 2010.

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

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Nascendo e crescendo com saúde bucal** - Atenção à saúde da gestante e da criança (Projeto Cárie Zero). São Paulo, 2007.

SHEIHAM, A.; MOISÉS, S.J. O papel dos profissionais de saúde na promoção de saúde. In: BUISCHI, Y. P. **Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica**. Artes Médicas, EAP - APCD, 2000. cap. 2, p. 23-27.

TONELLO, A. S. et al. Assessment of oral health status of pregnant women participating in a family health program in the city of Lucas do Rio Verde - MT – Brazil. **Braz J Oral Sci**, Bauru, v. 6, n. 20, p. 1265-1268, 2007.

TREVISAN, M. R. et al. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **RBGO**, v. 24, n. 5, p. 293-99, 2002.

UNFER, B.; SALIBA, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 32, p. 190-195, 2000.

World Health Organization (WHO). Department of nutrition for health and development and Department of child and adolescent health and development. **The optimal duration of exclusive breastfeeding reported in expert consultation**. Geneva: WHO; 2002.

ZANATA, R. L. et al. Effect of caries preventive measures directed to expectant mothers on caries experience in their children. **Braz Dent J.**, v. 14, n. 2, p. 75-81, 2003.

ZANATA, R. L., FERNANDES, K. B., NAVARRO, P. S. L. Pré-natal dental care: evaluation of professional knowledge of obstetricians and dentists in the cities of Londrina/PR and Bauru/SP, Brazil, 2004. **J Appl Oral Sci.**, v. 16, n. 3, p. 194-200, 2008.

ZUCHETTO, G. **Saúde Bucal da Gestante**: intervenção realizada na Estratégia Saúde da Família 3 no município de Sobradinho-RS. Texto Disponibilizado em 13 set. 2012. Disponível em: <<http://www.novo.atencao.org.br>>. Acesso em: 14 out. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Artigo Científico

Atividades educativas em saúde bucal no acompanhamento pré-natal

Resumo

Objetivo. Verificar os fatores associados à realização das atividades educativas em saúde bucal durante o acompanhamento pré-natal na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. **Metodologia.** Os dados utilizados foram provenientes de um estudo transversal realizado em 2010, com 1.035 puérperas em maternidades públicas ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde. Realizaram-se análises estatísticas, como o teste Qui-quadrado, para testar a associação entre “*a puérpera ter recebido atividades educativas por meio de reuniões e/ou grupo de gestante na unidade de saúde e/ou por meio de visita domiciliar*” e outras variáveis independentes. Posteriormente, foi utilizada a análise de Regressão Logística Binomial para verificar os fatores intervenientes na realização das atividades educativas pela puérpera, considerando um nível de significância de 5%. **Resultados.** As informações mais recebidas das gestantes durante o pré-natal foram: “*a vantagem da amamentação exclusiva até os seis meses de vida*” (52,0%) e “*a importância de uma alimentação saudável para a criança*” (51,4%); e a menos recebida foi “*a importância do uso do flúor na saúde*” (18,9%). No modelo final de regressão, permaneceram a paridade, a modalidade de cobertura dos serviços de saúde e condições gerais de moradia ($p < 0,05$), como variáveis que interferem na realização de atividades educativas. **Conclusão.** A organização dos serviços de saúde nos moldes da Estratégia em Saúde da Família é fator importante para realização de atividades educativas, enquanto a multiparidade e melhores condições gerais de moradia são fatores limitantes.

Palavras-chave: Saúde materno-infantil; Educação pré-natal; Sistema Único de Saúde; Saúde da família.

Abstract

Educational activities on oral health during prenatal care

Objective. To verify the factors associated with the implementation of educational activities on oral health during prenatal care in the Metropolitan Region of Greater Vitoria, Espirito Santo. **Methodology.** The data was derived from a cross-sectional study conducted in 2010, utilizing a sample of 1,035 puerperae who were interviewed during the postpartum period in public midwifery practices or associated with the Sistema Único de Saúde (SUS); or the “National Health System (SUS).” A descriptive analysis of the data was performed and a Chi-square test was utilized to test the correlation between “the puerpera who received educational activities through meetings and/or gestational groups at the clinic and/or through home visits” and proximal, intermediate, and distal variables. Subsequently, a Binomial Logistic Regression was utilized to verify the intervenient factors in the implementation of educational activities by the puerpera, considering a significance level of 5%. **Results.** The most widely received information by the pregnant women during prenatal care was: “the advantages of exclusive breast feeding until the age of six months” (52%) and “the importance of a healthy diet for the child” (51.4%) and the least received was “the importance of fluoride use on health” (18.9%). In the Binomial Logistic Regression, the number of prenatal appointments, the modality of health services coverage and overall living conditions ($p < 0.05$) remained in the final model. **Conclusion.** The organization of the services, as in the quality of attention given to patients described by the Family Healthy Strategy, is an important factor for the implementation of educational activities. However, multiparity and improved overall living conditions are limiting factors.

Keywords: Maternal-Infant Health; Prenatal Education; Unique Health System; Family Health.

Introdução

A gravidez é caracterizada como um período de mudanças físicas e emocionais que determinam o acompanhamento pré-natal, com a prioridade do acolhimento à mulher, o oferecimento de respostas e de apoio aos sentimentos e dúvidas¹; tendo como objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação, o que permite o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna².

Durante a gestação, a mulher está mais receptiva e disposta a adquirir novos conhecimentos, bem como incorporar novas atitudes, modificando certos hábitos que possam influenciar a sua saúde e o desenvolvimento do bebê. Dessa forma, as gestantes tornam-se parte de um grupo estratégico para a educação em saúde por incorporar informações sobre saúde melhor do que em qualquer outro período de sua vida^{2,3}.

A educação em saúde pode ser um processo que induz à mudança de comportamento relativo saúde. Ela possibilita ferramentas básicas ao usuário dos serviços de saúde para a mudança de hábitos, apoiando-se na conquista de sua autonomia, que se constitui de ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, incluindo fatores de risco e de proteção à saúde, inclusive a bucal⁴.

É importante que tal prática educativa seja realizada de forma multidisciplinar, de modo a garantir a introdução de hábitos saudáveis desde o início da gestação, seja de forma individual e/ou coletiva, por meio de grupos de gestantes, sala de espera, intervenções comunitárias e outros². De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil⁴, os conteúdos sugeridos para serem abordados pelas equipes multidisciplinares nas práticas educativas na atenção ao pré-natal de baixo risco seriam principalmente: o incentivo ao aleitamento materno, ao parto normal e aos hábitos saudáveis da vida; a identificação de sinais de alarme na gravidez e o reconhecimento do trabalho de parto; os cuidados com o recém-nascido; a importância do acompanhamento pré-natal, da consulta do puerpério e do planejamento familiar; os direitos da gestante e do

pai; os riscos do tabagismo; do álcool e de outras drogas; e o uso de medicações na gestação. Embora a compreensão de tais informações seja essencial à gestante, não se pode negar a necessidade de se trabalhar outras informações também relevantes.

No acompanhamento pré-natal, há a necessidade do papel do cirurgião-dentista no desenvolvimento de atividades educativas e de apoio à gestante e a seus familiares, como: acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o futuro bebê, enfatizando a importância da amamentação na dentição e no desenvolvimento dos aparelhos fonador, respiratório e digestivo da criança; orientar a mulher sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal; orientar sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico⁴. O objetivo é desmistificar as crenças populares e instaurar hábitos saudáveis de dieta e higiene bucal^{5,6}.

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi verificar os fatores associados à realização de atividades educativas em saúde bucal durante o acompanhamento pré-natal na Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), Espírito Santo (ES), Brasil.

Metodologia

Neste estudo, foram utilizados dados provenientes de um estudo transversal realizado na RMGV-ES intitulado: “Avaliação da qualidade na assistência pré-natal na Região Metropolitana da Grande Vitória: acesso e integração dos serviços de saúde”, entre de abril e setembro de 2010⁷.

A amostra desse estudo transversal foi composta por 1.035 puérperas que se internaram em maternidades públicas ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), localizadas na Região Metropolitana da Grande Vitória (ES), por ocasião do parto.

Foram selecionados e treinados sete entrevistadores que visitavam pelo menos uma vez na semana todas as oito maternidades incluídas no estudo. Os dados foram coletados por meio de

entrevistas face a face com as puérperas que realizaram todo o pré-natal no SUS da RMGV-ES, as quais se encontravam nas maternidades públicas ou conveniadas, no momento do pós-parto imediato.

As variáveis do estudo foram construídas a partir dos dados preenchidos nos formulários, que se referiam às atividades educativas (variáveis dependentes), às características individuais (variáveis proximais), à oferta de serviços de saúde (variáveis intermediárias) e aos dados do contexto (variáveis distais), conforme proposto por Victoria e outros⁸ Considerou-se que todas as informações repassadas às gestantes pelos profissionais durante o pré-natal ocorreram por meio de atividades educativas: individuais ou coletivas, sendo que tais informações poderiam ter sido transmitidas no momento da consulta individual ou em reuniões de grupos.

No nível educativo, investigou-se se algum profissional de saúde orientou (sim/não) sobre: amamentação exclusiva por seis meses, amamentação por dois anos ou mais, prejuízos do uso de mamadeira e de chupetas para a saúde da criança, relação positiva entre amamentação e desenvolvimento dos músculos, dos ossos e dos dentes, efeitos benéficos da amamentação para a prevenção de doenças respiratórias, higiene bucal materna e infantil, alimentação saudável, uso de flúor. Registrou-se também se a puérpera havia recebido atividade educativa individual e/ou coletiva.

Quanto às variáveis individuais e contextuais, investigou-se sobre apoio familiar (tem companheiro/não tem companheiro), idade (anos completos – até 34 anos/35 anos ou mais), nível socioeconômico (classificação ABEP⁹ – D/E, C1/C2, B1/B2, A1/A2), escolaridade (ensino fundamental, médio ou superior), trabalho materno (sim/não), acesso aos serviços de saúde (até 5 consultas/6 ou mais consultas), modalidade do serviço de saúde (Unidade Básica de Saúde-UBS/Programa de Agentes Comunitários em Saúde-PACS/Unidade de Saúde da Família-USF), doenças ou intercorrências na gestação (não/sim), tentativa de aborto na gestação (não/sim), hábitos comportamentais de psicoativos (não/sim), condições internas de

moradia (aglomeração humana domiciliar excessiva = mais de 2 moradores por cômodo/menor ou igual a 2 moradores por cômodo; piso revestido = ausência/presença; tipo de material para parede = argila, palha, madeira, plástico ou metal/cimento, tijolo, pedra), condições externas de moradia (sistema de esgoto = ausência/presença; valão a céu aberto na rua do domicílio = presença/ausência) e condições gerais de moradia (adequada/inadequada/altamente inadequada).

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), aprovada sob o registro nº 093/2009. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelas participantes.

A análise estatística foi realizada pela revisão e adequação do banco de dados digitado no programa *SPSS for Windows* 16.0, selecionando-se as variáveis de interesse. Em seguida, realizou-se a estatística descritiva de todas as variáveis com frequências absolutas e relativas, além do cálculo dos intervalos de confiança (95%). Já a estatística inferencial considerou um nível de significância de 20% para os testes Qui-quadrado e/ou Exato de Fischer, para posteriormente transferir as variáveis com significância menor que 0,20 para o modelo de Regressão Logística Binomial.

Após verificar os níveis de associação, utilizou-se na regressão, como variável dependente, “*a puérpera ter recebido atividades educativas por meio de reuniões e/ou grupo de gestante na unidade de saúde e/ou por meio de visita domiciliar*”, e como variáveis independentes, àquelas relacionadas aos fatores intervenientes, como: condições externas de moradia, número de consultas pré-natais, cobertura dos serviços de saúde, paridade, doenças (intercorrências) na gestação, hábitos comportamentais com uso de psicoativos e tentativa de aborto na gestação; com nível de significância de 5% no modelo final.

Resultados

No que se refere às variáveis individuais e contextuais, das 1.035 puérperas entrevistadas, 80,7% viviam com o companheiro, sendo que 90% dos pais dos bebês ficaram satisfeitos com a gestação. A idade mais prevalente das mulheres foi de 10 a 34 anos, com 92,4%. Na época da gestação, 71,6% das puérperas não tinham emprego e 49,0% tinham o ensino fundamental completo, seguido de 47,5% com ensino médio.

De acordo com a classificação econômica da ABEP⁹, 64,2% das puérperas eram da classe C, seguida de 30,7% da classe D/E. Quanto ao número de gestações anteriores, o estudo revelou que 63,4% eram multíparas. Em relação à cobertura dos serviços de saúde, 47,8% realizaram acompanhamento pré-natal em UBS, e 35,9% em Estratégia da Saúde da Família (ESF). Quanto ao número de consultas, 59,7% realizaram seis ou mais consultas.

Com relação ao acompanhamento pré-natal, das 1.035 puérperas entrevistadas, 29 (2,8%) declararam não ter recebido acompanhamento pré-natal, porém quatro delas disseram ter recebido algum tipo de informação sobre aleitamento materno, saúde bucal ou alimentação saudável durante o período gestacional por um profissional da saúde. Apenas cerca de 40% das puérperas (427) receberam de cinco a dez informações, daquelas destacadas na Tabela 1.

Entre as informações mais recebidas pelas puérperas, encontram-se: a vantagem da amamentação exclusiva no peito até os seis meses (52,0%), a importância de uma alimentação saudável (51,4%) e iniciar a amamentação dentro da primeira hora de vida (49,0%). Das informações menos recebidas, destacam-se: uso do flúor (18,9%) e recebimento de informações por meio de reuniões de grupo e/ou visita domiciliar (25,0%). A ausência de informação para algumas variáveis nos formulários de entrevista justifica a variação nos totais na Tabela 1.

Na Tabela 2, encontram-se as associações de variáveis individuais e contextuais com o fato de a puérpera ter recebido ou não informações por meio de reunião de grupo e/ou visita domiciliar. Entre as variáveis com nível de significância menor que 5%, destacam-se: número de consultas ($p=0,002$), cobertura dos serviços de saúde ($p=0,000$), usou algum tipo de droga ($p=0,026$) e condições externas de moradia ($p=0,003$). Contudo, na Regressão Logística Binomial, foram utilizadas as variáveis com nível de significância menor que 20%, sendo elas: número de consultas ($p=0,002$), paridade ($p=0,169$), cobertura dos serviços de saúde ($p=0,000$), usou algum tipo de droga ($p=0,026$), condições externas de moradia ($p=0,003$) e condições gerais de moradia ($p=0,133$). Com relação a esta última variável, adotou-se apenas a variável “condições gerais de moradia”, visto que ela já incorpora as condições externas de moradia.

O modelo final da Regressão Logística Binomial encontra-se na Tabela 3, com destaque para as variáveis que se mantiveram estatisticamente significantes: “paridade”, “cobertura dos serviços de saúde” e “condições gerais de moradia”. Nesse modelo, verifica-se que, quando a mulher é múltipara, há diminuição em 30% das chances de realizar atividade educativa. O mesmo ocorre quando as condições de moradia são adequadas (redução de 60%). Com relação à cobertura dos serviços de saúde, quando há cobertura de ESF as chances de realizar atividade educativa no pré-natal aumentam 48%.

Discussão

O perfil socioeconômico da população estudada mostrou-se similar ao observado por outros autores em estudos conduzidos no setor público no Brasil¹⁰⁻¹², predominando mulheres em união conjugal, com menor escolaridade formal e renda familiar *per capita*.

Com relação ao acompanhamento pré-natal, neste estudo, a maioria das mulheres realizou mais de cinco consultas e somente 2,8% declararam não ter recebido acompanhamento pré-natal. Semelhante, portanto, ao que foi observado por Gonçalves e outros¹⁰ e Carvalho e

Araújo¹¹, em que o número médio de consultas no pré-natal foi de 7,5 e 5,3 consultas, respectivamente, com um percentual inferior a 5% de mulheres que não realizaram acompanhamento pré-natal.

Mesmo que 29 (2,8%) das 1.035 puérperas entrevistadas tenham declarado não ter recebido acompanhamento pré-natal, foi observado que, no momento do pós-parto, a maioria das mulheres não se recorda das informações repassadas no pré-natal. Deve-se reconhecer que dois aspectos podem estar envolvidos. Ou a mulher recebeu as informações no pré-natal, sem que o processo educativo fosse eficaz, de modo a não conseguir retomar à memória informações repassadas, ou realmente as atividades educativas não foram realizadas em momento algum, indicando que a assistência pré-natal ateu-se às consultas médicas. Isso também foi apontado no estudo de Carvalho e Araújo¹¹, em que somente uma pequena proporção de mulheres (17,8%) teve o pré-natal adequado. Tais resultados podem estar refletindo dificuldades na implementação do programa nos serviços de saúde.

Há anos os serviços de saúde do Brasil vêm ofertando a assistência pré-natal quase que exclusivamente vinculada à consulta médica individual, sem que a gestante tenha a oportunidade de participar de atividades educativas, comumente representadas por grupos de educação/informação em saúde¹³. Assim, pode ser que a gestação seja conduzida de modo intervencionista, tornando a assistência e as atividades educativas fragmentadas, sem que a realidade da mulher gestante seja tratada na sua integralidade¹⁴.

O Ministério da Saúde do Brasil salienta que ações educativas, vinculadas ao pré-natal, são fundamentais para que a gestante possa adquirir conhecimentos que visem a uma melhor compreensão do processo gestacional. Entretanto, cerca de 40% das puérperas (427) receberam de cinco a dez informações educativas durante o pré-natal, conforme a matriz de avaliação deste estudo. Gonçalves e outros¹⁰ também observaram que apenas 49 (27,5%) de suas entrevistadas afirmaram ter participado de alguma atividade educativa durante o pré-

natal. Assim como na pesquisa realizada por Carvalho e Araújo¹¹, em que apenas uma reduzida proporção de mulheres referiu ter participado de palestras educativas ou ter recebido alguma orientação individual.

À semelhança da pesquisa realizada por Carvalho e Araújo¹¹, o tema mais abordado no pré-natal foi o aleitamento materno, mostrando que as atividades educativas realizadas na assistência pré-natal permanecem com uma postura tradicionalista. Pereira e outros¹⁵ observaram que informações sobre amamentação foram repassadas na consulta para 76,2% das mães, e em grupo, para 31,9%. Já 72,4% das mães relataram que receberam informação sobre amamentação exclusiva e 85,8% das mães receberam de 1 a 5 orientações sobre aleitamento materno. Nota-se que as informações que são comuns a outros campos de atuação profissional e disciplinar obtêm maior frequência de relato pelas puérperas. No caso deste estudo, “informações sobre aleitamento materno exclusivo até os seis meses” alcançou uma frequência maior que 50% em detrimento de outras informações como saúde bucal.

No entanto, a orientação sobre amamentação tem um significado especial porque predispõe a gestante ao aleitamento exclusivo, obtendo assim benefícios nutricionais e diminuindo a morbimortalidade da criança. O recomendável seria que todas as gestantes fossem orientadas, uma vez que, desde a década de 1980, há um esforço por parte da Organização Mundial de Saúde, juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância, visando promover e apoiar o aleitamento materno¹⁶.

Outros assuntos importantes foram abordados no pré-natal, sobretudo com menor frequência, a exemplo do uso de flúor, em que há uma grande especificidade com o campo das disciplinas da odontologia. O percentual de informações sobre ele não chegou a 20%, indicando que as atividades educativas ainda são pouco realizadas pela equipe de saúde bucal no pré-natal.

No estudo de Garbin e outros¹⁷, 80% das gestantes entrevistadas não receberam informações sobre saúde bucal durante a gestação. Assim como foi observado na pesquisa realizada com

gestantes cadastradas no programa de pré-natal em UBS do município de Londrina, Paraná, Brasil, uma alta proporção de gestantes não recebeu orientação sobre cuidados relativos à sua própria saúde bucal (87,3%) ou a de seu filho (78,4%)¹⁸. Tal resultado difere dos achados no presente estudo, que encontrou 37,3% e 33,9% para informações que as puérperas receberam para estas variáveis, respectivamente. Contudo, foram assuntos menos abordados.

A oportunidade educativa no pré-natal deve ser bem aproveitada, pois a maioria das doenças bucais na gravidez pode ser prevenida ou amenizada com a instituição de um programa rigoroso de educação em saúde, com ênfase na promoção de saúde, hábitos de higiene bucal, remoção de placa e cálculo dental, que só terá êxito se contar com a colaboração da paciente e esta tiver a necessária motivação para realizar mudanças de comportamento incentivadas pelo profissional de saúde¹⁹. Contudo, deve-se ressaltar que pode haver fatores intervenientes que favoreçam ou dificultem a participação das gestantes nas atividades educativas.

Baseados nessa premissa, o presente estudo, ao testar diferentes variáveis individuais e contextuais que podem interferir positiva ou negativamente nesse resultado, descobriu que a realização de seis ou mais consultas oferece às gestantes maiores chances de acesso às atividades educativas durante o acompanhamento pré-natal, seja esta individual e/ou em grupo, na unidade de saúde e/ou na visita domiciliar. Contudo, essa variável não permaneceu com significância estatística no modelo final de Regressão Logística.

O número de consultas durante o pré-natal e o espaçamento entre elas são questionáveis, o que fomenta uma discussão sobre o número ideal de consultas que assegure uma assistência de qualidade, que não comprometa a saúde materna e do embrião/feto e que gere maior satisfação para a gestante²⁰. Anversa e outros²¹ conduziram uma pesquisa com puérperas que realizaram o pré-natal nas unidades de saúde do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, e também evidenciaram a necessidade de outro olhar para a qualidade do pré-natal, além do início e do número de consultas.

Já no estudo realizado por Santos-Neto e outros⁷, a alta prevalência de realização de consultas pré-natais e a quantidade de consultas totais no primeiro e no terceiro trimestre foram fundamentais para condicionar uma assistência odontológica adequada. Os autores puderam sugerir que a assistência produzida por outros profissionais, médicos e equipe de enfermagem reforça a atenção odontológica. Dessa forma, o entrelaçamento entre as práticas profissionais torna-se fundamental para a produção do cuidado pré-natal qualificado.

Também pode ser observado, no que tange à cobertura de serviço, que a realização do acompanhamento pré-natal na ESF aumenta as chances de acesso às atividades educativas. De acordo com Anversa e outros²¹, as gestantes que foram atendidas pela Estratégia receberam mais orientações durante a gestação e foram mais examinadas fisicamente. Esses resultados reforçam a importância da ESF como modelo de organização da atenção, constituindo-se em um modelo mais efetivo, devendo ser ajustado em seus pontos desfavoráveis e ampliado como forma de proporcionar o fortalecimento para reorganização da atenção primária à saúde no Brasil. Bulgareli e outros²², ao avaliarem a resolutividade da modalidade USF frente à UBS, constataram uma maior resolutividade da primeira, destacando a organização do processo de trabalho e a produção do cuidado, que estão diretamente ligadas à concepção de trabalho e à subjetividade de cada profissional e usuário, e que pode impactar diretamente no processo de produção em saúde e cuidado das pessoas.

Evidências sugerem que as equipes das USFs proporcionam um melhor acesso ao sistema de saúde pública e qualidade da atenção, e resultam em maior satisfação do usuário, quando comparadas aos postos e centros de saúde tradicionais, ou até mesmo algumas unidades de cuidado de saúde do setor privado²³. Nesses serviços, orientações comunitárias e familiares são alcançadas por meio de visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde e do trabalho com as escolas e organizações comunitárias²³.

Outro resultado obtido na pesquisa, por meio da associação das variáveis individuais e contextuais com o fato de a gestante receber informações no pré-natal, tem relação à paridade: a mulher, sendo múltipara, funcionaria como um fator predisponente para a não realização de atividades educativas. Tal resultado se assemelha com o de Trevisan e outros¹²: quanto maior a paridade, menor a adesão da mulher ao pré-natal. Isso pode ser explicado pela possibilidade de a mulher se achar mais experiente depois de passar por outras gestações, prescindindo de atenção pré-natal¹². De acordo com o estudo de Rosa, Siqueira e Costa²⁴, as mulheres múltiparas apresentaram risco duas vezes maior para não realização de pré-natal, comparadas às primíparas. Aquelas mulheres tendem a não realizar pré-natal, sobretudo por falta de apoio familiar, contexto social adverso, experiências negativas de atendimento e concepções de descrédito.

Além desses resultados obtidos, houve uma associação positiva entre melhores condições de moradia com uma menor frequência de realização de atividade educativa no pré-natal. O fato poderia ser explicado pela melhor condição socioeconômica desta puérpera, que possivelmente possui um emprego, o que poderia se constituir como barreira para o acesso às atividades educativas. Nota-se que as áreas com baixas condições socioeconômicas são as que possuem maior cobertura de ESF e, portanto, são as que apresentam piores condições de moradia. Já as áreas com melhores condições socioeconômicas são as que têm menor cobertura de ESF e que apresentam melhores condições de moradia, o que acarreta a possibilidade de essas mulheres terem mais oportunidades de ocupação, deixando de realizar atividades educativas no pré-natal.

Deve-se considerar, neste estudo, a presença de algumas limitações, como dificuldade na obtenção de respostas totalmente fidedignas concedidas ao preenchimento do formulário de pesquisa pelas puérperas no pós-parto, visto que elas poderiam responder positivamente sobre

informações que receberam em acompanhamento pré-natal de filhos anteriores ou adquiridas por meio da experiência (pessoal e familiar) ou dos meios de comunicação.

Conclusão

Este estudo gera a reflexão sobre as práticas educativas durante o processo de assistência pré-natal, evidenciando que existem fatores intervenientes que podem favorecer ou dificultar o acesso da gestante às informações qualificadas de saúde, como a cobertura dos serviços, a paridade e as condições gerais de moradia.

Apesar da existência desses fatores, a USF destaca-se como o modelo de atenção à saúde pública no Brasil onde as práticas educativas encontram uma realidade mais propícia de ocorrerem de modo que atinjam o público das gestantes, possibilitando a incorporação de práticas saudáveis por toda a vida das mulheres, aumentando a corresponsabilização pela saúde entre profissionais e usuárias, impulsionando a crescente autonomia quanto ao autocuidado e favorecendo a qualidade da assistência pré-natal.

Contudo, há a necessidade de integração dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional de atenção à gestante no pré-natal, com expansão da odontologia, a fim de promover a integralidade na oferta de serviços públicos de saúde, fornecendo respostas mais adequadas às necessidades de saúde das gestantes, sem perder o foco de que as ações educativas são facilitadoras para o despertar de uma assistência pré-natal mais participativa e humanizada, que repercuta na qualidade de vida das usuárias.

Além disso, os resultados deste estudo poderão subsidiar a reorientação ou adaptação das políticas de saúde, com ampliação do acesso das gestantes às atividades educativas e com desenvolvimento de programas preventivos/educativos.

Referências

1. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
2. Rosa PC et al. Indicadores de saúde bucal de gestantes vinculadas ao programa de pré-natal em duas unidades básicas em Porto Alegre/RS. *Arquivos em Odontologia*. 2007;43(1):36-3.
3. Moimaz SAS et al. Análise da dieta e condição de saúde bucal em pacientes gestantes. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2010;10(3):357-63.
4. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
5. Moreira PVL, Chaves AMB, Nóbrega MSG. Uma atuação multidisciplinar relacionada à promoção de saúde oral materno-infantil. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2004;4(3):259-64.
6. Braz G, Machado FC, Oliveira AS, Otenio CCM, Alves RT, Ribeiro RA. A experiência de um programa de atenção à saúde bucal no atendimento à gestante. *HU Revista*. 2010;36(4):324-32.
7. Santos Neto ET et al. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2012;17(11):3057-68.
8. Victora CG et al. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International Journal of Epidemiology*. 1997;26(1):224-27.
9. Associação brasileira de empresas de pesquisa (abep). Critério de classificação econômica Brasil 2014 – Base LSE 2012. Disponível em: <http://www.abep.org/new/critérioBrasil.aspx.pdf>.2012. Acesso em 14 de jun. 2014.
10. Gonçalves et al. Perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas assistidas no município de Iguatu – CE. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2012;25(2 Supl):33-9.
11. Carvalho VCP, Araújo TVB. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2007;(3):309-17.
12. Trevisan MR, Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *RBGO*. 2002;24(5):293-99.
13. Figueiredo PP, Rossoni E. O acesso à assistência pré-natal na atenção básica à saúde sob a ótica das gestantes. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008;29(2):238-45.
14. Delfino MRR et al. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9(4):1057-66.

15. Pereira RSV et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Cad. Saúde Pública*. 2010;26(12):2343-2354.
16. World health organization (WHO). Department of nutrition for health and development Department of child and adolescent health and development. The optimal duration of exclusive breastfeeding report of an expert consultation. Geneva: WHO; 2002.
17. Garbin CAS et al. Saúde coletiva: promoção de saúde bucal na gravidez. *Rev Odontol UNESP*. 2011;40(4):161-65.
18. Catarin RFZ, Andrade SM, Iwakura MLH. Conhecimentos, práticas e acesso a atenção à saúde bucal durante a gravidez. *Revista Espaço para a Saúde*. 2008;10(1):16-24.
19. Moimaz SAS et al. Análise da dieta e condição de saúde bucal em pacientes gestantes. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2010;10(3):357-63.
20. Polgliane RBS et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(7):1999-10
21. Anversa et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012;4:789-800.
22. Bulgareli J. et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2014;19(2):383-91.
23. Macinko J, Harris MJA, Phil BS. Brazil's Family Health Strategy – Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med*. 2015;372:2177-81.
24. Rosa CQ, Silveira DS, Costa JSD. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(6):977-84.

Tabela 1 – Descrição das variáveis educativas recebidas durante o pré-natal. Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2010.

Variáveis educativas	Total (% válido)	Sim (N)	%	Intervalo de confiança (95%)	
				Mínimo	Máximo
Iniciar a amamentação dentro da 1ª hora de vida	1009	494	49,0	46,0	52,0
Resolver problemas com relação à amamentação	1009	394	39,0	36,0	42,0
Posição da criança e da mãe para o aleitamento	1010	392	38,8	36,0	42,0
Como extrair o leite do peito	1010	378	37,4	34,0	40,0
Vantagem da amamentação exclusiva até os 6 meses	1010	525	52,0	49,0	55,0
Continuar amamentando até os 2 anos	1010	412	40,8	38,0	44,0
Amamentar sem horário marcado	1009	439	43,5	40,0	46,0
Sugar o peito para produzir leite	1009	477	47,3	44,0	50,0
Prejuízo do uso da mamadeira	1009	380	37,7	35,0	41,0
Prejuízo do uso da chupeta ou bico artificial	1010	377	37,3	34,0	40,0
Amamentar para o bom desenvolvimento dos ossos, músculos e dentes	1010	423	41,9	39,0	45,0
Amamentar para prevenir problemas respiratórios	1010	402	39,8	37,0	43,0
Importância da limpeza da boca da mãe	1010	377	37,3	34,0	40,0
Importância da limpeza da boca da criança	1010	342	33,9	31,0	37,0
Importância da alimentação saudável	1010	519	51,4	48,0	54,0
Uso do flúor	1010	191	18,9	17,0	21,0
Alterações na gengiva devido à gravidez	1010	298	29,5	27,0	32,0
Atividades educativas por meio de reunião ou visita domiciliar	1011	253	25,0	22,0	28,0
Recebeu de 5 a 10 informações educativas	1012	427	42,2	39,0	45,0

Fonte: Elaboração própria (2015).

Tabela 2 – Associação entre variáveis individuais e contextuais e variável educativa relacionada à reunião de grupo e/ou visita domiciliar. Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2010.

Outras variáveis	Reunião de grupo e visita domiciliar				χ^2	p-valor
	Não		Sim			
	N	%	N	%		
(continua)						
Situação conjugal						
Vive com companheiro	608	74,4%	209	25,6%	0,723	0,697
Tem companheiro, mas não vive com ele	74	77,1%	22	22,9%		
Não tem companheiro	73	77,7%	21	22,3%		
O pai ficou satisfeito						
Não	68	75,6%	22	24,4%	0,030	0,863
Sim	680	74,7%	230	25,3%		
Quem é o chefe da família						
A própria mulher	82	74,5%	28	25,5%	1,156	0,561
O companheiro	505	75,7%	162	24,3%		
Outros	163	72,1%	63	27,9%		
Idade						
De 10 a 34 anos	701	75,2%	231	24,8%	0,448	0,503
35 ou mais anos	56	71,8%	22	28,2%		
Tem algum trabalho em que ganha dinheiro atualmente						
Não	540	75,1%	179	24,9%	0,004	0,950
Sim	218	74,9%	73	25,1%		
Classificação da escolaridade						
Analfabeta	05	100%	0	0%	2,00	0,571
Fundamental	367	75,5%	119	24,5%		
Médio	359	74,2%	125	25,8%		
Superior	21	72,4%	08	27,6%		
Classificação da escolaridade						
Fundamental/Analfabeta	372	75,8%	119	24,2%	0,426	0,808
Médio	359	74,2%	125	25,8%		
Superior	21	72,4%	08	27,6%		
Número de consultas						
De 0 a 5 consultas	311	80,6%	75	19,4%	10,059	0,002
6 ou mais consultas	440	71,7%	174	28,3%		

Tabela 2 – Associação entre variáveis individuais e contextuais e variável educativa relacionada à reunião de grupo e/ou visita domiciliar. Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2010.

Outras variáveis	Reunião de grupo e visita domiciliar				χ^2	p-valor
	Não		Sim			
	N	%	N	%		
(continuação)						
Classificação econômica geral						
D/E	212	78,8%	57	21,2%	2,698	0,260
C1/C2	409	73,7%	146	26,3%		
A/B	35	77,8%	10	22,2%		
Paridade						
Primípara	272	72,5%	103	27,5%	1,895	0,169
Múltipara	486	76,4%	150	23,6%		
Cobertura dos serviços de saúde						
UBS	397	78,3%	110	21,7%	18,883	0,000
PACS	114	82,6%	24	17,4%		
ESF	244	67,2%	119	32,8%		
Glicemia/diabetes						
Não	530	74,6%	180	25,4%	0,561	0,454
Sim	17	68,0%	08	32,0%		
Hipertensão						
Não	694	75,0%	231	25,0%	Fisher	0,2112
Sim	08	100%	0	0%		
Outras doenças						
Não	698	75,4%	228	24,6%	0,952	0,329
Sim	60	70,6%	25	29,4%		
Outras doenças						
Não	698	75,4%	228	24,6%	0,952	0,329
Sim	60	70,6%	25	29,4%		
Infecção de urina						
Não	414	76,0%	131	24,0%	0,108	0,742
Sim	115	74,7%	39	25,3%		
Anemia						
Não	401	73,2%	147	26,8%	1,220	0,269
Sim	121	77,6%	35	22,4%		
Gravidez considerada de risco						
Não	610	75,8%	195	24,2%	2,226	0,329
Sim, médio	37	77,1%	11	22,9%		
Sim, alto	106	70,2%	45	29,8%		

Tabela 2 – Associação entre variáveis individuais e contextuais e variável educativa relacionada à reunião de grupo e/ou visita domiciliar. Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2010.

Outras variáveis	Reunião de grupo e visita domiciliar				χ^2	p-valor
	Não		Sim			
	N	%	N	%		
(conclusão)						
Tentou interromper essa gravidez						
Sim	720	75,1%	239	24,9%	0,064	0,800
Não	36	73,5%	13	26,5%		
Uso de bebida alcoólica						
Não	686	74,6%	234	25,4%	0,816	0,366
Sim	71	78,9%	19	21,1%		
Você fumou durante a gravidez						
Não	667	74,9%	224	25,1%	0,053	0,817
Sim	91	75,8%	29	24,2%		
Usou algum tipo de droga						
Não	706	73,7%	252	26,3%	Fisher	0,026
Sim	14	100%	0	00%		
Condições internas de moradia						
Inadequada	118	75,6%	38	24,4%	0,065	0,798
Adequada	631	74,7	214	25,3%		
Condições externas de moradia						
Inadequada	161	83,4%	32	16,6%	8,985	0,003
Adequada	576	73,0%	213	27,0%		
Condições gerais de moradia						
Altamente inadequada	39	84,8%	07	15,2%	4,039	0,133
Inadequada	191	77,3%	56	22,7%		
Adequada	498	73,3%	181	26,7%		

Fonte: Elaboração própria (2015).

Tabela 3 – Regressão Logística Binomial* entre variáveis distais, intermediárias e distal e variável educativa relacionada à reunião de grupo e/ou visita domiciliar. Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2010.

		B	S.E.	Wald	df	p-valor	Odds Ratio	IC95%	
								Inferior	Superior
Paridade	0- Primípara						1,000		
	1- Multípara	-0,347	0,146	5,658	1	0,017	0,706	0,531	0,941
Cobertura serviços de saúde	0- Unidade Básica de Saúde						1,000		
	1- Programa de Agentes Comunitários	-0,358	0,250	2,046	1	0,153	0,699	0,428	1,142
	2- Estratégia em Saúde da Família	0,391	0,157	6,221	1	0,013	1,478	1,087	2,010
Condições gerais de moradia	0- Altamente inadequada						1,000		
	1- Inadequada	-0,965	0,197	24,078	1	0,000	0,381	0,259	0,560
	2- Adequada	-0,906	0,141	41,403	1	0,000	0,404	0,307	0,533

Fonte: Elaboração própria (2015).

*Modelo ajustado pela variável uso de droga.

APÊNDICE B – Solicitação de autorização para utilizar dados da pesquisa



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA**

CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAR OS DADOS DA PESQUISA

Ao Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto,

Tendo em vista a elaboração da minha dissertação de mestrado, como requisito da aprovação no Programa de Pós-graduação em Clínica Odontológica da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), solicito autorização para utilizar os dados da pesquisa "AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE VITÓRIA: ACESSO E INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde/UFES, sob protocolo nº 093/2009, em 04 de novembro de 2009.

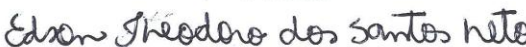
Vitória/ES, 29 de abril de 2013.


Flávia Carneiro Bastos de Souza Schwab

Eu, EDSON THEODORO DOS SANTOS NETO, autorizo a utilização dos dados da referida pesquisa para fins exclusivos da confecção da dissertação de mestrado e posterior publicação de artigo científico desde que conste minha participação.

Edson Theodoro dos Santos Neto
Departamento de Medicina Social
CCS/UFES - SIAPE: 1699235

Vitória/ES, 30 de abril de 2013.


Edson Theodoro dos Santos Neto

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação concedida pelo Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 05 de novembro de 2009.

Da: Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde


Para: Prof. Edson Theodoro dos Santos Neto
Pesquisador Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na região metropolitana da grande vitória: acesso e integração dos serviços de saúde”**

Senhora Pesquisadora,

Informamos a Vossa Senhoria que, o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa registrado no CEP com o nº 093/09, intitulado: **“Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na região metropolitana da grande vitória: acesso e integração dos serviços de saúde”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido acima, em Reunião Ordinária realizada em 04 de novembro de 2009.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,


Prof.^a Dr.^a Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES

ANEXO B – Formulário de coleta de dados

ENTREVISTA COM PARTURIENTES

FORMULÁRIO |__|__|__|__|

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Obs: Para todo o questionário, preencher as questões que “não se aplicam” com (88) e as questões que a puérpera “não sabe informar”, “não se lembra” ou “sem informação” com código (99).

I. IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO

Nome da Maternidade ou Hospital		__ __	
Entrevistador	__ __	Data da entrevista	__ __ / __ __ / __ __
Supervisor	__ __	Data da 1ª revisão	__ __ / __ __ / __ __
Revisor	__ __	Data da 2ª revisão	__ __ / __ __ / __ __
Digitador	__ __	Data da digitação	__ __ / __ __ / __ __

Iniciar após a assinatura do termo de consentimento...

II. DADOS DO PRONTUÁRIO MÉDICO

Qual a data do nascimento do bebê?	__ __ / __ __ / __ __	
Qual o tipo de parto?	1. Normal 2. Cesáreo	__
Qual o sexo do seu bebê?	1. Masculino 2. Feminino	__
Qual o peso ao nascer do seu bebê?	__ __ __ __	gramas
Com quantas semanas de gestação nasceu o bebê?	Método Capurro	__ __ sem.
Qual o comprimento do bebê? (anotar em cm)	__ __	
Óbito fetal	0. Não 1. Sim	__
Óbito Neonatal	0. Não 1. Sim	__
Cor do recém-nascido:	__	
1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda (morena/mulata) 5. Indígena		

III. DADOS DO CARTÃO DA GESTANTE

Possui cartão da gestante	0. Não (pule para 56) 1. Sim	__ __
Local onde realizou o acompanhamento pré-natal:	__ __	
Nome da Unidade de Saúde: _____		
00. Não realizou		
Com quantos meses de gravidez iniciou o pré-natal?	__ __	
Total de consultas de pré-natal registradas:	__ __	
Quantidade de consultas pré-natais nos três primeiros meses de gestação:	__ __	
Quantidade de consultas pré-natais do 4º ao 6º mês de gravidez?	__ __	
Quantidade de consultas pré-natais do 7º ao 9º mês de gravidez?	__ __	
Mês gestacional da última consulta de pré-natal:	__ __	
Problemas na gestação	0. Não 1. Sim	__ __

Hipertensão pré-gestacional	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensão gestacional (pré-eclâmpsia)	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes pré-gestacional	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes gestacional	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecção urinária	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras doenças	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual(is)?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizou medicamentos durante a gravidez?	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual(is)?						
Realização de exames na primeira consulta de pré-natal? (Sangue e Urina)						
ABO-Rh (tipo de sangue)	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VDRL	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urina (EAS)	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glicemia de jejum	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemoglobina/Hematócrito	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Testagem de HIV	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repetição de exames depois da 30ª semana de gravidez (depois do 7º mês)						
VDRL	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urina rotina	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glicemia de jejum	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomou a vacina anti-tetânica durante a gravidez?	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em quantas consultas a medida do peso materno foi realizada durante o pré-natal?						
Peso final da gestação: (anotar em Kg)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altura (em cm):			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em quantas consultas a medida da pressão arterial foi realizada durante o pré-natal?						
Em quantas consultas a verificação dos batimentos cardíacos fetais foi realizada durante o pré-natal?						
Em quantas consultas o exame de toque vaginal foi realizado durante o pré-natal?						
Classificação de risco da gravidez	1.Alto	2.Médio	0.Baixo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompanhamento específico no caso de gravidez de alto risco?	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

“Meu nome é... e você foi convidada a participar de uma pesquisa que avalia a qualidade da assistência pré-natal no sistema público de saúde da Grande Vitória e também de fatores sociais associados à integração dessa assistência. Eu gostaria de pedir alguns minutos de sua atenção.

IV. IDENTIFICAÇÃO DA PUÉRPERA E DO RECÉM-NASCIDO (PARTO ATUAL)

Horário de início da entrevista		:
Qual o seu nome completo?		
Qual a sua idade (anos completos)?		
Qual a sua data de nascimento?		/ /
Você morou no mesmo endereço durante toda a gestação?	0.Não 1. Sim	
A renda total da família foi a mesma durante toda a gestação?	0.Não 1. Sim	
O seu filho apresentou algum problema no nascimento?	0.Não 1. Sim	
Qual?		
Seu bebê nasceu com baixo peso?	0.Não 1. Sim	
Seu bebê nasceu prematuro?	0.Não 1. Sim	
Você já sabia onde iria ganhar o bebê?	0.Não 1. Sim	
Você conseguiu ter o bebê no local onde estava planejado?	0.Não 1. Sim	
Quando você sentiu as dores de parto foi atendida logo no primeiro hospital ou maternidade que procurou?	0.Não 1. Sim	
Se não, passou por quantas maternidades?		
Quando ficou grávida, você:	1. Estava querendo engravidar 2. Queria esperar mais um tempo 3. Não queria engravidar	
Depois que sobe da gravidez você ficou satisfeita?	0.Não 1.Sim	
E o pai do bebê, ficou satisfeito?	0.Não 1.Sim	
Você usou algum método para interromper a gravidez desse bebê?	0.Não 1.Sim	

V. ASSISTÊNCIA MÉDICA NO PRÉ-NATAL

Agora vamos falar um pouco sobre como foi o seu pré-natal...

Você realizou algum acompanhamento pré-natal?	0.Não (pule para 129) 1.Sim	
Com quantos meses de gravidez você começou o pré-natal?		
Quantas consultas de pré-natal você realizou?		
Quantas consultas de pré-natal você fez durante os três primeiros meses?		
Quantas consultas de pré-natal você fez dos 4 meses aos 6 meses de gravidez ?		
Quantas consultas de pré-natal você fez dos 7 meses aos 9 meses de gravidez?		
Até que mês da gravidez você fez pré-natal?		
Você teve algum destes problemas na gestação:		
Pressão alta antes de engravidar?	0.Não 1.Sim	
Pressão alta depois que engravidou?	0.Não 1.Sim	
Anemia?	0.Não 1.Sim	
Diabetes antes de engravidar?	0.Não 1.Sim	
Diabetes depois que engravidou?	0.Não 1.Sim	
Infecção na urina	0.Não 1.Sim	
Outras doenças	0.Não 1.Sim	

Qual(is)?				
Tomou algum remédio durante a gravidez?	0.Não	1.Sim		
Qual(is)?				
Você fez os seguintes exames na primeira consulta de pré-natal? (Sangue e Urina)				
Exame para tipo de sangue (ABO-Rh)	0.Não	1.Sim		
Exame de Sífilis (VDRL)	0.Não	1.Sim		
Exame de Urina (EAS)	0.Não	1.Sim		
Exame de sangue para medir a glicose em jejum	0.Não	1.Sim		
Exame de Anemia	0.Não	1.Sim		
Testagem de HIV/AIDS	0.Não	1.Sim		
Você repetiu esses exames depois do 7º mês de gravidez?				
Exame de Sífilis (VDRL)	0.Não	1.Sim		
Exame de Urina (EAS)	0.Não	1.Sim		
Exame de sangue para medir a glicose em jejum	0.Não	1.Sim		
Você tomou a vacina anti-tetânica durante a gravidez?	0.Não	1.Sim		
Se não, porque o esquema de vacinação estava completo?	0.Não	1.Sim		
Pesaram você durante as consultas de pré-natal? 1.Às vezes 2. Sempre			0.Nunca	
Mediram sua pressão arterial durante a maioria das consultas do pré-natal? 1.Às vezes 2. Sempre			0.Nunca	
Verificaram as batidas do coração do bebê em alguma consulta do pré-natal? 1.Sim			0.Não	
Fizeram o exame de toque vaginal em alguma consulta do pré-natal?	0.Não	1.Sim		
A sua gravidez foi considerada de risco?	0.Não (<i>pule para 110</i>)	1. Sim, Alto	2.Sim, Médio	
Sendo a gravidez foi de alto risco, você foi encaminhada para algum local especial? 1.Sim			0.Não	
Conseguiu realizar o acompanhamento no local especial recomendado, sendo a gravidez de alto risco ?	0.Não	1.Sim		
Em sua opinião o atendimento que recebeu no pré-natal foi... Ótimo 2-Bom 3-Regular 4-Ruim 5-Péssimo				1-

VI. ATIVIDADES EDUCATIVAS NO PRÉ-NATAL

Durante o pré-natal você foi informada sobre:				
A importância de iniciar a amamentação ao peito dentro da primeira hora de vida? 1.Sim	0.Não			
Como resolver dificuldades ou problemas com relação a amamentação ao peito? 1.Sim	0.Não			
Sobre posições da criança e da mãe para o aleitamento materno?	0.Não	1.Sim		
Durante o pré-natal você recebeu orientações sobre:				
Como extrair/tirar o leite do peito ?	0.Não	1.Sim		
As vantagens da amamentação exclusiva ao peito até os 6 meses de vida? 1.Sim	0.Não			

Continuar amamentando até os 2 anos de idade ou mais? 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Durante o pré-natal você foi encorajada a amamentar ao peito sempre que a criança quisesse, sem horário marcado? 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Durante o pré-natal você foi informada sobre	
A importância de a criança sugar o peito para a produção do leite? 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Os prejuízos do uso de mamadeiras para o desenvolvimento da criança? 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Os prejuízos do uso de chupetas ou bico artificial para o desenvolvimento da criança? 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Durante o pré-natal você recebeu alguma informação sobre:	
A importância da amamentação para o desenvolvimento e crescimento dos dentes, dos ossos e dos músculos do rosto/face? 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A importância da amamentação para prevenir problemas como infecções respiratórias, pneumonias e respiração bucal 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A importância da limpeza de sua boca para prevenir problemas na criança? 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Durante o pré-natal você recebeu alguma informação sobre:	
A importância da limpeza da boca da criança após a amamentação para prevenir problemas futuros? 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Alimentação saudável e sua importância para prevenção de problemas de saúde da criança? 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Uso de flúor? 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Alterações bucais que possivelmente aconteceriam nas gengivas durante a gravidez, como sangramento e inflamações? 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Durante o pré-natal você recebeu algum incentivo para amamentar através de reuniões ou grupos de gestantes realizadas na unidade de saúde ou de visitas domiciliares? 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

VII. ASSISTENCIA ODONTOLÓGICA NO PRÉ-NATAL

Agora vamos falar um pouco sobre como foi sua saúde bucal...

Você foi ao dentista durante a gravidez? 0.Não (pule para 146) 1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Onde realizou a(s) consulta(s)? 1. No Serviço Público (SUS) 2. No Dentista Particular 3. Em Ambos 4. Outros _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Quantas consultas você fez no dentista?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
O tratamento dentário foi negado pelo fato de estar grávida? 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Você teve prioridade no atendimento por estar grávida? 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Você fez que tipo de tratamento no dentista?	
Consulta de revisão 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Escovação sob orientação do dentista 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Limpeza dos dentes feita pelo dentista 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aplicação de flúor 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Consulta por motivo de dor 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Consulta para extração dentária 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tratamento de cárie com restauração/obturação dos dentes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros_____	
Tratamento de canal 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros_____	__ __
Tratamento de gengiva 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros_____	__ __
Tratamento com remédio ingerido 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros_____	__ __
Quais remédios?	
Realização de RX dos dentes 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros_____	__ __
<i>Em sua opinião o atendimento dentário que recebeu no pré-natal foi ...</i> 1-Ótimo 2-Bom 3-Regular 4-Ruim 5-Péssimo	__ __

VIII. AUTO-PERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL (OHIP - Oral Health Index Profile)

Usar o cartão de respostas...

Durante os últimos 6 meses de gravidez, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:	
Você teve problemas para falar alguma palavra? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	__
Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	__
Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	__
Por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura, durante os últimos 6 meses de gravidez:	
Você se sentiu incomodada com ao comer algum alimento? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	__
Você ficou preocupada? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	__
Você se sentiu estressada? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	__
Durante os últimos 6 meses de gravidez, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:	
Sua alimentação ficou prejudicada? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	__
Você teve que parar suas refeições? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	__
Você encontrou dificuldade para relaxar? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	__
Por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura, durante os últimos 6 meses de gravidez:	
Você se sentiu envergonhada? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	__
Você ficou irritada com outras pessoas? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	__
Você teve dificuldades para realizar suas atividades diárias? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	__
Durante os últimos 6 meses de gravidez, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:	
Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	__
Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	__

VIII. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Agora vamos falar um pouco sobre seus filhos anteriores...

Quantas vezes você já esteve grávida, contando com esta última gravidez e algum aborto que você tenha tido?	_ _
Você fez pré-natal na(s) outra(s) vez(es) em que ficou grávida? 0. Em nenhuma 1. Apenas em algumas 2. Sim, em todas	_ _
Você já teve algum aborto? 0.Não 1. Se, Sim. Quantos?	_ _
Quantos abortos foram espontâneos (ocorreram naturalmente)?	_ _
Quantos partos você já teve?	_ _
Quantos partos foram cesarianas?	_ _
Algum filho nasceu morto? 0.Não 1. Se, Sim. Quantos?	_ _
Algum bebê seu nasceu vivo e morreu antes de ter um mês de vida? 0.Não 1. Se, Sim. Quantos?	_ _
Você já teve algum bebê que nasceu com peso menor que dois quilos e meio (2,5 kg)? 0.Não 1. Se, Sim. Quantos?	_ _
Você já teve algum bebê que nasceu prematuro (antes de 37 semanas de gravidez)? 0.Não 1. Se, Sim. Quantos?	_ _
Qual foi a data do seu último parto (bebê vivo ou morto), antes desta gravidez? (data de nascimento do filho anterior)	_ _ / _ _ / _ _

IX. HÁBITOS MATERNOS

"Agora vou falar um pouco sobre alguns hábitos e coisas que você fez durante sua gravidez..."

Você ingeria bebidas alcoólicas durante a gravidez? 0.Não (pule para 177) 1.Sim	_ _
Alguma vez precisou de uma dose de bebida para começar o dia? (1 tulipa =1 dose ou 2 latas = 3 doses) 0.Não 1.Sim	_ _
Quantas doses eram necessárias p/deixar você "alta"?	_ _
As pessoas te aborreciam, criticando o seu modo de beber? 0.Não 1.Sim	_ _
Você sente que deve parar de beber? 0.Não 1.Sim	_ _
Você tem sentimentos de culpa sobre a bebida? 0.Não 1.Sim	_ _
Você fuma? 0.Não 1.Sim	_ _
Você fumou durante a gravidez? 0.Não (pule para 181) 1.Sim	_ _
Se parou de fumar na gravidez, em que mês isso ocorreu?	_ _
Quantos cigarros você fumava por dia durante a gravidez?	_ _
Há quantos anos você é/foi fumante?	_ _
<i>"Hoje em dia é muito comum que as pessoas já tenham experimentado algum tipo de droga, como a maconha e a cocaína. Gostaria de lembrar que, como todo o resto do questionário, essas informações são confidenciais e somente serão usadas para a pesquisa"</i>	
Você usou algum tipo de droga durante a gravidez? 0.Não 1.Sim	_ _
Que tipo? _____	_ _ _ _

X. INFORMAÇÕES NUTRICIONAIS

Agora vou fazer algumas perguntas sobre o seu peso e a sua alimentação...

Usar o outro lado do cartão de respostas...

Qual era o seu peso antes de ficar grávida? (anotar em Kg)	_ _
Qual é a sua altura? (anotar em metros)	_ _
Quantos dias por semana você costumava comer estes alimentos durante a gravidez?	
Feijão 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	_ _
Verdura ou legume (couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame) 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	_ _
Salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	_ _
Durante sua gravidez quantos dias por semana você costumava comer estes alimentos?	
Carne vermelha (boi, porco, cabrito) 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	_ _
Frango 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	_ _
Suco de fruta natural 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	_ _
Quantos dias por semana você costumava comer estes alimentos durante a gravidez?	
Frutas 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	_ _
Refrigerante ou suco artificial (tipo Tampico) 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	_ _
Leite (não vale leite de soja) 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	_ _
Durante sua gravidez quantos dias por semana você costumava comer estes alimentos?	
Bebida alcoólica 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	_ _
Hambúrguer/Cachorro quente/pizza 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	_ _
Salgados fritos (coxinha, pastel, quibe frito..) 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	_ _
Quantos dias por semana você costumava comer estes alimentos durante a gravidez?	
Doces/balas/sobremesa 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	_ _
Presunto/Salame/Mortadela/lingüiça 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	_ _

Biscoito (chips/recheado) 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	_ _
--	----------

XII. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Agora, vou fazer algumas perguntas sobre você, sua casa e sua família.

Qual o seu endereço completo? Rua: _____ nº: _____ Bairro: _____ Comunidade: _____ Ponto de Referência: _____ Município: _____		
Área Urbana ou Rural? 0. Urbana 1. Rural		_
Cobertura dos serviços de saúde: 0. ESF 1. PACS 2. Nenhum		_
Cobertura dos serviços de saúde bucal: 0. ESB 1. Nenhum		_
O local onde você mora é? 1. Um bairro 2. Uma comunidade (favela) 3. Um loteamento (favela-bairro) 4. Outros _____		_
Há quanto tempo você mora neste endereço? 00. Para menos de 12 meses		_ _
Você tem telefone(s) para contato? 0. Não 1. Sim qual(is)? _____ _ _ _ _ _ _____		
Você mora em: 1. Casa/apartamento 2. Quarto/cômodo 3. palafita/barraco		_
Sua casa é? 1. Alugada 2. Própria 3. Emprestada 4. Outro tipo		_
Você tem banheiro em casa? 0. Não 1. Sim, dentro de casa 2. Não, só fora de casa		_
O banheiro da sua casa tem descarga? 0. Não 1. Sim		_
Quantos quartos e salas tem na sua casa?		_ _
Quantas pessoas moram em sua casa sem contar com esse bebê?		_ _
Que tipo de parede tem na sua casa? 1. Cimento, tijolo, pedra ou madeira aparelhada 2. Tijolo de barro 3. Sapê, palha e madeira aproveitada 4. Plástico 5. Metal 6. outro _____		_
Que tipo de piso tem no interior da sua casa? 1. Piso revestido (concreto/cimento, lajota, tijolo) 2. Piso de terra batida 3. Ambos		_
Para onde vai o lixo da sua casa? 1. È recolhido pelo gari 2. È colocado na caçamba 3. È enterrado/queimado 4. È jogado a céu aberto		_
Como é o abastecimento de água da sua casa? 1. Água encanada dentro de casa 2. Água encanada fora de casa 3. Outro: _____		_
Como é o esgoto na sua casa? 1. Não tem 2. Rede geral 3. Fossa rudimentar (construída pelo morador, sem tratamento) 4. Fossa séptica (com recolhimento e tratamento específico)		_
Na rua em que você mora tem valão a céu aberto? 0. Não 1. Sim		_

Que tipo de piso tem na rua onde você mora? 1. Asfalto/cimento 2. Paralelepípedo 3. Terra	<input type="text"/>
A respeito da sua situação conjugal, você... 1. Vive com companheiro. 2. Tem companheiro, mas não vive com ele. 3. Não tem companheiro.	<input type="text"/>
Qual a sua raça ou cor? (ler as opções) 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda (morena/mulata) 5. Indígena	<input type="text"/>
Você sabe ler e escrever? 0. Não 1. Sim 2. Mais ou menos	<input type="text"/>
Qual foi a última série que você completou na escola com aprovação? <input type="text"/> Série/ anos completos de faculdade <input type="text"/> 1. Fundamental (1º grau) 2. Médio (2º grau) 3. Superior (3º grau)	
Você tem algum trabalho em que ganhe dinheiro atualmente? 0. Não (pule para 228) 1. Sim	<input type="text"/>
Qual o seu trabalho atual? 1. Servidora pública 2. Empregada, não servidora pública 3. Autônoma 4. Empregadora 5. Informal _____	<input type="text"/>
Você tem carteira assinada? 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
Você tem outro tipo de fonte de renda, como pensão, aposentadoria, biscoite ou bolsa família? 0. Não 1. Pensão 2. Aposentadoria 3. Biscoite 4. Bolsa família 5. Outro. _____	<input type="text"/> <input type="text"/>
Quem é o chefe da família? (Se 1, pular para 232) 1. Você (a própria mulher) 2. O companheiro 3. Outra pessoa da família 4. Outros	<input type="text"/>
Qual foi a última série que o (chefe da família) completou na escola com aprovação? <input type="text"/> Série/ anos completos de faculdade <input type="text"/> 1. Fundamental (1º grau) 2. Médio (2º grau) 3. Superior (3º grau)	
Qual é a renda do (chefe da família)?	R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Qual a renda total da família (juntando o dinheiro que todas as pessoas da casa ganham, quanto dá por mês)?	R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Agora, vou fazer algumas perguntas sobre coisas que você pode ter ou não ter na sua casa.

Na sua casa tem...

Rádio	0. Não	Sim, quantos?	<input type="text"/>
Geladeira	0. Não	Sim, quantas?	<input type="text"/>
Freezer	0. Não	Sim, quantos?	<input type="text"/>
Videocassete	0. Não	Sim, quantos?	<input type="text"/>
DVD	0. Não	Sim, quantos?	<input type="text"/>
Máquina de lavar roupa (não incluir tanquinho)	0. Não	Sim, quantas?	<input type="text"/>
Forno de microondas	0. Não	Sim, quantos?	<input type="text"/>
Linha de telefone fixo	0. Não	Sim, quantos?	<input type="text"/>
Computador	0. Não	Sim, quantos?	<input type="text"/>
Televisão	0. Não	Sim, quantas?	<input type="text"/>
Quantas são a cores?			<input type="text"/>
Aspirador de pó	0. Não	Sim, quantos?	<input type="text"/>
Ar condicionado	0. Não	Sim, quantos?	<input type="text"/>
Carro particular	0. Não	Sim, quantos?	<input type="text"/>
Você paga alguém para te ajudar no cuidado da casa ou dos filhos?	0. Não	1. Sim	<input type="text"/>
Você tem empregada mensalista?	0. Não	Sim, quantas?	<input type="text"/>
Início da Seleção para Fase Qualitativa			

Caso você fosse selecionada, aceitaria receber em sua casa uma

Visita para conversarmos mais sobre o seu atendimento pré-natal?	0.Não	1.Sim		
Horário de término da entrevista				

ANEXO C – Normas da revista

Oral Health & Preventive Dentistry GUIDELINES FOR AUTHORS

Oral Health & Preventive Dentistry is a quarterly journal conveying scientific progress to clinicians, general practitioners, teachers, researchers and public health administrators in the field of oral health and prevention of caries, periodontal diseases, oral mucosal diseases and dental trauma. It includes oral hygiene, oral epidemiology, oral health promotion and public health aspects as central topics of the scope.

Within the scope the Journal publishes peer-reviewed original articles as mentioned below:

1. **Clinical and basic science research reports of high scientific standard.**
2. **Reviews on topics related to oral health and prevention.**
3. **Invited focus articles** - presenting a position or a hypothesis based on existing scientific contributions. The Editorial Board invites the authors of these articles.
4. **Invited commentaries** - addressing controversial aspects of invited focus articles. These commentaries are published in the same issue of the Journal as the invited focus articles to which they are related. The Editorial Board invites authors of commentaries.
5. **Invited guest editorials** - as solicited by the Editorial Board.
6. **Proceedings of symposia, workshops, or conferences.**
7. **Case reports** - illustrating new important clinical aspects.
8. **Letters to the Editor(s).**

SUBMISSION INSTRUCTIONS

Submission via online submission service (www.manuscriptmanager.com/ohpd). Manuscript texts should be uploaded as PDF or PC-word files with tables and figures preferably embedded within the PC-word document. High resolution images (300 dpi) will be requested on acceptance of the manuscript.

Alternatively, submit via e-mail as a PC-word document (info@quintpub.co.uk). Illustrations can be attached in any format that can be opened using Adobe Photoshop, (TIF, GIF, JPG, PSD, EPS etc.) or as Microsoft PowerPoint Documents (ppt).

Mailing address:

Manuscript Editor
Oral Health & Preventive Dentistry
Elizabeth Hatton
Quintessence Publishing Co., Ltd., Grafton Road,
New Malden, Surrey KT3 3AB, Great Britain
Tel.: + 44(0)20 8949 6087.
Fax: + 44(0)20 8336 1484.
Email: info@quintpub.co.uk.

Illustrations that cannot be sent electronically will be scanned at the editorial office so that they can be sent to reviewers via e-mail along with the manuscript to expedite the evaluation process.

Resubmitted manuscripts should also be submitted in the above manner. Please note that supplying electronic versions of your tables and illustrations upon resubmission will assure a faster publication time if the manuscript is accepted.

Number of Authors. Authors listed in the byline should be limited to 6. Secondary contributors can be

acknowledged at the end of the article (Special circumstances will be considered by the editors).

Review/editing of manuscripts. Manuscripts will be reviewed by the editors, and at least two reviewers with expertise within the scope of the article. The publisher reserves the right to edit accepted manuscripts to fit the space available and to ensure conciseness, clarity, and stylistic consistency, subject to the author's final approval.

Adherence to guidelines. Manuscripts that are not prepared in accordance with these guidelines will be returned to the author before review.

MANUSCRIPT PREPARATION

• The Journal will follow as much as possible the recommendations of the International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver Group) in regard to preparation of manuscripts and authorship (Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *Ann Intern Med* 1997;126: 36-47).

• **Title page.** The first page should include the title of the article (descriptive but as concise as possible) and the names, degrees, title, professional affiliation, and full address of all authors. Phone, fax, and e-mail address must also be provided for the corresponding author, who will be assumed to be the first-listed author unless otherwise noted. If the paper was presented before an organised group, the name of the organisation, location, and date should be included.

• **3-5 keywords.**

• **Structured abstract.** Include a maximum 250-word structured abstract (with headings Purpose, Materials and Methods, Results, Conclusion).

• **Introduction.** Summarise the rationale and purpose of the study, giving only pertinent references. Clearly state the working hypothesis.

• **Materials and Methods.** Present materials and methods in sufficient detail to allow confirmation of the observations. Published methods should be referenced and discussed only briefly, unless modifications have been made. Indicate the statistical methods used, if applicable.

• **Results.** Present results in a logical sequence in the text, tables, and illustrations. Do not repeat in the text all the data in the tables or illustrations; emphasise only important observations.

• **Discussion.** Emphasise the new and important aspects of the study and the conclusions that follow from them. Do not repeat in detail data or other material given in the Introduction or Results section. Relate observations to other relevant studies and point out the implications of the findings and their limitations.

• **Acknowledgments.** Acknowledge persons who have made substantive contributions to the study. Specify grant or other financial support, citing the name of the supporting organisation and grant number.

• **Abbreviations.** The full term for which an abbreviation stands should precede its first use in the text unless it is a standard unit of measurement.

• **Trade names.** Generic terms are to be used whenever possible, but trade names and manufacturer should be included parenthetically at first mention.

REFERENCES

• **All references must be cited** in the text, (Author, year) according to the alphabetical and numerical reference list. More than two authors use et al (Author et al, year).

• **The reference list** should appear at the end of the article, in alphabetical and numerical sequence.

• Do not include unpublished data or personal communications in the reference list. Cite such references parenthetically in the text and include a date.

• **Avoid using abstracts** as references.

• **Provide complete information** for each reference, including names of all authors (up to six). If the reference is to part of a book, also include title of the chapter and names of the book's editor(s).

• **For journal abbreviations** please use the NCBI Journal Browser at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>

Journal reference style:

1. Bertacchini SM, Abate PF, Blank A, Baglietto MF, Macchi RL. Solubility and fluoride release in ionomers and compomers. *Quintessence Int* 1999;30:193-197.

Book reference style:

1. Hannam AG, Langenbach GEJ, Peck CC. Computer simulations of jaw biomechanics. In: McNeill C (ed). *Science and Practice of Occlusion*. Chicago: Quintessence 1997;187-194.

ILLUSTRATIONS

• All illustrations must be numbered and cited in the text in order of appearance. Electronic submission preferred.

• **Line drawings** - Figures, charts, and graphs should be professionally drawn and lettered large enough to be read after reduction.

• **Legends** - Figure legends should be grouped on a separate sheet or at the end of the text file, and typed double-spaced.

TABLES

• Each table should be logically organised, on a separate sheet or at the end of the text file, and numbered consecutively.

• The title and footnotes should be typed on the same sheet/page as the table.

MANDATORY SUBMISSION AND COPYRIGHT FORM

The Mandatory Submission and Copyright Form, signed by all authors, must accompany all submitted manuscripts before they can be reviewed for publication. This form can be downloaded from the journals homepage:

<http://ohpd.quintessenz.de>

Electronic submission: scan the signed form and submit as JPG or TIF file.

PERMISSIONS & WAIVERS

• Permission of author and publisher must be obtained for the direct use of material (text, photos, drawings) under copyright that does not belong to the author.

• If a patient may be identified from a case report, illustration or papers we ask for a written consent of the patient to allow publication. A consent form can be downloaded from <http://ohpd.quintessenz.de>

• Grant support or any other indirect involvement or commercial interest must be specified.

• For clinical studies the approval of the ethical committee must be presented.

REPRINTS

The corresponding author is given 25 free reprints of the article. If additional reprints are desired, they must be ordered from the publisher when the page proofs are reviewed by the authors. The publisher does not stock reprints; however, back issues can be purchased.