

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

KEIKO OLIVEIRA SAKUGAWA

**RELAÇÃO ENTRE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E O IMPACTO DA SAÚDE  
BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE GESTANTES USUÁRIAS DO SUS**

VITÓRIA/ES  
2015

KEIKO OLIVEIRA SAKUGAWA

**RELAÇÃO ENTRE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E O IMPACTO DA SAÚDE  
BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE GESTANTES USUÁRIAS DO SUS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica da Universidade Federal do Espírito Santo, como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Clínica Odontológica.

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Karina Tonini dos S. Pacheco**

VITÓRIA/ES  
2015

KEIKO OLIVEIRA SAKUGAWA

**RELAÇÃO ENTRE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E O IMPACTO DA SAÚDE  
BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE GESTANTES USUÁRIAS DO SUS**

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

COMISSÃO EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Karina Tonini dos Santos Pacheco  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Raquel Baroni de Carvalho  
Universidade Federal do Espírito Santo

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carolina Dutra Degli Esposti  
Universidade Federal do Espírito Santo

A Deus, que me deu serenidade,  
sabedoria e saúde para iniciar e  
concluir este trabalho.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, o maior mestre que podemos ter.

À minha família, tem especial minha mãe (minha primeira grande mestre na profissão), minha irmã (exemplo de perseverança e garra), minha madrasta (grande incentivadora e exemplo de fé).

À minha orientadora, Karina Tonini dos Santos Pacheco, por acreditar em mim desde o início (muitas vezes mais que eu mesma), por me orientar com maestria, equilibrando as cobranças com carinho, respeito e serenidade.

À professora Raquel Baroni de Carvalho, na graduação minha orientadora e paraninfa da turma, exemplo de profissional competente e consciente de seu papel social, sempre incentivando e buscando o melhor para o aluno e para a faculdade.

Ao professor Edson Theodoro dos Santos Neto, exemplo de dedicação e comprometimento com a pesquisa; ao querido professor Adauto Emmerich Oliveira, que ensinou as durezas e glórias da saúde coletiva desde minha graduação; e à colega Katrini Guidolini Martinelli, sempre resolutiva e disponível. Com grande generosidade, essas pessoas permitiram que eu trabalhasse com o banco de dados de seus trabalhos, além de realizarem o processamento estatístico da minha pesquisa, ensinando-me e orientando-me em sua análise.

À professora Carolina Dutra Degli Esposti, por sempre estar disponível, dando apoio e suporte quando precisei, além de ter aceitado compor a banca.

Às mães entrevistadas na Região Metropolitana da Grande Vitória e na Microrregião de São Mateus, pela generosidade e disponibilidade (em especial de Jaguaré, onde, coincidentemente, fui dentista da ESF pouco tempo antes da coleta dos dados). Espero que este trabalho contribua direta ou indiretamente para o seu bem-estar.

A esta instituição de ensino, Universidade Federal do Espírito Santo, por me acolher mais uma vez.

Aos colegas de turma do mestrado, com quem dividi muitos momentos alegres e que sempre mantiveram o pensamento positivo nas horas difíceis, o que resultou em muito respeito e aprendizado. Sucesso a todos!

Aos meus amigos do Marista, da graduação, do vôlei, da profissão, do mar, da vida! Foram muitos "não, tenho estudar", "poxa, tô escrevendo!", mas em todos os "sins" vocês foram essenciais para o meu equilíbrio físico e mental pra chegar até aqui.

SAKUGAWA, K. O. **Relação entre fatores sociodemográficos e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de gestantes usuárias do SUS**. 2015. Dissertação (Mestrado em Clínica Odontológica)–Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2015.

## RESUMO GERAL

A influência da saúde bucal na qualidade de vida relaciona-se a fatores pessoais e sociodemográficos que afetam percepções, sentidos e comportamentos. O objetivo desse estudo foi analisar a relação entre fatores sociodemográficos e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV) e da Microrregião de São Mateus (MRSM), Espírito Santo, Brasil. Trata-se de dois estudos epidemiológicos observacionais seccionais, com 1035 gestantes da RMGV e 742 da MRSM. Um questionário estruturado e previamente testado coletou variáveis sociodemográficas e o *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14) avaliou o impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Realizou-se a análise estatística pelo teste Qui-quadrado e pela regressão logística múltipla, ambos com significância de 5%. Verificou-se que a região de residência influenciou no impacto da saúde bucal na qualidade de vida das mulheres (MRSM=5,8% vs. RMGV=8,8%,  $p=0,018$ ), destacando-se a dimensão “desconforto psicológico” (MRSM=2,8% vs. RMGV=4,7%,  $p=0,042$ ). Na RMGV, quanto maior a escolaridade, menos frequente o impacto (52,5% sem impacto vs. 36,3% com impacto, para mulheres com “nove anos ou mais de estudo”,  $p=0,010$ ) e realizar consulta odontológica associou-se ao impacto (28,1% sem impacto vs. 48,4% com impacto,  $p=0,000$ ). Quanto maior a escolaridade, menor a chance de a gestante apresentar impacto (OR=0,253; IC95%=0,161-0,397), assim como quando realizam mais consultas pré-natal (OR=0,480; IC95%=0,295-0,780) e quando possuem companheiro (OR=0,379; IC95%=0,255-0,563). Deve-se considerar os fatores sociodemográficos no planejamento das ações em saúde bucal para gestantes, dada sua influência na qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Saúde Materno-Infantil; Qualidade da Assistência à Saúde; Assistência Odontológica.

## ABSTRACT

The influence of oral health on the quality of life relates to the personal and sociodemographic factors affecting perceptions, senses and behaviors. The aim of this study was to examine the relationship between sociodemographic factors and the impact of oral health in the quality of life of pregnant women users of the Brazil's Unified Health System of the Metropolitan Region of Grande Vitória (RMGV) and the micro-region of São Mateus (MRSM), Espírito Santo. These are two sectional observational epidemiological studies with 1,035 pregnant women from RMGV and 742 from MRSM. A structured, pre-tested questionnaire collected the sociodemographic variables and the Oral Health Impact Profile (OHIP-14) evaluated the impact of oral health on the quality of life. Statistical analyses using the chi-square and multiple logistic regression tests were performed, both with significance levels of 5%. The region of residence influenced women's impact of oral health on the quality of life (MRSM=5.8% vs. RMGV=8.8%,  $p=0.018$ ), highlighting the dimension "psychological discomfort" (MRSM=2.8% vs. RMGV=4.7%,  $p=0.042$ ). The higher the educational level, the less chance of the pregnant woman having an impact (OR=0.253, 95% CI=0.161-0.397), as well as when making more prenatal consultations (OR=0.480, 95% CI=0.295-0.780) and when having a companion (OR=0.379, 95% CI=0.255-0.563). Health authorities must address sociodemographic factors when planning interventions on oral health for pregnant women, given their influence on the quality of life.

**Keywords:** Maternal and Child Health; Quality of Health Care; Dental care.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Relação entre as variáveis sociodemográficas e a região de residência das mulheres. Microrregião de São Mateus (MRSM) e Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), 2010-2013..... 266
- Tabela 2** - Relação entre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida e a região de residência das mulheres, por dimensões do OHIP-14. Microrregião de São Mateus (MRSM) e Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), 2010-2013. .... 277
- Tabela 3** - Relação entre variáveis sociodemográficas e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida das mulheres. Microrregião de São Mateus (MRSM) e Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), 2010-2013. .... 288
- Tabela 4** - Regressão logística múltipla entre as variáveis sociodemográficas das mulheres e a presença de impacto, segundo o OHIP-14. Microrregião de São Mateus (MRSM) e Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), 2010-2013. .... 299

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

DAB - Departamento de Atenção Básica

ES - Espírito Santo

ESF - Estratégia Saúde da Família

GOHAI - *Geriatric Oral Health Assessment Index*

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

MRSM - Microrregião de São Mateus

OHIP - *Oral Health Impact Profile*

OHIP-14 - *Oral Health Impact Profile-14*

OIDP - *Oral Impacts on Daily Performances*

OMS - Organização Mundial da Saúde

OR - *Odds Ratio*

PIB - Produto Interno Bruto

PPGCO - Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica

PSF - Programa Saúde da Família

RMGV - Região Metropolitana da Grande Vitória

SBQV - Saúde Bucal na Qualidade de Vida

SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS - Sistema Único de Saúde

UFES - Universidade Federal do Espírito Santo

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO GERAL .....</b>	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	20
<b>3 ARTIGO .....</b>	<b>21</b>
<b>4 CONCLUSÕES GERAIS .....</b>	<b>40</b>
<b>5 REFERÊNCIAS GERAIS.....</b>	<b>41</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>45</b>
APÊNDICE A - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAR DADOS DA PESQUISA (RMGV).....	45
APÊNDICE B - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAR DADOS DA PESQUISA (MRSM) .....	46
APÊNDICE C - ARTIGO VERSÃO EM INGLÊS.....	47
<b>ANEXOS .....</b>	<b>62</b>
ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (RMGV) .....	62
ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (MRSM) .....	63
ANEXO C - FORMULÁRIO DE ENTREVISTAS DA RMGV .....	64
ANEXO D: FORMULÁRIO DE ENTREVISTA DA MRSM.....	76
ANEXO E - NORMAS DA REVISTA BRAZILIAN ORAL RESEARCH - BOR.....	86

## 1 INTRODUÇÃO GERAL

As gestantes compõem um dos grupos prioritários de atenção e cuidado nos serviços de saúde no Brasil. No campo da Odontologia, sabe-se que a manutenção de uma boa saúde bucal por parte da gestante é muito importante, pois pode influenciar na saúde do bebê. Apesar dos avanços tecnológicos nas últimas décadas e do maior acesso aos serviços de saúde, esse segmento da população permanece carente de atenção (SANTOS NETO et al., 2008).

A gravidez é uma delicada condição que envolve complexas mudanças físicas e psicológicas e estudos sugerem a associação da doença periodontal na gestante com o baixo peso da criança ao nascer e com o parto prematuro (PASSINI JUNIOR; NOMURA; POLITANO, 2007). Gestantes com periodontite têm pelo menos o dobro de probabilidade de ter parto prematuro quando comparadas às mulheres sem periodontite (CRUZ et al., 2005; ALMEIDA et. al., 2006). A probabilidade de o bebê nascer com baixo peso também é maior para os casos de gestantes com periodontite, levando à necessidade de atendimento especializado para o bebê, que é mais caro e apresenta maior risco de saúde para a criança e a mãe. Estudos científicos mostram que quanto menores a idade gestacional e o peso do bebê ao nascer, maior a morbimortalidade da mãe e do bebê (CRUZ et al., 2005; LOPES et al. 2005).

Em contrapartida, Fogacci, Vettore e Leão (2011), em revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados, afirmaram que não há evidência que sustente a hipótese do efeito protetor da terapia periodontal na redução da prematuridade e do baixo peso ao nascer. Segundo os pesquisadores, em nenhuma das cinco metanálises realizadas no estudo houve associação estatisticamente significativa. Porém, os autores destacam que há fatores de risco (clínicos, psicológicos e sociodemográficos) importantes em comum para os dois desfechos, como a idade materna inferior a 17 anos ou superior a 35 anos, baixo nível socioeconômico, fatores psicológicos, condições de trabalho inadequadas e doenças maternas.

Apesar da falta de consenso na literatura sobre as relações entre condição de saúde bucal insatisfatória e desfechos negativos na gestação e no nascimento, Bastiani et al. (2010) também destacam que alterações físicas e psicológicas podem influenciar negativamente a saúde bucal da gestante. Além disso, entende-se que a gestação é um período especial na vida da mulher, durante o qual os cuidados com a saúde devem ser maiores e no qual ela torna-se mais sensível à adoção de novos hábitos e comportamentos (MOIMAZ et al., 2010). Por isso, talvez esse momento seja o mais adequado para analisar como a mulher percebe sua condição bucal e, a partir daí, desenvolver programas educativos, preventivos e curativos direcionados às suas reais necessidades (SILVA; ROSELL; VALSECKI JUNIOR, 2006).

Nesse contexto, a epidemiologia torna-se um instrumento importante para monitorar o estado de saúde bucal desse grupo, contribuindo para a identificação de metas, o desenvolvimento de políticas e a avaliação de programas de saúde materno-infantil. Para isso, a epidemiologia clínica investigará a prevalência e a incidência do processo saúde-doença-cuidado, em ambiente clínico, ao passo que a epidemiologia social investigará os aspectos epidemiológicos das doenças segundo os determinantes sociais da saúde (PEREIRA, 2002). Os sinais clínicos da doença representam, então, apenas um aspecto da saúde geral e, cada vez mais, os pesquisadores incluem avaliações subjetivas da função e do bem-estar para descrever a saúde da população (SISCHO; BRODER, 2011).

A importância de entender como a pessoa percebe sua condição bucal está no fato de que seu comportamento é condicionado por essa percepção, pela importância dada a sua saúde bucal, pelos seus valores culturais e por suas experiências passadas (SILVA et al., 2006). Mesmo nos países mais desenvolvidos e que oferecem serviços odontológicos públicos a sua população, como a Austrália e o Reino Unido, uma grande parcela das pessoas não os utiliza por não ter uma necessidade percebida (SLADE; SANDERS, 2011).

Há uma ênfase crescente em estudos que avaliam a saúde subjetiva e a qualidade de vida, o que deve também se refletir nas políticas públicas de saúde. A associação entre a condição de saúde bucal e a qualidade de vida percebida pelas pessoas já foi

bastante discutida na literatura (BANDÉCA et al., 2011; ULINSKI et al., 2013) e há evidência de que a autopercepção de saúde bucal pode estar relacionada às características do indivíduo e do seu contexto social (GABARDO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2013; CREMONESE et al., 2010).

Entre os instrumentos desenvolvidos como indicadores sociodentais, citam-se o *Oral Impactson Daily Performances* (OIDP) ou 'Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho Diário' (ADULYANON; SHEIHAM, 1997), o *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI) ou 'Índice de Determinação de Saúde Bucal Geriátrica' (ATCHISON; DOLAN, 1990) e o *Oral Health Impact Profile* (OHIP) ou 'Perfil do Impacto da Saúde Bucal' (SLADE; SPENCER, 1994).

O OHIP destaca-se como um questionário composto por 49 questões, que procuram descobrir se o indivíduo sofreu, nos últimos 12 meses, algum incidente social devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses, de acordo com a sua percepção. As respostas seguem uma escala codificada como: 0=nunca, 1=raramente, 2=às vezes, 3=repetidamente e 4=sempre. Quanto mais alto for o valor atribuído pelo respondente, maior o impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida, de acordo com sua percepção. Uma versão reduzida e menos complexa desse instrumento foi desenvolvida, com a seleção de 14 itens, a partir do questionário original. Essas questões se apresentaram efetivas na detecção das associações clínicas e sociodemográficas observadas quando da utilização da versão original, mantendo suas características de confiança e validade (SLADE, 1997). Essa versão reduzida do OHIP, denominada OHIP-14, é um dos instrumentos para avaliação subjetiva da saúde bucal mais amplamente utilizados em diferentes culturas e perfis sociodemográficos.

O OHIP-14 contempla as sete dimensões conceituais descritas por Locker (1988) (Figura 1), e a hierarquia entre elas está relacionada ao impacto na qualidade de vida e no cotidiano. As dimensões limitação funcional, dor física e desconforto psicológico relacionam-se com o impacto percebido apenas pelo indivíduo. Já as dimensões incapacidade física, psicológica e social ligam-se ao impacto no cotidiano, enquanto a deficiência representa o impacto de maior comprometimento, chegando a causar alguma perda ou desvantagem.

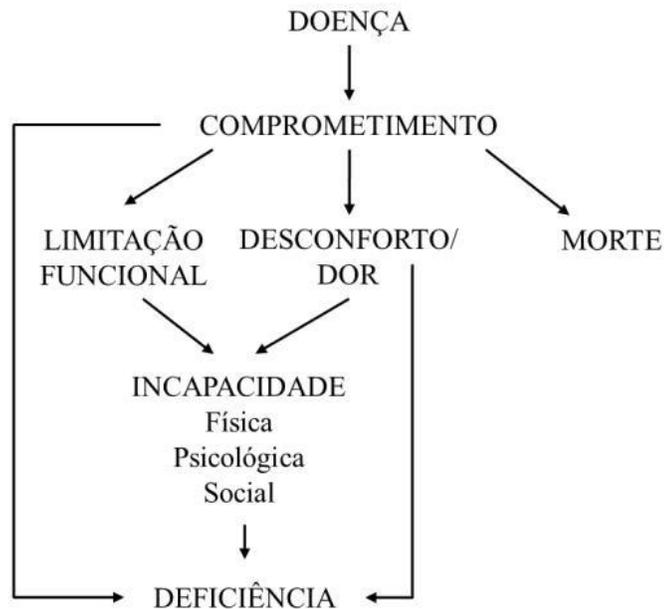


Figura 1: Modelo conceitual sobre saúde bucal de Locker (1988).

Fonte: Adaptado de Locker (1988).

Diferentes métodos já foram propostos para analisar as respostas obtidas por meio do OHIP-14. No método da adição, os escores numéricos de todas as respostas são somados, independentemente da frequência de cada tipo de escore. Quanto mais alto for o valor resultante da soma, maior é o impacto da condição avaliada. Esse procedimento permite avaliar a severidade do impacto. No método da simples contagem, o impacto é definido quando as respostas para as duas questões de cada dimensão correspondem a “sempre” ou “repetidamente”. Isso reflete o número de impactos funcionais e psicossociais mais graves, experimentados em um período regular, sendo indicado quando se deseja definir a extensão do problema (SLADE et al., 2005). Há ainda o método da atribuição de pesos, no qual os códigos das respostas são multiplicados pelo peso atribuído a cada uma delas e a seguir são somados, gerando um valor ponderado. Contudo, há sugestão na literatura de que o uso de valores não ponderados não influencia no desempenho do OHIP (ALLEN; LOCKER, 1997).

Em 2005, Slade e colaboradores compararam a autopercepção em saúde bucal de populações adultas do Reino Unido e da Austrália, por meio do OHIP-14. No Reino

Unido o estudo utilizou dados de uma pesquisa da saúde bucal do adulto, feita em 1998; na Austrália, dados de uma pesquisa nacional realizada por entrevista telefônica, em 1999. Entre os entrevistados dentados, a frequência de impacto (respostas "repetidamente" ou "sempre") foi ligeiramente maior na Austrália. Houve diferenças regionais na prevalência dentro de cada país, a qual variou de 14,8% a 22,3%, entre os estados australianos, e de 13,6% a 19,8%, entre os países do Reino Unido. O número médio e a gravidade dos impactos avaliados foram significativamente maiores na Austrália. A prevalência geral de impacto da saúde bucal na qualidade de vida foi semelhante entre os cenários estudados, mas os australianos tiveram maior variedade e severidade, o que pode ser resultado de um desvio causado por diferenças nos métodos de coleta dos dados ou, ainda, reflexo de diferenças socioculturais entre as populações.

Slade e Sanders (2011) analisaram os dados de 2004-2006 da "Pesquisa Nacional Australiana de Saúde Bucal em Adultos" para investigar uma situação que os autores consideravam paradoxal, em que a autopercepção da saúde bucal em idosos se mostrava melhor do que em adultos jovens ou adultos de meia-idade. Os entrevistados (n=3.724) foram submetidos a exames epidemiológicos orais e responderam ao questionário OHIP-14. Na análise, a média dos escores do OHIP-14 foi fracamente associada com a idade nas pessoas que não tinham qualquer das condições clínicas avaliadas. No entanto, para as pessoas que apresentavam duas ou mais condições clínicas avaliadas, houve uma associação inversa entre a idade e os escores médios do OHIP-14. Os resultados mostraram que a experiência dos problemas bucais afeta mais a autopercepção da saúde bucal dos adultos jovens do que a dos idosos, um padrão que provavelmente reflete as expectativas elevadas das gerações mais jovens e a maior aceitação e adaptação da geração mais idosa.

O OHIP-14 foi traduzido e adaptado transculturalmente no Brasil (ALMEIDA; LOUREIRO; ARAÚJO, 2004) e já utilizado em diversos perfis sociodemográficos. Um dos primeiros estudos no país (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005) foi realizado com 504 puérperas, internadas por ocasião do parto, numa maternidade da rede pública do Rio de Janeiro. Os escores totais de autopercepção, medida por meio do OHIP-14, obtidos

após entrevista estruturada, e a necessidade de cuidados de saúde bucal, constatados após exame clínico, foram comparados. A versão brasileira do OHIP-14 apresentou boas propriedades psicométricas, similares às do instrumento original, mostrando-se culturalmente válida e confiável.

Em outro trabalho, Oliveira e Nadanosky (2006) avaliaram o impacto da saúde bucal na qualidade de vida das gestantes, em especial o efeito da dor, dessa vez com o instrumento OIDP. Também verificaram as medidas que essas gestantes tomaram para aliviar a dor. Uma alta prevalência de cárie dentária não tratada foi encontrada. Entre aquelas que relataram algum tipo de dor, 168 (33,3%) informaram dificuldade para realizar pelo menos uma das atividades incluídas no OIDP, especificamente devido à dor oral. Os efeitos mais frequentemente citados foram dificuldade em manter o equilíbrio emocional (23,6%), dificuldade para comer (22,8%) e dificuldade de limpar os dentes (20%). Além disso, foram identificadas como justificativas para o não cuidado em saúde bucal durante a gestação a existência de fatores como a crença da gestante de que não é recomendada a realização de tratamento odontológico durante a gravidez, a crença de que a dor dental é normal no período gravídico, a falta de tempo, o medo do tratamento, a falta de oferta de serviços de saúde bucal, a alegação por parte de alguns profissionais de que o tratamento poderia interferir na gestação e a falta de dinheiro para custear tratamentos particulares.

Santos Neto et al. (2012) realizaram um estudo com 1032 puérperas residentes na Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), Espírito Santo (ES), e avaliaram o impacto da saúde bucal na sua qualidade de vida quando ainda estavam gestantes, a resposta da atenção oferecida pelos serviços odontológicos e a associação entre a assistência pré-natal adequada e a atenção bucodentária apropriada no SUS. A análise estatística demonstrou associação entre a assistência pré-natal e a odontológica. A prevalência de impacto da saúde bucal na qualidade de vida das gestantes, medido por meio do OHIP-14, correspondeu a 14,7%. Sobre a assistência odontológica, 41,3% das mulheres receberam assistência odontológica no nível educativo, 21,0% no nível preventivo e 16,6% no nível curativo. As que apresentaram impacto no OHIP-14 utilizaram mais frequentemente os níveis de assistência odontológica preventiva e

curativa em comparação com as mulheres sem detecção de impacto. A realização de seis ou mais consultas de pré-natal e de atividades educativas no pré-natal associaram-se fortemente à assistência odontológica adequada ( $p < 0,05$ ). Segundo os autores, o acesso a serviços odontológicos é facilitado quando gestantes frequentam mais os serviços de saúde e realizam atividades educativas no pré-natal. Assim, a existência das medidas educativas parece sinalizar uma melhoria da assistência pré-natal no SUS.

Acharya, Bhat e Acharya (2009) realizaram um estudo com 259 gestantes da zona rural do sul da Índia com o objetivo de avaliar o estado de saúde bucal e descrever os possíveis fatores que poderiam afetar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal. As mulheres foram submetidas a exame clínico para verificação da presença de cárie e avaliação da condição periodontal e responderam ao questionário do OHIP-14. As maiores frequências de impacto foram relatadas para "dor física" e "limitação funcional". As médias do OHIP-14 foram significativamente maiores entre aquelas que relataram vários problemas bucais. Segundo os autores, o aumento de ações de promoção de saúde e programas educativos para o autocuidado bucal e a prevenção de doenças durante a gravidez pode ser um caminho para melhorar a saúde bucal e diminuir seu impacto sobre a qualidade de vida nesta importante população.

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008) do Brasil define que estes incluem condições mais gerais socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade, e relacionam-se com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias. Esses determinantes influenciam no estilo de vida e contribuem para a determinação dos padrões de saúde dos indivíduos. Dessa forma, para combater as iniquidades em saúde, deve-se conhecer melhor as condições de vida e trabalho dos diversos grupos sociais, conhecer as relações dessas condições com determinantes mais gerais da sociedade e também com aqueles mais específicos, próprios dos indivíduos que compõem os grupos focalizados. Nesse contexto, a OMS propôs um modelo ainda mais abrangente, no qual os determinantes são divididos em estruturais e intermediários, com interações e relações demonstradas na Figura 2 (OMS, 2011).

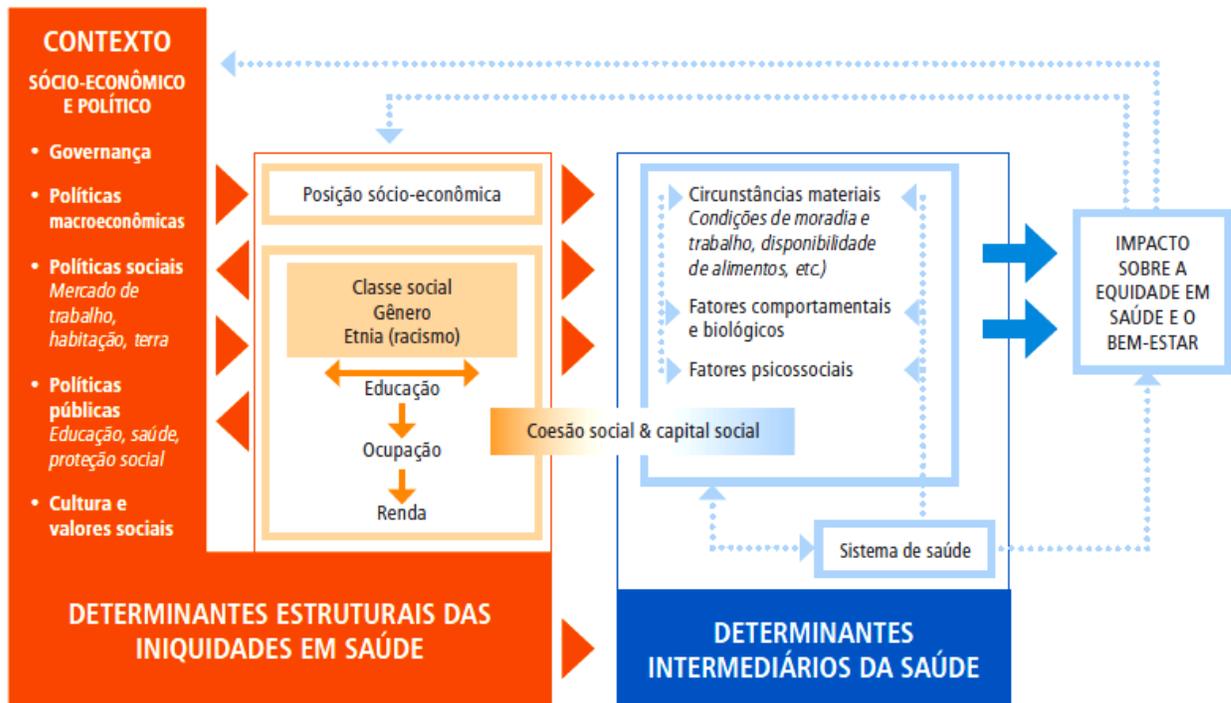


Figura 2: Marco conceitual dos determinantes sociais da saúde da OMS.

Fonte: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011.

Considerando a abordagem dos determinantes sociais, para melhorar a situação da saúde e reduzir iniquidades, é necessário implementar intervenções políticas e sociais coordenadas e coerentes entre si. Além disso, a boa saúde contribui em outros aspectos sociais como a educação, a preservação do meio ambiente, o aumento da produtividade e o desenvolvimento econômico. Segundo Carvalho (2013), isso gera um “círculo virtuoso” no qual a saúde e os seus determinantes se retroalimentam e se beneficiam mutuamente. Ele também destaca que adotar a abordagem dos determinantes sociais significa compreender o valor que a saúde tem para a sociedade e admitir que ela depende de ações que, muitas vezes, não têm relação direta com a saúde.

No Brasil, características individuais dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) podem atuar como fatores influenciadores ou determinantes do impacto da saúde bucal na qualidade de vida e, conseqüentemente, no acesso/procura aos serviços de saúde.

Dessa forma, a pesquisa dessas variáveis e a sua influência na percepção das condições bucais da gestante são de fundamental importância para o planejamento e a execução de serviços odontológicos voltados para a prevenção e o controle de doenças para esse grupo populacional, favorecendo o desenvolvimento e a avaliação de ações de saúde bucal.

Conforme as normas de defesa de dissertação do Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica desta Instituição, optou-se por apresentar esta dissertação de mestrado em formato de artigo.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a relação entre fatores sociodemográficos e o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida em gestantes usuárias do SUS, nas regiões Metropolitana (Região Metropolitana da Grande Vitória – RMGV) e Nordeste (Microrregião de São Mateus – MRSM) do estado do Espírito Santo.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida das gestantes residentes na RMGV e na MRSM.

Descrever os fatores sociodemográficos das gestantes residentes na RMGV e na MRSM, tais como: idade, raça/cor, escolaridade, classe econômica, situação conjugal, zona de residência, exercício de atividade remunerada, número de consultas de pré-natal e realização de pelo menos uma consulta odontológica durante a gravidez.

### 3 ARTIGO

## RELAÇÃO ENTRE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E O IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE GESTANTES USUÁRIAS DO SUS

### RESUMO

A influência da saúde bucal na qualidade de vida relaciona-se a fatores pessoais e sociodemográficos que afetam percepções, sentidos e comportamentos. O objetivo desse estudo foi analisar a relação entre fatores sociodemográficos e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV) e da Microrregião de São Mateus (MRSM), Espírito Santo, Brasil. Trata-se de dois estudos epidemiológicos observacionais seccionais, com 1035 gestantes da RMGV e 742 da MRSM. Um questionário estruturado e previamente testado coletou variáveis sociodemográficas e o *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14) avaliou o impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Realizou-se a análise estatística pelo teste Qui-quadrado e pela regressão logística múltipla, ambos com significância de 5%. Verificou-se que a região de residência influenciou no impacto da saúde bucal na qualidade de vida das mulheres (MRSM=5,8% vs. RMGV=8,8%,  $p=0,018$ ), destacando-se a dimensão “desconforto psicológico” (MRSM=2,8% vs. RMGV=4,7%,  $p=0,042$ ). Na RMGV, quanto maior a escolaridade, menos frequente o impacto (52,5% sem impacto vs. 36,3% com impacto, para mulheres com “nove anos ou mais de estudo”,  $p=0,010$ ) e realizar consulta odontológica associou-se ao impacto (28,1% sem impacto vs. 48,4% com impacto,  $p=0,000$ ). Quanto maior a escolaridade, menor a chance de a gestante apresentar impacto (OR=0,253; IC95%=0,161-0,397), assim como quando realizam mais consultas pré-natal (OR=0,48; IC95%=0,295-0,780) e quando possuem companheiro (OR=0,379; IC95%=0,255-0,563). Deve-se considerar os fatores sociodemográficos no planejamento das ações em saúde bucal para gestantes, dada sua influência na qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Saúde Materno-Infantil; Qualidade da Assistência à Saúde; Assistência Odontológica.

## INTRODUÇÃO

A avaliação do efeito de doenças e de condições bucais nas funções sociais pode ser de grande valia aos pesquisadores, gestores e profissionais de saúde bucal. O comportamento das pessoas é condicionado pela forma como elas percebem sua condição bucal, pela importância dada à mesma e pelos seus valores culturais e experiências passadas<sup>1</sup>. Mesmo nos países mais desenvolvidos e que oferecem serviços odontológicos a sua população, tais como Austrália e Reino Unido, uma grande parcela das pessoas não os frequenta porque não tem a percepção de sua necessidade<sup>2</sup>.

Um dos indicadores subjetivos de saúde bucal mais amplamente utilizados em diferentes culturas e perfis sociodemográficos é o *Oral Health Impact Profile-14* (OHIP-14). Desenvolvido por Slade<sup>3</sup>, é uma versão reduzida e menos complexa do OHIP<sup>4</sup>, que procura identificar se o indivíduo sofreu, nos últimos 12 meses, algum incidente social devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses, de acordo com sua percepção. A associação entre a saúde bucal e seu impacto sobre a qualidade de vida tem sido uma preocupação científica recente<sup>2,5,6,7,8</sup>. Há também evidências de que a autopercepção de saúde bucal possa estar relacionada às características do indivíduo e ao contexto social em que ele vive<sup>9</sup>.

Sabe-se que a gestação é um período especial na vida da mulher, no qual os cuidados com a saúde devem ser maiores e em que ela torna-se mais sensível à adoção de novos hábitos e comportamentos. Por isso, talvez seja o momento mais adequado para analisar como a gestante percebe sua condição bucal<sup>10</sup>. Além disso, a manutenção de uma boa saúde bucal por parte das mulheres é importante, pois pode influenciar os desfechos da gestação e a saúde do bebê<sup>11,12</sup>.

Considerando que as gestantes compõem um dos grupos prioritários de atenção e cuidado nos serviços de saúde bucal no Brasil<sup>13</sup>, a análise dos fatores sociodemográficos que influenciam a percepção das condições bucais é importante para o planejamento, a execução e a avaliação de serviços odontológicos voltados para a prevenção e o controle de doenças para esse grupo populacional.

Assim, o objetivo deste trabalho é analisar a relação entre fatores sociodemográficos e o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), de duas regiões do estado do Espírito Santo (ES), Brasil.

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se da análise de dois estudos epidemiológicos observacionais seccionais, desenvolvidos em duas regiões do estado do ES: Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV) e a Microrregião de São Mateus (MRSM). Essas duas regiões apresentam características sociodemográficas distintas, sendo a RMGV predominantemente urbana, com o quinto melhor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do Brasil, em 2010, ao passo que a MRSM, predominantemente rural, engloba municípios com os piores IDHM do estado<sup>14</sup>.

Os dados utilizados fazem parte das pesquisas brasileiras intituladas “Avaliação da Qualidade na Assistência Pré-Natal na Região Metropolitana da Grande Vitória: Acesso e Integração dos Serviços de Saúde”, realizada de abril a setembro de 2010<sup>15</sup>, e “Avaliação da Assistência Pré-Natal na Microrregião de São Mateus – ES”, realizada entre julho de 2012 e fevereiro de 2013<sup>16</sup>. Os referidos estudos, devidamente revisados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (pareceres nº 093/09 e nº 258/11), foram desenvolvidos com mulheres residentes nas duas microrregiões que se hospitalizaram em estabelecimentos da rede pública de saúde, da sua respectiva microrregião, por ocasião do parto.

O tamanho da amostra foi calculado utilizando-se os dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc) de 2009, para a RMGV, e de 2011, para a MRSM, o que refletiu aproximadamente a quantidade de parturientes. Além disso, considerando-se as diferenças de contingente populacional de nascidos vivos entre os municípios, a representatividade da amostra foi garantida obedecendo à estratificação, de acordo com as proporções observadas entre os municípios. Um maior detalhamento do cálculo da amostra pode ser consultado em Santos-Neto et al.<sup>15</sup> (2012) e Martinelli et al.<sup>16</sup> (2014).

Neste estudo, foram incluídas todas as gestantes que se hospitalizaram por ocasião do parto em algum dos 15 estabelecimentos da rede pública de saúde das duas regiões, nos períodos referidos anteriormente. Os entrevistadores verificaram a posse do “Cartão da Gestante” das mulheres, e aquelas não possuíam tal documento foram excluídas, assim como as que realizaram acompanhamento pré-natal (totalmente ou em parte) no sistema privado e as que foram acompanhadas em municípios fora da região correspondente. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 466/12), os entrevistadores aplicaram um

questionário estruturado fechado às puérperas. Foram entrevistadas 1035 mulheres na RMGV e 742 na MRSM. A análise do banco de dados foi realizada a partir das informações contidas nos formulários de pesquisa e nos cartões das gestantes, analisadas por meio do software SPSS, versão 17.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

Para avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida das gestantes, utilizaram-se as questões do OHIP-14 referentes a problemas com os dentes, a boca ou dentadura nos seis meses anteriores à entrevista, conforme adaptação realizada por Oliveira e Nadanovsky<sup>17</sup>. São 14 perguntas que abrangem as sete dimensões conceituais descritas por Locker<sup>18</sup>, com duas perguntas por dimensão: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência. A hierarquia entre essas sete dimensões está relacionada ao impacto na qualidade de vida e no cotidiano dos indivíduos. O método escolhido para verificar a presença de impacto da saúde bucal na qualidade de vida, por meio do OHIP-14, foi a simples contagem. Esse método é indicado quando se deseja identificar a extensão do problema<sup>19</sup>. Considerou-se a existência de impacto quando as mulheres responderam “repetidamente” e/ou “sempre” às duas questões de pelo menos uma dimensão.

Para esta pesquisa foram definidas as seguintes variáveis sociodemográficas, baseadas nas informações coletadas no formulário: idade, raça/cor, escolaridade, classe econômica<sup>20</sup>, situação conjugal, exercício de atividade remunerada, zona de residência, número de consultas de pré-natal e realização de consulta odontológica na gravidez.

A associação de variáveis sociodemográficas com o impacto da saúde bucal na qualidade de vida das gestantes foi verificada por meio do teste Qui-quadrado, com correção de Yates e nível de significância de 5%. A análise de regressão logística múltipla foi utilizada para estimar a chance da ocorrência do impacto, segundo as características sociodemográficas das mulheres. Para a entrada das variáveis no modelo logístico, foram selecionadas aquelas que apresentaram um p-valor <0,20 no teste de associação e, para a permanência da variável no modelo final, foi adotado um nível de 5% de significância.

## RESULTADOS

A maioria das mulheres deste estudo tinha de 20 a 34 anos (67,7% na MRSM e 69,9% na RMGV) e era parda (72,9% na MRSM e 70,0% na RMGV), com pelo menos nove anos de estudo (48,2% na MRSM e 51,0% na RMGV). Elas pertenciam à classe econômica C (54,7% na MRSM e 63,9% na RMGV), tinham companheiro (88,1% na MRSM e 89,8% na RMGV) e poucas exerciam atividade remunerada (25,1% na MRSM e 28,4% na RMGV). A população do estudo era predominantemente urbana (67,4% na MRSM e 98,2% na RMGV). Em ambas as regiões, a maioria das mulheres realizou pelo menos sete consultas de pré-natal (65,5% na MRSM e 48,3% na RMGV). Porém, apenas 35,3% das puérperas da MRSM e 29,8% da RMGV foram ao dentista durante a gestação.

A Tabela 1 mostra a associação entre as variáveis sociodemográficas e as regiões MRSM e RMGV. Em relação à escolaridade, a MRSM exibiu menor proporção de puérperas com cinco ou mais anos de estudo (87,2% na MRSM vs. 91,2% na RMGV,  $p=0,021$ ), além de menor proporção de residentes em área urbana (67,4% na MRSM vs. 98,2% na RMGV,  $p=0,000$ ) e pertencentes a classes econômicas mais altas (59,8% na MRSM vs. 68,9% na RMGV,  $p=0,001$ ). Quanto ao acesso aos serviços de saúde, as mulheres da MRSM realizaram pelo menos sete consultas de pré-natal com maior frequência (65,5% na MRSM vs. 48,3% na RMGV), assim como realizaram pelo menos uma consulta odontológica (35,3% na MRSM vs. 29,8% na RMGV,  $p=0,015$ ).

**Tabela 1:** Relação entre as variáveis sociodemográficas e a região de residência das mulheres. Microrregião de São Mateus (MRSM) e Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), 2010-2013.

Característica sociodemográfica	MRSM (n=742) <sup>#</sup>		RMGV (n=1035) <sup>#</sup>		Qui-quadrado	p-valor
	n	%	n	%		
<b>IDADE</b>						
<20 anos	189	25,5	232	22,4	2,347	0,309
20-34anos	502	67,7	723	69,9		
≥35anos	51	6,9	79	7,6		
<b>RAÇA / COR</b>						
Branca	102	14,0	134	13,7	3,441	0,179
Preta	95	13,0	159	16,3		
Parda	531	72,9	684	70,0		
<b>ESCOLARIDADE</b>						
≤4 anos	95	12,9	90	8,8	7,736	0,021*
5-8anos	288	39,0	413	40,2		
≥9anos	356	48,2	524	51,0		
<b>CLASSE ECONÔMICA</b>						
D/E	269	40,2	284	31,1	14,665	0,001*
C1/C2	366	54,7	584	63,9		
A/B	34	5,1	46	5,0		
<b>SITUAÇÃO CONJUGAL</b>						
Sem companheiro	88	11,9	100	9,7	2,133	0,144
Com companheiro	653	88,1	930	89,8		
<b>ATIVIDADE REMUNERADA</b>						
Não	556	74,9	740	71,6	2,482	0,115
Sim	186	25,1	294	28,4		
<b>Nº DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL</b>						
1-3	44	5,9	126	12,6	55,954	0,000*
4-6	212	28,6	392	39,2		
≥7	486	65,5	483	48,3		
<b>CONSULTA ODONTOLÓGICA NA GESTAÇÃO</b>						
Não	480	64,7	724	70,2	5,912	0,015*
Sim	262	35,3	308	29,8		
<b>ZONA DE RESIDÊNCIA</b>						
Urbana	500	67,4	1003	98,2	325,315	0,000*
Rural	242	32,6	18	1,8		

**Nota:** Na RMGV os dados se referem a 2010 e na MRSM, a 2012-2013.

<sup>#</sup>Algumas variáveis não somam o n total da região, devido a respostas incompletas e perda amostral.

\*p-valor <0,05

A Tabela 2 mostra a associação entre as dimensões do impacto da saúde bucal na qualidade de vida (SBQV) da mulher e as regiões estudadas. Todas as dimensões apresentaram algum impacto, sendo as maiores frequências para as dimensões "Dor física" (3,0% na MRSM e 4,4% na RMGV) e "Desconforto psicológico" (2,8% na MRSM e 4,7% na RMGV). Houve associação entre o impacto total da SBQV e a região de moradia (p=0,018), assim como para a dimensão "Desconforto psicológico" (p=0,042).

**Tabela2:** Relação entre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida e a região de residência das mulheres, por dimensões do OHIP-14. Microrregião de São Mateus (MRSM) e Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), 2010-2013.

DIMENSÃO DO OHIP-14	REGIÃO DE MORADIA				Qui- quadrado	p-valor
	MRSM (n=742)		RMGV (n=1035)			
	n	%	n	%		
LIMITAÇÃO FUNCIONAL						
Sem impacto	736	99,2	1032	99,7	2,308	0,129
Com impacto	06	0,8	03	0,3		
DOR FÍSICA						
Sem impacto	720	97,0	989	95,6	2,570	0,109
Com impacto	22	3,0	46	4,4		
DESCONFORTO PSICOLÓGICO						
Sem impacto	721	97,2	986	95,3	4,141	0,042*
Com impacto	21	2,8	49	4,7		
INCAPACIDADE FÍSICA						
Sem impacto	733	98,8	1027	99,2	0,883	0,347
Com impacto	09	1,2	08	0,8		
INCAPACIDADE PSICOLÓGICA						
Sem impacto	737	99,3	1022	98,7	1,461	0,227
Com impacto	05	0,7	13	1,3		
INCAPACIDADE SOCIAL						
Sem impacto	736	99,2	1022	98,7	0,818	0,366
Com impacto	06	0,8	13	1,3		
DEFICIÊNCIA						
Sem impacto	736	99,2	1029	99,4	0,338	0,561
Com impacto	06	0,8	06	0,6		
TOTAL						
Sem impacto	699	94,2	944	91,2	5,568	0,018*
Com impacto	43	5,8	91	8,8		

**Nota:** Na RMGV os dados se referem a 2010 e na MRSM, a 2012-2013.

\*p-valor <0,05

A associação entre as variáveis sociodemográficas e a presença de impacto em cada região de estudo é apresentada na Tabela 3. Na MRSM não houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e o impacto. Já na RMGV, quanto maior a escolaridade, menor a frequência de impacto da saúde bucal na qualidade de vida ( $p=0,010$ ). Além disso, a realização de consulta odontológica também se mostrou associada à existência de impacto (28,1% sem impacto vs. 48,4% com impacto,  $p=0,000$ ).

**Tabela 3:** Relação entre variáveis sociodemográficas e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida das mulheres. Microrregião de São Mateus (MRSM) e Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), 2010-2013.

Característica sociodemográfica	MRSM (n=742) <sup>#</sup>				Qui-quadrado	p-valor	RMGV (n=1035) <sup>#</sup>				Qui-quadrado	p-valor
	Sem impacto		Com impacto				Sem impacto		Com impacto			
	n	%	n	%			n	%	n	%		
<b>IDADE</b>												
<20 anos	183	26,2	6	14,0	3,327	0,190	215	22,8	17	18,7	1,100	0,577
20-34 anos	469	67,1	33	76,7			655	69,5	68	74,7		
≥35 anos	47	6,7	4	9,3			73	7,7	6	6,6		
<b>RAÇA / COR</b>												
Branca	98	14,3	4	9,8	0,741	0,690	125	14,0	9	10,3	2,674	0,263
Preta	90	13,1	5	12,2			140	15,7	19	21,8		
Parda	499	72,6	32	78,0			625	70,2	59	67,8		
<b>ESCOLARIDADE</b>												
≤4 anos	89	12,8	6	14,0	0,083	0,959	78	8,3	12	13,2	9,144	0,010*
5-8 anos	272	39,1	16	37,2			367	39,2	46	50,5		
≥9 anos	335	48,1	21	48,8			491	52,5	33	36,3		
<b>CLASSE ECONÔMICA</b>												
D/E	251	39,9	18	45,0	0,839	0,657	254	30,5	30	37,0	2,339	0,310
C1/C2	345	54,8	21	52,5			535	64,2	49	60,5		
A/B	33	5,2	1	2,5			44	5,3	2	2,5		
<b>SITUAÇÃO CONJUGAL</b>												
Sem companheiro	80	11,5	8	18,6	1,975	0,160	96	10,2	4	4,4	3,214	0,073
Com companheiro	618	88,5	35	81,4			843	89,8	87	95,6		
<b>ATIVIDADE REMUNERADA</b>												
Não	523	74,8	33	76,7	0,080	0,778	669	70,9	71	78,0	2,043	0,153
Sim	176	25,2	10	23,3			274	29,1	20	22,0		
<b>Nº DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL</b>												
1-3	43	6,2	1	2,3	4,475	0,107	117	12,8	9	10,0	0,603	0,730
4-6	194	27,8	18	41,9			355	39,0	37	41,1		
≥7	462	66,1	24	55,8			439	48,2	44	48,9		
<b>CONSULTA ODONTOLÓGICA NA GESTAÇÃO</b>												
Não	457	65,4	23	53,5	2,507	0,113	677	71,9	47	51,6	16,325	0,000*
Sim	242	34,6	20	46,5			264	28,1	44	48,4		
<b>ZONA DE RESIDÊNCIA</b>												
Urbana	475	68,0	25	58,1	1,775	0,183	915	98,3	88	97,8	0,120	0,729
Rural	224	32,0	18	41,9			16	1,7	2	2,2		

**Nota:** Na RMGV os dados se referem a 2010 e na MRSM, a 2012-2013.

<sup>#</sup>Algumas variáveis não somam o n total da região, devido a respostas incompletas e perda amostral.

\*p-valor <0,05

O modelo final da análise de regressão logística múltipla (Tabela 4) mostrou que as variáveis "escolaridade", "situação conjugal", "número de consultas pré-natal" e "consulta odontológica na gestação" apresentaram significância. Ter estudado nove anos ou mais reduziu em 75% a chance de a gestante apresentar impacto da SBQV. Ter um companheiro também reduziu a chance de apresentar impacto, neste caso, em 62%. O maior número de consultas de pré-natal funcionou como fator de proteção, de modo que as mulheres que realizaram pelo menos sete consultas tiveram uma chance 52% menor de apresentar impacto. As puérperas que foram ao dentista durante a gravidez tiveram mais de 80% de chance de apresentar impacto da SBQV.

**Tabela 4:** Regressão logística múltipla entre as variáveis sociodemográficas das mulheres e a presença de impacto, segundo o OHIP-14. Microrregião de São Mateus (MRSM) e Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), 2010-2013.

Regressão Logística								
	Coefficiente beta	Erro padrão	Wald	Efeito do desenho	p-valor	Odds Ratio	Limite inferior (IC95%)	Limite superior (IC95%)
<b>ESCOLARIDADE</b>								
≤4 anos			37,484	2		1		
5-8 anos	-0,981	0,216	20,596	1	0,000	0,375	0,245	0,573
≥9 anos	-1,376	0,231	35,454	1	0,000	0,253	0,161	0,397
<b>SITUAÇÃO CONJUGAL</b>								
Sem companheiro						1		
Com companheiro	-0,971	0,202	23,013	1	0,000	0,379	0,255	0,563
<b>Nº DE CONSULTAS PRÉ-NATAL</b>								
1-3			9,018	2		1		
4-6	-0,568	0,246	5,352	1	0,021	0,567	0,350	0,917
≥7	-0,734	0,248	8,786	1	0,003	0,480	0,295	0,780
<b>CONSULTA ODONTOLÓGICA NA GESTAÇÃO</b>								
Não						1		
Sim	0,593	0,189	9,795	1	0,002	1,809	1,248	2,623

**Nota:** Na RMGV os dados se referem a 2010 e na MRSM, a 2012-2013.

## DISCUSSÃO

Desde o início do processo de industrialização no Brasil, a saúde materno-infantil tem sido foco de atenção nos serviços de saúde pública. Decorridas algumas décadas, foram implementadas várias políticas nesse sentido, as quais vêm sendo adaptadas e modificadas de acordo com novas necessidades e percepções<sup>21</sup>. O país é uma das 191 nações que, em 2000, assumiram o compromisso de cumprir, até 2015, os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, entre eles, reduzir o coeficiente de mortalidade materna em 75%, o que no Brasil significa atingir o patamar de 35 mortes maternas por 100 mil nascimentos<sup>22</sup>. De 1990 a 2010, a taxa de mortalidade materna brasileira reduziu-se pela metade, passando de 141 para 68 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos. Apesar de o avanço no país ter sido importante, não foi o suficiente para alcançar a meta, já que a taxa de mortalidade materna foi de 62 óbitos a cada 100 mil nascimentos em 2014<sup>23</sup>. Além disso, o ritmo da queda nos últimos anos parece incompatível com o desenvolvimento e com o nível de oferta do sistema de saúde do país no período<sup>24</sup>.

Em 2011 foi lançada, pelo governo federal do Brasil, a Rede Cegonha, um programa para melhorar o acesso e a utilização dos serviços de saúde por mulheres, recém-nascidos e crianças. Os objetivos traçados foram: fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de 0 a 24 meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal<sup>25</sup>.

Os obstáculos para a implementação dessa rede são diversos, principalmente em um país de extensão territorial tão grande, com diferenças inter e intrarregionais. A ênfase na descentralização e na municipalização das ações de saúde proposta pelo SUS ampliou o contato de gestores e profissionais da saúde com a realidade social, política, econômica e administrativa do país. As diferenças regionais evidenciaram-se, tornando mais complexa a organização de uma rede de serviços que atenda às diferentes necessidades dos brasileiros<sup>26</sup>.

Neste estudo, a condição socioeconômica de cada região mostrou-se relevante e justifica alguns resultados encontrados (Tabela 1), como a maior escolaridade das gestantes residentes na RMGV. Essa região concentra 48,0% do total da população do estado do Espírito Santo e 56,6%

da sua população urbana<sup>27</sup>. Ela responde por 60% do Produto Interno Bruto do estado, com participação predominante nos setores secundário e terciário<sup>28</sup>. Já a MRSM apresenta a maior extensão territorial do estado e aproximadamente 30% de sua população reside em área rural<sup>27</sup>, o que também se verificou no presente estudo. O contraste urbano e rural entre as regiões ajudaria a explicar o fato das entrevistadas da MRSM pertencerem a classes econômicas mais baixas, porém, a MRSM exibe a maior participação na riqueza produzida pelo setor primário no estado<sup>28</sup>, mostrando que há também grandes diferenças socioeconômicas dentro da região.

Apesar das diferenças estatisticamente significantes entre as regiões do estudo quanto à utilização dos serviços de saúde, salienta-se que as mulheres da MRSM realizaram maior número de consultas pré-natais e odontológicas (Tabela 1) e, ainda, que ambas as regiões atendem à recomendação do Ministério da Saúde<sup>29</sup>, uma vez que a maioria das puérperas realizou pelo menos seis consultas de pré-natal. Ainda assim, apenas um terço delas foi ao dentista durante a gestação, a despeito da orientação do Ministério da Saúde<sup>30</sup>, de encaminhar todas as mulheres a uma consulta odontológica logo no início do pré-natal. Neste ponto, o aspecto socioeconômico e o modelo de assistência oferecido parecem ganhar relevância, pois sabe-se que a consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), principal estratégia de atenção básica do sistema de saúde brasileiro, ocorreu de forma mais acelerada nos municípios de pequeno porte, como os da MRSM, e mais lenta em grandes centros urbanos, como a RMGV<sup>31</sup>. Segundo estimativa do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde<sup>32</sup>, sete dos nove municípios da MRSM têm mais de 80% da população coberta pela ESF, e a menor cobertura populacional compreende 43% dos habitantes (Pedro Canário). Na RMGV, a capital, Vitória, tem aproximadamente 78% da população coberta e três dos sete municípios da RMGV têm cobertura de ESF menor que 40% (Serra registra 31%, Vila Velha, 24%, e Cariacica, 14%). Porém, ainda que nos sistemas de informação a cobertura do serviço seja maior na MRSM, é preciso ter cautela na análise da situação quanto à continuidade, evolução e qualidade dos serviços de saúde.

Neste estudo, em ambas as regiões, as dimensões "desconforto psicológico" e "dor física" do OHIP-14 foram as que mais impactaram a qualidade de vida das mulheres durante a gravidez (Tabela 2). Mckee e colaboradores<sup>33</sup> investigaram a percepção de bem-estar e a condição física no final da gestação de norte-americanas de baixa renda, sem complicações associadas. Eles verificaram que a percepção de bem-estar físico e psicológico é pior nos estágios finais da

gestação e no puerpério. Contudo, isso não foi verificado neste estudo, visto que as entrevistas ocorreram no momento pós-parto e diziam respeito aos seis meses anteriores à entrevista.

Segundo Locker<sup>34</sup>, a dor pode causar desconforto físico ou psicológico ou, ainda, incapacidade física, psicológica ou social, descrita pelo autor como limitação ou falha na capacidade de realizar alguma tarefa cotidiana. A consequência final é a deficiência, que pode ser caracterizada por uma situação em que a pessoa evita a interação social devido à ausência de algum elemento dentário. É importante ressaltar, no entanto, que a maior frequência de impacto para "desconforto psicológico" e "dor física" do OHIP-14 não é exclusividade do grupo de gestantes, pois estudos com usuários de prótese total removível<sup>5</sup>, com servidores públicos<sup>8</sup> e com idosos<sup>6</sup> tiveram resultados semelhantes.

Na MRSM, a menor frequência de impacto, a ausência de associação estatisticamente significativa entre o impacto e os fatores sociodemográficos e a maior utilização dos serviços de saúde pelas gestantes podem fomentar a hipótese de que nessa região se proporcionam maior acesso e melhor assistência às usuárias. Porém, na MRSM as gestantes usuárias do SUS apresentaram características sociodemográficas semelhantes, formando um grupo homogêneo. Também é importante destacar que a pergunta do questionário utilizado apenas verifica se a mulher realizou pelo menos uma consulta odontológica, sem considerar que o conceito de "consulta" para um leigo pode ser muito amplo, principalmente quando ele não tem contato frequente ou bom acesso ao atendimento. Ressalta-se ainda que passar por uma consulta não significa realizar um tratamento integral. Há também crenças populares que desestimulam a busca por atendimento odontológico durante a gravidez, como supostos riscos da anestesia, riscos de hemorragias e perigos para o bebê. Outros fatores desestimulantes incluem a falta de percepção pela mulher da necessidade de tratamento (muitas vezes acreditam que a dor de dente está associada à condição da gravidez) e o medo da dor<sup>17,35</sup>. As famílias residentes nas áreas rurais da MRSM têm como principais atividades econômicas a agricultura, a pecuária e o extrativismo<sup>28</sup>. Neste estudo, cerca de um terço das entrevistadas provém dessas áreas, onde os saberes populares acabam tendo um peso importante, principalmente se os profissionais de saúde não buscarem meios para se comunicarem de modo efetivo com esse público.

A dimensão "desconforto psicológico" apresentou diferença estatisticamente significativa para a RMGV, assim como o impacto total do OHIP-14. Isso pode ser explicado pela maior

escolaridade na região, pois o nível educacional do indivíduo tem influência significativa na qualidade de vida do mesmo. A associação estatisticamente significativa da variável "escolaridade" com o impacto da SBQV das mulheres da RMGV, mostrada na Tabela 3, indica tal fato. Quanto maior a escolaridade dela, mais elevados seus níveis de informação, consciência e busca por serviços odontológicos<sup>7,36</sup>.

Papioannou e colaboradores<sup>7</sup> investigaram o impacto da SBQV em adultos de diferentes regiões da Grécia, usando o OHIP-14. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre regiões rurais e urbanas, porém, quanto maior a escolaridade, menor o impacto sobre a pontuação total do OHIP-14 e das dimensões incapacidade social e deficiência. Dessa forma, a escolaridade teve um impacto positivo, estatisticamente significativo, sobre a qualidade de vida dos indivíduos, o que neste estudo também foi destacado.

No estudo de Bessane e colaboradores<sup>37</sup>, com gestantes de uma Unidade Básica de Saúde de Manaus (AM), verificou-se que quanto maiores o nível de escolaridade e a renda familiar, menor a prevalência de gengivite. Um achado importante desse trabalho foi que a maioria das gestantes (96%) havia ido ao dentista em algum momento da vida e 94% afirmaram precisar de tratamento no momento da entrevista. No entanto, nenhuma das mulheres buscou atendimento odontológico durante a gravidez. Os achados clínicos dos autores constataram que as condições de saúde nas gestantes estudadas eram desfavoráveis, com real necessidade de tratamento; entretanto, a maioria considerou sua saúde bucal regular ou boa. No presente estudo, há um aspecto positivo a ser destacado: as mulheres procuraram o atendimento odontológico na gestação, ainda que não tenha sido o caso da maioria delas.

A influência da escolaridade no impacto da SBQV foi confirmada na análise de regressão logística deste estudo (Tabela 4), em que gestantes que estudaram de cinco a oito anos tiveram 62% menos chance de apresentar impacto e, para as que estudaram nove anos ou mais, a proteção foi ainda maior, 75%. Lamarca e colaboradores<sup>38</sup> avaliaram o impacto da SBQV de gestantes e puérperas, com enfoque na sua ocupação. As mulheres que trabalhavam fora de casa tinham maior escolaridade e maior renda familiar em comparação às donas de casa e apresentaram menor impacto da SBQV, o que sustenta os achados deste estudo.

A situação conjugal também foi um fator importante, uma vez que as gestantes com companheiro tiveram 62% menos chance de apresentar impacto da SBQV. A situação conjugal de uma mulher muitas vezes interfere no desenvolvimento da gravidez, tanto pelo apoio emocional como pelo apoio econômico. A ausência de parceiro fixo é um fator de risco para a gestação, mesmo quando a gravidez é desejada<sup>39</sup>, visto que a presença do companheiro poderia favorecer o aporte financeiro, emocional e social durante a gestação.

O número de consultas de pré-natal foi outro fator de proteção identificado, visto que quanto maior o número de consultas, menor a chance de a mulher apresentar impacto da SBQV. Isso reforça a importância do pré-natal, momento em que a gestante participa de consultas e de atividades individuais ou coletivas, que devem ter uma abordagem multiprofissional, articulada nos serviços de assistência, para assegurar a integralidade do atendimento, viabilizando uma assistência pré-natal humanizada e de qualidade<sup>15</sup>. Além disso, as gestantes são consideradas um grupo altamente susceptível a receber informações e incorporar novas atitudes<sup>10</sup>, evidenciando a premissa de que é benéfico para a saúde da mulher e da criança o contato frequente com os serviços de saúde na gestação, auxiliando o estabelecimento de vínculos entre a gestante e os profissionais de saúde.

A consulta odontológica durante a gravidez estabeleceu-se na análise de regressão logística como um fator que aumentou em 98% a chance de a mulher apresentar impacto da SBQV. Segundo os estudos de Acharya, Bhat e Acharya<sup>40</sup> e Oliveira e Nadanovsky<sup>17</sup>, existe uma associação clara entre a necessidade de tratamento e impacto da SBQV. Nesse caso, as gestantes que apresentassem uma autopercepção da saúde bucal insatisfatória procurariam mais a consulta odontológica para tentar obter cuidado e solucionar sua necessidade de saúde. Do mesmo modo, neste estudo, ir ao dentista teve relação com a presença de impacto. Contudo, também se percebeu, com os resultados obtidos, maior priorização do atendimento às gestantes com maiores impactos da SBQV. Isso evidencia que os serviços de saúde estão proporcionando o atendimento odontológico na gravidez de modo equitativo, abrindo a possibilidade para o planejamento de ações e programas de saúde para esse grupo específico, de forma a garantir o cuidado integral a todas as gestantes.

## CONCLUSÃO

O impacto total da saúde bucal na qualidade de vida das gestantes associou-se à região de residência, o que pode se relacionar às diferenças socioeconômicas entre as regiões de estudo. Pode-se concluir que fatores sociodemográficos influenciam o impacto da saúde bucal na qualidade de vida das mulheres apenas na RMGV, onde se estabeleceram como fatores protetores a maior escolaridade, ter companheiro e o maior número de consultas pré-natais. Já a consulta odontológica na gestação estabeleceu-se como fator de risco para o impacto.

Salienta-se que a população estudada compreende mulheres que realizaram o pré-natal exclusivamente no SUS, em ambas as regiões, de modo que elas possuem características relativamente homogêneas, principalmente na MRSM.

Os achados deste trabalho reforçam que a saúde está interligada a outros âmbitos de vida que podem proporcionar importantes recursos intelectuais e materiais para a busca e manutenção da saúde. Desta forma, fatores sociodemográficos devem ser considerados no planejamento das ações em saúde bucal voltadas para gestantes, ações essas que precisam ser trabalhadas de forma interdisciplinar, com o potencial de assim diminuir as desigualdades sociais e seus efeitos negativos sobre a qualidade de vida das mulheres.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva CJP et al. Percepção de saúde bucal dos usuários do Sistema Único de Saúde do município de Coimbra/Minas Gerais. *Rev Fac Odontol.* 2006;47(2):23-28.
2. Slade GD, Sanders AE. The Paradox of Better Subjective Oral Health in Older Age. *J Dent Res.* 2011;90(11):1279-1285.
3. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997;25:284-290.
4. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dental Health.* 1994;11(1):3-11.
5. Silva MES et al. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2010;15(3):841-850.
6. Alvarenga FAS et al. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pacientes maiores de 50 anos de duas instituições públicas do município de Araraquara-SP, Brasil. *Rev Odontol UNESP.* 2011;40(3):118-124.
7. Papaioannou W et al. Oral Health-Related Quality of Life of Greek Adults: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Dentistry.* 2011;2011:1-7.
8. Guerra MJC et al. Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de trabalhadores. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2014;19(12):4777-4786.
9. Gabardo MCL, Moysés ST, Moysés SJ. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. *Rev. Panam. Salud Pública.* 2013;33(6):439-445.
10. Moimaz SAS et al. Análise da dieta e condição de saúde bucal em pacientes gestantes. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2010;10(3):357-363.
11. Cruz SS et al. Doença periodontal materna como fator associado ao baixo peso ao nascer. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2005;39(5):782-787. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000500013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 jul. 2014.
12. Passini Junior R, Nomura ML, Politano GT. Doença periodontal e complicações obstétricas: há relação de risco? *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007;29(7):370-375.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica: Saúde Bucal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
14. Atlas Brasil [homepage]. Atlas Brasil 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013>.
15. Santos Neto ET et al. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. Ciênc. saúde coletiva. 2012;17(11). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100022&lng=en&nrm=iso).
16. Martinelli KG et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2014;36:56-64.
17. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the oral health impact profile-short form. Community Dent Oral Epidemiol. 2005;33:307-314.
18. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. Community Dent Health. 1988;5:3-18.
19. Slade GD et al. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. Br Dent J. 2005;198(8):489-493.
20. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) [homepage]. Critério de classificação econômica Brasil. 2014– Base LSE 2012 [citado em 14 jun 2014]. Disponível em: <http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=01>.
21. Santos Neto ET et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. Saúde e Sociedade. 2008;17(2). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902008000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200011&lng=en&nrm=iso).
22. Organização das Nações Unidas (ONU). Declaração do Milênio. Nova York: ONU; 2000. Disponível em: [http://www.pnud.org.br/Docs/declaracao\\_do\\_milenio.pdf](http://www.pnud.org.br/Docs/declaracao_do_milenio.pdf).
23. United Nations (UN). The Millennium Development Goals Report 2015. New York: UN; 2015.
24. Victora CG et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. The Lancet. 2011; Série sobre saúde no Brasil (2):32-46.

25. Brasil. Secretaria da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Brasília (DF): Diário Oficial da União – seção 01; 2011:109-111.
26. Cecílio L. et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. RECIIS. 2007;1:200-207.
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010 [homepage].Brasília (DF): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.
28. Espírito Santo. Produto Interno Bruto (PIB) dos Municípios do Espírito Santo – 2011 [homepage]. Vitória; 2013. Disponível em: <http://www.ijsn.es.gov.br>.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal [homepage]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004 [citado em 17 jul 2014]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/cisb/doc/politica\\_nacional.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf).
31. Portela GZ, Ribeiro JM. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia da Saúde da Família em municípios de grande porte. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16:1719-1732.
32. Brasil. Departamento de Atenção Básica [homepage]. Histórico de Cobertura da Saúde da família:Competência julho de 2015, por município. Brasília (DF); 2015 [citado em 16 set 2015]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php).
33. McKee MD et al. Health-Related Functional Status in Pregnancy: Relationship to Depression and Social Support in a Multi-Ethnic Population. Obstetrics & Gynecology. 2001;97(6):988-993.
34. Locker D. Derivation and oral health: a review. Community Dent Oral Epidemiol. 2000;28:161-169.
35. Chung LH et al. Sociodemographic disparities and behavioral factors in clinical oral health status during pregnancy. Community dent oral epidemiol. 2014;42:151-159.
36. Mesquita FAB,Vieira S. Impacto da condição autoavaliada de saúde bucal na qualidade de vida. RGO. 2009;57(4):401-406.

37. Bessane LB et al. Oral health conditions among pregnant women attended to at a health care center in Manaus, Amazonas, Brazil. *Rev Odonto Cienc.* 2011;26(4):291-296.
38. Lamarca GA et al. Oral health related quality of life in pregnant and post partum women in two social network domains; predominantly home-based and work-based networks. *Health qual. life outcomes.* 2012;10(5):1-11.
39. Ferreira TN et al. A importância da participação paterna durante o pré-natal: percepção da gestante e do pai no município de Cáceres – MT. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde.* 2014;5(2):337-345.
40. Acharya S., Bhat PV, Acharya S. Factors affecting oral health-related quality of life among pregnant women. *Int J Dent Hygiene.* 2009;7:102-107.

#### **4 CONCLUSÕES GERAIS**

Diante dos resultados encontrados neste trabalho, conclui-se que os fatores sociodemográficos podem influenciar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Esta influência pode ser positiva ou negativa e sua análise contribui para um melhor entendimento do processo saúde-doença, pois vai além da visão biomédica curativa, insuficiente para garantir a manutenção da saúde.

Os resultados podem ajudar na concepção de estratégias político-sociais mais específicas para reduzir os problemas de saúde bucal nas gestantes e, provavelmente, de outros grupos com características sociodemográficas semelhantes.

## 5 REFERÊNCIAS GERAIS

ACHARYA, S.; BHAT, P.V.; ACHARYA, S. Factors affecting oral health-related quality of life among pregnant women. **Int. J. Dent.Hygiene**, v.7, p.102-107, 2009.

ADULYANON, S.; SHEIHAM, A. Oral impacts on daily performances. In: SLADE, G. D. **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: School of Dentistry, University of North Carolina, 1997. p. 151-160.

ALLEN, P.F.; LOCKER, D. Do item weights matter? An assessment using the oral health impact profile. **Community Dental Health**, v.14, n.3, p.133-138, 1997.

ALMEIDA, R.F. et al. Associação entre doença periodontal e patologias sistêmicas. **Rev. Port. Clín.Geral**, v.22, p.379-390, 2006.

ALMEIDA, A.M.; LOUREIRO, C.A.; ARAÚJO, V.E. Um estudo transcultural de valores de saúde bucal utilizando o instrumento OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) na forma simplificada – Parte I: Adaptação cultural e linguística. **UFES Rev. Odontol.**, Vitória, v.6, n.1, p. 6-15, 2004.

ATCHISON, K.A.; DOLAN, T.A. Development of the General Oral Health Assessment Index. **Journal of Dental Education**, v.54, n.11, p.680-687, 1990.

BANDÉCA, M.C. et al. Correlation between oral health perception and clinical factors in a Brazilian community. **Community Dental Health**, v.28, n.1, p.64-68, 2011.

BASTIANI, C. et al. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. **Odontol. Clín.Cient.**, Recife, v.9, n.2, p.155-160, abr./jun.2010. Disponível em:

<[http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-38882010000200013&lng=p&nrm=iso](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882010000200013&lng=p&nrm=iso)>. Acesso em: 11 set. 2014.

CARVALHO, A.I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 – Prospecção estratégica**

do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v.2, p.19-38, 2013. Disponível em:<[http://www.obsnetims.org.br/uploaded/11\\_11\\_2015\\_\\_0\\_miolo\\_saude\\_brasil\\_2030.pdf](http://www.obsnetims.org.br/uploaded/11_11_2015__0_miolo_saude_brasil_2030.pdf)>. Acesso em: 30jul.2014.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CREMONESE, C. et al. Neighborhood sociodemographic and environmental contexts and self-rated health among Brazilian adults: a multilevel study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.12, p. 2368-2378, Dec. 2010.

CRUZ, S.S. et al. Doença periodontal materna como fator associado ao baixo peso ao nascer. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.5, out. 2005. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000500013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 jul. 2014.

FOGACCI, M.F.; VETTORE, M.V.; LEÃO, A.T.T. The effect of periodontal therapy on preterm low birth weight – a meta-analysis. **Obstetrics&Gynecology**, v.117, n.1, p.153-165, Jan. 2011.

GABARDO, M.C.L.; MOYSÉS, S.T; MOYSÉS, S.J. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. **Rev. Panam. SaludPública**, v. 33, n. 6, 2013.

LOCKER, D. Measuring oral health: a conceptual framework. **Community Dent Health**, v.5, p.3-18, 1988.

LOPES, F.F. et al. A condição periodontal materna e o nascimento de prematuro de baixo peso: estudo caso-controle. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.27, n.7, p.382-36, 2005.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diminuindo diferenças**: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. Rio de Janeiro: OMS, 2011.

OLIVEIRA, B.H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the oral health impact profile-short form. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v.33, p.307-314, 2005.

OLIVEIRA, B.H.; NADANOVSKY, P. The impact of oral pain on quality of life during pregnancy in low-income Brazilian women. **J. Orofac. Pain**, Carol Stream (EUA), v.20, n.4, p.297-305, 2006.

PASSINI JUNIOR, R.; NOMURA, M.L.; POLITANO, G.T. Doença periodontal e complicações obstétricas: há relação de risco? **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.29, n.7, p.370-375, 2007.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia** – teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SANTOS NETO, E.T. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e Soc.**, São Paulo, v.17, n.2, jun 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902008000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 set. 2014.

SANTOS NETO, E.T. et al. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, nov. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 set. 2014.

SILVA, C.J.P. et al. Percepção de saúde bucal dos usuários do Sistema Único de Saúde do município de Coimbra/Minas Gerais. **Rev. Fac. Odontol.**, v.47, n.2, p.23-28, 2006.

SILVA, S.R.C.; ROSELL, F.L.; VALSECKI JUNIOR, A. Percepção das condições de saúde bucal por gestantes atendidas em uma unidade de saúde no município de Araraquara, São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v.6, n.4, p.405-410, out./dez 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292006000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 set. 2014.

SISCHO, L.; BRODER, H.L. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. **J. Dent. Res.**, v.90, n.11, p.1264-1270, 2011.

SLADE, G.D.; SPENCER, A.J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. **Community Dental Health**, v.11, n.1, p.3-11, 1994.

SLADE, G.D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v.25, p.284-290, 1997.

SLADE, G.D. et al. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. **Br. Dent. J.**, v. 198, n. 8, p. 489-493, 2005.

SLADE, G.D.; SANDERS, A.E. The Paradox of Better Subjective Oral Health in Older Age. **J. Dent. Res.**, v.90, n.11, p.1279-1285, 2011.

ULINSKI, K.G. et al. Factors related to oral health-related quality of life of independent Brazilian elderly. **Int. J. Dent.**, v. 2013, p.1-8, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1155/2013/705047>>. Acesso em: 27 jul. 2014.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Autorização para utilizar dados da pesquisa (RMGV)



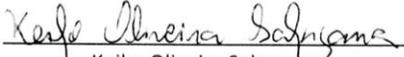
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA

#### 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 de 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.

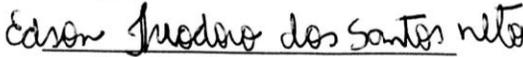
Vitória-ES, 29 de abril de 2013

  
Keiko Oliveira Sakugawa

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

## APÊNDICE B - Autorização para utilizar dados da pesquisa (MRSM)



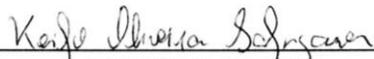
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA

### CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAR OS DADOS DA PESQUISA

Ao Prof. Dr. Adauto Emmerich Oliveira,

Tendo em vista a elaboração da minha dissertação de mestrado, como requisito de 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 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA MICRORREGIÃO DE SÃO MATEUS – ES", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde/UFES, sob protocolo nº 258/2011, em 30 de novembro de 2011.

Vitória-ES, 29 de abril de 2013

  
Keiko Oliveira Sakugawa

Eu, ADAUTO EMMERICH OLIVEIRA, 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.

Vitória-ES, 30 de abril de 2013.

  
Adauto Emmerich Oliveira

## APÊNDICE C - Artigo versão em inglês

**SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS AFFECTING ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE OF BRAZILIAN PREGNANT WOMEN****ABSTRACT**

The influence of oral health on the quality of life relates to the personal and sociodemographic factors affecting perceptions, senses and behaviors. The aim of this study was to examine the relationship between sociodemographic factors and the impact of oral health in the quality of life of pregnant women users of the Brazil's Unified Health System of the Metropolitan Region of Grande Vitória (RMGV) and the micro-region of São Mateus (MRSM), Espírito Santo. These are two sectional observational epidemiological studies with 1,035 pregnant women from RMGV and 742 from MRSM. A structured, pre-tested questionnaire collected the sociodemographic variables and the Oral Health Impact Profile (OHIP-14) evaluated the impact of oral health on the quality of life. Statistical analyses using the chi-square and multiple logistic regression tests were performed, both with significance levels of 5%. The region of residence influenced women's impact of oral health on the quality of life (MRSM = 5.8% vs. RMGV = 8.8%,  $p = 0.018$ ), highlighting the dimension "psychological discomfort" (MRSM = 2.8% vs. 4.7% RMGV,  $p = 0.042$ ). The higher the educational level, the less chance of the pregnant woman having an impact (OR = 0.253, 95% CI= 0.161 -0.397), as well as when making more prenatal consultations (OR = 0.48, 95% CI= 0.295 - 0.780) and when having a companion (OR = 0.379, 95% CI = 0.255 - .563). Health authorities must address sociodemographic factors when planning interventions on oral health for pregnant women, given their influence on the quality of life.

**Keywords:** Maternal and Child Health; Quality of Health Care; Dental care.

## INTRODUCTION

The evaluation of the effect of diseases and dental conditions in social functions can be of great value to researchers, managers and oral health professionals. People's behavior is conditioned by how they perceive their oral health, the importance given to it and its cultural values and past experiences<sup>1</sup>. Even in the most developed countries that offer dental services to its population, such as Australia and the UK, a large portion of people do not use these services because they do not have the perception of their needs<sup>2</sup>.

One of the most widely used subjective indicators of oral health in different cultures and socio-demographic profiles is the Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14). Developed by Slade<sup>3</sup>, it is a reduced and less complex version of the OHIP<sup>4</sup>, which seeks to identify if the individual suffered in the last 12 months some social incident due to problems with their teeth, mouth or dentures, according to their perception. The association between oral health and its impact on the quality of life has been a recent scientific concern<sup>2,5,6,7,8</sup>. There is also evidence that the oral health self-perception can be related to the individual characteristics and social context in which they live<sup>9</sup>.

It is known that pregnancy is a special time in a woman's life, in which health care should be greater and she becomes more receptive to adoption of new habits and behaviors. Thus, perhaps it is the most appropriate time to analyze how the mother realizes her oral condition<sup>10</sup>. In addition, the maintenance of good oral health for women is important because it can influence the outcomes of pregnancy and the baby's health<sup>11,12</sup>.

Considering that pregnant women make up one of the priority groups for attention and care in oral health services in Brazil<sup>13</sup>, the analysis of socio-demographic factors that influence the perception of oral conditions is important for the planning, execution and evaluation of dental services aimed at prevention and disease control for this population group.

The objective of the present study is to examine the relationship between sociodemographic factors and the impact of oral health conditions on the quality of life in

pregnant women users of Brazil's Unified Health System (SUS) of two regions of the state of Espírito Santo (ES), Brazil.

## **MATERIAL AND METHODS**

The present is an analysis of two sectional observational epidemiological studies carried out in two regions of the state of ES: Metropolitan Region of Grande Vitória (RMGV) and the micro-region of São Mateus (MRSM). These two regions have distinct sociodemographic characteristics, RMGV is predominantly urban, with the fifth best Municipal Human Development Index (IDHM) of Brazil, in 2010, while MRSM is predominantly rural, and includes municipalities with the worst IDHM of the state<sup>14</sup>.

The data used are part of the Brazilian researches titled "Quality Assessment in prenatal care in the metropolitan region of Grande Vitória: Access and Integration of Health Services", held from April to September 2010<sup>15</sup>, and "Prenatal Assistance Evaluation in the Micro-region of São Mateus-ES" held between July 2012 and February 2013<sup>16</sup>. These studies, duly reviewed and approved by the Research Ethics Committee of the Health Sciences Center of the Federal University of Espírito Santo (Partnerships No. 093/09 and No. 258/11), have been developed with women living in the two micro-regions that were hospitalized in the public health system establishments of their respective microregion at delivery.

The sample size was calculated using data from the Live Birth Information System (Sinasc) of 2009 for RMGV, and 2011 for MRSM, which approximately reflected the amount of pregnant women. In addition, considering the differences in the population contingent of live births among the municipalities, the representativeness of the sample was guaranteed to respect the stratification, according to the proportions observed among the municipalities. A larger detailing of the sample calculation can be consulted in Santos-Neto et al.<sup>15</sup> and Martinelli et al.<sup>16</sup>.

In the present study, all women who were hospitalized at delivery in any of the 15 establishments of public health services in the two regions in the periods previously referred were included. The interviewers verified the possession of the "Pregnancy Card" of women, and those that did not have such document were excluded, as well as

those that performed prenatal care (fully or partly) in the private system and who were followed in municipalities outside the corresponding region. After signing the Term of Free and Clear Consent (Resolution 466/12), the interviewers administered a closed, structured questionnaire to the mothers. At RMGV 1,035 women were interviewed and 742 in MRSM. An analysis of the database was made from the information contained in the survey forms and pregnant cards of the women, analyzed using the SPSS software, version 17.0 (SPSS Inc., Chicago, U.S.A).

To assess the impact of oral health on the quality of life of pregnant women, the OHIP-14 issues related to problems with their teeth, mouth or dentures in the six months prior to the interview, conforming with the adaptation performed by Oliveira and Nadanovsky<sup>17</sup>. There are 14 questions covering the seven conceptual dimensions described by Locker<sup>18</sup>, with two questions by dimension: functional limitation, physical pain, psychological discomfort, physical disability, psychological disability, social disability and handicap. The hierarchy between these seven dimensions is related to the impact on quality of life and daily lives of individuals. The method chosen to verify the presence of oral health impact on the quality of life, through the OHIP-14, was simply counting. This method is indicated when it is desired to identify the prevalence and extent of the problem<sup>19</sup>. The existence of impact was considered when women said "fairly often" and / or "very often" to two questions of at least one dimension.

For the present research, the following sociodemographic variables based on information collected in the form were defined: age, race / color, education level, economic class<sup>20</sup>, marital status, paid activity, area of residence, number of prenatal consultations and dental appointment during pregnancy.

The association of sociodemographic variables and the impact of oral health on the quality of life of pregnant women were verified by the chi-square test with Yates correction and a 5% significance level. A multiple logistic regression analysis was used to estimate the chance of the impact occurring, according to the sociodemographic characteristics of the women. For entering variables into the logistical model, those that presented a p-value of <0.20 in the association test were selected, and for the permanence of the variable in the final model, a 5% significance level was adopted.

## RESULTS

Most women in the present study were 20-34 years old (67.7% in MRSM and 69.9% in RMGV) and were brown (72.9% in MRSM and 70.0% in RMGV), with at least nine years of school (48.2% in MRSM and 51.0% in RMGV). They belonged to economic class C (54.7% in MRSM and 63.9% in RMGV), had a companion (88.1% in MRSM and 89.8% in RMGV) and few of them had a paid activity (25.1% in MRSM and 28.4% in RMGV). The study population was predominantly urban (67.4% in MRSM and 98.2% in RMGV). In both regions, most women held at least seven pre-natal consultations (65.5% in MRSM and 48.3% in RMGV). However, only 35.3% of the pregnant mothers of MRSM and 29.8% of RMGV have been to the dentist during pregnancy.

Table 1 shows the association between the socio-demographic variables of the MRSM and RMGV regions. Regarding education, MRSM exhibited a lower proportion of mothers with five or more years of education (87.2% in MRSM vs. 91.2% in RMGV,  $p = 0.021$ ), lower proportion of residents in urban areas (67.4% in MRSM vs. 98.2% in RMGV,  $p = 0.000$ ) and also lower proportion of higher economic classes (59.8% in MRSM vs. 68.9% in RMGV,  $p = 0.001$ ). Regarding access to health services, the women of MRSM had at least seven prenatal consultations with more frequency (65.5% in MRSM vs. 48.3% in RMGV) and had at least one dental visit (35.3% in MRSM vs. 29.8% in RMGV,  $p = 0.015$ ).

**Table 1:** Association between sociodemographic characteristics and micro-region of residences of women - micro-region of São Mateus (MRSM) and the metropolitan region of Grande Vitória (RMGV) - 2010/2013.

Sociodemographic characteristics	MRSM (n=742) <sup>#</sup>		RMGV (n=1035) <sup>#</sup>		Chi-square	p-Value
	n	%	n	%		
AGE						
<20 years	189	25.5	232	22.4	2.347	0.309
20-34 years	502	67.7	723	69.9		
≥35 years	51	6.9	79	7.6		
RACE / COLOR						
White	102	14.0	134	13.7	3.441	0.179
Black	95	13.0	159	16.3		
Brown	531	72.9	684	70.0		
EDUCATION LEVEL						
≤4 years	95	12.9	90	8.8	7.736	0.021*
5-8 years	288	39.0	413	40.2		
≥9 years	356	48.2	524	51.0		
ECONOMIC CLASS						
D/E	269	40.2	284	31.1	14.665	0.001*
C1/C2	366	54.7	584	63.9		
A/B	34	5.1	46	5.0		
MARITAL STATUS						
No companion	88	11.9	100	9.7	2.133	0.144
With companion	653	88.1	930	89.8		
PAID ACTIVITY						
No	556	74.9	740	71.6	2.482	0.115
Yes	186	25.1	294	28.4		
Nº OF PRE-NATAL CONSULTATIONS						
1-3	44	5.9	126	12.6	55.954	0.000*
4-6	212	28.6	392	39.2		
≥7	486	65.5	483	48.3		
DENTAL CONSULTATION DURING PREGNANCY						
No	480	64.7	724	70.2	5.912	0.015*
Yes	262	35.3	308	29.8		
AREA OF RESIDENCE						
Urban	500	67.4	1003	98.2	325.315	0.000*
Rural	242	32.6	18	1.8		

**Note:** Data from 2010 in RMGV and 2012-2013 in MRSM.

<sup>#</sup>Some variables do not add up to the total of the micro-region due to incomplete answers.

\* p <0.05

Table 2 shows the association between the dimensions of the Oral Health Related Quality of Life (OHRQoL) of women in the studied regions. All dimensions had some impact, with higher frequencies for the dimensions "Physical pain" (3.0% in MRSM and 4.4% in RMGV) and "Psychological discomfort" (2.8% in MRSM and 4.7% in RMGV). There was a significant association between the impact on OHQoL and housing region (5.8% in MRSM and 8.8% in RMGV, p = 0.018) as well as the dimension "Psychological discomfort" (p = 0.042).

**Table 2:** Association between the dimensions and the summary measure of the OHIP-14 with the micro-region of the residence of women - micro-region of São Mateus (MRSM) and the metropolitan region of Grande Vitória (RMGV) - 2010/2013.

DIMENSION OF THE OHIP-14	HOUSING REGION				Chi-square	p-Value
	MRSM (n=742)		RMGV (n=1035)			
	n	%	n	%		
FUNCTIONAL LIMITATION						
No impact	736	99.2	1032	99.7	2.308	0.129
Impact	06	0.8	03	0.3		
PHYSICAL PAIN						
No impact	720	97.0	989	95.6	2.570	0.109
Impact	22	3.0	46	4.4		
PSYCHOLOGICAL DISCOMFORT						
No impact	721	97.2	986	95.3	4.141	0.042*
Impact	21	2.8	49	4.7		
PHYSICAL INCAPACITY						
No impact	733	98.8	1027	99.2	0.883	0.347
Impact	09	1.2	08	0.8		
PSYCHOLOGICAL INCAPACITY						
No impact	737	99.3	1022	98.7	1.461	0.227
Impact	05	0.7	13	1.3		
SOCIAL INCAPACITY						
No impact	736	99.2	1022	98.7	0.818	0.366
Impact	06	0.8	13	1.3		
HANDICAP						
No impact	736	99.2	1029	99.4	0.338	0.561
Impact	06	0.8	06	0.6		
TOTAL						
No impact	699	94.2	944	91.2	5.568	0.018*
Impact	43	5.8	91	8.8		

**Note:** Data from 2010 in RMGV and 2012-2013 in MRSM.

\* p < 0.05

The association between the sociodemographic variables and the presence of impact in each study area is presented in Table 3. In MRSM, there was no statistically significant difference between the socio-demographic variables and impact on OHRQoL. In the RMGV, the higher the education level, the lower the frequency of impact on OHRQoL (p=0.010). In addition, the realization of a dental visit was also associated with the existence of impact (28.1% without impact vs. 48.4% with impact, p=0.000).

**Table 3:** Association between sociodemographic characteristics and impact of oral health on the quality of life of women according to the micro-region of residence - Micro-region of São Mateus (MRSM) and the metropolitan region of Grande Vitória (RMGV) - 2010/2013.

Sociodemographic characteristics	MRSM (n=742) <sup>#</sup>				Chi-square	p-Value	RMGV (n=1035) <sup>#</sup>				Chi-square	p-Value
	No impact		With impact				No impact		With impact			
	N	%	n	%			n	%	n	%		
AGE												
<20 years	183	26.2	6	14.0	3.327	0.190	215	22.8	17	18.7	1.100	0.577
20-34 years	469	67.1	33	76.7			655	69.5	68	74.7		
≥35 years	47	6.7	4	9.3			73	7.7	6	6.6		
RACE / COLOR												
White	98	14.3	4	9.8	0.741	0.690	125	14.0	9	10.3	2.674	0.263
Black	90	13.1	5	12.2			140	15.7	19	21.8		
Brown	499	72.6	32	78.0			625	70.2	59	67.8		
EDUCATION LEVEL												
≤4 years	89	12.8	6	14.0	0.083	0.959	78	8.3	12	13.2	9.144	0.010*
5-8 years	272	39.1	16	37.2			367	39.2	46	50.5		
≥9 years	335	48.1	21	48.8			491	52.5	33	36.3		
ECONOMIC CLASS												
D/E	251	39.9	18	45.0	0.839	0.657	254	30.5	30	37.0	2.339	0.310
C1/C2	345	54.8	21	52.5			535	64.2	49	60.5		
A/B	33	5.2	1	2.5			44	5.3	2	2.5		
MARITAL STATUS												
No companion	80	11.5	8	18.6	1.975	0.160	96	10.2	4	4.4	3.214	0.073
With companion	618	88.5	35	81.4			843	89.8	87	95.6		
PAID ACTIVITY												
No	523	74.8	33	76.7	0.080	0.778	669	70.9	71	78.0	2.043	0.153
Yes	176	25.2	10	23.3			274	29.1	20	22.0		
Nº OF PRÉ-NATAL CONSULTATIONS												
1-3	43	6.2	1	2.3	4.475	0.107	117	12.8	9	10.0	0.603	0.730
4-6	194	27.8	18	41.9			355	39.0	37	41.1		
≥7	462	66.1	24	55.8			439	48.2	44	48.9		
DENTAL CONSULTATION DURING PREGNANCY												
No	457	65.4	23	53.5	2.507	0.113	677	71.9	47	51.6	16.325	0.000*
Yes	242	34.6	20	46.5			264	28.1	44	48.4		
RESIDENCIAL AREA												
Urban	475	68.0	25	58.1	1.775	0.183	915	98.3	88	97.8	0.120	0.729
Rural	224	32.0	18	41.9			16	1.7	2	2.2		

**Note:** Data from 2010 in RMGV and 2012-2013 in MRSM.

<sup>#</sup>Some variables do not add up to the total of the micro-region due to incomplete answers.

\* p <0.05

The final model of the multiple logistic regression analysis (Table 4) showed that the variables "education level", "marital status", "number of pre-natal consultations" and "dental appointment during pregnancy" were significant. Having studied nine years or more reduced the chance of a pregnant woman to present impact on OHRQoL by 75%. Having a companion also reduces the chance of having impact in this case by 62%. The largest number of pre-natal consultations worked as a protective factor, so that women

who had at least seven visits had a 52% lower chance of having impact. The women who went to the dentist during pregnancy had more than a 80% chance to present a SBQV impact.

**Table 4:** Multiple logistic regression between the sociodemographic variables of women and the presence of impact according to the OHIP-14. Micro-region of São Mateus (MRSM) and the Metropolitan region of Grande Vitória (RMGV) - 2010/2013.

Logistical Regression								
	Beta coefficient	Standard error	Wald	Design effect	p-Value	Odds Ratio	Inferior limit (CI95%)	Superior limit (CI95%)
EDUCATION LEVEL								
≤4 years			37.484	2		1		
5-8 years	-0.981	0.216	20.596	1	0.000	0.375	0.245	0.573
≥9 years	-1.376	0.231	35,454	1	0.000	0.253	0.161	0.397
MARITAL STATUS								
No companion						1		
With companion	-0.971	0.202	23.013	1	0.000	0.379	0.255	0.563
Nº OF PRE-NATAL CONSULTATIONS								
1-3			9.018	2		1		
4-6	-0.568	0.246	5.352	1	0.021	0.567	0.350	0.917
≥7	-0.734	0.248	8.786	1	0.003	0.480	0.295	0,780
DENTAL CONSULTATION DURING PREGNANCY								
No						1		
Yes	0.593	0.189	9.795	1	0.002	1.809	1.248	2.623

**Note:** Data from 2010 in RMGV and 2012-2013 in MRSM.

## DISCUSSION

Since the beginning of the industrialization process in Brazil, maternal and child health has been focus of attention in public health services. After a few decades, various policies have been implemented in this regard, which have been adapted and modified according to changing needs and perceptions<sup>21</sup>. The country is one of the 191 nations that have committed to fulfill the United Nations Millennium Development Goals by 2015, including reducing the maternal mortality rate by 75%, which in Brazil means reaching the level of 35 maternal deaths per 100,000 births<sup>22</sup>. From 1990 to 2010, the rate of Brazilian maternal mortality was reduced by half, from 141 to 68 deaths per 100,000 live births. Despite that progress in the country was important, it was not enough to reach the goal, since the maternal mortality rate was 62 deaths per 100,000 births in 2014<sup>23</sup>. In

addition, the pace of decline in recent years appears incompatible with the development and level of supply of the country's health system in the period<sup>24</sup>.

In 2011, the federal government of Brazil launched the Rede Cegonha ("Stork Network"), a program to improve access to and utilization of health services by women, newborns and children. The objectives were: to promote the implementation of a new model of health care for women and children, focusing on care during labor, birth, growth and development of children from 0 to 24 months; organize Network Maternal and Child Health Care to ensure access, reception and resolution; and reduce the maternal and infant mortality with an emphasis on the neonatal component<sup>25</sup>.

Obstacles to the implementation of this network are diverse, especially in a country with as large a territorial extension, with inter and intra-regional differences. The emphasis on decentralization and municipalization of health actions proposed by the SUS increased the contact of managers and health professionals with the social, political, economic and administrative aspects of the country. Regional differences are highlighted, making the organization of a network of services that meets the different needs of Brazilians more complex<sup>26</sup>.

In the present study, the socio-economic condition of each region seemed to be relevant and justifies some results found (Table 1), such as more education of pregnant women living in RMGV. This region concentrates 48.0% of the total state population of the state of Espírito Santo and 56.6% of its urban population<sup>27</sup>. It accounts for 60% of the Gross Domestic Product of the state, with predominant participation in secondary and tertiary sectors<sup>28</sup>. MRSM has the largest jurisdiction of the state and approximately 30% of its population lives in rural areas<sup>27</sup>, which was also observed in the present study. The urban and rural contrast between the regions would help to explain the fact of the interviewees of MRSM belonging to lower economic classes, however, MRSM displays the highest share in wealth produced by the primary sector in the state<sup>28</sup>, showing that there also great socioeconomic differences within the region.

Despite the significant differences between the regions of the study on the use of health services, it is noted that the MRSM women had more pre-natal and dental consultations

(Table 1) and both regions also meet the recommendation of the Ministry of Health<sup>29</sup>, since most women attended at least six pre-natal visits. However, only a third of them went to the dentist during pregnancy, despite the guidance of the Ministry of Health<sup>30</sup> to guide all the women to a dental appointment early in prenatal care. At this point, the socioeconomic aspect and the offered assistance model seem to gain importance, since it is known that the consolidation of the Family Health Strategy (ESF), the main primary health care strategy of the Brazilian health system, occurred more rapidly in small municipalities, such as MRSM, and slower in large urban centers such as RMGV<sup>31</sup>. According to estimates from the Department of Primary Care of the Ministry of Health<sup>32</sup>, seven of the nine MRSM municipalities have more than 80% of the population covered by the ESF, and the lowest population coverage comprises 43% of the population (at Pedro Canário). In RMGV, the capital, Vitória, is about 78% of the population covered and three of the seven municipalities of RMGV have ESF coverage lower than 40% (Serra 31%, Vila Velha 24% and Cariacica 14%). However, even though the information systems for service coverage are greater in MRSM, care should be taken when analyzing the situation regarding the continuity, progress and quality of health services.

In the present study, in both regions, the dimensions "psychological discomfort" and "physical pain" of the OHIP-14 were the most impacted in the quality of life of women during pregnancy (Table 2). McKee et al<sup>33</sup> investigated the perception of well-being and physical condition at the end of gestation of North Americans with low income, without associated complications. They found that the perception of physical and psychological well-being is worse in the final stages of pregnancy and in the postpartum period. However, this was not observed in the present study, since the interviews took place in the postpartum period and concerned the six months preceding the interview.

According to Locker<sup>34</sup>, pain can cause physical or psychological discomfort or even physical, psychological or social disabilities, described by the author as a limitation or failure in the ability to perform some daily tasks. The final result is the handicap that can be characterized by a situation that the person avoids social interaction due to the absence of any elementary dentistry. It is important to realize, however, that the highest frequency of impact for "psychological discomfort" and "physical pain" of the OHIP-14 is

not unique to the group of pregnant women, since studies with removable partial denture wearers<sup>5</sup> with public servants<sup>8</sup> and the elderly<sup>6</sup> had similar results.

In MRSMS, the lower frequency of impact, the absence of a statistically significant association between the impact and sociodemographic factors and increased use of health services by pregnant women can foster the hypothesis that this region provides greater access and better assistance to users. But in MRSMS, the pregnant women users of the SUS presented similar sociodemographic characteristics, forming a homogeneous group. It is also important to note that the questionnaire used only verifies that the woman had at least one dental visit, without considering that the concept of "consultation" to a layman can be very broad, especially when it doesn't have regular and satisfactory contact to the health care services. Besides, it is noteworthy that go through a consultation does not mean conducting a comprehensive treatment. There are also popular beliefs that discourage the search for dental care during pregnancy, such as alleged risks of anesthesia, bleeding risks and dangers for the fetus. Other discouraging factors include the lack of awareness by women of the need for treatment (frequently believe that tooth pain is associated with the pregnancy condition) and the fear of pain<sup>17,35</sup>. Households in rural MRSMS have as main economic activities agriculture, livestock and extractivism<sup>28</sup>. In the present study, about a third of the interviewees come from these areas, where the popular knowledge end up having an important role, especially if health professionals do not seek ways to communicate effectively with the public.

The dimension "psychological discomfort" presented a statistically significant difference for RMGV, as well as the full impact of the OHIP-14. This can be explained by the higher education in the region, since the educational level of the individual has a significant influence on their quality of life. A statistically significant association of the variable "education level" with the impact on OHRQoL of the women from RMGV, shown in Table 3, indicates that fact. The higher their education level, the higher their levels of information, awareness and search for dental services<sup>7,36</sup>.

Papaioannou et al<sup>7</sup> investigated the impact on OHRQoL in adults from different regions of Greece, using the OHIP-14. No statistically significant differences were found

between rural and urban regions, however, the higher the education, the lower the impact on the total score of the OHIP-14 and dimensions of social disability and deficit. Thus, education has had a positive impact, statistically significant on the quality of life of individuals, which in the present study was also highlighted.

In the study of Bessane et al<sup>37</sup>, with pregnant women from Manaus (Amazonas, Brazil), it was found that the higher the education level and family income, the lower the prevalence of gingivitis. An important finding of that study was that most patients (96%) had been to the dentist at some point in their lives and 94% said they needed treatment during the interview. However, none of the women sought dental care during pregnancy. The clinical findings of the authors found that health conditions in the pregnant women studied were unfavorable, with real need for treatment; however, most considered their oral health as regular or good. In the present study, there is a positive aspect to be highlighted: the women sought dental care during pregnancy, although it has not been the case for most of them.

The influence of education on the impact of OHRQoL was confirmed in the logistical regression analysis of the present study (Table 4), in which women who studied five to eight years were 62% less likely to have an impact and for those who studied nine years or more, the protection was even higher, 75%. Lamarca et al<sup>38</sup> assessed the impact of OHRQoL of pregnant and postpartum women, focusing on their occupation. Women who worked outside the home had higher education and family income compared to housewives and showed less impact of OHRQoL, which supports the findings of the present study.

Marital status was also an important factor, since pregnant women with a companion were 62% less likely to have impact of OHRQoL. The marital status of a woman often interferes with the development of pregnancy, both for emotional and economic support. The absence of regular companions is a risk factor for pregnancy, even when pregnancy is desired<sup>39</sup>, since the presence of the companion could favor the financial, emotional and social contribution during pregnancy.

The number of prenatal consultations was another identified protection factor, since the greater the number of consultations, the less chance of the woman to present impact of OHRQoL. This reinforces the importance of prenatal care, at which time the pregnant woman participates in consultations and individual or collective activities, and they should have a multidisciplinary approach, articulated in support services, to ensure the comprehensiveness of care, creating humanized prenatal care with quality<sup>15</sup>. In addition, pregnant women are considered a highly susceptible group to receive information and incorporate new attitudes<sup>10</sup>, showing the premise that it is beneficial for the health of women and children to have frequent contact with health services during pregnancy, helping to establish links between pregnant women and health professionals.

The dental consultation during pregnancy was established in the logistical regression analysis as a factor that increased by 98% the chance of the woman to present impact on OHRQoL. According to the study by Acharya, Bhat and Acharya<sup>40</sup> and Oliveira and Nadanovsky<sup>17</sup>, there is a clear association between the need for treatment and the OHRQoL impact. In this case, the pregnant women who presents worse self-perceived of her oral health would try to seek a dental appointment to get treatment. Likewise, in the present study, the dental appointment was related to the presence of impact. It is also realized with the results obtained, a greater prioritization of care for pregnant women with greater impact on OHRQoL. This shows that health services are providing dental care in pregnancy equitably, opening the possibility for action planning and health programs for that particular group in order to ensure comprehensive care to all pregnant women.

## **CONCLUSION**

The full impact of oral health related quality of life of pregnant women was associated with the area of residence, which may be related to socioeconomic differences between the study areas. It can be concluded that sociodemographic factors influence the impact of oral health related quality of life on women's only in RMGV, where higher education level, having a companion and the largest number of pre-natal visits were protective factors. The dental appointment during pregnancy was established as a risk factor for impact on OHRQoL.

Please note that the study population consist of women who underwent prenatal exclusively with the SUS in both regions, hence, they have relatively homogeneous characteristics, particularly in MRSM.

The findings of the present study reinforce the notion that health is interconnected to other areas of life that can provide important intellectual and material resources to the pursuit and maintenance of health. Thus, socio-demographic factors should be considered in the planning of oral health practices aimed at pregnant women, they need to be addressed in an interdisciplinary way, with the potential to decrease social inequality and its negative effects on the quality of life of women.

## ANEXOS

### ANEXO A - Carta de aprovação do comitê de ética em pesquisa (RMGV)



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<sup>a</sup>. 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.<sup>a</sup> Dra. Ethel Leonor Noia Maciel

## ANEXO B - Carta de aprovação do comitê de ética em pesquisa (MRSM)



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

Vitória-ES, 01 de dezembro de 2011.

De: Prof. Dr. Adauto Emmerich Oliveira  
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Prof. (a) Adauto Emmerich Oliveira  
 Pesquisador (a) Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado **“Avaliação da assistência pré-natal na microrregião de São Mateus-ES.”**

Senhor (a) Pesquisador (a),

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 nº. 258/11 intitulado **“Avaliação da assistência pré-natal na microrregião de São Mateus-ES.”** 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 projeto, em Reunião Ordinária realizada em 30 de novembro de 2011.

Lembramos 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,

  
 Coordenador do  
 Comitê de Ética em Pesquisa  
 CEP/UFES

## ANEXO C - Formulário de entrevistas da RMGV

## ENTREVISTA COM PARTURIENTES

QUESTIONÁRIO |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

## 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 QUESTIONÁRIO

1. Nome da Maternidade ou Hospital	__ __		
2. Entrevistador	__ __	3. Data da entrevista	__ __ / __ __ / __ __
4. Supervisor	__ __	5. Data da 1ª revisão	__ __ / __ __ / __ __
6. Revisor	__ __	7. Data da 2ª revisão	__ __ / __ __ / __ __
8. Digitador	__ __	9. Data da digitação	__ __ / __ __ / __ __

Iniciar após a assinatura do termo de consentimento...

## II. DADOS DO PRONTUÁRIO MÉDICO

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

## III. DADOS DO CARTÃO DA GESTANTE

19. Possui cartão da gestante	0. Não (pule para 56)	1. Sim	__  __
20. Local onde realizou o acompanhamento pré-natal: Nome da Unidade de Saúde: _____ 00. Não realizou	__  __		
21. Com quantos meses de gravidez iniciou o pré-natal?	__  __		
22. Total de consultas de pré-natal registradas:	__  __		

23. Quantidade de consultas pré-natais nos três primeiros meses de gestação:				
24. Quantidade de consultas pré-natais do 4º ao 6º mês de gravidez?				
25. Quantidade de consultas pré-natais do 7º ao 9º mês de gravidez?				
26. Mês gestacional da última consulta de pré-natal:				
27. Problemas na gestação	0.Não	1.Sim		
28. Hipertensão pré-gestacional	0.Não	1.Sim		
29. Hipertensão gestacional (pré-eclâmpsia)	0.Não	1.Sim		
30. Anemia	0.Não	1.Sim		
31. Diabetes pré-gestacional	0.Não	1.Sim		
32. Diabetes gestacional	0.Não	1.Sim		
33. Infecção urinária	0.Não	1.Sim		
34. Outras doenças	0.Não	1.Sim		
35. Qual(is)?				
36. Utilizou medicamentos durante a gravidez?	0.Não	1.Sim		
37. Qual(is)?				
Realização de exames na <b>primeira</b> consulta de pré-natal? (Sangue e Urina)				
38. ABO-Rh (tipo de sangue)	0.Não	1.Sim		
39. VDRL	0.Não	1.Sim		
40. Urina (EAS)	0.Não	1.Sim		
41. Glicemia de jejum	0.Não	1.Sim		
42. Hemoglobina/Hematócrito	0.Não	1.Sim		
43. Testagem de HIV	0.Não	1.Sim		
Repetição de exames depois da 30ª semana de gravidez (depois do 7º mês)				
44. VDRL	0.Não	1.Sim		
45. Urina rotina	0.Não	1.Sim		
46. Glicemia de jejum	0.Não	1.Sim		
47. Tomou a vacina anti-tetânica durante a gravidez?	0.Não	1.Sim		
48. Em quantas consultas a medida do peso materno foi realizada durante o pré-natal?				
49. Peso final da gestação: <b>(anotar em Kg)</b>				
50. Altura <b>(em cm)</b> :				
51. Em quantas consultas a medida da pressão arterial foi realizada durante o pré-natal?				
52. Em quantas consultas a verificação dos batimentos cardíacos fetais foi realizada durante o pré-natal?				

53. Em quantas consultas o exame de toque vaginal foi realizado durante o pré-natal?			
54. Classificação de risco da gravidez	1.Alto	2.Médio	0.Baixo
55. Acompanhamento específico no caso de gravidez de alto risco?	0.Não	1.Sim	

*“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)

56. Horário de início da entrevista				:		
57. Qual o seu nome completo?						
58. Qual a sua idade (anos completos)?						
59. Qual a sua data de nascimento?				/		
60. Você morou no mesmo endereço durante toda a gestação?	0.Não	1. Sim				
61. A renda total da família foi a mesma durante toda a gestação?	0.Não	1. Sim				
62. O seu filho apresentou algum problema no nascimento?	0.Não	1. Sim				
63. Qual?						
64. Seu bebê nasceu com baixo peso?	0.Não	1. Sim				
65. Seu bebê nasceu prematuro?	0.Não	1. Sim				
66. Você já sabia onde iria ganhar o bebê?	0.Não	1. Sim				
67. Você conseguiu ter o bebê no local onde estava planejado?	0.Não	1. Sim				
68. Quando você sentiu as dores de parto foi atendida logo no primeiro hospital ou maternidade que procurou?	0.Não	1. Sim				
69. Se não, passou por quantas maternidades?						
70. Quando ficou grávida, você:	1. Estava querendo engravidar	2. Queria esperar mais um tempo	3. Não queria engravidar			
71. Depois que sobe da gravidez você ficou satisfeita?	0.Não	1.Sim				
72. E o pai do bebê, ficou satisfeito?	0.Não	1.Sim				
73. 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...*

74. Você realizou algum acompanhamento pré-natal?	0.Não ( <b>pule para 129</b> )	1.Sim				
75. Com quantos meses de gravidez você começou o pré-natal?						
76. Quantas consultas de pré-natal você realizou?						
77. Quantas consultas de pré-natal você fez durante os três primeiros meses?						
78. Quantas consultas de pré-natal você fez dos 4 meses aos 6 meses de gravidez ?						



107. A sua gravidez foi considerada de risco? <b>0.Não (pule para 110)</b> 1. Sim, Alto 2. Sim, Médio	_ _ _
108. Sendo a gravidez foi de alto risco, você foi encaminhada para algum local especial? <b>0.Não</b> 1. Sim	_ _ _
109. Conseguiu realizar o acompanhamento no local especial recomendado, sendo a gravidez de alto risco? <b>0.Não</b> 1. Sim	_ _ _
110. <i>Em sua opinião o atendimento que recebeu no pré-natal foi...</i> 1-Ótimo 2-Bom 3-Regular 4-Ruim 5-Péssimo	_ _ _

#### VI. ATIVIDADES EDUCATIVAS NO PRÉ-NATAL

Durante o pré-natal você foi informada sobre:	
111. A importância de iniciar a amamentação ao peito dentro da primeira hora de vida? <b>0.Não</b> 1. Sim	_ _ _
112. Como resolver dificuldades ou problemas com relação a amamentação ao peito? <b>0.Não</b> 1. Sim	_ _ _
113. Sobre posições da criança e da mãe para o aleitamento materno? <b>0.Não</b> 1. Sim	_ _ _
Durante o pré-natal você recebeu orientações sobre:	
114. Como extrair/tirar o leite do peito? <b>0.Não</b> 1. Sim	_ _ _
115. As vantagens da amamentação exclusiva ao peito até os 6 meses de vida? <b>0.Não</b> 1. Sim	_ _ _
116. Continuar amamentando até os 2 anos de idade ou mais? <b>0.Não</b> 1. Sim	_ _ _
117. Durante o pré-natal você foi encorajada a amamentar ao peito sempre que a criança quisesse, sem horário marcado? <b>0.Não</b> 1. Sim	_ _ _
Durante o pré-natal você foi informada sobre	
118. A importância de a criança sugar o peito para a produção do leite? <b>0.Não</b> 1. Sim	_ _ _
119. Os prejuízos do uso de mamadeiras para o desenvolvimento da criança? <b>0.Não</b> 1. Sim	_ _ _
120. Os prejuízos do uso de chupetas ou bico artificial para o desenvolvimento da criança? <b>0.Não</b> 1. Sim	_ _ _
Durante o pré-natal você recebeu alguma informação sobre:	
121. A importância da amamentação para o desenvolvimento e crescimento dos dentes, dos ossos e dos músculos do rosto/face? <b>0.Não</b> 1. Sim	_ _ _
122. A importância da amamentação para prevenir problemas como infecções respiratórias, pneumonias e respiração bucal <b>0.Não</b> 1. Sim	_ _ _
123. A importância da limpeza de sua boca para prevenir problemas na criança? <b>0.Não</b> 1. Sim	_ _ _
Durante o pré-natal você recebeu alguma informação sobre:	
124. A importância da limpeza da boca da criança após a amamentação para prevenir problemas futuros? <b>0.Não</b> 1. Sim	_ _ _
125. Alimentação saudável e sua importância para prevenção de problemas de saúde da criança? <b>0.Não</b> 1. Sim	_ _ _
126. Uso de flúor? <b>0.Não</b> 1. Sim	_ _ _
127. Alterações bucais que possivelmente aconteceriam nas gengivas durante a gravidez, como sangramento e inflamações? <b>0.Não</b> 1. Sim	_ _ _
128. 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	
-------	-------	--

### VII. ASSISTENCIA ODONTOLÓGICA NO PRÉ-NATAL

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

129. Você foi ao dentista durante a gravidez?	0.Não ( <b>pule para 146</b> )	1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
130. Onde realizou a(s) consulta(s)?	1. No Serviço Público (SUS)	2. No Dentista Particular	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	3. Em Ambos	4. Outros _____	
131. Quantas consultas você fez no dentista?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
132. O tratamento dentário foi negado pelo fato de estar grávida?	0. Não	1. Sim, no Serviço Público (SUS)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2. Sim, no Dentista Particular	3. Sim, em Ambos	4. Outros _____
133. Você teve prioridade no atendimento por estar grávida?	0. Não	1. Sim, no Serviço Público (SUS)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2. Sim, no Dentista Particular	3. Sim, em Ambos	4. Outros _____
Você fez que tipo de tratamento no dentista?			
134. Consulta de revisão	0. Não	1. Sim, no Serviço Público (SUS)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2. Sim, no Dentista Particular	3. Sim, em Ambos	4. Outros _____
135. Escovação sob orientação do dentista	0. Não	1. Sim, no Serviço Público (SUS)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2. Sim, no Dentista Particular	3. Sim, em Ambos	4. Outros _____
136. Limpeza dos dentes feita pelo dentista	0. Não	1. Sim, no Serviço Público (SUS)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2. Sim, no Dentista Particular	3. Sim, em Ambos	4. Outros _____
137. Aplicação de flúor	0. Não	1. Sim, no Serviço Público (SUS)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2. Sim, no Dentista Particular	3. Sim, em Ambos	4. Outros _____
138. Consulta por motivo de dor	0. Não	1. Sim, no Serviço Público (SUS)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2. Sim, no Dentista Particular	3. Sim, em Ambos	4. Outros _____
139. Consulta para extração dentária	0. Não	1. Sim, no Serviço Público (SUS)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2. Sim, no Dentista Particular	3. Sim, em Ambos	4. Outros _____
140. Tratamento de cárie com restauração/obturação dos dentes	0. Não	1. Sim, no Serviço Público (SUS)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2. Sim, no Dentista Particular	3. Sim, em Ambos	4. Outros _____
141. Tratamento de canal	0. Não	1. Sim, no Serviço Público (SUS)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2. Sim, no Dentista Particular	3. Sim, em Ambos	4. Outros _____
142. Tratamento de gengiva	0. Não	1. Sim, no Serviço Público (SUS)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2. Sim, no Dentista Particular	3. Sim, em Ambos	4. Outros _____
143. Tratamento com remédio ingerido	0. Não	1. Sim, no Serviço Público (SUS)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2. Sim, no Dentista Particular	3. Sim, em Ambos	4. Outros _____
Quais remédios?			
144. Realização de RX dos dentes	0. Não	1. Sim, no Serviço Público (SUS)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2. Sim, no Dentista Particular	3. Sim, em Ambos	4. Outros _____
145. Em sua opinião o atendimento dentário que recebeu no pré-natal foi ...	1-Ótimo	2-Bom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	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:		
146. Você teve problemas para falar alguma palavra?	1. Nunca	<input type="checkbox"/>
	2. Raramente	
	3. À vezes	
	4. Repetidamente	
	5. Sempre	

147. Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>
148. Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>
Por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura, durante os últimos 6 meses de gravidez:	
149. Você se sentiu incomodada com ao comer algum alimento? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>
150. Você ficou preocupada? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>
151. Você se sentiu estressada? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>
Durante os últimos 6 meses de gravidez, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:	
152. Sua alimentação ficou prejudicada? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>
153. Você teve que parar suas refeições? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>
154. Você encontrou dificuldade para relaxar? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>
Por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura, durante os últimos 6 meses de gravidez:	
155. Você se sentiu envergonhada? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>
156. Você ficou irritada com outras pessoas? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>
157. Você teve dificuldades para realizar suas atividades diárias? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>
Durante os últimos 6 meses de gravidez, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:	
158. Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>
159. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>

### VIII. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

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

160. Quantas vezes você já esteve grávida, contando com esta última gravidez e algum aborto que você tenha tido?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
161. 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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
162. Você já teve algum aborto? 0. Não 1. Se, Sim. Quantos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
163. Quantos abortos foram espontâneos (ocorreram naturalmente)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
164. Quantos partos você já teve?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
165. Quantos partos foram cesarianas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
166. Algum filho nasceu morto? 0. Não 1. Se, Sim. Quantos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
167. Algum bebê seu nasceu vivo e morreu antes de ter um mês de vida? 0. Não 1. Se, Sim. Quantos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

168. Você já teve algum bebê que nasceu com peso menor que dois quilos e meio (2,5 kg)? <b>0.Não 1. Se, Sim. Quantos?</b>	
169. Você já teve algum bebê que nasceu prematuro (antes de 37 semanas de gravidez)? <b>0.Não 1. Se, Sim. Quantos?</b>	
170. Qual foi a data do seu último parto (bebê vivo ou morto), antes desta gravidez? <b>(data de nascimento do filho anterior)</b>	/  /

### IX. HÁBITOS MATERNOS

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

171. Você ingeria bebidas alcoólicas durante a gravidez? <b>0.Não (pule para 177) 1.Sim</b>	
172. Alguma vez precisou de uma dose de bebida para começar o dia? (1 tulipa =1 dose ou 2 latas = 3 doses) <b>0.Não 1.Sim</b>	
173. Quantas doses eram necessárias p/deixar você “alta”?	
174. As pessoas te aborreciam, criticando o seu modo de beber? <b>0.Não 1.Sim</b>	
175. Você sente que deve parar de beber? <b>0.Não 1.Sim</b>	
176. Você tem sentimentos de culpa sobre a bebida? <b>0.Não 1.Sim</b>	
177. Você fuma? <b>0.Não 1.Sim</b>	
178. Você fumou durante a gravidez? <b>0.Não (pule para 181) 1.Sim</b>	
179. Se parou de fumar na gravidez, em que mês isso ocorreu?	
180. Quantos cigarros você fumava por dia durante a gravidez?	
181. 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>	
182. Você usou algum tipo de droga durante a gravidez? <b>0.Não 1.Sim</b>	
183. 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...*

184. Qual era o seu peso antes de ficar grávida? <b>(anotar em Kg)</b>	
185. Qual é a sua altura? <b>(anotar em metros)</b>	
Quantos dias por semana você costumava comer estes alimentos durante a gravidez?	
186. <b>Feijão</b> <b>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)</b>	
187. <b>Verdura ou legume (couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata,</b>	

<b>mandioca ou inhame)</b> 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)	
188. <b>Salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru</b> 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?	
189. <b>Carne vermelha (boi, porco, cabrito)</b> 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)	_   _
190. <b>Frango</b> 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)	_   _
191. <b>Suco de fruta natural</b> 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?	
192. <b>Frutas</b> 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)	_   _
193. <b>Refrigerante ou suco artificial (tipo Tampico)</b> 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)	_   _
194. <b>Leite (não vale leite de soja)</b> 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?	
195. <b>Bebida alcoólica</b> 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)	_   _
196. <b>Hambúrguer/Cachorro quente/pizza</b> 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)	_   _
197. <b>Salgados fritos (coxinha, pastel, quibe frito..)</b> 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?	
198. <b>Doces/balas/sobremesa</b> 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)	_   _
199. <b>Presunto/Salame/Mortadela/lingüiça</b> 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)	_   _
200. <b>Biscoito (chips/recheado)</b> 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.

201. Qual o seu endereço completo? Rua: _____ nº: _____ Bairro: _____ Comunidade: _____ Ponto de Referência: _____ Município: _____		
202. Área Urbana ou Rural? 0. Urbana 1. Rural		<input type="checkbox"/>
203. Cobertura dos serviços de saúde: 0. ESF 1. PACS 2. Nenhum		<input type="checkbox"/>
204. Cobertura dos serviços de saúde bucal: 0. ESB 1. Nenhum		<input type="checkbox"/>
205. O local onde você mora é? 1. Um bairro 2. Uma comunidade (favela) 3. Um loteamento (favela-bairro) 4. Outros _____		<input type="checkbox"/>
206. Há quanto tempo você mora neste endereço? 00. Para menos de 12 meses		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
207. Você tem telefone(s) para contato? 0. Não 1. Sim qual(is)? _____ _____		<input type="checkbox"/>
208. Você mora em: 1. Casa/apartamento 2. Quarto/cômodo 3. palafita/barraco		<input type="checkbox"/>
209. Sua casa é? 1. Alugada 2. Própria 3. Empréstada 4. Outro tipo		<input type="checkbox"/>
210. Você tem banheiro em casa? 0. Não 1. Sim, dentro de casa 2. Não, só fora de casa		<input type="checkbox"/>
211. O banheiro da sua casa tem descarga? 0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
212. Quantos quartos e salas tem na sua casa?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
213. Quantas pessoas moram em sua casa sem contar com esse bebê?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 
214. 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 _____		<input type="checkbox"/>
215. Que tipo de piso tem no interior da sua casa? 1. Piso revestido (concreto/cimento, lajota, tijolo) 2. Piso de terra batida 3. Ambos		<input type="checkbox"/>
216. Para onde vai o lixo da sua casa? 1. É recolhido pelo gari 2. É colocado na caçamba 3. É enterrado/queimado 4. É jogado a céu aberto		<input type="checkbox"/>
217. Como é o abastecimento de água da sua casa? 1. Água encanada dentro de casa 2. Água encanada fora 3. Outro: _____		<input type="checkbox"/>
218. Como é o esgoto na sua casa? 1. Não tem 2. Rede geral 3. Fossa rudimentar ( <b>construída pelo morador, sem tratamento</b> ) 4. Fossa séptica ( <b>com recolhimento e tratamento específico</b> )		<input type="checkbox"/>
219. Na rua em que você mora tem valão a céu aberto? 0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
220. Que tipo de piso tem na rua onde você mora? 1. Asfalto/cimento 2. Paralelepípedo		<input type="checkbox"/>



248.	Você tem empregada mensalista?	0. Não	Sim, quantas?	_
Início da Seleção para <b>Fase Qualitativa</b>				
249.	Caso você fosse selecionada, aceitaria receber em sua casa uma visita para conversarmos mais sobre o seu atendimento pré-natal?	0.Não	1.Sim	_
250.	Horário de término da entrevista	_	_	: _

## ANEXO D: Formulário de entrevista da MRSM

## QUESTIONÁRIO |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

## 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 “ausência de informação” com código (99).

## I. IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO

251. Nome da Maternidade ou Hospital	__ __
252. Entrevistador	__ __
253. Data da entrevista	__ __ / __ __ / __ __
254. Supervisor	__ __
255. Data da 1ª revisão	__ __ / __ __ / __ __
256. Revisor	__ __
257. Data da 2ª revisão	__ __ / __ __ / __ __
258. Digitador	__ __
259. Data da digitação	__ __ / __ __ / __ __

## II. DADOS DO PRONTUÁRIO MÉDICO

260. Qual a data do nascimento do bebê?	__ __ / __ __ / __ __
261. Qual o tipo de parto? 1. Normal 2. Cesárea	__ __
262. Qual o sexo do seu bebê? 1. Masculino 2. Feminino	__
263. Qual o peso ao nascer do seu bebê?	__ __ _ __ __  gramas
264. Com quantas semanas de gestação nasceu o bebê?/ Método Capurro	__ _ __  semanas
265. Qual o comprimento do bebê? (anotar em cm)	__ __
266. Óbito perinatal 0. Não 1. Sim	__
267. Cor do bebê: 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda (morena/mulata) 5. Indígena	__

“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 Microrregião de São Mateus e também de fatores sociais associados à integração dessa assistência. Eu gostaria de pedir alguns minutos de sua atenção.

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

268. Horário de início da entrevista	__ __  :  __ __
269. Qual o seu nome completo?	
270. Qual a sua idade (anos completos)?	__ _ __
271. Qual a sua data de nascimento? (Da puérpera)	__ __ / __ __ / __ __
272. Você morou no mesmo endereço durante toda a gestação? 0. Não 1. Sim	__
273. A renda total da família foi a mesma durante toda a gestação? 0. Não 1. Sim	__
274. O seu filho apresentou algum problema no nascimento? 0. Não 1. Sim	__
275. Qual?	__ _ __
276. Seu bebê nasceu com baixo peso? 0. Não 1. Sim	__

277.	Seu bebê nasceu prematuro?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
278.	Você já sabia em que maternidade iria ganhar o bebê?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
279.	Quando você sentiu as dores de parto foi atendida logo no primeiro hospital ou maternidade que procurou?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
280.	Quando ficou grávida, você:	1. Estava querendo engravidar 2. Queria esperar mais um tempo 3. Não queria engravidar	<input type="checkbox"/>
281.	Quando ficou sabendo da gravidez, você ficou satisfeita?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
282.	E o pai do bebê, ficou satisfeito?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
283.	Você usou algum método para interromper a gravidez desse bebê?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>

#### IV. ASSISTÊNCIA MÉDICA NO PRÉ-NATAL

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

284.	Você fez o pré-natal durante a gestação?	0.Não 1.Sim, Se não fez pular para a questão 41	<input type="checkbox"/>
285.	Em que mês da gravidez você começou o pré-natal?		<input type="checkbox"/>
286.	Quantas consultas de pré-natal você fez durante os três primeiros meses?		<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>
287.	Quantas consultas de pré-natal você fez dos 4 meses aos 6 meses de gravidez ?		<input type="checkbox"/>
288.	Quantas consultas de pré-natal você fez dos 7 meses aos 9 meses de gravidez?		<input type="checkbox"/>
289.	Até que mês da gravidez você fez pré-natal?		<input type="checkbox"/>
290.	Quantas consultas de pré-natal você realizou?		<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>
Você teve algum destes problemas nesta gestação?			
291.	Pressão alta antes de engravidar?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
292.	Pressão alta depois que engravidou?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
293.	Pré-eclampsia nesta gravidez?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
294.	Anemia nesta gravidez?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
295.	Diabetes antes de engravidar?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
296.	Diabetes depois que engravidou?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
297.	Infecção na urina nesta gravidez?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
298.	Outras doenças	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
299.	Qual (is)?		<input type="checkbox"/>
300.	Tomou algum remédio durante a gravidez? Qual(is)?	0.Não 1.Sim 3. Ácido fólico 4.sulfato ferroso 5.Outros _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>
Quantas vezes você fez os seguintes exames durante o pré-natal?			
301.	ABO-Rh (tipo de sangue)		<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>
302.	VDRL (Sífilis)		<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>

303.	Urina (EAS)			_
304.	Glicemia de jejum (para saber da glicose ou diabetes)			_
305.	Exame de Anemia			_
306.	Testagem de HIV/AIDS			_
307.	Teve aconselhamento de algum profissional da saúde sobre HIV?	0. Não	1. Sim	_
<b>E os seguintes exames foram feitos: (Exames da rede cegonha)</b>				
308.	Teste rápido de gravidez (aquele que faz com a urina na hora que chega na Unidade de Saúde)?	0. Não	1. Sim	_
309.	Teste rápido de VDRL (Fura o dedo e com a gota de sangue vê se tem sífilis)?	0. Não	1. Sim	_
310.	Teste rápido de HIV (Também fura o dedo na Unidade de Saúde)?	0. Não	1. Sim	_
311.	Cultura de bactérias para identificação de infecção (urina)?	0. Não	1. Sim	_
312.	Hematócrito (Para contar as células do sangue)?	0. Não	1. Sim	_
313.	Ultrassom?	0. Não	1. Sim	_
314.	Teste rápido de proteinúria? (Para ver a albumina no sangue, devido problemas renais)	0. Não	1. Sim	_
315.	Teste indireto de antiglobulina humana (para mulheres com Rh negativo/ vê a compatibilidade de sangue entre a mãe e o filho)	0. Não	1. Sim	_
316.	Você tomou a vacina antitetânica durante a gravidez?	0. Não	1. Sim	_
317.	Com que frequência pesaram você durante as consultas de pré-natal?	0. Nunca	1. Às vezes	2. Sempre
318.	Com que frequência calcularam a sua semana de gravidez?	0. Nunca	1. Às vezes	2. Sempre
319.	Com que frequência mediram a sua barriga na consulta pré-natal?	0. Nunca	1. Às vezes	2. Sempre
320.	Com que frequência mediram sua pressão arterial durante as consultas do pré-natal?	0. Nunca	1. Às vezes	2. Sempre
321.	Com que frequência verificaram as batidas do coração do bebê durante a consulta do pré-natal?	0. Nunca	1. Às vezes	2. Sempre
322.	Quantas vezes fizeram o exame de toque vaginal durante a consulta de pré-natal?			_
323.	Durante o pré-natal algum profissional da saúde disse a você que sua gravidez era de risco?	0. Não	Se sim: 1. Alto 2. Médio	_
324.	Se a gravidez foi de alto risco, a senhora realizou algum desses exames: 1. Contagem de plaquetas 2. Dosagem de proteínas (urina 24 horas) 3. Dosagem de uréia, creatinina e ácido úrico 4. Eletrocardiograma 5. ultrassom com Doppler 6. Cardiotocografia anteparto			_ , _   _ , _
325.	Sendo a gravidez foi de alto risco, a senhora foi encaminhada e realizou acompanhamento ambulatorial em algum local especial?	0. Não	1. Sim	_

#### V. ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

326.	Qual a distância, em Km, da sua casa até o local do serviço de saúde oferecido a você durante o pré-natal? (distância ~ serviço-domicílio [Km])		_	_	_
327.	Você necessitou de algum transporte para ir à consulta de pré-natal? Qual?	0. Não	1. Sim	_	

328.	Qual o tempo médio que esse meio de transporte gastava? (minutos)	<input type="text"/>
329.	Qual o tempo médio que gastaria se fosse a pé? (minutos)	<input type="text"/>
330.	O sistema público ofereceu algum tipo de transporte para levá-la às consultas de pré-natal? 0.Não1.Sim	<input type="text"/>
331.	O sistema público ofereceu algum tipo de transporte para os profissionais de saúde se locomoverem mais próximo de sua residência a fim de realizar algum procedimento em saúde? 0.Não1.Sim	<input type="text"/>
332.	O horário de funcionamento do serviço pré-natal permitiu que você conseguisse fazer o acompanhamento durante todo o período de gravidez? 0.Não1.Sim	<input type="text"/>
333.	Você considerou o serviço oferecido durante a gestação de qualidade? 0.Não1.Sim	<input type="text"/>
334.	Você considerou que os serviços oferecidos durante a gestação era o que você necessitava? 0.Não1.Sim	<input type="text"/>
335.	Você confiava nos profissionais que te atenderam durante o tratamento pré-natal? 0.Não1.Sim	<input type="text"/>
336.	Você precisou pagar algum tipo de tratamento (exame/consulta) durante o pré-natal? 0.Não1.Sim	<input type="text"/>
337.	Você precisou comprar algum remédio para alívio da dor ou infecção durante PN?0.Não1.Sim	<input type="text"/>
338.	Você precisou pagar transporte para ir à consulta/ fazer exames no serviço público?0.Não 1.Sim	<input type="text"/>
339.	Você precisou comprar comida durante a realização de consultas ou exames do acompanhamento pré-natal?0.Não1.Sim	<input type="text"/>
340.	Você perdeu dia de trabalho para ir à consulta ou fazer exames de pré-natal?0.Não 1.Sim	<input type="text"/>
341.	Você deixou de ganhar dinheiro (exercício de atividade remunerada) para ir à consulta ou fazer exames de pré-natal?0.Não1.Sim	<input type="text"/>
342.	Você precisou pegar dinheiro emprestado com alguém de sua família para ir à consulta ou fazer exames de pré-natal?0.Não1.Sim	<input type="text"/>
343.	Você precisou pegar dinheiro emprestado com alguém vizinho ou amigo para ir à consulta ou fazer exames de pré-natal?0.Não1.Sim	<input type="text"/>
344.	Você precisou pegar dinheiro emprestado com bancos ou financeiras para realizar algum exame ou tratamento durante a gravidez?0.Não1.Sim	<input type="text"/>
345.	Você precisou vender algum bem material para realizar exame ou tratamento no acompanhamento pré-natal? 0.Não1.Sim	<input type="text"/>
346.	Você foi tratada pelos profissionais com respeito durante o pré-natal?0.Não1.Sim	<input type="text"/>
347.	Você concordava com os procedimentos que foram realizados em você? 0.Não1.Sim	<input type="text"/>
348.	Os profissionais de saúde ouviam atentamente suas queixas? 0.Não1.Sim	<input type="text"/>
349.	Suas necessidades foram atendidas? 0.Não1.Sim	<input type="text"/>
350.	Sentiu que você foi discriminada pelos profissionais de saúde? 0.Não1.Sim	<input type="text"/>
351.	Você percebeu que os equipamentos disponíveis foram suficientes para atender as suas necessidades como gestante? 0.Não1.Sim	<input type="text"/>
352.	Você considerou a equipe de saúde capacitada para te atender? 0.Não1.Sim	<input type="text"/>
353.	Você encontrou espaço aberto para reclamar sobre alguma coisa relacionada ao acompanhamento que não estivesse satisfeita? 0.Não1.Sim	<input type="text"/>
354.	Em sua opinião o atendimento médico que recebeu no pré-natal foi... 1-Ótimo2-Bom 3-Regular 4-Ruim 5-Péssimo	<input type="text"/>

### VI. ATIVIDADES EDUCATIVAS NO PRÉ-NATAL

Durante o pré-natal você foi informada sobre:		
105.	A importância de iniciar a amamentação ao peito dentro da primeira hora de vida? <b>0.Não</b> <b>1.Sim</b>	<input type="checkbox"/>
106.	Como resolver dificuldades ou problemas com relação à amamentação ao peito? <b>0.Não</b> <b>1.Sim</b>	<input type="checkbox"/>
107.	Posições da criança e da mãe para o aleitamento materno? <b>0.Não</b> <b>1.Sim</b>	<input type="checkbox"/>
108.	Como extrair o leite do peito? <b>0.Não</b> <b>1.Sim</b>	<input type="checkbox"/>
109.	As vantagens da amamentação exclusiva ao peito até os 6 meses de vida? <b>0.Não</b> <b>1.Sim</b>	<input type="checkbox"/>
110.	A importância de continuar amamentando até os 2 anos de idade ou mais? <b>0.Não</b> <b>1.Sim</b>	<input type="checkbox"/>
111.	Você foi encorajada a amamentar no peito sempre que a criança quisesse, sem horário marcado? <b>0.Não</b> <b>1.Sim</b>	<input type="checkbox"/>
112.	A importância da criança sugar o peito para a produção do leite? <b>0.Não</b> <b>1.Sim</b>	<input type="checkbox"/>
113.	Os prejuízos do uso de mamadeiras para as crianças durante a amamentação ao peito? <b>0.Não</b> <b>1.Sim</b>	<input type="checkbox"/>
114.	Os prejuízos do uso de chupetas ou bico para as crianças durante a amamentação ao peito? <b>0.Não</b> <b>1.Sim</b>	<input type="checkbox"/>
115.	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? <b>0.Não</b> <b>1.Sim</b>	<input type="checkbox"/>
116.	A importância da amamentação para prevenir problemas respiratórios como infecções respiratórias, pneumonias e respiração bucal <b>0.Não</b> <b>1.Sim</b>	<input type="checkbox"/>
117.	A importância da limpeza de sua boca para prevenir problemas na criança? <b>0.Não</b> <b>1.Sim</b>	<input type="checkbox"/>
118.	A importância da limpeza da boca da criança após a amamentação para prevenir problemas futuros? <b>0.Não</b> <b>1.Sim</b>	<input type="checkbox"/>
119.	Alimentação saudável e sua importância para prevenção de problemas de saúde da criança? <b>0.Não</b> <b>1.Sim</b>	<input type="checkbox"/>
120.	Sobre o uso de flúor? <b>0.Não</b> <b>1.Sim</b>	<input type="checkbox"/>
121.	Alterações bucais que possivelmente aconteceriam nas gengivas durante a gravidez, como sangramento e inflamações? <b>0.Não</b> <b>1.Sim</b>	<input type="checkbox"/>
122.	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? <b>0.Não</b> <b>1.Sim</b>	<input type="checkbox"/>

### VII.ASSISTENCIA ODONTOLÓGICA NO PRÉ-NATAL

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

123.	Você foi ao dentista durante a gravidez? <b>0.Não</b> <b>1.Sim</b> <b>(Se sim, pule para a 125)</b>	<input type="checkbox"/>
124.	<b>Se não, porque não foi?</b>	
125.	O tratamento dentário foi negado pelo fato de estar grávida? <b>0.Não</b> <b>1.Sim</b>	<input type="checkbox"/>
126.	Você teve prioridade no atendimento por estar grávida? <b>0. Não</b> <b>1.Sim</b>	<input type="checkbox"/>
127.	Quantas consultas você fez no dentista?	<input type="checkbox"/>
128.	Onde realizou a(s) consulta(s)? <b>1. Serviço Público (SUS)</b> <b>2. Particular</b> <b>3. Ambos</b>	<input type="checkbox"/>
Você fez os seguintes tratamentos no dentista?		
129.	Consulta de revisão <b>1. Serviço Público (SUS)</b> <b>2. Particular</b> <b>3. Ambos</b> <b>4. Não</b>	<input type="checkbox"/>
130.	Escovação sob orientação do dentista <b>1. Serviço Público</b> <b>2. Particular</b> <b>3. Ambos</b> <b>4. Não</b>	<input type="checkbox"/>
131.	Limpeza dos dentes feita pelo dentista <b>1. Serviço Público</b> <b>2. Particular</b> <b>3. Ambos</b> <b>4. Não</b>	<input type="checkbox"/>
132.	Aplicação de flúor <b>1. Serviço Público (SUS)</b> <b>2. Particular</b> <b>3. Ambos</b> <b>4. Não</b>	<input type="checkbox"/>

133. Consulta por motivo de dor	1. Serviço Público (SUS) 2. Particular 3. Ambos 4. Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
134. Consulta para extração dentária	1. Serviço Público (SUS) 2. Particular 3. Ambos 4. Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
135. Tratamento de cárie com restauração/obturação dos dentes	1. Serviço Público (SUS) 2. Particular 3. Ambos 4. Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
136. Tratamento de canal	1. Serviço Público (SUS) 2. Particular 3. Ambos 4. Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
137. Tratamento de gengiva	1. Serviço Público (SUS) 2. Particular 3. Ambos 4. Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
138. Tratamento com remédio ingerido	1. Serviço Público (SUS) 2. Particular 3. Ambos 4. Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
139. Realização de RX dos dentes	1. Serviço Público (SUS) 2. Particular 3. Ambos 4. Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
140. Em sua opinião o atendimento dentário que recebeu no pré-natal foi ...	1-Ótimo 2-Bom 3-Regular 4-Ruim 5-Péssimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Nos últimos 6 meses de gravidez, **por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura**

141. Você teve problemas para falar alguma palavra?	1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>				
142. Você sentiu que o sabor dos alimentos piorou?	1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>				
143. Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?	1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>				
144. Você se sentiu incomodada ao comer algum alimento?	1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>				
145. Você ficou preocupada?	1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>				
146. Você se sentiu estressada?	1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>				
147. Sua alimentação ficou prejudicada?	1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>				
148. Você teve que parar suas refeições?	1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>				
149. Você encontrou dificuldade para relaxar?	1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>				
150. Você se sentiu envergonhada?	1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>				
151. Você ficou irritada com outras pessoas?	1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>				
152. Você teve dificuldades para realizar suas atividades diárias?	1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>				
153. Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior?	1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>				
154. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?	1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>				

### IX. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

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

155. Quantas vezes você já esteve grávida, contando com esta última gravidez e algum aborto que você tenha tido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
156. 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

157. Você já teve algum aborto? <b>0.Não Sim. Quantos?</b>	
158. Quantos abortos foram provocados?	
159. Quantos abortos foram espontâneos (ocorreram naturalmente)?	
160. Quantos partos você já teve contando com esta ultima gravidez?	
161. Quantos partos foram cesarianas?	
162. Algum filho nasceu morto? <b>0.Não Sim, quantos?</b>	
163. Algum bebê seu nasceu vivo e morreu antes de ter um mês de vida, contando com este bebê (atual)? <b>0.Não Sim, quantos?</b>	
164. Você já teve algum bebê que nasceu com peso menor que dois quilos e meio (2,5 kg), contando com este bebê? <b>0.Não Sim, quantos?</b>	
165. Você já teve algum bebê que nasceu prematuro (antes de 37 semanas de gravidez), contando com este bebê? <b>0.Não Sim, quantos?</b>	
166. Qual foi a data do seu último parto ( <b>bebê vivo ou morto</b> ), antes desta gravidez? (data de nascimento do filho anterior)	/  /

## X. HÁBITOS MATERNS

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

167. Você ingeria bebidas alcoólicas durante a gravidez? <b>0.Não 1.Sim</b>	
168. Alguma vez precisou de uma dose de bebida para começar o dia? lipa = 1 dose ou 2 latas = 3 doses) <b>0.Não 1.Sim</b>	
169. Quantas doses eram necessárias para deixar você “alta”?	
170. As pessoas te aborreciam criticando o seu modo de beber? <b>0. Não1. Sim</b>	
171. Você sente que deve parar de beber? <b>0. Não1. Sim</b>	
172. Você tem sentimentos de culpa sobre a bebida? <b>0.Não 1.Sim</b>	
173. Você fuma? <b>0.Não 1.Sim</b>	
174. Você fumou durante a gravidez? <b>0.Não 1.Sim</b>	
175. Se parou de fumar na gravidez, em que mês isso ocorreu?	
176. Quantos cigarros você fumava por dia durante a gravidez?	
177. 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. As duas próximas perguntas são sobre o uso dessas substâncias por você. Essas questões são muito importantes pra gente. Gostaria de lembrar que, como todo o resto do questionário, essas informações são confidenciais e somente serão usadas para a pesquisa”</i>	
178. Você usou algum tipo de droga durante a gravidez? <b>0.Não 1.Sim</b>	
179. Que tipo? _____	,

## XI. INFORMAÇÕES NUTRICIONAIS

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

180. Qual era o seu peso antes de ficar grávida? ( <b>anotar em Kg</b> )	,
181. Qual é a sua altura? ( <b>anotar em metros</b> )	,
Quantos dias por semana você costumava comer estes alimentos durante a gravidez?	

182. <b>Feijão</b> 0. Nunca1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	<input type="checkbox"/>
183. <b>Verduraou legume (couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)</b> 0. Nunca1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	<input type="checkbox"/>
184. <b>Salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru</b> 0. Nunca1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	<input type="checkbox"/>
185. <b>Carne vermelha (boi, porco, cabrito)</b> 0. Nunca1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	<input type="checkbox"/>
186. <b>Frango</b> 0. Nunca1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	<input type="checkbox"/>
187. <b>Suco de fruta natural</b> 0. Nunca1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	<input type="checkbox"/>
188. <b>Frutas</b> 0. Nunca1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	<input type="checkbox"/>
189. <b>Refrigerante ou suco artificial (tipo tampico)</b> 0. Nunca1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	<input type="checkbox"/>
190. <b>Leite (não vale leite de soja)</b> 0. Nunca1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	<input type="checkbox"/>
191. <b>Bebida alcoólica</b> 0. Nunca1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	<input type="checkbox"/>
192. <b>Hambúrguer/Cachorro quente/pizza</b> 0. Nunca1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	<input type="checkbox"/>
193. <b>Salgados fritos (coxinha, pastel, quibe frito....)</b> 0. Nunca1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	<input type="checkbox"/>
194. <b>Doces/balas/sobremesas</b> 0. Nunca1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	<input type="checkbox"/>
195. <b>Presunto, salame, mortadela, lingüiça</b> 0. Nunca1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	<input type="checkbox"/>
196. <b>Biscoito(chips/recheado)</b> 0. Nunca1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	<input type="checkbox"/>

## XII. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

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

197. Qual o seu endereço completo? Rua: _____ nº: _____ Bairro: _____ Unidade de saúde: _____ Ponto de Referência: _____ Município: _____ Comunidade: _____		
198. Você mora na cidade ou no interior?	0. Cidade 1. Interior	<input type="checkbox"/>
199. Cobertura dos serviços de saúde: 0. ESF 1. PACS 2. Nenhum		<input type="checkbox"/>
200. Cobertura dos serviços de saúde bucal: 0. ESB 1. Nenhum 2. Tem serviço		<input type="checkbox"/>
201. Quem conduziu o seu pré-natal?	0. Médico 1. Enfermeiro 2. Médico+enfermeiro	<input type="checkbox"/>
202. O local onde você mora é?	1. Um bairro 2. Uma comunidade (favela) 3. Um loteamento (favela-bairro) 4. Ilha 5. _____	<input type="checkbox"/>
203. Há quanto tempo você mora neste endereço (anos)?	00. Para menos 12 meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
204. Você tem telefone(s) para contato? 0. Não 1. Sim qual(is)?		<input type="checkbox"/>
205. Você mora em:	1. Casa/apartamento 2. Quarto/cômodo 3. palafita/barraco	<input type="checkbox"/>
206. Sua casa é?	1. Alugada 2. Própria 3. Emprestada 4. Outro tipo	<input type="checkbox"/>
207. Você tem banheiro dentro de casa?	0. Não 1. Sim 2. Não, só fora de casa	<input type="checkbox"/>
208. O banheiro da sua casa tem descarga?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
209. Quantos cômodos têm na sua casa?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
210. Quantas pessoas moram em sua casa sem contar com esse bebê?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
211. 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 _____	<input type="checkbox"/>
212. Que tipo de piso tem no interior da sua casa?	1. Piso revestido (concreto/cimento, lajota, tijolo) 2. Piso de terra batida 3. Ambos	<input type="checkbox"/>
213. Para onde vai o lixo da sua casa?	1. é recolhido pelo lixeiro 2. é colocado na caçamba 3. é enterrado/queimado 4. é jogado a céu aberto	<input type="checkbox"/>
214. Como é o abastecimento de água da sua casa?	1. Água encanada dentro de casa 2. Água encanada fora de casa 3. Outro: _____	<input type="checkbox"/>
215. Como é o esgoto na sua casa?	1. Não tem 2. Rede geral 3. Fossa rudimentar 4. Fossa séptica	<input type="checkbox"/>
216. Na rua em que você mora tem valão a céu aberto?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
217. Que tipo de piso tem na rua onde você mora?	1. Asfalto/cimento 2. Paralelepípedo 3. Terra	<input type="checkbox"/>
218. 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="checkbox"/>
219. Qual a sua raça ou cor? (Auto-atribuído)	1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda (morena/mulata) 5. Indígena	<input type="checkbox"/>
220. Você sabe ler e escrever?	0. Não 1. Sim 2. Mais ou menos	<input type="checkbox"/>
221. Qual foi a última série que você completou na escola com aprovação?	1. Fundamental (1º grau) 2. Médio (2º grau) 3. Superior (3º grau)   _____   Série/ anos completos   _____	
222. Você tem algum trabalho em que ganhe dinheiro atualmente?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>



## ANEXO E - Normas da revista Brazilian Oral Research - BOR

### APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO

O texto do manuscrito deverá estar redigido em inglês e fornecido em arquivo digital compatível com o programa "Microsoft Word" (em formato DOC, DOCX ou RTF).

Cada uma das figuras (inclusive as que compõem esquemas/compos) deverá ser fornecida em arquivo individual e separado, conforme as recomendações descritas em tópico específico.

Fotografias, micrografias e radiografias deverão ser fornecidas em formato TIFF, conforme as recomendações descritas em tópico específico.

Gráficos, desenhos, esquemas e demais ilustrações vetoriais deverão ser fornecidos em formato PDF, em arquivo individual e separado, conforme as recomendações descritas em tópico específico.

Arquivos de vídeo poderão ser submetidos, respeitando as demais especificidades, inclusive o anonimato dos autores (para fins de avaliação) e respeito aos direitos dos pacientes.

Importante: o ScholarOne™ permite que o conjunto dos arquivos somem no máximo 10 MB. No caso de a inclusão do arquivo de vídeo acarretar em tamanho superior, é possível informar o link de acesso ao vídeo. Na reprodução de documentação clínica, o uso de iniciais, nomes e/ou números de registro de pacientes são proibidos. A identificação de pacientes não é permitida. Um termo de consentimento esclarecido, assinado pelo paciente, quanto ao uso de sua imagem deverá ser fornecido pelo(s) autor(es) quando solicitado pela **BOR**. Ao reproduzir no manuscrito algum material previamente publicado (incluindo textos, gráficos, tabelas, figuras ou quaisquer outros materiais), a legislação cabível de Direitos Autorais deverá ser respeitada e a fonte citada.

As seções do manuscrito devem ser apresentadas observando-se as características específicas de cada tipo de manuscrito: folha de rosto (*Title Page*), introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos e referências.

- Indicação da especialidade\*, ou área de pesquisa, enfocada no manuscrito.

\*Anatomia; Biologia Craniofacial; Biologia Pulpar; Bioquímica; Cariologia; Ciências do Comportamento; Cirurgia Bucomaxilo; Controle de Infecção; Dentística; Disfunção Temporomandibular; Estomatologia; Farmacologia; Fisiologia; Imaginologia; Implantodontia - Clínica Cirúrgica; Implantodontia - Clínica Protética; Implantodontia

Básica e Biomateriais; Imunologia; Materiais Dentários; Microbiologia; Oclusão; Odontogeriatrics; Odontologia Legal; Odontologia Social; Odontopediatria; Ortodontia; Ortopedia; Patologia Oral; Periodontia; Prótese; Saúde Coletiva; Terapia Endodôntica.

- Título informativo e conciso, limitado a um máximo de 110 caracteres incluindo espaços.
- Nomes completos e por extenso de todos os autores, incluindo os respectivos números de telefone e endereços eletrônicos (email). Recomenda-se aos autores confrontar seus nomes anotados na Folha de Rosto (*Title Page*) com o perfil criado no ScholarOne™, de modo a evitar incompatibilidades.
- A participação de cada um dos autores deverá ser justificada por escrito em folha separada, observando-se os critérios de autoria e co-autoria adotados pelo *International Committee of Medical Journal Editors*, disponíveis em <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>
- Dados de afiliação institucional/profissional de todos os autores, incluindo universidade (ou outra instituição), faculdade/curso, departamento, cidade, estado e país, apresentados de acordo com as normas internas de citação estabelecidas pela instituição de cada um dos autores. Verificar se as afiliações foram inseridas corretamente no ScholarOne™.

**Resumo:** deve ser apresentado na forma de um parágrafo único estruturado (mas sem sub-divisões em seções), contendo proposição do trabalho, metodologia, resultados e conclusões. No Sistema, utilizar a ferramenta *Special characters* para caracteres especiais, se aplicável.

**Descritores:** devem ser fornecidos de 3 (três) a 5 (cinco) descritores principais, escolhidos dentre os descritores cadastrados em <http://decs.bvs.br> ou <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> (não serão aceitos sinônimos).

## Texto Principal

**Introdução:** deve apresentar o estado da arte do assunto pesquisado, a relevância do estudo e sua relação com outros trabalhos publicados na mesma linha de pesquisa ou área, identificando suas limitações e possíveis vieses. O objetivo do estudo deve ser apresentado concisamente ao final dessa seção.

**Metodologia:** devem ser fornecidas todas as características do material pertinente ao assunto da pesquisa (ex.: amostras de tecido, sujeitos da pesquisa). Os métodos experimentais, analíticos e estatísticos devem ser descritos de forma concisa, porém suficientemente detalhada para permitir que outros possam repetir o trabalho. Os dados de fabricantes ou fornecedores de produtos, equipamentos, ou softwares devem ser explicitados na primeira menção feita nesta seção, como segue: nome do fabricante, cidade e país. Os programas de computador e métodos estatísticos também devem ser especificados. A menos que o objetivo do trabalho seja comparar produtos ou sistemas específicos, os nomes comerciais de técnicas, bem como de produtos ou equipamentos científicos ou clínicos só devem ser citados nas seções de "Metodologia" e

"Agradecimentos", de acordo com o caso. No restante do manuscrito, inclusive no título, devem ser utilizados os nomes genéricos. Nos manuscritos que envolvam radiografias, microrradiografias ou imagens de MEV, devem ser incluídas as seguintes informações: fonte de radiação, filtros e níveis de kV utilizados. Os manuscritos que relatem estudos em humanos devem incluir comprovação de que a pesquisa foi conduzida eticamente de acordo com a Declaração de Helsinki (*World Medical Association*, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3>). O número de protocolo de aprovação emitido por um Comitê Institucional de Ética deve ser citado. Estudos observacionais devem seguir as diretrizes STROBE (<http://stroke-statement.org>) e o check list deve ser submetido. Ensaios clínicos devem ser relatados de acordo com o protocolo padronizado da *CONSORT Statement* (<http://www.consort-statement.org>), revisões sistemáticas e meta-análises devem seguir o PRISMA (<http://www.prisma-statement.org>), ou Cochrane (<http://www.cochrane.org>).

## Plágio

A **BOR** emprega um sistema de detecção de plágio. Ao enviar o seu manuscrito para a Revista, este manuscrito poderá ser rastreado. Isto não tem relação com a simples repetição de nomes / filiações, mas envolve frases ou textos utilizados.

**Referências:** só serão aceitas como referências as publicações em periódicos revisados por pares. Não serão aceitos como referências manuscritos em processo de redação, dissertações, teses, ou resumos apresentados em congressos. Devem ser evitadas referências a livros.

As citações de referências devem ser identificadas no texto por meio de números arábicos sobrescritos. A lista completa de referências deve vir após a seção de "Agradecimentos", e as referências devem ser numeradas e apresentadas de acordo com o Estilo Vancouver, em conformidade com as diretrizes fornecidas pelo *International Committee of Medical Journal Editors*, conforme apresentadas em *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256>). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o *List of Journals Indexed in Index Medicus* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>). A correta apresentação das referências é de responsabilidade exclusiva dos autores.

**Grafia de termos científicos:** nomes científicos (binômios de nomenclatura microbiológica, zoológica e botânica) devem ser escritos por extenso, bem como os nomes de compostos e elementos químicos, na primeira menção no texto principal.

**Unidades de medida:** devem ser apresentadas de acordo com o Sistema Internacional de Medidas (<http://www.bipm.org>) ou <http://www.inmetro.gov.br/consumidor/unidLegaisMed.asp>.

**Notas de rodapé no texto principal:** devem ser indicadas por meio de asteriscos e restritas ao mínimo indispensável.

**Figuras:** fotografias, micrografias e radiografias devem ter uma largura mínima de 10 cm, resolução mínima de 500 dpi, e devem ser fornecidas em formato TIFF. Gráficos, desenhos, esquemas e demais ilustrações vetoriais devem ser fornecidos em formato PDF. Todas as figuras devem ser submetidas, individualmente, em arquivos separados (não inseridas no arquivo de texto). As figuras devem ser numeradas e citadas consecutivamente no corpo do texto, em algarismos arábicos. As legendas das figuras devem ser inseridas todas juntas no final do texto, após as referências.

## **CARACTERÍSTICAS E FORMATAÇÃO DOS TIPOS DE MANUSCRITOS**

### **Pesquisa Original**

Devem ser limitados a 30.000 caracteres incluindo espaços (considerando-se introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos, tabelas, referências e legendas de figuras). Será aceito um máximo de 8 (oito) figuras e 40 (quarenta) referências. O resumo deve conter, no máximo, 250 palavras.

### **Formatação - Arquivos de Texto**

- Folha de rosto (*Title Page*)
- Texto principal (30.000 caracteres incluindo espaços)
- Resumo - máximo de 250 palavras
- Descritores - de 3 (três) a 5 (cinco) descritores principais
- Introdução
- Metodologia
- Resultados
- Discussão
- Conclusão
- Agradecimentos
- Tabelas
- Referências - máximo de 40 referências
- Legendas de figuras

### **Formatação - Arquivos de figuras**

- Figuras - máximo de 8 (oito) figuras, conforme descrito acima.