

MICHELLE TEIXEIRA OLIVEIRA

**Projeto GeraVIDA : Atenção pré-natal e
prematividade/baixo peso ao nascer**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas.

Orientador: Prof. Dr. Isaac Suzart Gomes Filho

Co-orientadora: Prof. Dra. Simone S. da Cruz

Salvador – BA
2010

O48p

Oliveira, Michelle Teixeira.

Projeto GeraVIDA: Atenção pré-natal e prematuridade/baixo peso ao nascer / Michele Teixeira Oliveira. – Salvador: 2010. 92 f., il; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Isaac Suzart Gomes Filho

Co-Orientadora: Prof. Dra. Simone Seixas da Cruz

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia.

1. Pré-natal. 2. Prematuridade. 3. Baixo peso.

I. Gomes Filho, Isaac Suzart. II. Cruz, Simone S. da. III. UFBA. IV. Título.

CDU 618.2-053.2

FOLHA DE APROVAÇÃO
MICHELLE TEIXEIRA OLIVEIRA

**PROJETO GERAVIDA : Atenção pré-natal e
prematuridade/baixo peso ao nascer.**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia.

DATA: 07 de dezembro de 2010

RESULTADO: _____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr^o Isaac Suzart Gomes Filho
Pós-Doutorado em Epidemiologia pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Estadual de Feira de Santana
Assinatura _____

Prof. Dr^a Julita Maria Freitas Coelho
Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia.
Universidade Estadual de Feira de Santana
Assinatura _____

Prof. Dr^a Graciete Oliveira Vieira
Doutora em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Estadual de Feira de Santana
Assinatura _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



ATA DA SESSÃO PÚBLICA DO COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROCESSOS INTERATIVOS DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS

Aos sete dias do mês de dezembro de dois mil e dez, reuniu-se em sessão pública o Colegiado do Programa de Pós- Graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas com a finalidade de apreciar a Defesa de Dissertação da Pós-graduanda **Michelle Teixeira Oliveira**, através da Comissão Julgadora composta pelos Professores **Isaac Suzart Gomes Filho**, **Graciete Oliveira Vieira** e **Julita Maria Freitas Coelho**. O título da Dissertação apresentado foi **PROJETO GERAVIDA: ATENÇÃO PRÉ-NATAL E PREMATURIDADE/BAIXO PESO AO NASCER**. Ao final dos trabalhos os membros da mencionada Comissão Examinadora emitiram os seguintes pareceres:

Prof. Dr. Isaac Suzart Gomes Filho APROVADA

Profa. Dra. Graciete Oliveira Vieira APROVADA

Profa. Dra. Julita Maria Freitas Coelho APROVADA

Franqueada a palavra, como não houve quem desejasse fazer uso da mesma lavrou-se a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada por todos.

Salvador, 07 de dezembro de 2010.

Prof. Dr. Isaac Suzart Gomes Filho

Profa. Dra. Graciete Oliveira Vieira

Profa. Dra. Julita Maria Freitas Coelho

Dedico esta dissertação ...

...ao amor, pois para a realização deste projeto contei com o amor de pessoas cuja dedicação me emociona. Dedico em especial a minha querida avó Fransquinha, que me fez acreditar desde pequena, que eu seria grande.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em especial, ao meu orientador e querido amigo, Professor Isaac Suzart Gomes Filho, pela confiança, paciência, carinho e ensinamentos diários. Palavras me faltam para exprimir toda gratidão e respeito. Muito obrigada.

Agradeço, de forma muito carinhosa, a minha família, que acreditou no meu sonho. Meu pai, pelo incentivo constante. Minha mãe, pela dedicação afetiva. Meu irmão, pelo apoio e companheirismo. E a Tia Cota, pela feliz convivência.

A Tia Penha, primo Gu e Telminha, pela acolhida amorosa, estar com vocês, em casa e em família, foi afetivamente fundamental neste período. E a todos os demais familiares que, mesmo distantes, se enchem de orgulho pelas minhas vitórias.

A Maria, por ter retornado ao nosso lar, justamente quando eu me ausentei, e nem por isso deixou de exprimir todo seu amor e carinho por mim.

Ao Professor Roberto Paulo de Araújo, coordenador deste programa de pós-graduação e idealizador desta conquista.

A Professora Simone, minha querida co-orientadora, pelas sábias contribuições.

A Professora Johele, pela paciência, dedicação e fonte inesgotável de suporte nos momentos mais difíceis.

A todos os pesquisadores do NUPPIIM e do Geravida, em especial a Eliesita, Suane e Priscila, pela feliz convivência e à professora Soraya, pelas contribuições constantes.

Aos colegas do PIOS, professores e amigos, pelo simpático e estimulante convívio. Em especial a Ana Tereza, Rodrigo e Verinha, pela cumplicidade e amizade, demonstrados constantemente.

A Thais Feitosa, que caminhou comigo em todos os momentos desta jornada. Fica guardado no coração o respeito e o carinho.

Aos meus queridos e inúmeros amigos, que mesmo com minhas repetidas ausências , estão sempre me estimulando a novas conquistas. Especialmente a Alcione e Josivaldo, que se orgulham desta conquista desde o início.

Aos meus colegas e amigos das policlínicas, principalmente aos que me ajudaram diretamente no início e final desta jornada, Dr^a Tania, Wellington, Ana Régia e Lorena, muito obrigada.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, pela bolsa concedida durante o curso. E à FAPESB, pelo apoio financeiro desta pesquisa.

Ao Laboratório do HUPES, por gentilmente ter me acolhido para treinamento de grande importância para realização desta pesquisa.

Gostaria também de agradecer a banca examinadora, Prof. Dra. Graciete Vieira e Prof. Dra. Julita Coelho, pelas brilhantes considerações que guiaram a confecção final deste trabalho

E finalmente, aos participantes desta pesquisa, que contribuíram não somente com a coleta de dados, como para meu crescimento pessoal.

*Todo sujeito é livre para conjugar o verbo que quiser
Todo verbo é livre para ser direto ou indireto
Nenhum predicado será prejudicado
Nem tampouco a frase, nem a crase
Nem a vírgula e ponto final
Afinal, a má gramática da vida
Nas pês entre pausas
Entre vírgulas
Estar entre vírgulas
Pode ser apesto
E eu apesto e epesto
Que vou cativar a todos
Sendo apenas um sujeito simples*

Fernando Anitelli

OLIVEIRA, Michelle Teixeira. *Projeto GeraVIDA: Atenção Pré-Natal e Prematuridade/Baixo Peso ao Nascer*. Salvador; 2010. 92f., il. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

RESUMO

A prematuridade e o baixo peso ao nascimento são os fatores de risco mais intervenientes para o desenvolvimento infantil no Brasil e são considerados como indicadores do estado de saúde das populações. Estudos sobre fatores que determinam essas complicações gestacionais são de interesse da comunidade científica, uma vez que são graves problemas de saúde pública, pois acarretam agravos na infância. A atenção pré-natal tem um papel importante nesse contexto, pois compreende um conjunto de procedimentos capazes de prevenir, diagnosticar e tratar eventos indesejáveis à gestação, ao parto e ao recém-nascido. Sua ausência e/ou deficiência está relacionada a maiores índices de morbimortalidade materna e perinatal. Neste estudo, nosso objetivo geral foi estimar a associação entre a atenção pré-natal e prematuridade/baixo peso ao nascer e o objetivo específico foi descrever o perfil epidemiológico das puérperas. A pesquisa, com um desenho de caso controle, com a amostra de 157 mulheres, sendo 34 para o grupo caso (mães que tiveram filhos prematuros e/ou de baixo peso) e 123 para o grupo controle (mães com filhos de peso normal ao nascer e/ou a termo). O questionário inicialmente aplicado foi complementado com dados obtidos em prontuário e cartão da gestante. Em seguida foi realizado exame da condição periodontal, coleta de amostra de sangue para análise da hemoglobina glicada e aferição de pressão arterial. Os resultados da pesquisa apontam que a atenção pré-natal necessita avançar mais em sua execução para melhor se conhecer o seu verdadeiro impacto nos desfechos gestacionais, apesar do não esgotamento da análise do estudo.

Palavras-chave: prematuridade, baixo peso ao nascer, atenção pré-natal, desfechos gestacionais.

OLIVEIRA, Michelle Teixeira. GeraVIDA Project: Prenatal Care and Prematurity / Low Birth Weight Nascer. Salvador; 2010. 92f. il. Thesis (Masters) - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

ABSTRACT

Prematurity and low birth weight are risk factors involved in child development in Brazil and are considered indicators of the health status of populations. Studies on factors that determine these pregnancy complications are of interest to the scientific community, since they are serious public health problems, therefore cause diseases in childhood. The prenatal care has an important role in this context, it includes a set of procedures that prevent, diagnose and treat adverse events in pregnancy, childbirth and newborn. His absence and / or disability is related to higher rates of maternal and perinatal morbidity and mortality. In this study, our overall objective was to estimate the association between prenatal care and prematurity / low birth weight and the specific objective was to describe the epidemiological profile of the women. The survey, with a design of case control, with the sample of 157 women, 34 for the case group (mothers who had preterm deliveries and / or low birth weight) and 123 for the control group (mothers with children of normal weight to birth and / or term). The questionnaire was initially applied supplemented with data obtained from medical records and prenatal care records. Next examination was performed the periodontal condition, collect blood sample for analysis of glycated hemoglobin and blood pressure measurements. The survey results show that prenatal care needs to advance further in their implementation to better understand its true impact on pregnancy outcomes, despite non-exhaustion of the survey analysis.

Keywords: prematurity, low birthweight, prenatal care, pregnancy outcomes.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** Características sócio-demográficas (n e %) entre o grupo caso (mães de filhos prematuros e/ou baixo peso ao nascer) e grupo controle (mães de filhos a termo e com peso normal). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2010 (N = 157). 50
- Tabela 2** Condições de saúde geral e bucal durante a gestação entre o grupo caso (mães de filhos prematuros e/ou baixo peso ao nascer) e grupo controle (mães de filhos a termo e com peso normal). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2010 (N = 157). 51
- Tabela 3** Informações do pré-natal e parto entre o grupo caso (mães de filhos prematuros e/ou baixo peso ao nascer) e grupo controle (mães de filhos a termo e com peso normal). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2010 (N = 157). 54
- Tabela 4** Condição periodontal e níveis glicêmico e pressórico entre o grupo caso (mães de filhos prematuros e/ou baixo peso ao nascer) e grupo controle (mães de filhos a termo e com peso normal). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2010 (N = 157). 56
- Tabela 5** Atenção pré-natal preconizada pelo Ministério da Saúde entre o grupo caso (mães de filhos prematuros e/ou baixo peso ao nascer) e grupo controle (mães de filhos a termo e com peso normal). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2010 (N = 157). 58

LISTA DE ABREVIATURAS

BPN - Baixo Peso ao Nascer

DMG - Diabetes Mellitus Gestacional

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FSA – Feira de Santana

Hb – Hemoglobina

Ht – Hematócrito

HIPS - Hospital Inácia Pinto dos Santos

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PBPN – Prematuridade / Baixo peso ao nascer

PHPN - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

RN - Recém-nascidos

VDRL - Venereal Disease Research Laboratory (Sorologia para sífilis)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
1 INTRODUÇÃO.....	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1 Determinantes da Prematuridade e do/Baixo Peso ao Nascer.....	19
2.2 Critérios de Atenção Pré-Natal preconizados pelo MS.....	23
2.3 Investigações que relacionam a atenção pré-natal e PBPN.....	28
3 OBJETIVO	31
4 MATERIAIS E MÉTODO	33
4.1 População e Área do Estudo	34
4.2 Desenho do Estudo	34
4.3 Etapas da Investigação	35
4.4 Diagnóstico do desfecho	36
4.5 Diagnóstico da Doença Periodontal	36
4.6 Avaliação do nível de Hemoglobina Glicada.....	37
4.7 Coleta do nível pressórico.....	37
4.8 Definição das variáveis	38
4.9 Procedimentos de análise dos dados.....	46
4.10 Considerações éticas.....	46
5 RESULTADOS.....	47
6 DISCUSSÃO.....	59
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação sobre o tema: “Atenção pré-natal e prematuridade/baixo peso ao nascer” é parte de uma pesquisa maior - projeto GeraVIDA - que tem por objetivo desenvolver uma investigação multicêntrica em Instituições de Ensino Superior sobre a temática acerca da relação entre a doença periodontal em gestantes e a ocorrência de nascimentos prematuros e/ou de baixo peso.

O estudo sobre possíveis fatores que determinam as referidas complicações gestacionais são de interesse da comunidade científica uma vez que tanto a prematuridade quanto o baixo peso ao nascer são graves problemas de saúde pública, pois acarretam agravos na infância, e, até o momento, não apresentam taxas de redução na sua ocorrência. Desse modo, embora se reconheça muitos fatores de risco clássicos destes desfechos gestacionais, estes não são suficientes para explicar a sua alta frequência no Brasil, principalmente, em regiões menos desenvolvidas, como a do Nordeste, e diante, também, da baixa condição sócio-econômica destas áreas.

Desse modo, busca-se com esta investigação reunir cinco universidades públicas brasileiras (Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), que representem, em parte, a região Nordeste do Brasil, na qual a ocorrência das condições referidas seja representativa do perfil social da grande maioria da população brasileira.

Assim, além de avaliar a infecção periodontal como possível determinante da prematuridade e baixo peso ao nascer, pretende-se neste estudo investigar o nível da hemoglobina glicada e a qualidade da atenção pré-natal. Reforça-se que esta dissertação é um estudo piloto inicial que irá fornecer suporte para a avaliação multicêntrica sobre o tema da associação da qualidade de atenção pré-natal e estes desfechos gestacionais desfavoráveis.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A prematuridade e o baixo peso ao nascimento são os fatores de risco mais comuns para o desenvolvimento infantil no Brasil e são considerados como indicadores do estado de saúde das populações. Em nascimentos prematuros, quanto menor o peso nos primeiros meses de vida, maior a probabilidade de ocorrência de morbidade na infância. Nesta perspectiva, a alta frequência da prematuridade/baixo peso ao nascer (PBPN) constitui-se um problema de saúde pública para muitos países, estando presente em maior taxa naqueles de condições socioeconômicas menos favorecidas, como é o caso do Brasil (WEISS; FUJINAGA, 2007).

A PBPN são os fatores mais importantes na determinação da mortalidade neonatal. Os recém-nascidos de baixo peso são definidos como aqueles com peso ao nascimento inferior a 2.500 g. O nascimento prematuro é aquele que ocorre antes de 37 semanas de gestação, e continua sendo a principal causa de morbimortalidade entre os recém-nascidos, responsável por aproximadamente 75% das mortes perinatais. Apesar do impacto da evolução da medicina na mortalidade neonatal, a incidência de prematuridade permanece constante e oscilando em torno de 10% em todo mundo, com 4,5 milhões de prematuros a cada ano (McMANEMY et al. , 2007).

Os fatores de risco associados com a PBPN incluem: a idade materna inferior a 18 anos e superior a 34 anos, nível socioeconômico baixo, condições de vida precárias, níveis baixos de instrução, atenção pré-natal deficiente, níveis glicêmicos elevados, hipertensão arterial, uso de drogas, álcool e tabaco, estresse materno, assim como infecções bacterianas (infecção genito-urinária e doença periodontal). Todavia, 25 a 50% dos casos de nascimentos prematuros e com baixo peso ocorrem sem qualquer etiologia conhecida (TRENTIN et.al. 2007).

Neste sentido, a atenção pré-natal tem um papel importante no controle destes indicadores, uma vez que compreende um conjunto de procedimentos que objetiva prevenir, diagnosticar e tratar eventos indesejáveis à gestação, ao parto e

ao recém-nascido (GONÇALVES, 2009). Sua ausência e/ou deficiência está relacionada a maiores índices de morbimortalidade materna e perinatal.

Por outro lado, o diagnóstico e tratamento de eventuais complicações durante a gestação e a redução ou eliminação de fatores de risco podem ser minimizados com uma atenção pré-natal adequada no período gestacional. No Brasil, a mortalidade neonatal e a prevalência de baixo peso ao nascer e prematuridade têm sido relacionadas prioritariamente à carência de procedimentos rotineiros e básicos na assistência à gestante, o que pode inferir em uma atenção pré-natal inadequada, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde por meio do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) de 2002 (BRASIL, 2002).

Esse programa tem subsidiado a análise das necessidades de atenção à gestante, que em linhas gerais recomenda a primeira consulta até o 4º mês de gravidez e a adoção dos seguintes procedimentos: seis consultas, no mínimo, para cada mulher: preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro; uma consulta no puerpério, até quarenta dias após o parto; exames laboratoriais: tipagem de sangue, hemoglobina(Hb)/hematócrito(Ht), *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), sumário de urina, glicemia de jejum, todos realizados na primeira consulta e os quatro últimos, repetidos próximo a trigésima semana da gestação; aplicação de vacina antitetânica, até a dose imunizante (segunda), ou reforço para as já imunizadas; classificação continuada de risco gestacional e atividades educativas; adicionalmente são oferecidos teste de *Human immunodeficiency virus* (HIV) oferecido na primeira consulta, em municípios de população acima de 50.000 (BRASIL, 2002).

A aplicação adequada deste programa governamental pode reduzir os gastos com o desfecho gestacional da PBPN, o que suscita um interesse muito grande sobre a temática na área de saúde, haja visto que as duas condições são consideradas graves problemas em nível de coletividade. Principalmente, nas regiões menos desenvolvidas do país e diante também da baixa condição sócio-econômica destas áreas, a frequência dos nascimentos prematuros e/ou de baixo peso está aumentada, quando comparada àquelas de outras regiões brasileiras.

Diante do exposto e considerando a relevância de se estudar importantes indicadores de saúde de populações e assim, contribuir para o planejamento de

ações em saúde, o objetivo desta investigação é estimar a possível associação entre a atenção pré-natal e a PBPN. Salienta-se que este estudo é um piloto de uma investigação multicêntrica – Projeto GERAVIDA - que se propõe a coletar dentre outros possíveis fatores determinantes para a PBPN, a presença de infecção periodontal, níveis elevados de glicemia, bem como hipertensão arterial.

REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura será apresentada em três partes. Na primeira serão abordados os fatores associados a PBPN. A segunda descreverá os critérios estabelecidos pelo MS para a atenção pré-natal e por fim, o último item relacionará os trabalhos que investigaram a relação da atenção pré-natal e PBPN.

2.1 Determinantes da Prematuridade/Baixo Peso ao Nascer

O BPN é uma condição frequente em todo o mundo e é um importante preditor de morbimortalidade infantil, (LIMA; SAMPAIO, 2004; MAHAN; ESCOTT-STUMP, 1998), e essas taxas não vêm apresentando tendência de redução, mesmo em países desenvolvidos onde a prevalência encontra-se em torno de 6% a 9% (LAWN et al., 2004). Na América do Sul, por exemplo, apresenta uma prevalência de BPN de, aproximadamente, 15%, ao passo que o continente europeu apresenta esta medida entre 4 e 12% (WILLIAMS et al., 2000).

O valor dessa medida no Brasil é, em média, de 8,0% (BRASIL, 2006), com variações nas Macrorregiões. No Nordeste atingiu 12,8%, mesmo em áreas cobertas pelo Programa de Agentes Comunitário e Programa de Saúde da Família.

A prematuridade é também apontada como um dos grandes problemas de saúde pública, contribuindo com elevados números para a morbi-mortalidade infantil e para seqüelas no desenvolvimento do recém-nascido (RN). A morbidade é elevada em função de alguns agravos, tais como: imaturidade anatômica e fisiológica, alta incidência de más formações fetais, hemorragias intra-cranianas, insuficiência respiratória e infecções congênitas ou adquiridas.

Saliente-se que, em 2000, o *United Nations Administrative Committee on Coordination/Sub-committee on Nutrition* (ACC/SCN), responsável pela divulgação da situação mundial da nutrição, destacou o hábito de fumo com fator de risco de maior relevância na determinação da PBPN, seguidos pelos fatores

nutricionais maternos, incluídos baixo ganho de peso gestacional, baixo índice de massa corpórea pré-gestacional, procedidos, ainda, pela eclampsia, o uso de álcool e drogas e baixo peso prévio. No Brasil, em geral, o BPN encontra-se associado ao retardo do crescimento intra-uterino enquanto nos países desenvolvidos, no mais das vezes, é resultante da prematuridade (RUGOLO, 2005a; RUGOLO, 2005b; GIBBS, 2001).

Como é esperado, em presença de condições sócio-econômicas desfavoráveis há maior freqüência de BPN. Por exemplo, a escolaridade materna representa um fator de risco para o evento gestacional referido, quando conta com até oito anos de estudo, tal fato pode ser explicado tanto pela desinformação da mãe quanto pela dificuldade de acesso a serviços de saúde, em especial, o pré-natal (NASCIMENTO, 2003). Em contrapartida, as mães que freqüentam a escola por mais de oito anos têm na maior escolaridade um fator protetor para a ocorrência de recém nascidos de baixo peso (LIMA; SAMPAIO, 2004).

A idade materna nos extremos da vida reprodutiva, também constitui um importante fator de risco para o BPN, embora as razões para a maior incidência desse evento entre mães adolescentes não estão claramente estabelecidas na literatura (GIGLIO et al. 2005). Acredita-se que na adolescência, a ocorrência de baixo peso ao nascer está associada a problemas de natureza fisiológica da genitora, a exemplo na formação física ainda em andamento, e em contra-parte, a questões sócio-culturais representadas por dificuldades de acesso tardio às informações de saúde, bem como ao serviços de pré-natal favorecendo a desfechos gestacionais indesejáveis (MINAGAWA et al., 2006).

Diferentes fatores são apontados para explicar a ausência ou inserção tardia de adolescentes ao pré-natal, destacando-se as dificuldades de assumir a gestação, conflitos familiares, assim como desconhecimento da importância desta assistência, principalmente na presença de abandono da família e/ou parceiro (COSTA, 2001).

Por outro lado, a associação do BPN com idade materna superior a 35 anos parece estar relacionada à maior incidência, nessa faixa etária, de intercorrências na gravidez, como diabetes e hipertensão arterial, que modificam o intercurso da gestação e aumentam a ocorrência de partos prematuros (GIGLIO et al., 2005).

Quanto ao uso de drogas durante a gravidez, o tabagismo materno, por exemplo, pode afetar o crescimento intra-uterino de pelo menos três maneiras diferentes: hipóxia fetal decorrente do aumento dos níveis de carboxihemoglobina, vasoconstrição uterina e interferência no metabolismo fetal (ZAMBONATO et al., 2004).

Dentre as enfermidades crônicas na fase adulta destaca-se a hipertensão arterial, complicação clínica mais freqüente na gravidez, afetando a evolução da gestação, elevando a ocorrência de interrupção e de mortalidade perinatal por motivo do deficiente desenvolvimento intra-uterino. A hipertensão arterial ocorre em torno de 12% a 22% das gestações, sendo responsável por 35% de mortes maternas no Brasil e 17,6% nos EUA (SIMÕES; SOARDE, 2006).

Inflamação e infecção exercem importante papel na patogênese do parto prematuro por meio de variados mecanismos patofisiológicos, a exemplo de infecções do trato genito-urinário e da infecção periodontal considerada fator de risco para o BPN. Ressalta-se que as infecções subclínicas se apresentam como fatores desencadeadores de nascimento precoce e/ou de baixo peso, não devido aos próprios microorganismos, mas sim decorrente da inflamação provocada pela agressão microbiana, que promove grande quantidade de citocinas e mediadores inflamatórios presentes na placenta (GIBBS, 2001).

A hipótese de que as infecções bucais podem representar provável fator de risco para agravos à saúde tem motivado a realização de várias investigações científicas nesse campo. Dentre essas infecções, destaca-se a doença periodontal em razão da sua associação a condições sistêmicas que, podem contribuir para o aparecimento de doenças isquêmicas, doenças renais e complicações gestacionais (DAVENPORT et al., 1998; HILL, 1998; NAUGLE et al., 1998; LOURO et al., 2001).

O Ministério da Saúde (MS) recomenda a dosagem da glicemia de jejum como primeiro teste para avaliação do estado glicêmico da gestante. O exame deve ser solicitado a todas as gestantes, na primeira consulta do pré-natal, como teste de rastreamento para o diabetes mellitus gestacional (DMG), independentemente da presença de fatores de risco. Se a gestante está no primeiro trimestre, a glicemia de jejum auxilia a detectar alterações prévias da

tolerância à glicose. O MS recomenda, para o diagnóstico do DMG, o teste de tolerância com 75g de glicose.

Assim, diante dos fatores determinantes de BPN expostos, é fundamental que se identifique, durante o pré-natal, quais destes fatores constituem risco para o nascimento de crianças com peso inadequado para redução desse evento (LIMA; SAMPAIO, 2004). Achados recentes da literatura sinalizam que 40 a 70% desses desfechos gestacionais devem estar associados a mortes perinatais e 50% a morbidez neurológica (GIBBS, 2001). Além de aumentar o risco de mortalidade infantil (LEITE et al., 1997; MENEZES et al., 1998; CASTILLO-SALGADO; LOYOLA; ROCA, 2001), o BPN pode promover diversos transtornos, tais como, retardo do desenvolvimento neurológico, hemorragia cerebral, alterações respiratórias e outras enfermidades que provocam necessidade de atenção prolongada e hospitalização (VICTORA et al., 2001), com implicações nos custos referentes à assistência à saúde (VICTORA et al., 1996; McCORMICK, 1985; MOTA et al., 1997). Ressalta-se, também, que crianças nascidas com baixo peso e/ou pré-termo possuem maior risco de morbimortalidade, não só no primeiro ano de vida como também em outras fases da vida, bem como têm reduzido seu potencial cognitivo (MENEZES et al. 1996; MÉIO; LOPES; MORSCH, 2003). Tal afirmativa é apoiada, inclusive, pelo estudo de Breslau et al. (1996) que indica que a maioria dos alunos da pré-escola com problemas comportamentais era constituída por aqueles que apresentaram baixo peso ao nascimento.

Ainda que já se encontrem estabelecidos, conforme descrito acima, inúmeros fatores associados ao BPN, tais como condições sócio-econômicas desfavoráveis, atenção pré-natal inadequada, gravidez em idades extremas, paridade elevada, intervalo interpartal, estado nutricional materno e hábito de fumar, entre outros (ALMEIDA et al., 2002; NASCIMENTO, 2003; VICTORA et al.; 2001; MARGOTTO, 2001; SINISTERRA et al., 1991; VICTORA et al., 1989), estas condições continuam sendo amplamente estudadas. Em função de sua relevância, particularmente, pelo fato de que, mesmo quando considerados em seu conjunto os determinantes supracitados não explicam, plenamente, o baixo peso ao nascer, sendo cerca de 40% deles, ainda, desconhecidos nos respectivos processos de causalidade (ROSELLI; SEGRE, 1995). Nesta

perspectiva, justificam-se os esforços voltados para a identificação de outros possíveis fatores de risco para a ocorrência das referidas condições.

Portanto, a PBPN, considerados os mais importantes determinantes biológicos da sobrevivência de um recém-nascido em todo mundo, continuam requerendo atenção da comunidade científica. Sua importância decorre não só da capacidade que apresenta para predizer risco de morte infantil entre os RN nascidos sob essa condição, como também por refletir a exposição a outros fatores de risco como condições sócio-econômicas desfavoráveis e má nutrição e doenças maternas, entre outras (MENEZES et al., 1998; CASTILLO-SALGADO; LOYOLA; ROCA, 2001).

2.2 Critérios de Atenção Pré-Natal preconizados pelo MS

A Constituição Brasileira de 1988 contemplou a saúde como direito do cidadão, competindo ao Estado a responsabilidade de prover recursos para o exercício desses direitos, sendo assim instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) como instrumento para garantir a saúde da população, regulamentado pelas leis 8.080 (lei orgânica da saúde) e lei 8.142 com finalidade de reduzir a desigualdade na assistência da população. Foram criadas em todo país, Unidades de Saúde da Família, que atendem aos preceitos da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ESF visa desenvolver a prevenção e a promoção da saúde na comunidade, mediante ações para com a população. Esse modelo de atuação prioriza a atenção primária à saúde, como alternativa a uma estratégia centrada exclusivamente na doença (BRASIL, 2006).

A promoção da saúde se faz por meio da educação, da adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais, da produção de um ambiente saudável e através de ações que visem tanto a promoção quanta a redução de riscos e agravos, e nessas ações é que se encaixa a atenção pré-natal. No Brasil, o pré-natal tem amparo na Constituição

Federal e é regulamentado pelas leis específicas referentes aos direitos reprodutivos (BRASIL, 2006).

Dentre as principais causas de mortalidade neonatal no Brasil, em ordem crescente, estão: as afecções perinatais, que são problemas originados até a primeira semana de vida; asfixia durante o parto; infecções neonatais e prematuridade; as más-formações congênitas; e as doenças infecciosas e parasitárias. Sendo assim, é de vital importância o acompanhamento pré-natal durante toda a gestação, além de uma assistência qualificada e planejada no parto e pós-parto (RIBEIRO; SILVA, 2000; MATOS, 2007).

As condições da gravidez e do parto são determinantes importantes do estado de saúde da mulher. A gravidez pode ser, ainda, o único contato que uma mulher em idade reprodutiva tem com os serviços de saúde. A atenção pré-natal, especificamente, permite o diagnóstico e tratamento de inúmeras complicações durante a gestação e a redução ou eliminação de fatores e comportamentos de risco passíveis de serem corrigidos. No Brasil, a mortalidade neonatal e especificamente a prevalência de baixo peso ao nascer e prematuridade têm sido relacionadas prioritariamente à carência de procedimentos rotineiros e básicos na assistência à gestante.

Por compreender a importância da atenção pré-natal, na prevenção da PBPN e outros desfechos gestacionais indesejáveis, o MS lançou no ano de 2000, uma estratégia onde a questão da humanização e dos direitos aparecesse como o princípio estruturador, o PHPN, propondo assim critérios marcadores de desempenho e qualidade da atenção pré-natal.

Instituído através das Portarias GM nº 569, GM nº 570, GM nº 571 e GM nº 572 de 1/6/2000, o PHPN apresenta como objetivo principal concentração de esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, com enfoque na necessidade de ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas, promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto. Baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, ele visa garantir a toda gestante o direito ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2000).

Especificamente, a atenção pré-natal permite o diagnóstico e tratamento de inúmeras complicações durante a gestação e a redução ou eliminação de fatores e comportamentos de risco passíveis de serem corrigidos (KILSZTAJN et al., 2003). Trata-se, portanto, de valiosa oportunidade para intervenções direcionadas à promoção da saúde da mulher como um todo, bem como para desfechos favoráveis no parto e puerpério. Humanizar representa um novo modo de ver a forma de “assistir”, incluindo as relações interpessoais com a mulher, com o recém-nascido, com o acompanhante, com os colegas da equipe e com a instituição (BASILE; PINHEIRO, 2004).

O programa de atendimento pré-natal está inevitavelmente correlacionado com sua qualidade, facilidade de acesso e, mais importante, com o cuidadoso acompanhamento de cada gestante e não ao número de consultas realizadas. E, em geral, as mulheres que recebem cuidados desde o primeiro trimestre têm melhores resultados gestacionais do que aquelas com início tardio (LIMA; SAMPAIO, 2004). Dessa forma o MS, através do PHPN (BRASIL, 2000) e baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, recomenda iniciar o acompanhamento da gestante no primeiro trimestre de gravidez e a realizar pelo menos seis consultas, sendo pelo menos duas realizadas pelo médico.

O PHPN (BRASIL, 2000) está estruturado nos seguintes princípios:

- a) toda gestante tem o direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- b) toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- c) toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico;
- d) todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.

No Brasil, a mortalidade neonatal e especificamente a prevalência de baixo peso ao nascer e prematuridade têm sido relacionadas prioritariamente à carência de procedimentos rotineiros e básicos na assistência à gestante. Para a

diminuição desses agravos, foram instituídos pelo PHPN os seguintes procedimentos:

- a) realizar a primeira consulta de pré natal até o quarto mês de gestação;
- b) garantir a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;
- c) realizar os exames laboratoriais:
 - ABO-Rh, na primeira consulta,
 - VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação,
 - urina rotina, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação,
 - glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação,
 - hemoglobina/hematócrito, na primeira consulta,
 - oferta de testagem anti-HIV.
- d) outros exames podem ser acrescentados a esta rotina mínima em algumas situações especiais:
 - protoparasitológico: solicitado na primeira consulta, sobretudo para mulheres de baixa renda,
 - colpocitologia oncótica: se a mulher não a tiver realizado nos últimos três anos ou se houver indicação,
 - bacterioscopia da secreção vaginal: em torno da 30^a semana de gestação, particularmente nas mulheres com antecedente de prematuridade,
 - sorologia para rubéola,
 - urocultura para o diagnóstico de bacteriúria assintomática, em que exista disponibilidade para esse exame,
 - ultra-sonografia obstétrica realizada precocemente durante a gestação.
- e) aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;
- f) realização de atividades educativas;

- g) classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes;
- h) garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

O PHPN instituiu uma série de medidas, como estabelecimento de critérios mínimos e pagamento de incentivos, com o objetivo principal de melhorar a qualidade da assistência. A criação de um sistema informatizado de informação e acompanhamento, o SISPRENATAL, que é um software que foi desenvolvido pelo Datasus, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no PHPN do SUS, foi considerada como medida fundamental do programa. Nele está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada, permitindo o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério (BRASIL, 2000).

O Manual Técnico de Assistência Pré-natal do MS (BRASIL, 2000), estabelece que as mulheres que têm acesso ao serviço de saúde devem ser informadas sobre os programas, palestras e atividades, assim como, orientação quanto ao exercício, sexualidade, fisiologia da reprodução, regulação da fertilidade e os riscos do aborto provocado, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, câncer cervicouterino e de mama, e da melhoria dos hábitos higiênicos e dietéticos.

A discussão de propostas de atenção pré-natal permanece e ainda é um campo fértil para estudos operacionais que incluam análises quantitativas e qualitativas. Entendendo que a assistência pré-natal compreende um conjunto de procedimentos que objetivam prevenir, diagnosticar e tratar eventos indesejáveis à gestação, ao parto e ao recém-nascido, sua ausência e/ou deficiência está relacionada a maiores índices de morbimortalidade materna e perinatal (GONÇALVES; CESAR; MENDOZA-SASSI, 2009).

O processo de avaliação qualitativa da atenção pré-natal apresenta algumas dificuldades, pois trata de uma observação do resultado dos serviços recebidos ou que deveriam ser recebidos. E deve-se levar em consideração também a maneira como esses serviços foram oferecidos. Gonçalves, Cesar e Mendoza-Sassi (2009) reiteram que em função dessas dificuldades, há poucos estudos

visando a qualidade dos serviços a despeito de sua importante contribuição para redução de agravos. Ressalta ainda que a literatura especializada tem privilegiado a análise das características e dos resultados da assistência, pelo número de consultas pré-natais e tipo de parto, relegando a um segundo plano o estudo da qualidade do conteúdo das consultas.

2.3 Investigações que relacionam a atenção pré-natal e PBPN.

Estudos epidemiológicos são importantes para a avaliação da cobertura de ações específicas em saúde pública, no Brasil, esses estudos têm demonstrado que a mortalidade neonatal e especificamente a prevalência de PBPN têm sido relacionadas prioritariamente à carência de procedimentos rotineiros e básicos na assistência à gestante.

A idade materna nos extremos da vida reprodutiva, também constitui um dos principais fatores de risco do baixo peso ao nascer. As razões para a maior incidência desse evento entre mães adolescentes não estão claramente estabelecidas na literatura (GIGLIO et al. 2005).

Acredita-se que na adolescência, a ocorrência de baixo peso ao nascer esta associada a problemas de natureza fisiológica, a exemplo na formação física ainda em andamento, e em contra-parte, a questões sócio-culturais representadas por dificuldades de acesso tardio às informações de saúde bem como ao serviços de pré-natal favorecendo a desfechos gestacionais indesejáveis (MINAGAWA et al., 2006).

Diferentes fatores são apontados para explicar a ausência ou inserção tardia de adolescentes ao pré-natal, entre eles destacam-se as dificuldades de assumir a gestação, conflitos familiares, assim como desconhecimento da importância desta assistência, situação que é agravada na presença de abandono da família e/ou parceiro (COSTA, 2001). Especificamente, a assistência pré-natal permite o diagnóstico e tratamento de inúmeras complicações durante a gestação e a

redução ou eliminação de fatores e comportamentos de risco passíveis de serem corrigidos (KILSZTAJN et al., 2003).

Morais et al. (1998) corrobora, com os resultados de seu estudo, permitindo concluir que a frequência às consultas pré-natal bem como o momento da primeira visita, se associam significativamente com a idade gestacional e o peso fetal ao nascimento, e podem desempenhar papel importante no nascimento de recém-nascidos pré-termo e de baixo peso. Essa associação preconizada antes da implementação do PHPN, é de grande importância para avaliação da associação da atenção pré-natal em gestantes e PBPN.

O aumento da cobertura pré-natal pode proporcionar resultados imediatos para a redução da prevalência de baixo peso e/ou pré-termo, enquanto que os fatores de ordem demográfica e psico-social (idade, estado civil, escolaridade da mãe) e obstétrica (ordem de nascimento dos filhos) necessitam de mediação (KILSZTAJN et al., 2003). Nesse mesmo estudo, Kilsztajn e colaboradores (2003), associaram que em todos os grupos de gestantes avaliadas, reduziram a prevalência de baixo peso e/ou pré-termo com o aumento do número de consultas pré-natais.

O MS (BRASIL, 2000) revela que, no contexto da assistência integral da saúde da mulher, a assistência pré-natal possa atingir toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde. Prevê, para isso, a captação precoce das gestantes por meio de visitas domiciliares a serem realizadas, preferencialmente, pelos agentes comunitários de saúde.

A prevenção da ocorrência de PBPN representa um dos maiores desafios da saúde obstétrica, pois, apesar de serem reconhecidos alguns dos fatores de risco que levam a PBPN, há ainda a influência dos aspectos educativos e sociais, os quais, na maioria das vezes, não se consegue identificar. Em um estudo recente, a baixa utilização da assistência pré-natal associou-se com um menor peso ao nascer, mesmo controlando o efeito de variáveis intervenientes. Demonstrando que a assistência durante o período pré-natal ainda mostra-se inadequada de acordo com os indicadores mínimos de assistência (UCHOA, 2010).

Pela diversidade de fatores correlacionados, a frequência com que ocorre o PBPN pode ser considerada um indicador geral do estado de saúde de uma

população, O Programa de atendimento pré-natal está inevitavelmente correlacionado com sua qualidade, facilidade de acesso e, mais importante, com o cuidadoso acompanhamento de cada gestante e não ao número de consultas realizadas. E, em geral, as mulheres que recebem cuidados desde o primeiro trimestre têm melhores resultados gestacionais do que aquelas com início tardio. (LIMA; SAMPAIO, 2004).

Estas reflexões permitem compreender que os modelos atuais de assistência estão fortemente marcados por este paradigma, onde a PBPN se mantém como um grande problema de Saúde Pública não apenas pela mortalidade, mas também pela morbidade dos sobreviventes. Elucidando assim, que é essencial garantir a adesão das gestantes aos programas de assistência pré-natal, visando diminuição da ocorrência de PBPN.

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Estimar a associação entre a atenção pré-natal e prematuridade/baixo peso ao nascer.

3.2 Objetivo específico:

Descrever o perfil epidemiológico das puérperas atendidas no Hospital Inácia Pinto dos Santos, Feira de Santana – Bahia.

MATERIAIS E MÉTODOS

4. MATERIAIS E MÉTODO

O presente estudo, apresentado ao Programa de Pós-graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, representa um estudo piloto desenvolvido na população atendida em Feira de Santana – Bahia, um dos cinco centros do Projeto GERAVIDA e tem por finalidade avaliar fatores relacionados a atenção pré-natal e PBPN.

4.1 População e Área do Estudo

O estudo foi realizado em puérperas que buscaram atendimento no Hospital Inácia Pinto dos Santos (HIPS) – Hospital da Mulher - localizado no Bairro Jardim Cruzeiro, em Feira de Santana-Bahia. No ano de 2007, nesse hospital foram realizados um total de 20.832 atendimentos, com 184 partos normais e 254 partos cesáreos. Trata-se de uma instituição pública que presta atendimento, predominantemente, pelo SUS. A clientela desse hospital é composta por mulheres, em geral de baixa condição sócio-econômica.

4.2 Desenho do Estudo

Foi desenvolvido um estudo descritivo, exploratório, retrospectivo, do tipo caso-controle no qual constituíram o **Grupo Caso** mães de crianças nascidas com peso inferior a 2500g e/ou com idade gestacional inferior a 37 semanas, atendidas no HIPS.

As participantes do **Grupo Controle** foram mães de recém-nascidos do mesmo hospital, com peso igual ou superior a 2500g e idade gestacional maior e igual a 37 semanas.

4.3 Etapas da Investigação

Procedimentos de Amostragem

◆ Tamanho da Amostra

O tamanho da amostra foi calculado para satisfazer a hipótese do projeto de pesquisa que deu origem a essa sublinha. Foram empregados os seguintes parâmetros disponíveis na literatura (Cruz et al. 2005): frequência da doença periodontal de 57,8% entre mães do grupo caso (<2500g) e de 39% para mães do grupo controle ($\geq 2500g$). O tamanho da amostra mínimo foi estimado em 90 casos e 180 controles por meio do programa Epi Info, admitindo-se um nível de confiança (α) de 95%, um poder do estudo (β) de 80%, e dois controles para cada caso. Além disso, considerar-se-á como sendo de 18% e 4,7% a prevalência da doença periodontal, respectivamente, para os grupos caso e controle, com base em registros da literatura específica (Offenbacher et al., 1996).

◆ Coleta de Dados

A coleta de dados desta pesquisa foi realizada no HIPS, entre os meses de maio e outubro de 2010, para compor os resultados desta dissertação. O peso do recém-nato foi coletado do registro de nascimento, nos prontuários do referido hospital. As participantes voluntárias (casos e controles), foram convidadas a responderem, mediante entrevista, um questionário com as seguintes seções: identificação, dados sócio-demográficos, história gestacional, hábitos de vida, aspectos relacionados a assistência pré-natal e a saúde bucal (anexo 01). Além disso, dados referentes a condição periodontal, nível glicêmico e pressão arterial também foram coletados.

◆ Instrumentos

O questionário elaborado para este estudo foi estruturado em três seções temáticas, cujo conteúdo engloba dados de: 1) **Identificação** e **sócio-demográficos** - como idade, sexo, cor da pele, situação conjugal, local de

residência, escolaridade e renda familiar; ocupação atual e anteriores; 2) **História gestacional** – patologias existentes; tipo de parto, nº de gestações, uso de medicamento, peso pré-gestacional; 2.1) **Hábitos de vida** – consumo de fumo ou de bebidas alcoólicas; 2.2) **Aspectos relacionados com a saúde bucal** – atenção odontológica, tipo e frequência de higienização; 2.3) **Aspectos relacionados com o pré-natal** – quantidade de consultas, exames realizados, imunização, atividades e atividades educativas.

4.4 Diagnóstico do desfecho

Na frequência de 03 vezes por semana um pesquisador comparecia ao hospital para investigar sobre possíveis nascimentos de prematuros e/ou baixo peso. Aquelas puérperas que apresentavam recém-nascido prematuro (com idade gestacional inferior a 37 semanas) e/ou baixo peso (com peso ao nascimento inferior a 2500g), foram convidadas a participar do estudo, compondo assim o grupo caso. Para cada mulher do grupo caso eram sorteadas 2 mulheres para o grupo controle, definidas como aquelas puérperas que apresentavam recém-nascido a termo (com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas) e peso normal ao nascimento (com peso igual ou superior a 2500g).

4.5 Diagnóstico da Doença Periodontal

Após a entrevista, um cirurgião-dentista treinado e calibrado previamente, realizou no leito, o exame clínico periodontal em cada participante, até 7 dias após o parto, direcionado a construção de medidas de acordo com os parâmetros clínicos descritos no item 6.4.

Todas as mulheres envolvidas no estudo tiveram um diagnóstico da doença periodontal (periodontite) empregando-se o critério em que é considerado doente o indivíduo que apresentar pelo menos quatro dentes, com no mínimo um

sítio, com profundidade de sondagem maior ou igual a 4mm, perda de inserção de 3mm ou mais e sangramento à sondagem, no mesmo sítio (Gomes-Filho et al., 2007). As mães com gengivite ou periodonto normal foram consideradas não doentes.

4.6 Avaliação do nível de Hemoglobina Glicada

Após exame clínico periodontal, uma enfermeira treinada e calibrada previamente, realizou no leito a coleta de sangue para dosagem da Hemoglobina Glicada. A coleta foi feita mediante preparado do material (agulha, tubo previamente identificado e adaptador), seguida de lavagem das mãos do operador da coleta e assepsia do local que o acesso venoso foi realizado com álcool a 70% e algodão. O acesso venoso foi obtido na fossa antecubital das mulheres, mediante acesso calibroso, utilizando-se uma agulha conectada a um sistema a vácuo, em tubo com ácido etilenodiaminotetracético-EDTA, coletando 3 ml de sangue. Finalizada a coleta, os tubos eram encaminhados para análise laboratorial. Será realizado o teste de cromatografia líquida de alta performance, que tem certificado do Programa Nacional de Normalização da Glicohemoglobina (PNNG).

4.7 Avaliação do nível pressórico

Foram coletados do prontuário da puérpera a última medida de pressão arterial, devidamente realizado e registrado por um profissional do HIPS. Em seguida, uma pesquisadora do GERAVIDA aferiu a pressão arterial desta puérpera, e anotou os dados no questionário da pesquisa, para devida análise.

4.8 Definição das variáveis

➤ *Variável Dependente*

❖ Dicotômica

⇒ Nascimentos prematuros e de baixo peso – foi considerado prematuridade a idade gestacional inferior a 37 semanas e baixo peso ao nascimento a medida inferior a 2500g.

⇒ Nascimentos a termo e com peso normal: foi considerado idade gestacional normal igual ou maior que 37 semanas e peso normal ao nascer igual ou maior que 2500 g.

➤ *Variável Independente*

⇒ Atenção Pré-natal – cada puérpera teve seu pré-natal avaliado, considerando os critérios preconizados pelo MS. Diante da inexistência de um critério universalmente aceito para determinação da qualidade da atenção pré-natal, foram empregados os seguintes fatores relacionados preconizados pelo MS.

VARIÁVEIS	DEFINIÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
Quantidade de consultas realizadas	Variável quantitativa, numérica, discreta.	Avaliada no cartão de pré natal.
Risco do pré-natal	Variável qualitativa, categórica, nominal, policotômica.	Considerando como risco: HAS; idade inferior a 18 anos e maior que 34 anos; história de partos prematuros; ameaça de abortamento; descolamento prematuro de placenta; oligodrâmnio; pré-

		eclâmpsia; disfunção vascular placentária; contração precoce; amniorrexe prematura; doença mental; gastrite, infecção do trato urinário (ITU); eritroblastose fetal; déficit hormonal; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); dor pélvica; sífilis.
Exames realizados	Variável qualitativa, categórica, nominal, dicotômica.	Definida como resposta sim ou não, coletados do cartão da gestante dos exames: ABO-Rh, Hb/Ht, Glicemia de jejum, VDRL, Sumário de Urina, Testagem anti-HIV, HBsAg, Sorologia para toxoplasmose (IgM).
Imunização completa	Variável qualitativa, categórica, nominal, dicotômica.	Definida como resposta sim ou não, coletados do cartão da gestante e/ou cartão de vacia.
Orientações durante o exame pré-natal	Variável qualitativa, categórica, nominal, dicotômica.	Definida como sim ou não a partir de informações referidas pela puérpera quanto: importância do pré-natal, sintomas comuns da gestação, alimentação, sexualidade, modificações corporais e emocionais, vacinação, aleitamento

		materno, cuidados com o RN e importância das consultas puerperais.
--	--	--

➤ *Covariáveis*

❖ Sócio-demográficas:

VARIÁVEIS	DEFINIÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
Idade da puérpera	Variável quantitativa, numérica, referida na data da entrevista.	Definida em anos completos de vida.
Cor da pele	Variável qualitativa, categórica, nominal, policotômica.	Definida pelo IBGE como: parda, preto, branco ou amarelo.
Escolaridade da puérpera	Variável quantitativa, numérica.	Definida em anos completos de estudo.
Ocupação da puérpera antes e durante a gestação	Variável qualitativa, categórica, nominal, policotômica.	Obtida pela resposta da puérpera.
Renda familiar	Variável quantitativa, numérica, contínua.	Expressa pelo número de salários mínimos.
Número de filhos	Variável quantitativa, numérica.	Obtida pela resposta da puérpera.
Classe social	Variável qualitativa, categórica, nominal, policotômica.	Classificada como classe A, B C, D ou E, por um instrumento validado de acordo com Associação Brasileira de Empresas

		de Pesquisa (2008).
Situação conjugal	Variável qualitativa, categórica, nominal, policotômica.	Definida como: casada, solteira, viúva ou união estável.
Número de pessoas que residem no domicílio	Variável quantitativa, numérica.	Obtida pela resposta da puérpera.
Escolaridade do pai	Variável quantitativa, numérica, discreta.	Definida em anos completos de estudo.

❖ Hábitos de vida

Condição de fumante	Variável qualitativa, categórica, nominal, dicotômica.	Definida a partir de resposta da puérpera como sim ou não, antes e durante a gestação.
Uso de drogas ilícitas:	Variável qualitativa, categórica, nominal, dicotômica.	Definida a partir de resposta da puérpera como sim ou não antes e durante a gestação.
Uso de bebidas alcoólicas	Variável qualitativa, categórica, nominal, dicotômica.	Definida a partir de resposta da puérpera como sim ou não antes e durante a gestação.

Escovação após as refeições	Variável qualitativa, categórica, nominal, dicotômica.	Definida como resposta sim ou não.
Frequência diária da escovação	Variável quantitativa, numérica, discreta.	Classificada de acordo com três categorias: apenas uma vez; duas vezes, três ou mais vezes.
Uso de fio ou fita dental	Variável qualitativa, categórica, nominal, dicotômica.	Sendo definida como resposta sim ou não.
Frequência diária de uso do fio	Variável quantitativa, numérica, discreta.	Classificada de acordo com três categorias: apenas uma vez; duas vezes; três ou mais vezes.
Consultas realizadas com o dentista	Variável qualitativa, categórica, nominal, dicotômica.	Definida como resposta sim ou não
Número de consultas	Variável quantitativa, numérica.	Definida a partir de resposta da puérpera como sim ou não.
Informações recebidas a cerca da saúde bucal	Variável qualitativa, categórica, nominal, dicotômica.	Definida a partir de resposta da puérpera como sim ou não.
Doença periodontal	Variável qualitativa.	Definida como

		periodonto normal ou anormal, definido pelos parâmetros clínicos periodontais empregados no estudo;
--	--	---

❖ História Gestacional:

VARIÁVEIS	DEFINIÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
Uso de medicamentos durante a gestação (anticoncepcional, antibiótico, antiinflamatório, abortivos, suplementos vitamínicos, sulfato ferroso, ácido fólico, anti-hipertensivo)	Variável qualitativa, categórica, nominal, dicotômica.	Definida a partir de resposta da puérpera como sim ou não, frequência e quantidade.
Internação durante a gestação.	Variável qualitativa, categórica, nominal, dicotômica.	Definida como sim ou não a partir da resposta da puérpera.
Prematuridade em gestações prévias.	Variável, qualitativa, categórica, nominal, dicotômica.	Definida como sim ou não a partir da resposta da puérpera.
Baixo peso ao nascer em gestações prévias.	Variável, qualitativa, categórica, nominal, dicotômica.	Definida como sim ou não a partir da resposta da puérpera.
Tipo de parto	Variável, qualitativa, categórica, nominal.	Classificado como normal, normal com fórceps, cesárea e cesárea com fórceps

Número de gestações	Variável quantitativa, numérica.	Definida a partir de resposta da puérpera.
Peso pré-gestacional	Variável quantitativa, numérica, contínua.	Definida a partir de registro no cartão da gestante.
Hemoglobina glicada	Variável qualitativa, categórica, nominal, dicotômica	Definida como normal ou alterada. Será considerada normal aquela puérpera que obtiver um valor de HbA1c inferior a 5,6 (Rohlfing et al. 2005)
Infecção urinária	Variável qualitativa, categórica, nominal, dicotômica.	Definida como sim ou não a partir de dados registrados em prontuário, cartão da gestante ou auto-referida.
Hipertensão arterial	Variável qualitativa, categórica, nominal, dicotômica.	Definida como sim ou não a partir de dados registrados em prontuário, cartão da gestante ou auto-referida.
Doença pulmonar	Variável qualitativa, categórica, nominal, dicotômica.	Definida como sim ou não a partir de dados registrados em prontuário, cartão da gestante ou auto-referida.

Hiperêmese grave	Variável qualitativa, categórica, nominal, dicotômica.	Definida como sim ou não a partir de dados registrados em prontuário, cartão da gestante ou auto-referida.
Parasitose	Variável qualitativa, categórica, nominal, dicotômica.	Definida como sim ou não a partir de dados registrados em prontuário, cartão da gestante ou auto-referida.
Epilepsia	Variável qualitativa, categórica, nominal, dicotômica.	Definida como sim ou não a partir de dados registrados em prontuário, cartão da gestante ou auto-referida.
Eclâmpsia	Variável qualitativa, categórica, nominal, dicotômica.	Definida como sim ou não a partir de dados registrados em prontuário, cartão da gestante ou auto-referida.
Trauma físico	Variável qualitativa, categórica, nominal, dicotômica.	Definida como sim ou não a partir de dados registrados em prontuário, cartão da gestante ou auto-referida.

4.9 Procedimentos de análise dos dados

Inicialmente foram realizadas análises descritivas da variável independente principal (atenção pré-natal) e todas as co-variáveis consideradas: idade, local de residência, nível de escolaridade dos pais, hábito de fumar, uso de drogas, uso de bebidas alcoólicas, frequência de escovação de dentes, renda familiar, densidade domiciliar, situação conjugal, número de filhos, visita ao dentista, presença de periodontite, gengivite, presença de doença pulmonar, epilepsia, hiperemese, diabetes, trauma, eclampsia, parasitose, uso de antiinflamatório, antibiótico, sulfato ferroso, ácido fólico, abortivo, orientações no pré-natal, dentre outras. As variáveis contínuas foram comparadas através do teste *t* de Student e variáveis categóricas através do teste χ^2 -quadrado ou Fisher. Diante da dificuldade de se criar um indicador de qualidade da atenção pré-natal, esta variável não pôde ser dicotomizada, até o presente momento da pesquisa, ela foi estratificada de acordo com os critérios preconizados pelo Ministério da Saúde, considerando cada item como fator de exposição para permitir a avaliação deste estudo. Medidas de associação (odds ratio-OR) foram estimadas com seu respectivo intervalo de confiança de 95%.

4.10 Considerações éticas

A participação das mulheres no estudo foi voluntária em todas as etapas, podendo ser desligadas a qualquer momento, mediante solicitação das envolvidas. Somente foram incluídas no estudo após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Estão assegurados o anonimato e a confidencialidade no uso das informações, excluindo-se o nome da participante das bases de dados como também dos relatórios e demais publicações que venham a ser gerados.

Este projeto foi submetido à apreciação e aprovado (parecer 152/2008) pelo Comitê de Ética em Pesquisa(CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana. A Educação Continuada do HIPS autorizou a execução da pesquisa nas dependências do referido hospital.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

Os achados apresentados nesta dissertação compreendem resultados preliminares, vez que, por motivos de prazo estabelecido para a defesa pelo programa de pós-graduação, a presente investigação ainda continua em desenvolvimento, inclusive, com a fase de coleta de dados. Desse modo, até o momento, que os resultados foram descritos, a amostra estava constituída de 157 participantes, com idade média de 25 anos, sendo a mínima de 12 e a máxima de 45 anos. Deste total, 34 fizeram parte do grupo caso, mães de filhos prematuros e/ou com baixo peso ao nascer, e 123 do grupo controle, mães de filhos com peso normal e a termo.

De acordo com a Tabela 1, no que diz respeito às características sócio-demográficos dos grupos em análise, percebe-se que estes são homogêneos, não havendo diferenças estatisticamente significantes entre as variáveis avaliadas. No entanto, vale destacar que, a maioria (58-70%) das participantes está em uma faixa etária de 19 a 34 anos de idade, pertence à classe social a/b/c, tem até 4 moradores no domicílio e reside em Feira de Santana. A grande maioria das mulheres (>80%) tem uma renda familiar \geq 1 salário mínimo, vive com um companheiro, tem até 3 filhos, bem como apresenta um nível de escolaridade dos genitores do RN maior que 4 anos de estudo.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas (n e %) entre o grupo caso (mães de filhos prematuros e/ou baixo peso ao nascer) e grupo controle (mães de filhos a termo e com peso normal). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2010 (N = 157).

Características	Controles (N = 123)		Casos (N = 34)		Total (N = 157)		OR [95% CI]	P
	N	%	N	%	N	%		
Idade da mãe (em anos)								
19 – 34	87	70,7%	21	61,8%	108	68,8%	1,50 [0,68 – 3,31]	0,32
≤ 18 e ≥ 35	36	29,3%	13	38,2%	49	31,2%		
Cor da mãe 								
Branco	11	9,2%	5	15,6%	16	10,5%	0,55 [0,18 – 1,70]	0,29
Não branco	109	90,8%	27	84,4%	136	89,5%		
Renda familiar [*]								
≥ 1 salário mínimo	99	83,9%	23	71,9%	122	81,3%	2,04 [0,82 – 5,08]	0,12
< 1 salário mínimo	19	16,1%	9	28,1%	28	18,7%		
Classe social								
a/b/c	71	58,2%	20	60,6%	91	58,7%	0,91 [0,41 – 1,99]	0,80
d/e	51	41,8%	13	39,4%	64	41,3%		
Situação conjugal ^I								
Com companheiro	105	85,4%	27	81,8%	132	84,6%	1,30 [0,47 – 3,58]	0,62
Sem companheiro	18	14,6%	6	18,2%	24	15,4%		
Número de filhos								
Até 3 filhos	108	87,8%	30	88,2%	138	87,9%	0,96 [0,30 – 3,11]	0,95
Mais de 3 filhos	15	12,2%	4	11,8%	19	12,1%		
Moradores no domicílio ^I								
Até 4	73	59,8%	21	61,8%	94	60,3%	0,92 [0,42 – 2,01]	0,84
5 ou mais	49	40,2%	13	38,2%	62	39,7%		
Cidade de residência								
Outras cidades	52	42,3%	11	32,4%	63	40,1%	1,53 [0,69 – 3,42]	0,30
FSA	71	57,7%	23	67,6%	94	59,9%		
Nível de escolaridade da mãe								
> 4 anos	111	92,5%	28	84,8%	139	90,8%	2,20 [0,68 – 7,10]	0,18
≤ 4 anos	9	7,5%	5	15,2%	14	9,2%		
Nível de escolaridade do pai^{&}								
> 4 anos	98	86,0%	26	86,7%	124	86,1%	0,43 [0,29 – 3,06]	0,92
≤ 4 anos	16	14,0%	4	13,3%	20	13,9%		

| - 1 dado perdido

|| - 2 dados perdidos

|||| - 4 dados perdidos

||||| - 5 dados perdidos

* - 7 dados perdidos

& - 13 dados perdidos, as pesquisadas não souberam responder.

Ainda no que se refere à caracterização da amostra, sobre as condições gerais de saúde (TABELA 2), observa-se, do mesmo modo, que não existem diferenças estatisticamente significantes entre elas, tornando os grupos comparáveis frente aos aspectos avaliados. As mulheres relataram, em sua grande maioria (>80%), que escovam os dentes após as refeições, que não obtiveram orientação quanto à higiene bucal, bem como não apresentam hipertensão, diabetes, doença pulmonar, hiperemese, parasitose, eclampsia, trauma, prematuridade/baixo peso anterior, não fumaram nem usaram bebida alcoólica e droga ilícita durante a gestação. Vale salientar que 32,7% das mulheres apresentaram infecção urinária, sendo que o maior percentual foi encontrado no grupo controle com 35% contra 24,2% do grupo caso.

Tabela 2 – Condições de saúde geral e bucal durante a gestação entre o grupo caso (mães de filhos prematuros e/ou baixo peso ao nascer) e grupo controle (mães de filhos a termo e com peso normal). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2010 (N = 157).

Características	Controles (N = 123)		Casos (N = 34)		Total (N = 157)		OR [95% CI]	P
	N	%	N	%	N	%		
Escovação após as refeições[†]								
Sim	121	98,4%	33	100%	154	98,7%	-	0,46
Não	2	1,6%	0	0%	2	1,3%		
Uso de fio dental[†]								
Sim	51	41,5%	10	30,3%	61	39,1%	1,62 [0,71 – 3,71]	0,24
Não	72	58, %	23	69,7%	95	60,9%		
Visita ao dentista[†]								
Sim	29	23,6%	9	27,3%	38	24,4%	0,82 [0,34 - 1,97]	0,66
Não	94	76,4%	24	72,7 %	118	75,6%		
Orientações do dentista[†]								
Sim	18	14,6%	5	15,2 %	23	14,7 %	0,96 [0,33- 2,81]	0,94
Não	105	85,4%	28	84,8%	133	85,3%		
Infecção Urinária[†]								
Não	80	65,0%	25	75,8%	105	67,3%	0,60 [0,25 -1,43]	0,24
Sim	43	35,0%	8	24,2%	51	32,7%		

Hipertensão								
Não	104	85,2%	24	72,7%	128	82,6%	2,17 [0,87 – 5,41]	0,09
Sim	18	14,8%	9	27,3%	27	17,4%		
Diabetes								
Não	121	100%	33	100%	154	100%	-	-
Sim	0	0%	0	0%	0	0%		
Doença pulmonar								
Não	121	100%	33	100%	154	100%	-	-
Sim	0	0%	0	0%	0	0%		
Epilepsia								
Não	121	100%	33	100%	154	100%	-	-
Sim	0	0%	0	0%	0	0%		
Hiperemese ^I								
Não	119	98,3%	33	100%	152	98,7%	-	0,46
Sim	2	1,7%	0	0%	2	1,3%		
Parasitose								
Não	105	86,8%	29	87,9%	134	87,0%	0,91 [0,28 -2,92]	0,87
Sim	16	13,2%	4	12,1%	20	13,0%		
Eclâmpsia								
Não	121	100%	32	97,0%	153	99,4%	-	0,06
Sim	0	0%	1	3,0%	1	0,6%		
Trauma								
Não	101	83,5%	29	87,9%	130	84,4%	0,70 [0,22 – 2,20]	0,54
Sim	20	16,5%	4	12,1%	24	15,6%		
Prematuridade anterior ^{\$}								
Não	62	93,9%	15	93,8%	77	93,9%	1,03 [0,11 – 9,93]	0,98
Sim	4	6,1%	1	6,3%	5	6,1%		
Baixo peso ao nascer anterior ^{\$}								
Não	59	88,1%	14	77,8%	73	85,9%	2,11[0,56 – 8,00]	0,27
Sim	8	11,9%	4	22,2%	12	14,1%		
Hábitos de fumar								
Não	117	96,7%	32	97,0%	149	96,8%	-	0,94
Sim	4	3,3%	1	3,0%	5	3,2%		
Fez uso de bebida alcoólica ^I								
Não	101	82,8%	29	87,9%	130	83,9%	-	0,48
Sim	21	17,2%	4	12,1%	25	16,1%		
Utilizou drogas ilícitas ^I								
Não	122	99,2%	32	97,0%	154	98,7%	-	0,32
Sim	1	0,8%	1	3,0%	2	1,3%		

I - 1 dado perdido

|| - 2 dados perdidos

||| - 3 dados perdidos

\$ - a grande quantidade de dados perdidos é referente aos casos que não se aplicam, sendo a pergunta a respeito de gestações anteriores e a pesquisada está na primeira gestação.

A tabela 3 apresenta informações relativas ao pré-natal e parto para os grupos caso e controle demonstrando, mais uma vez, a homogeneidade entre os grupos de comparação. Dentre as questões avaliadas, apenas 2 co-variáveis apresentaram diferença estatisticamente significativa intergrupos. Destacam-se: a ocorrência de uso de anti-hipertensivo de 12,1%, bem como a frequência de 96,9% de ter sido orientada sobre a importância do pré-natal no grupo caso, contra 3,3% e 82,5% no grupo controle, respectivamente. Quanto às demais características, salienta-se que a maior parte das participantes não foi internada durante a gestação, recebeu visita domiciliar, teve parto cesárea, sendo o recém-nascido do sexo masculino, não fez uso de antibiótico, de antiinflamatório nem de abortivo, além de ter recebido orientações sobre o recém-nascido, aleitamento, sintomas da gestação, dieta, sexualidade, vacinas e modificações corporais e emocionais durante o período gestacional.

Tabela 3 – Informações do pré-natal e parto entre o grupo caso (mães de filhos prematuros e/ou baixo peso ao nascer) e grupo controle (mães de filhos a termo e com peso normal). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2010 (N = 157).

Características	Controles (N = 123)		Casos (N = 34)		Total (N = 157)		OR [95% CI]	P
	N	%	N	%	N	%		
Realização do pré-nata								
Sim	120	97,6%	33	97,1%	153	97,5%	1,21 [0,12 – 12,04]	0,87
Não	3	2,4%	1	2,9%	4	2,5%		
Sexo do recém-nascido								
Masculino	65	52,8%	22	64,7%	87	55,4%	0,61 [0,28 – 1,34]	0,22
Feminino	58	47,2%	12	35,3%	70	44,6%		
Internação na gestação^l								
Não	106	86,2%	27	81,8%	133	85,3%	1,39 [0,50 – 3,85]	0,53
Sim	17	13,8%	6	18,2%	23	14,7%		
Tipo de parto								
Normal	45	36,6%	16	47,1%	61	38,9%	0,65 [0,30 – 1,40]	0,27
Cesárea	78	63,4%	18	52,9%	96	61,1%		
Recebeu visita domiciliar								
Sim	85	70,8%	23	71,9%	108	71,1%	0,95 [0,40 – 2,26]	0,91
Não	35	29,2%	9	28,1%	44	28,9%		
Uso de antibiótico^l								
Não	85	69,1%	24	72,7%	109	69,9%	0,84 [0,36 – 1,98]	0,69
Sim	38	30,9%	9	27,3%	47	30,1%		
Uso de sulfato ferroso^l								
Sim	110	89,4%	31	93,9%	141	90,4%	0,55 [0,12 – 2,55]	0,44
Não	13	10,6%	2	6,1%	15	9,6%		
Uso de ácido fólico^l								
Sim	100	81,3%	28	84,8%	128	82,1%	0,78 [0,27 – 2,23]	0,64
Não	23	18,7%	5	15,2%	28	17,9%		
Uso de antiinflamatório^l								
Sim	8	6,6%	3	9,1%	11	7,1%	0,70 [0,18 – 2,81]	0,62
Não	114	93,4%	30	90,9%	144	92,9%		
Uso de abortivo^{llll}								
Não	119	98,3%	32	100,0%	151	98,7%	-	0,46
Sim	2	1,7%	0	0%	2	1,3%		
Uso de antihipertensivo^l								
Não	119	96,7%	29	87,9%	148	94,9%	4,10 [0,97 – 17,40]	0,04
Sim	4	3,3%	4	12,1%	8	5,1%		
Orientações sobre cuidados com o recém-nascido⁺								
Sim	87	72,5%	24	75,0%	111	73,0%	0,88 [0,36 – 2,15]	0,78

Não	33	27,5%	8	25,0%	41	27,0%		
Orientações sobre aleitamento⁺								
Sim	99	82,5%	29	90,6%	128	84,2%	0,49 [0,14 – 1,75]	0,26
Não	21	17,5%	3	9,4%	24	15,8%		
Orientações sobre importância do pré-natal[†]								
Sim	99	82,5%	31	96,9%	130	85,5%	0,15 [0,02 – 1,18]	0,04
Não	21	17,5%	1	3,1%	2	14,5%		
Orientações sobre sintomas da gestação⁺								
Sim	103	85,8%	27	84,4%	130	85,5%	1,12 [0,38 – 3,32]	0,84
Não	17	14,2%	5	15,6%	22	14,5%		
Orientações sobre sexualidade⁺								
Sim	71	59,2%	17	53,1%	88	57,9%	1,28 [0,58 – 2,80]	0,54
Não	49	40,8%	15	46,9%	64	42,1%		
Orientações sobre dieta⁺								
Sim	105	87,5%	31	96,9%	136	89,5%	0,23 [0,30 - 1,78]	0,13
Não	15	12,5%	1	3,1%	16	10,5%		
Orientações sobre vacinas⁺								
Sim	111	92,5%	31	96,9%	142	93,4%	0,40 [0,05 – 3,26]	0,38
Não	9	7,5%	1	3,1%	10	6,6%		
Orientações sobre modificações corporais e emocionais⁺								
	81	67,5%	24	75,0%	105	69,1%	0,69 [0,29 – 1,68]	0,42
	39	32,5%	8	25,0%	47	30,9%		

| - 1 dado perdido

|| - 2 dados perdidos

|||| - 5 dados perdidos

+ - a quantidade de dados perdidos é referente aos casos que não se aplicam, pelas pacientes que não realizaram o pré-natal.

Durante o presente estudo, algumas informações clínicas quanto à presença de periodontite, gengivite, níveis glicêmico e pressórico foram obtidas para melhor caracterizar a condição de saúde da puérpera. Assim, a tabela 4 demonstra que embora não tenha existido diferença estatística significativa entre as variáveis analisadas, o nível glicêmico aumentado, medido por meio da hemoglobina glicada, se mostrou mais freqüente nos casos (60%) que nos controles (37,9%).

Tabela 4 – Condição periodontal e níveis glicêmico e pressórico entre o grupo caso (mães de filhos prematuros e/ou baixo peso ao nascer) e grupo controle (mães de filhos a termo e com peso normal). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2010 (N = 157).

Características	Controles (N = 123)		Casos (N = 34)		Total (N = 157)		OR [95% CI]	P
	N	%	N	%	N	%		
Hemoglobina Glicada								
Normal ($\leq 5,6$)	59	62,1%	8	40,0%	67	58,3%	2,46 [0,92 – 6,59]	0,07
Alterada ($>5,6$)	36	37,9%	12	60,0%	48	41,7%		
Gengivite								
Sem gengivite	123	100,0%	33	97,1%	156	99,4%	-	0,06
Com gengivite	0	0%	1	2,9%	1	0,6%		
Periodontite								
Sem periodontite	112	91,1%	31	91,2%	143	91,1%	0,96 [0,26- 2,81]	0,98
Com periodontite	11	8,9%	3	8,8%	14	8,9%		
Pressão arterial aferida								
Normal($<140 \times 90$)	57	96,6%	11	91,7%	68	95,8%	2,59 [0,22 – 31,12]	0,44
Alterada($\geq 140 \times 90$)	2	3,4%	1	8,3%	3	4,2%		
Pressão arterial prontuário								
Normal($<140 \times 90$)	59	92,2%	12	100,0%	71	93,4%	-	0,32
Alterada($\geq 140 \times 90$)	5	7,8%			5	6,6%		

Hemoglobina glicada e pressão arterial não foram coletadas de todas as pacientes, devido logística da coleta.

A tabela 5 apresenta a distribuição dos critérios preconizados pelo Ministério da Saúde para definir a qualidade da atenção pré-natal entre os grupos caso e controle. Como das 157 participantes, apenas 15 realizaram rigorosamente todos os critérios preconizados, 01 do grupo caso e 14 do grupo controle, a análise da atenção pré-natal foi estratificada de acordo com os referidos itens para permitir a avaliação da qualidade da atenção pré-natal, considerando o período gestacional. Dessa forma, não houve diferença estatisticamente significativa entre os critérios avaliados para os grupos em estudo, exceto para imunização completa contra o tétano neonatal, tendo esta sido realizada em maior frequência no grupo caso (79,8%) do que no grupo controle (94,1) com uma OR=0,25. Isto significa dizer que, na análise de associação bruta, verificou-se que as mulheres que fizeram imunização completa

apresentaram menor chance de ter filhos prematuros e/ou de baixo peso que aquelas do grupo de referência.

No entanto, é importante salientar que aquelas mães que tiveram filhos prematuros e/ou de baixo peso ao nascer a frequência de identificação de pré-natal de alto risco foi maior no grupo caso (67,6%) que no controle (56,9%). Por outro lado, a quantidade mínima de 6 consultas durante o pré-natal, recomendada pelo Ministério da Saúde, foi menor no grupo caso (76,5%) que no grupo controle (79,7%). Esta mesma tendência ocorreu para os itens relativos à realização dos exames ABO-RH, sumário de urina, testagem anti-HIV e sorologia para hepatite B. Quanto aos demais fatores avaliados, o grupo caso sempre apresentou maior ocorrência, muito embora, não tenha proporcionado diferença estatisticamente significativa entre os grupos de comparação.

Tabela 5 – Atenção pré-natal preconizada pelo Ministério da Saúde entre o grupo caso (mães de filhos prematuros e/ou baixo peso ao nascer) e grupo controle (mães de filhos a termo e com peso normal). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2010 (N = 157).

Características	Controles (N = 123)		Casos (N = 34)		Total (N = 157)		OR [95% CI]	P
	N	%	N	%	N	%		
Quantidade de consultas realizadas no pré-natal								
≥ 6	98	79,7%	26	76,5%	124	79,0%	1,21 [0,49 – 2,99]	0,69
< 6	25	20,3%	8	23,5%	33	21,0%		
Realização ABO-RH⁺								
Sim	77	66,4%	16	59,3%	93	65,0%	1,36 [0,58 – 3,20]	0,49
Não	39	33,6%	11	40,7%	50	35,0%		
Realização VDRL⁺								
Sim	79	69,3%	19	70,4%	98	69,5%	0,95 [0,38 – 2,38]	0,91
Não	35	30,7%	8	29,6%	43	30,5%		
Realização Sumário Urina⁺								
Sim	80	70,2%	18	66,7%	98	69,5%	1,18 [0,48 – 2,89]	0,72
Não	34	29,8%	9	33,3%	43	30,5%		
Realização Glicemia Jejum⁺								
Sim	82	71,9%	20	74,1%	102	72,3%	0,90 [0,35 – 2,33]	0,82
Não	32	28,1%	7	25,9%	39	27,7%		
Realização Hemograma⁺								
Sim	77	67,5%	19	70,4%	96	68,1%	0,88 [0,35 – 2,19]	0,78
Não	37	32,5%	8	29,6%	45	31,9%		
Realização Anti-HIV⁺								
Sim	75	65,8%	14	51,9%	89	63,1%	1,79 [0,77 – 4,17]	0,18
Não	39	34,2%	13	48,1%	52	36,9%		
Realização Anti-HB⁺								
Sim	72	63,2%	13	48,1%	85	60,3%	1,85 [0,79 – 4,30]	0,15
Não	42	36,8%	14	51,9%	56	39,7%		
Imunização completa								
Sim	95	79,8%	32	94,1%	127	83,0%	0,25 [0,06 – 1,11]	0,05
Não	24	20,2%	2	5,9%	26	17,0%		
Participou de atividades educativas⁺								
Sim	38	32,2%	14	43,8%	52	34,7%	0,61 [0,28 – 1,36]	0,22
Não	80	67,8%	18	56,3%	98	65,3%		
Pré-natal de alto risco[@]								
Não	53	43,1%	11	32,4%	54	40,8%	1,58 [0,71 – 3,53]	0,26
Sim	70	56,9%	23	67,6%	93	59,2%		

+ - a quantidade de dados perdidos é referente aos casos que não se aplicam, pelas pacientes que não realizaram o pré-natal.

@ - as puérperas que não realizaram pré-natal, foram incluídas no grupo de risco.

DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

De acordo com os achados preliminares deste estudo, ainda em andamento, observa-se uma tendência de que a atenção pré-natal de qualidade está associada ao decremento na chance de nascimentos prematuros e/ou de baixo peso, embora essa associação, em sua maioria sem significância estatística possivelmente pela tamanho de amostra ainda insuficiente.

Dos critérios preconizados pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde (2004) para a atenção pré-natal, apenas o item imunização completa contra o tétano neonatal mostrou-se estatisticamente significativa, representando que aquelas mulheres que fizeram a imunização apresentaram menor chance de ter filhos prematuros e/ou de baixo peso que aquelas outras que não foram imunizadas.

Esse achado está de acordo com outros estudos na literatura sobre o tema (SERRUYA et al. 2004; UCHOA et al. 2010), muito embora exista uma dificuldade na realização de estudos dessa natureza, que são escassos, bem como os critérios utilizados para avaliação da qualidade da atenção do pré-natal, pela complexidade da sua logística de execução e registro (Silva et al. 2005).

Ademais, no Brasil, a maioria dos estudos se limita a descrever características de atenção médica, tais como cobertura, número de consultas e tipo de parto (SILVA et al. 2010; UCHOA 2010), ou são anteriores ao PHPN do Ministério da Saúde (2004), dificultando a comparabilidade entre os estudos .

No presente estudo, deve ser inicialmente destacado que os dados ainda estão sendo coletados e por se tratar de um estudo que envolve seres humanos e de base populacional, a sua execução está diretamente dependente da ocorrência dos processos naturais, considerando que o desfecho em estudo, o baixo peso ao nascer, é considerado um evento raro, inferior a 10%.

Assim, embora a coleta tenha sido iniciada em maio de 2010, a amostra obtida até a data em que os resultados foram descritos é insuficiente para se afirmar sobre a possível associação em estudo, particularmente no que se refere a sua significância. Desse modo, a limitação quanto à falta de poder neste momento de análise dos dados, apenas permitiu apontar questões que podem ser reveladas após a obtenção final da amostra. Por exemplo, dos critérios preconizados pelo MS (2004), todos aqueles em que a medida de associação foi maior que a unidade, sendo a maior frequência a favor do grupo controle, há sinalização para um possível fator associado à ocorrência de nascimentos prematuros e/ou baixo peso ao nascer.

De forma inversa, para aqueles outros critérios em que a medida de associação foi menor que a unidade, tendo a maior frequência a favor do grupo caso, a sinalização é para um possível fator de proteção para o nascimento de filhos com as referidas complicações gestacionais, como foi o achado final para o item imunização completa contra o tétano neonatal.

Outra limitação deste estudo que deve ser destacada, diz respeito ao registro das informações obtidas, bem como da validação de alguns dados colhidos por entrevistas. Particularmente, aqueles que dependem da memória e da boa vontade da informante, há possibilidade de viés recordatório, visto que

algumas mães podem ter esquecido ou omitido alguns dados durante a entrevista.

Na tentativa de minimizar esta possível limitação, a pesquisa no cartão da gestante e no prontuário médico foi realizada. Contudo, vários estudos mostram a baixa qualidade de preenchimento dos dados pelos profissionais de saúde, nestes dois documentos (Campos et al. 2010; Carvalho e Araújo, 2007). Apesar das limitações, sabe-se que todos os estudos que se utilizam deste método de coleta tanto por autodeclaração quanto registros de prontuários, são igualmente afetados pelo erro recordatório e/ou falta de completude dos referidos documentos.

Ainda na tentativa de melhorar o registro das informações obtidas, a condição bucal das participantes do estudo foi avaliada por um único cirurgião-dentista, devidamente treinado e calibrado por um experiente especialista em periodontia, para diagnosticar possível infecção dos tecidos periodontais, uma vez que se sabe que infecções crônicas estão associadas ao nascimento de crianças prematuras e/ou de baixo peso (OFFENBACHER et al., 1996 ;1998 ; LOURO et al., 2001; DAVENPORT et al., 1998; LÓPEZ et al., 2002ab ; 2005 ; CRUZ et al., 2005, GAZOLLA et al., 2007). Além disso, foi empregado um critério robusto de classificação, tanto da presença de gengivite quanto de periodontite, evitando assim o surgimento de diagnóstico falso-positivo da doença periodontal entre as puérperas (Gomes-Filho et al., 2007).

Outro avanço, neste estudo, foi à incorporação da avaliação do nível glicêmico no pós-parto imediato, por meio do exame de hemoglobina glicada. E embora o exame de glicemia em jejum devesse ser realizado no pré-natal,

conforme preconizado pelo manual do PHPN do Ministério da Saúde (2004), mas isso não foi observado a partir da frequência desse exame registrado no cartão das gestantes da presente pesquisa.

Acrescenta-se que, alguns resultados destes exames não foram enviados pelo laboratório até que os dados preliminares fossem avaliados para esta dissertação. Assim, o nível de hemoglobina glicada apresentado não contempla toda a amostra estudada, do mesmo modo aqueles dados referentes à pressão arterial aferida, por profissional de enfermagem em comparação com aquela coletada do prontuário. Até o momento de análise dos dados preliminares, não se observou diferença estatisticamente significantes entre os grupos de comparação para nenhuma dessas variáveis investigadas. Entretanto, o nível de hemoglobina glicada maior do que aquele considerado normal em gestante, isto é, mais elevado, porém menos grave que aquele que representa o *diabetes melitus*, predominou entre as puérperas do grupo caso (Nielsen et al. 2004; Rohlfing et al. 2008).

Destaca-se que todas as avaliações clínicas e laboratoriais no presente estudo foram realizadas no máximo até 7 dias após o parto, para garantir que não houvesse mudanças relevantes dos fatores avaliados em relação ao momento do parto.

Embora este seja um estudo do tipo caso-controle exploratório, no qual, inicialmente, se identifica o desfecho e em seguida os fatores de exposição, cuidados relativos ao método foram empregados para diminuir a limitação inerente ao delineamento do estudo, a exemplo da adequada medida do desfecho.

Por fim, na perspectiva de contribuir para o corpo de evidências sobre o tema atenção pré-natal e prematuridade e/ou baixo peso ao nascer, este estudo prossegue com a coleta de dados em andamento, com o objetivo de identificar possíveis fatores que venham melhorar a qualidade da atenção oferecida.

Desse modo incentivando a ampliação da cobertura do programa, motivando e capacitando os profissionais para a prática da saúde coletiva e trabalho em equipe multidisciplinar, garantindo a realização dos procedimentos da consulta de pré-natal e prevenindo as intercorrências comuns da gravidez. E ainda, sinaliza-se para a necessidade de investigações sobre a adesão dos profissionais aos registros e, provavelmente, à realização dos procedimentos recomendados da consulta, como também à adesão das mães ao programa de pré-natal da rede pública.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o método empregado e diante das limitações do estudo, em andamento, os resultados são insuficientes para se afirmar sobre a possível associação entre a “atenção pré-natal” e “prematuridade/baixo peso ao nascer”, muito embora os achados parciais sinalizem a importância deste tipo de assistência de qualidade na redução de desfechos gestacionais desfavoráveis.

REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

ALBANDAR, J. M.; KINGMAN, A. Gingival recession, gingival bleeding, and dental calculus in adults 30 years of age and older in the United States, 1988-1994. **J. Periodontol.**, v. 70, n. 1, p. 30-43, 1999.

ALMEIDA, M. F.; NOVAES, H. M. D.; ALENCAR, G. P.; RODRIGUES, L. C. Mortalidade neonatal no município de São Paulo: influência do peso ao nascer e de fatores sócio-demográficos e assistenciais. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 5, n. 1, p. 93-107, 2002.

ALVES, T. D. B. Saúde bucal de escolares com 12 anos de idade do município de Feira de Santana – BAHIA – zona urbana. 2003. 130 f. Tese da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

ASSAF, A. F. Fatores de risco para a doença periodontal. **Rev. Bras. Odontol.**, v. 56, n. 6, p. 271-294, 1999.

BALDANI, M. H.; NARVAI, P. C.; ANTUNES, J. L. F. Cárie dentária e condições sócio-econômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 3, p. 755-763, 2002.

BARROS, B. M.; MONTEIRO, B.; MOLITERNO, L. F. Seria a doença periodontal um novo fator de risco para o nascimento de bebês prematuros com baixo peso? = Would a periodontal disease be a new risk factor to low weight premature infants? **Rev. Bras. Odontol.**, v. 58, n. 4, p. 256-260, 2001.

BASILE, A. L. O.; PINHEIRO, M. S. B. Centro de Parto Normal: O futuro no presente. São Paulo: Jica, 2004. p. 46-52.

BERCK, J.D. Epidemiology of periodontal disease in older adults. **Ellen Periodontal Care for Older Adults**. 1992. p.9-35.

BERGSTROM, J.; ELIASSON, S.; DOCK, J. Exposure to tobacco smoking and periodontal health. **J. Clin. Periodontol.**, v. 27, n. 1, p. 61-8, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Pré-natal e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual técnico pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF, 2006. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno n. 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS**. Brasília, DF, [19-?]. Disponível em <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>>. Acesso em: 6 jul. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação básica**. Brasília, DF, [19-?]. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/siab/siab.php>>. Acesso em: 16 ago. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana**. Brasília, DF: Centro de Documentação de Ministério da Saúde Brasília, 1988.137p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: cárie dental**. Brasília, DF: Coordenação de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, 1996.102p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados parciais**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde, 2004. 68p.

BRAZ, M. B.; MONNERAT, A. B. L.; BORREGO, J.; ROEDER, E. C.; VASCONCELLLOS, M. Correlação entre patologias periodontais e intercorrências obstétricas = Correlation between periodontal diseases and pregnancy complications. **Rev. Ginecol. Obstet.**, v. 11, n. 3, p. 196-201, 2000.

BREILH, J. Society, the debate about modernity and the new epidemiology. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 1, n. 3, p. 207-233, 1998.

BREILH, J.; GRANDA, E. **Investigação da saúde na sociedade**. São Paulo: UNESP, 1991. p. 177.

BRESLAU, H.; CHILCOAT, J.; DELDOTTO, P.; ANDRESKI, G.; BROWN. Low birth weight and neurocognitive status at six years of age. **Biological Psychiatry**, v. 40, n. 5, p. 389-397, 1996.

BUDUNELI, N; BAYLAS, H; BUDUNELI, E; TURKOGU, T. Periodontal infections and preterm low birth weight: a case control study. **J. Clin. Periodontol**, v. 32, n. 2, p. 174-181, 2005.

BULMAN J. S, OSBORN J. F. **Statistics in dentistry**. 1. ed. London: BDJ, 1989.

CASTELLANOS, P. D. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: BARATA, R. B.; BARRETO, M. L.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.) **Equidade e saúde, contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO, 1997. p. 137-160. (Série Epidemiologia 1).

CASTILLO-SALGADO, C.; LOYOLA, E.; ROCA, A. Inequalities in infant mortality in the American regions: basic elements for analysis. **Epidemiol. Bull.**, v. 22, n. 2, p. 7, 2001.

COSTA, M. C. O; SANTOS, C. A. T; SOBRINHO, C. L; FREITAS, J. O; FERREIRA, K. Indicadores materno-infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascidos-vivos. **J Pediatr.** Rio de Janeiro, v. 77, p.235-242, 2001.

CRUZ, S. S.; COSTA, M. C. N.; GOMES-FILHO, I. S.;VIANNA, M. I. P.; SANTOS, C.T. Doença Periodontal Materna como fator associado ao baixo peso ao nascer. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 782-787, 2005.

DASANAYAKE, A. P. Poor periodontal health of the pregnant woman as a risk factor for low birth weight. **Ann. Periodontol.**, v. 3, n. 1, p. 206-212, 1998.

DAVENPORT, E. S., et al. The east london study of maternal chronic periodontal disease and preterm low birth weight infants: study dwsign and prevalence data. **Ann. Periodontol.**, v. 3, n. 1, p. 213-221, 1998.

DIAZ, M. E. G.; PIMENTEL, B. T.; RIOSL, C. N. Enfermedad periodontal y factores locales y sistémicos asociados. **Rev. Cubana Estomatol.**, v. 39, n. 3, p. 374-395, 2002.

DOUGLASS, C. W.; FOX, C. H. Cross-sectional studies in periodontal disease: current status and implications for dental practice. **Adv. Dent. Res.**, v. 7, n. 1, p. 25-31, 1993.

EMRICH, L. J.; SHLOSSMAN, M.; GENCO, R. J. Periodontal disease in non-insuline dependente diabetes mellitus. **J. Periodontol.**, v. 6, p. 123-131, 1991.

GAZOLLA, C. M.et al. Evaluation of the Incidence of Preterm Low Birth Weight in Patients Undergoing Periodontal Therapy. **J. Periodontol.**, v. 78, n. 5, p. 842-848, 2007.

GENCO, R.; OFFENBACHER, S.; BECK, J. Periodontal disease and cardiovascular disease - Epidemiology and possible mechanisms. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 133, p. 145-225, 2002.

GESSER, H. C.; PERES, M. A.; MARCENES, W. Condições gengivais e periodontais associadas a fatores socioeconômicos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 280-293, 2001.

GIBBS, R. S. The relationship between infections and adverse pregnancy outcomes. An overview. **Ann. Periodontol.**, v. 6, n. 1, p. 153-163, 2001.

GIGLIO, M. R. P; et al. Baixo peso ao nascer em coorte de recém-nascidos em Goiânia-Brasil no ano de 2000. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 27, n. 3, p. 130-136, 2005.

GOLDMAN, H. M.; COHEN, D. W. **Periodontia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1983.

GOMES-FILHO, I. S. et al.. Critérios para o diagnóstico clínico da doença periodontal. **Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica Integrada e Saúde Bucal Coletiva**, v. 9, n. 49, p. 88-89, 2005.

GONÇALVES, C. V.; CESAR, J. A.; MENDOZA-SASSI, R. A. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2507-2516, 2009.

GROSSI, G.; GENCO, E. E.; MACHTEI, A. W. Assessment of risk for periodontal disease. II. Risk indicators for alveolar bone loss. **J. Periodontol.**, v. 6, n. 1, p. 23-29, 1995.

GROSSI, S.G. Assessment of risk for periodontal disease. II. Risk indicators for attachment loss. **J. Periodontol.**, v. 65, p. 260-267, 1994.

HILL, G. Preterm Birth. Associations with genital and possibly oral microflora. **Ann. Periodontol.**, v. 3, n. 1, p. 213-221, 1998.

HOBDELL, M. H. Economic globalization and oral health. **Oral Diseases**, v. 7, n. 3, p. 137-43, 2001.

HORNING, G. M.; HATCH, C. L.; COHEN, M. E. Risk indicators for periodontitis in a military treatment population. **J. Periodontol.**, v. 63, n. 4, p. 297-302, 1992.

ISMAIL, A. I. et al.. **Natural history of periodontal disease in adults: findings from the Tecumseh Periodontal Disease Study**. 1990. p. 1959-1987.

JANSON I.; KLENE, D. Care and handling of orthodontic appliances by patients (I). **Quintessenz. J.**, v. 14, n. 10, p.917-920,1984.

JEFFCOAT M. K. et al.. Periodontal infection and preterm birth: results of a prospective study. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 132, n. 7, p. 875-880, 2001.

JEFFCOAT, M. K. et al. Periodontal disease and preterm birth: results of a pilot intervention study. **J. Periodontol.**, v. 74, n. 8, p. 1214-1218, 2003.

JETTE, A. M.; FELDMAN, H. A.; TENNSTEDT, S. L. Tobacco use: a modifiable risk factor for dental disease among the elderly. **Am. J. Public Health**, v. 83, n.9, p.1271-1276, 1993.

KILSZTAJN, S. et al.. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 303-310, 2003.

KINANE, D. F. Causation and pathogenesis of periodontal disease. **Periodontol.**, 2000, v. 25, p. 8-20, 2001.

LAURELL, A.C. La salud-enfermedad como proceso social. **Revista Latinoamericana de Salud**, n. 2, p. 7-25, 1982.

LAWN, J. E. et al. Why are 4 million newborns babies dying each year? **Lancet**, v. 364, p. 399-401, 2004.

LEITE, A. J. M. et al. Mortes perinatais no Município de Fortaleza, Ceará: O quanto é possível evitar? **J. Pediatr.**, v. 73, n. 6, p. 388-394, 1997.

LIMA, G. S. P.; SAMPAIO, H. A. C. Obstetric, social, economic and nutritional factors of pregnant women of newborn weight: study accomplished in a maternity in Teresina, Piauí. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 4, n. 3, 2004.

LIMA, G. S.; SAMPAIO, H. A. C. Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 4, n. 3, p. 253-261, 2004.

LINDHE, J.; KARRING, T.; LANG, N. P. **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 1013 p.

LÓPEZ, N. J. et al. Periodontal therapy reduces the rate of preterm low birth weight in women with pregnancy-associated gingivitis. **J. Periodontol.**, v. 76, n. 11, p. 2144-2153, 2005.

LÓPEZ, N. J.; SMITH, P. C.; GUTIERREZ, J. Higher risk of preterm birth and low birth weight in women with periodontal disease. **J. Dent. Res.**, v. 81, n. 1, p. 58-63, 2002.

LÓPEZ, N. J.; SMITH, P. C.; GUTIERREZ, J. Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial. **J. Periodontol.**, v. 73, n. 8, p. 911-914, 2002.

LOURO P.M. et al. Doença periodontal na gravidez e baixo peso ao nascer. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 1, p. 23-28, 2001.

MACÊDO, T. C. N. et al. Fatores associados à doença periodontal em uma população rural. **Braz. Oral Res.**, v. 20, n. 3, p. 257-262, 2006.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP. **Krause: alimentos nutrição e dietoterapia**. 9. ed. São Paulo: Roca, 1998. 1179 p.

MARGOTTO, P. R. Curvas de Crescimento intra-uterino: uso de curvas locais. **J. Pediatr.**, v. 71, p. 153-155, 2001.

MATOS, Lígia Neres et al. Mortalidade de infantil no município do Rio de Janeiro. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.11, n. 2, jun. 2007.

- McCORMICK M. C. The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity. **N. Engl. J. Med.**, 312, n. 2, p. 82-90, 1985.
- McMANEMY, J. et al. Recurrence risk for preterm delivery. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 196, n. 6, p. 576, 2007.
- MÉIO, M. D. B. B.; LOPES, C. S; MORSCH, D. S. Fatores prognósticos para o desenvolvimento cognitivo de prematuros de muito baixo peso. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p.311-318, 2003.
- MENEZES A. M. B.et al. Fatores de risco para mortalidade perinatal em Pelotas, RS, 1993. **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 3, p. 209-216, 1998.
- MENEZES, A. M. B. et al. Mortalidade perinatal em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cad. Saúde Pública**, v. 12, n. 1,1996.
- MENGEL, R.et al. Periodontal status in Rio de Janeiro city (Brazil). **Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd Zentalbl**, v. 79, n. 4, p. 285-292, 1991.
- MICHALOWICZ, B. S. et al. Treatment of periodontal disease and the risk of preterm birth. **N. Engl. J. Med.**, v. 355, n. 18, p. 1885-1894, 2006.
- MICHEL-LEWIS, D. et a. Periodontal Infection and Pre-term Birth: Early Findings of Young Minority Women in New York. **Eur. J. Oral Sci.**, v. 109, n. 1, p. 34-39, 2001.
- MINAGAWA, Á. et al. Baixo peso ao nascer e condições maternas no pré- natal. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 40,n. 4, p.548-54, 2006.
- MOORE, S.; RANDHAWA, M.; IDE, M. A case-control study to investigate an association between adverse pregnancy outcome and periodontal disease. **J. Clin. Periodontol.**, v. 32, n. 1, p. 1-5, 2005.
- MORAIS, E. N. et al. Frequência das visitas de Pré-Natal: repercussões sobre os nascimentos pré-termo. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 1998.
- MOSS, M. E. et al. Exploratory case-control analysis of psychosocial factors and adult periodontitis. **J. Periodontol.**, v. 67, n. 10, p. 1060-1069, 1996.
- MOTA, E. et al. Análisis multifactorial de los factores de riesgo de bajo peso al nascer en Salvador, Bahia. **Rev. Panam. Salud Publica/Pan. Am. J. Public Health**, v. 2, n. 1, 1997.
- NASCIMENTO L. F. C. Estudo transversal sobre fatores associados ao baixo peso ao nascer a partir de informações obtidas em sala de vacinação. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 3,n. 1,p. 37-42, 2003..

- NAUGLE, K. et al. The oral health status of individuals on renal dialysis. **Ann periodontol**, v. 3, n. 1 p. 197-205,1998.
- OFFENBACHER, S. K.; et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. **J. Periodontol.**, v. 67, n. 10, p. 1103-1113, 1996.
- OFFENBACHER, S. et al. Potential pathogenic mechanisms of periodontitis associated pregnancy complications. **Ann Periodontol**, v. 3, n. 1, p. 233-250, 1998.
- OLIVER, R. C.; BROWN, L. J.; LOE, H. Variations in the prevalence and extent of periodontitis. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 122, n. 6, p. 43-48, 1991.
- PAGE, R. C.; KORNMAN, K. S. The Pathogenesis of Human Periodontitis: an Introduction. **Periodontol.** 2000, v.14, p. 9-11,1997.
- PATTISON, G. L.; PATTISON, A. M. **Instrumentação em periodontia**. Médica Panamericana, 1988.
- RIBEIRO, V. S.; SILVA, A. A. M. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 429-438, abr-jun, 2000.
- ROMERO, R.; MAZOR, M. Infection and preterm labour. **Clin. Obstet. Gynecol.**, v. 31, p. 553-589, 1988.
- ROSELLI C. A. M.; SEGRE C. A. M. **Classificação do RN**. In: SEGRE, C. A. M.; ARMELLINI, P. A; MARINI, W. T. RN. 4. ed. São Paulo: Sarvier, 1995, p. 24-34.
- ROSELL, F. L.; MONTANDON-POMPEU, A. B.; VALSECKI JR., Aylton. Registro periodontal simplificado em gestantes, **Rev. Saúde Pública**, v. 3, n. 2, 1999.
- ROTHMAN, K. J. **Modern Epidemiology**. Boston: Little Brown and Company; 1998. p. 285-310.
- RUGOLO, L. M. Birth weight: a cause for concern over both the short and long terms. **J. Pediatr.**, v. 81, n. 5, p. 359-360, 2005a.
- RUGOLO, L. M. S. S. Growth and developmental outcomes of the extremely preterm infant. **J. Pediatr.**, v. 81, n. 1, p. 101-110, 2005b.
- SCHADISH, W.R.; HEINSMAN, D. T. Experiments versus quasi-experiments: do they yield the same answer? **NIDA Res Monogr.**, v. 170, p.147-64, 1997.
- SILVA, A. A. M.; et al. Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 1997-1998. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 508-14, 2001.

SIMÕES, M. J. S.; BELONSOARDE, M. C. Ocorrência de hipertensão arterial em Gestantes no Município de Araraquara/SP. **Rev. Saúde**, Piracicaba, v. 8, n. 19, p. 7-11, 2006.

SINISTERRA, R. O. T.; SZARFARC, S. C.; BENICIO, M. H. D'A. Anemia e desnutrição maternas e sua relação com peso ao nascer. **Rev. Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 193-197, 1991.

TERVONEN, T.; OLIVER, R. Long-term control of diabetes mellitus and periodontitis. **J. Clin. Periodontol.**, v. 20, n. 6, p. 431-435, 1993.

TRENTIN, M. S.; et.al. Doença periodontal em gestantes e fatores de risco para o parto prematuro. **RFO**, v. 12, n. 1, p. 47-51, 2007.

TREVISAN, M. R.; DE LORENZI, D. R. S; ARAÚJO, N. M; ÉSBER, K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 24, p. 293-299, 2002.

UCHOA, J. L.; SALES A. A. R.; JOVENTINO, E. S.; XIMENES L. B. Indicadores de qualidade da assistência ao pré-natal: realidade de gestantes atendidas em unidade de saúde da família. **Rev Enferm UFPE On Line**, v. 4, n. 1, jan./mar. 2010.

VASTARDIS, S.; YUKNA, R. A.; RICE, D. A.; MERCANTE, D. Root Surface removal and resultant surface texture with diamond-coated ultrasonic inserts: in vitro and SEM study. **J. Clin. Periodontol**, v. 32, p. 467-473, 2005.

VETTORE, M. V.; SHEIHAM, A.; PERES, M. A. Associação entre o baixo peso ao nascer e doença periodontal. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 1, 2005.

VIANNA, M. I. P.; SANTANA, V. S. Exposição ocupacional a névoas ácidas e alterações bucais: uma revisão. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 6, p.1335-1344, dez. 2001

VICTORA C. G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil, pré-escolar e materna no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 4, n. 1, p. 3-54, 2001.

VICTORA, C. G. et al. Mortalidade infantil em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cad. Saúde Pública**, v. 12, n. 1, p. 79-86, 1996.

VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; VAUGHAN, J. P. Baixo peso ao nascer. A to **fa Epidemiologia da desigualdade**: um estudo longitudinal de 6000 crianças brasileiras. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 44-58.

WILLIAMS, C. E et al. Mechanisms of risk in preterm low-birthweight infants. **Periodontology**, v. 23, p. 142-150, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys, basic methods**. 4th edition. Geneva: WHO, 1997.

ZAMBONATO, A. M. K. et al. Risk factors for small-for-gestational age births among infants in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 1, 2004.

ANEXOS

ANEXO 01 - Questionário

Data: _____ Nº: _____ Nome do Aplicador: _____

IDENTIFICAÇÃO RECÉM -NASCIDO

Data nascimento: _____ Sexo: () Masculino () Feminino
 Cor da pele: _____
 Vida intra-uterina: _____ Peso (gramas) _____ Idade Gestacional (semanas) _____

Apgar: 1` _____ 5` _____

IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS DA MÃE

Nome: _____
 Data nascimento: _____ Idade: _____
 Cor da pele: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ CEP _____
 Estado: _____ Telefone: _____ RG: _____
 Escolaridade (anos de estudo): _____
 Prof./Ocup. (gestacional): _____ (anterior) : _____
 Renda Familiar (em salários mínimos) _____ Nº filhos: _____

Quanto itens abaixo a família possui?	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Emprego da mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2
Grau de Instrução da pessoa com maior renda					
Analfabeto / Primário incompleto Analfabeto / Até 3ª Série Fundamental	0				
Primário completo / Ginásial incompleto até 4ª Série Fundamental	1				
Ginásial completo / Colegial incompleto/ Fundamental completo	2				
Colegial completo / Superior incompleto/ Médio completo	4				
Superior completo	8				

Total de pontos para posse de itens: _____ () classe A () classe B () classe C () classe D () classe E

Situação Conjugal: () Casada () Solteira () Viúva () União consensual () Divorciada

Nº de pessoas que residem no domicílio: _____

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS DO PAI

Prof./Ocupação (gestacional): _____

Escolaridade (anos de estudo): _____

HIGIENE BUCAL (Durante a gravidez)

Escovação após as refeições: () Sim () Não
Frequência: [] 1 vez ao dia [] 2 vezes ao dia [] 3 vez ao dia ou mais

Uso do fio dental: () Sim () Não
Frequência: [] 1 vez ao dia [] 2 vezes ao dia [] 3 vez ao dia ou mais

Visita ao dentista: () Sim () Não
Nº de consultas: _____

Recebeu algum tipo de orientação Odontológica: () Sim () Não
Se SIM, quais: _____

HISTÓRIA GESTACIONAL (REGISTRO EM PRONTUÁRIO)

DOENÇA	SIM	NÃO	NI	FREQUÊNCIA
Infecção Urinária	()	()	()	()
Hipertensão	()	()	()	()
Diabetes Ins. Dep.	()	()	()	()
Doença pulmonar	()	()	()	()
Hiperêmese grav.	()	()	()	()
Paritose	()	()	()	()
Epilepsia	()	()	()	()
Eclâmpsia	()	()	()	()
Trauma	()	()	()	()

Outras Doenças/Agravos: _____ () NÃO () NI

NI – Não Informado

HISTÓRICO DE GESTAÇÕES

Ocorreu alguma internação nesta gestação: () Sim () Não

Se SIM, qual motivo: _____

Parto: () Normal () Cesárea () Normal com fórceps () Cesárea com fórceps

Idade da primeira gestação: _____ Número de gestações: _____

Intervalo interpartal (em meses, do último nascimento p/ o atual): _____

Quantos abortos: _____ Quantas gestações de gêmeos: _____

Quantos partos normais: _____ Quantas cesáreas: _____

Em outras gestações já houve nascimento prematuro: () Sim () Não

Se SIM, quantas vezes: _____

Em outras gestações já ocorreu baixo peso ao nascer: () Sim () Não

Se SIM, quantas vezes: _____

Morte intra-útero: () Sim () Não

Em que idade gestacional (estimativa em semanas): ____/____/____/____/____

Houve complicações nos partos anteriores: () Sim () Não

Se SIM, quais: _____

Precisou de internação hospitalar em partos anteriores: () Sim () Não

Houve complicações nos puerpérios anteriores: () Sim () Não

Se SIM, quais: _____

Precisou de internação hospitalar: () Sim () Não

DROGAS

[Tabaco]

Você já fumou: () Sim () Não

Durante a gestação: () Sim () Não

Quantos cigarros por dia: _____

Outros _____

Há quanto tempo fumou durante a gestação? _____

Freqüência: 0- raramente 1- 1 dia/sem. 2- 2 a 3 dias /sem. 3- todo dia ou quase todo dia / 4 - ã se aplica

Obs.: _____

[Álcool]

Você já bebeu: () Sim () Não

Durante a gestação: () Sim () Não

Outros _____

Quanto tempo, durante a gestação?

Frequência: 0- raramente 1- 1 dia/sem. 2- 2 a 3 dias /sem. 3- todo dia ou quase todo dia / 4 - ã se aplica

Obs.: _____

Você gosta de beber: () Sim () Não

Qual a bebida de sua preferência: () Não se aplica () Chope () Cerveja () Pinga

() Conhaques () Licores () Bebidas Fortes () Batidas () Uísque

Qual a quantidade que você bebe por ocasião: _____

TIPO DE BEBIDA	USO NO ANO (VEZES/QTDE)	USO NO MÊS (VEZES/QTDE)	USO NA SEMANA (VEZES/QTDE)
CERVEJA			
CHOPE 5%			
VINHO 13%			
DESTILADOS 50%			
OUTROS			

>=1, >=2, >=3, >=4 (AVALIAR CONFORME Nº DE DRINQUES)

LEGENDA

- 1 DRINQUE = 14g DE ALCOOL ABSOLUTO = 360ML DE CERVEJA ou 120ML DE VINHO ou 36ML DE LICOR E SIMILARES;
 - MÉDIA DE CONSUMO POR OCASIÃO (g) (CLASSIFICAÇÃO DAS GESTANTES)
- a) 0
b) <14
c) 14 a 27
d) >=28

[DROGAS ILÍCITAS]

Você já fez uso: () Sim () Não

Durante a gestação : () Sim () Não

Quanto tempo, durante a gestação?

Frequência: [] 0- raramente 1- 1 dia/sem. 2- 2 a 3 dias /sem. 3- todo dia ou quase todo dia/ 4 - ã se aplica

Obs.: _____

MEDICAMENTOS

Uso de **anticoncepcional**: () Sim () Não

Uso de: Supl. Vitam.: () Sim () Não

Nome do Supl. Vitam.: _____

USO: 1 Trimestre () Sim () Não Qtd: _____
2 Trimestre () Sim () Não Qtd: _____
3 Trimestre () Sim () Não Qtd: _____

Uso de **antibiótico**: () Sim () Não
Durante quantos dias: _____ Quantas vezes por dia: _____ Motivo: _____

USO: 1 Trimestre () Sim () Não Qtd: _____
2 Trimestre () Sim () Não Qtd: _____
3 Trimestre () Sim () Não Qtd: _____

Uso de **Antiinflamatório**: () Sim () Não
Durante quantos dias: _____ Quantas vezes por dia: _____ Motivo: _____

USO: 1 Trimestre () Sim () Não Qtd: _____
2 Trimestre () Sim () Não Qtd: _____
3 Trimestre () Sim () Não Qtd: _____

Uso de **Anti-hipertensivo**: () Sim () Não
Durante quantos dias: _____ Quantas vezes por dia: _____

USO: 1 Trimestre () Sim () Não Qtd: _____
2 Trimestre () Sim () Não Qtd: _____
3 Trimestre () Sim () Não Qtd: _____

Uso de **sulfato ferroso**: () Sim () Não Durant quantos dias: _____

USO: 1 Trimestre () Sim () Não Qtd: _____
2 Trimestre () Sim () Não Qtd: _____
3 Trimestre () Sim () Não Qtd: _____

Uso de **ácido fólico**: () Sim () Não Durant qts dias: _____

USO: 1 Trimestre () Sim () Não Qtd: _____
2 Trimestre () Sim () Não Qtd: _____
3 Trimestre () Sim () Não Qtd: _____

Uso de medicamento abortivo: () Sim () Não

USO: 1 Trimestre () Sim () Não Qtd: _____

2 Trimestre () Sim () Não Qtd: _____

3 Trimestre () Sim () Não Qtd: _____

QUALIDADE PRÉ-NATAL

Durante o pré-natal, recebeu orientações a respeito de:

	<i>SIM</i>	<i>NÃO</i>
<i>Importância do pré-natal</i>		
<i>Sintomas comuns da gestação (náuseas, vômitos, sialorréia...)</i>		
<i>Dieta</i>		
<i>Sexualidade</i>		
<i>Modificações corporais e emocionais</i>		
<i>Vacinação</i>		
<i>Aleitamento Materno</i>		
<i>Cuidados com o recém-nascido</i>		
<i>Importância das consultas puerperais</i>		

Dúvidas e inquietações foram atendidas durante as consultas: () Sim () Não

Teve dificuldade no acesso ao acompanhamento pré-natal: () Sim () Não

Quais: _____

Recebeu Visita Domiciliar: () Sim () Não

Quantas: () Enfermeiro () Médico () ACS

FORMULÁRIO

Pré Natal

Realização do pré-natal: () Sim () Não

Presença do cartão da gestante no parto? () Sim () Não

Pré natal de alto risco? () Sim () Não

Qual risco: _____

Quando iniciou o pré-natal (em semanas): _____

Motivo do início tardio: _____

1º Trimestre

Onde foi realizado: () Posto de Saúde () Hospital () Outro _____

Quantas consultas no total: _____

Quantas foram realizadas com o enfermeiro: _____

Quantas foram realizadas com o médico: _____

EXAME	SIM	NÃO	Ni	VEZES	REPET. SEMAN.
ABO-Rh					
VDRL					
Sumario de Urina					
Glicemia em Jejum					
Hemograma					
Teste Anti-HIV					
Sorolog. p/ hepatite B					
IgM-Toxoplasmose					
Colpocitologia					
USG obstétrica					
Rubéola					
Parasitológico de Fezes					

Nos exames ocorreu alguma alteração: () Sim () Não

Exame em que ocorreu a alteração: _____

2 Trimestre

Onde foi realizado: () Posto de Saúde () Hospital () Outro _____

Quantas consultas no total: _____

Quantas foram realizadas com o médico: _____

Quantas foram realizadas com o enfermeiro: _____

EXAME	SIM	NÃO	Ni	VEZES	REPET. SEMAN.
ABO-Rh					
VDRL					
Sumario de Urina					
Glicemia em Jejum					
Hemograma					
Teste Anti-HIV					
Sorolog. p/ hepatite B					
IgM-Toxoplasmose					
Colpocitologia					
USG obstétrica					
Rubéola					
Parasitológico de Fezes					

Nos exames ocorreu alguma alteração: () Sim () Não

Exame em que ocorreu a alteração: _____

3 Trimestre

Onde foi realizado: () Posto de Saúde () Hospital () Outro _____

Quantas consultas no total: _____

Quantas foram realizadas com o enfermeiro: _____

Quantas foram realizadas com o médico: _____

EXAME	SIM	NÃO	Ni	VEZES	REPET.

					SEMAN.
ABO-Rh					
VDRL					
Sumario de Urina					
Glicemia em Jejum					
Hemograma					
Teste Anti-HIV					
Sorolog. p/ hepatite B					
IgM-Toxoplasmose					
Colpocitologia					
USG obstétrica					
Rubéola					
Parasitológico de Fezes					

Nos exames ocorreu alguma alteração: () Sim () Não

Exame em que ocorreu a alteração: _____

Os exames estão presentes na hora do parto: () Sim () Não

Durante a gestação vacinou-se contra tétano: () Sim () Não

Esquema vacinal completo: () Sim () Não

Primeira Dose		Segunda Dose		Terceira Dose		Reforço	
SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Peso (pré-gestacional): _____ Altura: _____ IMC (PG): _____

Durante o pré-natal participou de atividades educativas: () Sim () Não

Quais? _____

Parto (registro no prontuário e cartão da gestante)

Idade Gestacional:(DUM): _____

(CAPUT): _____

Dia do Parto: _____

DPP: _____

Pós-parto

Pressão Arterial Aferida

Data	Horário	Valor
/ /	:	X

Data	Horário	Valor
/ /	:	X
/ /	:	X
/ /	:	X

Anexo 2 - Ficha de coleta de dados clínicos

FICHA DE COLETA DE DADOS

Nº

Data de coleta

Nome:

Diagnóstico da doença:

Data de nasciml

Idade A M

Idade aprox em anos

DENTE	IR-H		Profundidade de Sondagem				Índice de Sangramento				NIC		QMC		IP					
	V	L	disto-V	medio-V	disto-V	medio-V	disto-V	medio-V	disto-V	medio-V	V	L	V	L	V	L	V	L	M	D
18																				
17																				
16																				
15																				
14																				
13																				
12																				
11																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
38																				
37																				
36																				
35																				
34																				
33																				
32																				
31																				
41																				
42																				
43																				
44																				
45																				
46																				
47																				
48																				

Nomenclatura dentária segundo o sistema FDI.

Nota: A aproximação da idade segue o seguinte critério: até 6 meses aproxima para a idade anterior; acima de 6 meses aproxima para a idade seguinte.

IM: índice de mobilidade: 1=grau 1; 2=grau 2; 3=grau 3

IR-H: índice de recessão ou hiperplasia (mm)

Profundidade de sondagem nas faces vestibular e lingual (mm)

Índice de sangramento nas faces vestibular e lingual: 0=ausente; 1=presente

NIC: nível de inserção clínica nas faces vestibular e lingual (mm)

QMC: quantidade de mucosa ceratinizada nas faces vestibular e lingual (mm)

IP: índice de placa nas faces vestibular, lingual, mesial e distal: 0=ausente; 1=presente

ANEXO 3 – Consentimento Informado

PROJETO GERAVIDA – FEIRA DE SANTANA

Consentimento Informado:

Eu, _____ abaixo assinado, entendi o trabalho de pesquisa que será desenvolvido no Consultório Odontológico portátil em mães de recém-nascidos portadoras ou não de doença periodontal . Cada participante deste trabalho permitirá que sejam realizados enquetes a respeito dos seus hábitos que possam fornecer dados para compor características do grupo estudado, além de exames clínicos de rotina para avaliar o grau de comprometimento de doença periodontal não apresentando risco àquelas que participarem do estudo. Sei, também, que os resultados desta pesquisa servirão para dentistas e outros profissionais de saúde compreenderem melhor a participação da doença periodontal, em gestantes, como um possível fator de risco nos fenômenos de prematuridade e/ou baixo peso ao nascimento. Os dados obtidos serão confidenciais e de responsabilidade dos profissionais que trabalharão na pesquisa. Quando os resultados forem publicados as participantes não serão identificadas. Caso não seja a vontade da voluntária ou seu responsável em participar do estudo, terá liberdade de recusar ou abandonar a participação, sem qualquer prejuízo para a mesma.

LOCAL, ____/____/____

Nome da voluntária

Assinatura da voluntária ou responsável

Pesquisador responsável: