

**Lia Borges de Mattos Custódio**

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

Araçatuba

2019

Lia Borges de Mattos Custódio

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

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

Orientadora: Profa. Tit. Suzely Adas Saliba Moimaz

Araçatuba

2019

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

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

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

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

Black D5  
CDD 617.601

Claudio Hideo Matsumoto  
CRB-8/5550

## Dedicatória

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

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

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

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

## *Agradecimentos Especiais*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Guimarães Rosa)

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

### **Resumo Geral**

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

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



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

### **General Abstract**

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

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

## *Lista de Tabelas*

### **Capítulo 2**

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

## *Lista de Figuras*

### **Capítulo 1**

- Figura 1** – Detalhamento dos documentos e protocolos de atenção à saúde. 43  
Araçatuba - SP, Brasil. 2019.
- Figura 2** – Sistema de referência e contrarreferência existentes nos 44  
protocolos de saúde bucal. Araçatuba - SP, Brasil. 2019.
- Figura 3**– Desenvolvimento de protocolo de atenção odontológico 45  
à gestante. Araçatuba - SP, Brasil. 2019.

## *Lista de Quadros*

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

## *Lista de Abreviaturas*

AME – Ambulatório Médico de Especialidades

CPN – Cuidados Pré-natais

DRS II – Departamento Regional de Saúde II

IC – Intervalo de Confiança

MMR – Razões de Mortalidade Materna

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OR – Odds Ratio

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SOR – Serviço Odontológico Rural

SOU – Serviço Odontológico Urbano

SUS – Sistema Único de Saúde

## *Sumário*

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

## 1 Introdução Geral<sup>1</sup>

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

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

---

<sup>1</sup> Referências no Anexo A

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2 Objetivos**

### **Objetivo Geral**

O objetivo nesta pesquisa foi analisar os protocolos de atenção à saúde bucal de gestantes, e verificar as condições bucais relacionadas à cárie dentária, em gestantes de alto risco.

### **Objetivos Específicos**

- Verificar a existência de protocolos clínicos para o atendimento odontológico de gestantes da área de abrangência de um Ambulatório Médico de Especialidades.
- Investigar a prevalência de cárie dentária nas gestantes de alto risco, atendidas durante o pré-natal, no centro de referência para atenção especializada.

### 3 Revisão de Literatura

Quadro 1 - Revisão de Protocolos de atenção à saúde

<b>Autores</b>	<b>Ano</b>	<b>País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Amostra</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Principais conclusões</b>
Brasil. <sup>41</sup>	2018	Brasil	Orientações para atenção odontológica, inclusive na gestação	Público-alvo: população brasileira	Guia/orientação	Orientações sobre cuidados de saúde bucal.
Oral Health Care During Pregnancy Expert Workgroup <sup>42</sup>	2017 - Updated	USA	Orientações para atenção odontológica na gestação	Gestantes	Guia/orientação	Orientações sobre cuidados de saúde bucal de gestantes.
IIDA, H. <sup>43</sup>	2017	USA	Levantamento sobre guias existentes	13 Protocolos de atenção à saúde bucal durante a gestação	Revisão	Intervenções em saúde bucal.
SES – Espírito Santo <sup>44</sup>	2017	Brasil	Protocolos de cuidados gerais na gestação	Gestantes	Guia/orientação	- Indicação da 1ª consulta odontológica.
SES – São Paulo <sup>45</sup>	2017	Brasil	Protocolos de cuidados gerais na gestação	Gestantes	Guia/orientação	- Formas de acesso; - Indicação da 1ª consulta odontológica.
American Academy on Pediatric Dentistry <sup>46</sup>	2016	USA	Orientações para atenção odontológica na gestação	Gestantes (adolescentes)	Guia/orientação	O documento aborda a conduta clínica da gestante na atenção à saúde bucal, em particular para a adolescente grávida.
Brasil. <sup>47</sup>	2016	Brasil	Protocolos de cuidados gerais na gestação	Gestantes	Guia/orientação	O documento indica a consulta odontológica na gestação.
SMS - Fortaleza <sup>48</sup>	2016	Brasil	Protocolos de cuidados gerais na gestação	Gestantes	Guia/orientação	- Indicação da 1ª consulta odontológica; - Indicação da gestante como grupo prioritário.
SMS - Londrina <sup>49</sup>	2016	Brasil	Protocolos de cuidados gerais na gestação	Gestantes	Guia/orientação	- Formas de acesso; - Indicação da 1ª consulta odontológica; - Prescrição medicamentosa; - Principais patologias bucais; - Radiografia na gestação.

*Continua*

*Continuação*

<b>Autores</b>	<b>Ano</b>	<b>País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Amostra</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Principais conclusões</b>
Massachusetts Department of Public Health <sup>50</sup>	2016	USA	- Orientações para atenção odontológica na gestação e na primeira infância.	Gestantes	Guia/orientação	O documento aborda cuidados de atenção à saúde bucal de gestantes.
SES - Paraná <sup>51</sup>	2014	Brasil	- Orientações para atenção odontológica na gestação.	Gestantes	Guia/orientação	- Priorização da gestante com classificação de risco; - Indicação da 1ª consulta odontológica; - Condutas de educação em saúde.
American College of Obstetricians and Gynecologists Women's Health Care Physicians; Committee on Health Care for Underserved Women <sup>52</sup>	2013	USA	- Orientações para atenção odontológica na gestação.	Gestantes	Guia/orientação	Cuidados de saúde bucal durante a gravidez são seguros e devem ser recomendados para melhorar a saúde geral e bucal da mulher.
SMS - Curitiba <sup>53</sup>	2012	Brasil	- Orientações para atenção odontológica na gestação.	Gestantes	Guia/orientação	- Mecanismos de acesso à atenção odontológica; - Conduta em periodontopatias.
SMS - Colombo <sup>54</sup>	2012	Brasil	-Orientações para atenção odontológica na gestação.	Gestantes	Guia/orientação	- Indicação da 1ª consulta odontológica; - Atividades educativo-preventivas trimestrais.
Moimaz, SAS; Saliba, NA; Garbin, CAS. <sup>55</sup>	2009	Brasil	- Guia para atenção odontológica na gestação.	Gestantes	Guia/orientação	Cuidados de saúde bucal durante a gravidez são seguros e devem ser recomendados para melhorar a saúde geral e bucal da mulher.

Quadro 2 – Revisão de Cárie dentária e gestação

<b>Autores</b>	<b>Ano</b>	<b>País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Amostra</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Principais conclusões</b>
Kateeb E, Momany E. <sup>56</sup>	2018	Jerusalém	- Descrever a experiência de cárie dentária em mulheres grávidas.	152 gestantes	- Transversal; - Inquérito sociodemográfico e exame intraoral.	As gestantes apresentaram alta prevalência de cárie dentária.
Vieira ACF, Alves CMC, Rodrigues VP, Ribeiro CCC, Gomes-Filho IS, Lopes FF. <sup>23</sup>	2018	São Luís – Brasil	- Investigar fatores bucais, sistêmicos e socioeconômicos associados ao parto prematuro em mulheres no pós-parto.	279 puérperas	- Estudo de caso controle; - Nascidos vivos a termo (n=188); - Nascidos vivos pré-termo (n=91).	A cárie dentária é frequente no pós-parto, mas parece não estar associada a prematuridade.
CORCHUELO-OJEDA, J. et al. <sup>57</sup>	2017	Colômbia	- Avaliar a prevalência de cárie dentária em mulheres grávidas e não grávidas.	- Mulheres grávidas (n=87) - Mulheres não-grávidas (n=415)	- Transversal; - Inquérito sociodemográfico e exame intraoral.	Não houve diferença significativa entre os grupos.
Costa EM, Azevedo JAP, Martins RFM, Alves CMC, Ribeiro CCC, Thomaz EBAF <sup>58</sup>	2017	São Luís – Brasil	- Avaliar o efeito da anemia durante a gravidez sobre o risco de desenvolvimento de cárie dentária em mulheres grávidas.	121 gestantes	- Coorte prospectiva; - Grupo 1: gestantes até 16 semanas; - Grupo 2: gestantes no 3º trimestre.	A anemia por deficiência de ferro durante a gravidez é um fator de risco para a incidência de cárie dentária nessas mulheres.
Figueiredo CS de A, Rosalem CGC, Cantanhede ALC, Thomaz ÉBAF, Cruz MCFN da <sup>18</sup>	2017	São Luís – Brasil	- Descrever as principais ocorrências sistêmicas que podem interferir nas manifestações orais durante a gestação.	--	- Revisão de literatura; - Bases: PubMed, Science Direct, e Scielo - Palavras-chave: ‘prenatal care’, ‘endocrine’, ‘prematurity – risk assessment and prevention,’ ‘immunological factors,’ ‘periodontal disease,’ ‘pregnant,’ and ‘dental caries.’	- Há maior incidência de cárie em mulheres grávidas do que não-grávidas; - Mudança nos hábitos alimentares podem levar a diminuição do pH salivar; - A maioria dos problemas bucais poderia ser evitado com a realização de higiene oral adequada.

*Continua*

## Continuação

<b>Autores</b>	<b>Ano</b>	<b>País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Amostra</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Principais conclusões</b>
Kamate, W. I.; Vibhute, N. A.; Baad, R. K. <sup>59</sup>	2017	Índia	- Avaliar fatores de risco para cárie dentária.	- Mulheres grávidas (n=50)	- Longitudinal; - Acompanhamento das gestantes desde o primeiro trimestre até o puerpério.	- Mulheres grávidas possuem maior risco para o desenvolvimento da cárie dentária; - Aumento do <i>Streptococcus mutans</i> a partir do 2º trimestre; - Redução do pH salivar.
Sonbul H, Ashi H, Aljahdali E, Campus G, Lingström P. <sup>19</sup>	2017	Arábia Saudita	- Investigar mudanças na acidogenicidade do biofilme e correlacioná-las à percepção do sabor doce em gestantes e não gestantes.	- Mulheres grávidas (n=80) - Mulheres não-grávidas (n=41)	- Transversal - O pH da placa foi determinado usando tira indicadora antes e depois de um enxágue de 1 minuto com solução de sacarose; - Foi realizado teste de percepção gustativa determinando a preferência doce e os níveis de limiar.	Os resultados deste estudo sugerem que as mulheres grávidas podem sofrer alterações no paladar e experimentar um baixo pH da placa, o que pode resultar em um aumento do risco de cárie dentária.
Azofeifa A, Yeung LF, Alverson CJ, Beltrán-Aguilar E <sup>60</sup>	2016	USA	- Avaliar e comparar a prevalência e gravidade da cárie dentária e a prevalência de doença periodontal entre mulheres grávidas e não-grávidas em idade reprodutiva (15-44 anos).	Mulheres grávidas (n=897) Mulheres não-grávidas (n=3971)	- Retrospectivo - dados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (National Health and Nutrition Examination Survey – NHANES).	O estudo relata poucas diferenças clínicas na cárie dentária e doença periodontal entre mulheres grávidas e não grávidas, mas disparidades persistentes em relação às características sociodemográficas.
Moimaz SAS, Rocha NB, Garbin AJI, Garbin CAS, Saliba O. <sup>61</sup>	2016	Estado de São Paulo	- Avaliar as relações entre condições bucais e o seu impacto na qualidade de vida de gestantes.	119 gestantes	- Transversal; - Exame clínico bucal; - OHIP 14 (abreviado); - Inquérito sociodemográfico.	O pior impacto sobre a qualidade de vida de gestantes esteve significativamente associada com a presença de cárie dentária.

Continua



*Continuação*

<b>Autores</b>	<b>Ano</b>	<b>País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Amostra</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Principais conclusões</b>
Jain K, Kaur H. <sup>62</sup>	2015	Índia	- Avaliar a prevalência de lesões orais durante os diferentes trimestres da gravidez e sua correlação com a alteração do pH salivar.	- 120 gestantes - 40 mulheres não grávidas	- Estudo de caso-controle; - pH salivar verificado com medidor digital de pH; - 40 gestantes em cada grupo trimestral; - 40 mulheres não grávidas (grupo controle).	- O pH salivar diminuiu progressivamente do grupo controle, passando pelo primeiro, segundo e terceiro trimestres; - O índice CPOD aumentou do grupo controle, passando pelo primeiro, segundo e terceiro trimestres.
Vamos CA, Thompson EL, Avendano M, Daley EM, Quinonez RB, Boggess K. <sup>63</sup>	2015	USA	- Avaliar o alcance, o escopo e o impacto das intervenções de promoção da saúde bucal existentes durante a gravidez.	7 intervenções	- Revisão Sistemática; - Bases: CINAHL, Web of Science, PsychInfo, PubMed e Cochrane Central; - Palavras-chave: dentistry (e.g., oral, denti*, denta*); health promotion (e.g., health education, preventive health services [MeSH]); e pregnant women (e.g., pregnan*, prenatal).	Poucas intervenções de saúde bucal direcionadas a mulheres grávidas foram encontradas, e ainda menos abordaram sintomas orais relacionados, comportamentos de higiene e potenciais implicações sistêmico-orais específicas para mulheres grávidas.
Krüger MSM, Lang CA, Almeida LHS, Bello-Corrêa FO, Romano AR, Pappen FG <sup>64</sup>	2015	Sul do Brasil	- Determinar a prevalência de dor dentária durante a gestação e sua associação com fatores sociodemográficos e condições de saúde bucal.	315 gestantes	- Transversal; - Inquérito sociodemográfico; - Exame intraoral (CPOD).	A atividade de cárie foi o principal determinante da dor dentária (OR 3.33, IC 95% 1.67–6.65).

## **4 Metodologia Expandida**

Esta dissertação é parte de um projeto maior, aprovado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo n° 307842/2014-2, cujo objetivo foi analisar a organização da rede regional de atenção materno-infantil na região noroeste do estado de São Paulo.

### **Tipo de Estudo**

Foi realizado um estudo transversal, descritivo, de análise documental e levantamento epidemiológico de saúde bucal com gestantes de alto-risco no período de 2016 a 2018.

### **Local da Pesquisa**

#### ***Análise Documental:***

Foram realizadas coletas de dados nas Secretarias de Saúde de 28 municípios da área de abrangência do Ambulatório Médico de Especialidades (AME) da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, que é o único centro de referência para atenção especializada para o pré-natal de alto risco da região.

Compõem a área de abrangência do AME 28 municípios, a saber: Alto Alegre, Araçatuba, Aurifloma, Avanhandava, Barbosa, Bento de Abreu, Bilac, Birigui, Braúna, Brejo Alegre, Buritama, Clementina, Coroados, Gabriel Monteiro, Glicério, Guararapes, Guzolândia, Lourdes, Luiziânia, Nova Castilho, Nova Luzitânia, Penápolis, Piacatú, Rubiácea, Santo Antônio do Aracanguá, Santópolis do Aguapeí, Turiúba e Valparaíso.

#### ***Estudo Epidemiológico – Cárie Dentária:***

A coleta de dados para o estudo epidemiológico foi realizada no Ambulatório Médico de Especialidades.

### **Critério de Elegibilidade**

### **Critérios de inclusão**

#### ***Análise Documental:***

Foram incluídos no estudo, os 28 municípios do Departamento Regional de Saúde (DRS) II que compõe a área de abrangência do AME.

***Estudo Epidemiológico – Cárie Dentária:***

Todas as gestantes que realizaram pré-natal no AME foram incluídas na pesquisa.

**Critérios de exclusão**

***Estudo Epidemiológico – Cárie Dentária:***

Excluíram-se do estudo as mulheres que se recusaram a realizar o exame clínico bucal e aquelas que possuíam alguma impossibilidade para realização do exame.

**Procedimentos e técnicas**

***Análise Documental:***

- Foram realizadas coletas de dados nas Secretarias de Saúde da área de abrangência do AME para obtenção dos protocolos de cuidado à saúde das gestantes, bem como outros documentos que apresentassem qualquer abordagem relacionada à saúde da mulher e saúde bucal. As consultas sobre cuidados à saúde bucal da gestante foram realizadas em documentos relacionados à saúde geral, saúde da mulher, saúde bucal e saúde da gestante. Essa busca foi necessária considerando-se que nos documentos municipais que não havia qualquer protocolo específico instituído, as informações sobre saúde bucal da gestante e pré-natal odontológico poderiam estar presentes em outros documentos, tais como protocolos de atenção primária à saúde, instruções normativas, guias, manuais de orientação, dentre outros.

***Estudo Epidemiológico – Cárie Dentária:***

- A equipe de trabalho foi formada por um examinador (cirurgião-dentista e pós-graduando) e por um anotador. Previamente à coleta de dados, foi realizado o processo de calibração da equipe com treinamento teórico e prático com carga horária de 32 horas de duração. Ao examinador coube a realização do exame clínico bucal e ao anotador o preenchimento do questionário. Para mensurar o nível de concordância entre os examinadores, calculou-se o coeficiente Kappa entre-examinadores que foi de 0,80 (kappa).

Foram realizados exames em duplicata para mensurar a concordância intra-examinador e o coeficiente kappa foi de 0,89 (kappa). Exames clínicos foram realizados nas gestantes de alto risco, utilizando-se metodologia preconizada pela Organização Mundial de Saúde<sup>29</sup> para levantamentos epidemiológicos de saúde bucal. Os exames foram realizados com auxílio de sonda (nº 139 - modelo preconizado pela OMS) e espelho clínico. Todos os examinadores utilizaram equipamento de proteção individual.

A condição dentária foi avaliada e analisada de acordo com os critérios para o índice CPOD seguindo a seguinte codificação:

- 0 – Dente hígido;
- 1 – Cora cariada;
- 2 – Restauração cariada;
- 3 – Restauração sem cárie;
- 4 – Dente perdido devido à cárie;
- 5 – Dente permanente perdido por outra razão;
- 6 – Selante de fissura;
- 7 – Apoio de prótese;
- 8 – Dente não erupcionado;
- 9 – Não informado.

### **Variáveis analisadas**

#### ***Análise Documental:***

- As seguintes dimensões foram analisadas nos documentos obtidos: acesso da gestante à atenção básica; indicação da primeira consulta odontológica, existência de critérios de referência e contrarreferência nos níveis de atenção estabelecidos nos protocolos.

#### ***Estudo Epidemiológico – Cárie Dentária:***

- Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, renda, escolaridade, hipertensão arterial, hipertensão arterial gestacional, diabetes mellitus, diabetes mellitus gestacional, tabagismo e obesidade.

### **Análise Estatística**

#### ***Análise Documental:***

Foi realizada leitura exploratória de todos os documentos encontrados e após a análise qualitativa de conteúdo para categorização das variáveis (dimensões).

#### ***Estudo Epidemiológico – Cárie Dentária:***

A análise quantitativa dos dados foi realizada utilizando o programa Epi Info<sup>65</sup> versão de software 7.2 para Windows® para a criação do banco de dados e distribuição de frequência, Testes de associação foram realizados usando o Software Bioestat.<sup>66</sup> Posteriormente, foram realizadas análises univariada e multivariada para estimar odds ratio (OR) e intervalo de confiança (IC) entre o índice CPOD e as seguintes variáveis: idade, renda, escolaridade, hipertensão arterial, hipertensão arterial gestacional, diabetes mellitus, diabetes mellitus gestacional, obesidade e tabagismo. Os testes de associação e qui-quadrado foram realizados em um nível de significância de 5%.

#### **Aspectos éticos:**

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Protocolo: 1.914.629; CAAE: 60855316.8.0000.5420). Todas as gestantes foram esclarecidas sobre a participação no estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As gestantes menores de 18 anos, foram acompanhadas por um responsável que foi esclarecido sobre a participação da gestante no estudo e os mesmos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

# **5 Capítulo 1**

**Pré-natal odontológico: protocolo de organização da atenção  
materno-infantil**

## **Pré-natal odontológico: protocolo de organização da atenção materno-infantil**

### **Resumo**

Protocolos de Atenção à Saúde facilitam a organização institucional da rede de serviços de saúde, aprimoram o acesso ao sistema, referência ao serviço especializado e a contrarreferência para a atenção básica. O objetivo nesta pesquisa foi analisar os protocolos de atenção à saúde bucal de gestantes, existentes em municípios do estado de São Paulo. Trata-se de um estudo transversal, descritivo de análise documental em 28 municípios que fazem referência a um Ambulatório Médico de Especialidades, em 2018. Foram obtidos protocolos de cuidado à saúde das gestantes e verificados os dados sobre acesso, indicação da primeira consulta odontológica, e critérios de referência e contrarreferência. Dentre os municípios, 53,57% (n=15) não possuíam nenhum documento instituído e 46,43% (n=13) apresentam algum documento que contemplasse a atenção pré-natal médico/enfermeira e odontológico. Nos documentos encontrados (n=16), havia registros apenas de cuidados gerais na gestação e apenas 4 apresentaram protocolo de atenção à saúde bucal. A forma de “acesso” mais frequente descrita nos documentos foi a livre demanda. Não se observou nos protocolos, descrição de programação de serviço que contemplasse o grupo prioritário de gestantes. Os mecanismos de referência e contrarreferência e a indicação de ao menos uma consulta odontológica na gestação não foram contemplados nos protocolos de saúde bucal. Conclui-se que o cuidado odontológico no pré-natal não se apresenta de forma organizada em protocolos de atenção à saúde. Os “mecanismos de referência e contrarreferência” precisam ser aprimorados.

**Descritores:** Atenção à Saúde; Saúde Bucal; Gestantes; Sistema de Saúde.

## **Prenatal dental care: protocol for organization of maternal and child network**

### **Abstract**

Health Care Protocols facilitate the institutional organization of the health services network, improve access to the system, the referral to the specialized service and counter-referral to primary care. The objective of this study was to analyze the oral health care protocols of pregnant women in municipalities in the state of São Paulo. This is a cross-sectional, descriptive study, of documentary analysis in 28 municipalities that refer to a Medical Specialties Ambulatory of São Paulo state, in 2018. Health care protocols for pregnant women were obtained and data about access, indication the first dental appointment, oral health routines, reference and counter-referral criteria. Among the municipalities, 53.57% (n=15) do not have any documents instituted and 46.43% (n=13) present some document that contemplates the prenatal doctor / nurse and dental care. In the documents found (n = 16), there were only general care records during pregnancy and only 4 presented oral health care protocol. The most frequent form of "access" described in the documents was free demand. We did not observe in the protocols, description of service schedules that included the priority group of pregnant women. The mechanisms of reference and counter-referral and the indication of at least one dental appointment during pregnancy were not included in the oral health protocols. It is concluded that prenatal dental care is not organized in health care protocols. The dimensions "reference and counter-referral mechanisms" need to be improved.

**Keywords:** Oral Health, Pregnant Women, Health Systems



## 5.1 Introdução

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde, no início do século XX, entretanto, apenas as demandas de parto e gravidez eram assistidas.<sup>1</sup> Assim, os programas de atenção à saúde materno-infantil eram caracterizados pela moderada integração com outros programas e ações, desenvolvidos pelo governo federal, consolidando a fragmentação do sistema e corroborando com altas taxas de mortalidade materno-infantil.<sup>1</sup>

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), inicia-se a reorganização dos serviços de saúde no Brasil, objetivando a integração de recursos, serviços e práticas de atenção à saúde, materializando os princípios constitucionais de Universalidade, Integralidade e Equidade.<sup>2,3</sup> Neste sentido, o Ministério da Saúde trabalha a organização dos cuidados à saúde através do eixo orientador da atenção básica, com práticas que abrangem promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, priorizando grupos populacionais de maior vulnerabilidade como as gestantes.<sup>4</sup>

A integralidade da atenção visa a garantir a prestação dos serviços em saúde, de forma articulada, desde a atenção básica até a alta complexidade, através das redes de atenção.<sup>3</sup> Assim, a Rede Cegonha implementou um novo modelo na atenção da saúde materno-infantil, com foco nos cuidados ao parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero a 24 meses e na organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil que garanta acesso, acolhimento, resolutividade e redução da mortalidade do binômio mãe-filho.<sup>5</sup>

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser considerada, pelas gestantes e equipes de saúde, uma experiência de vida saudável, que envolve alterações físicas, sociais e emocionais. No entanto, alguns fatores de risco podem desencadear evolução desfavorável à gestação.<sup>6</sup> Em relação à saúde bucal, as gestantes representam um grupo de risco para o desenvolvimento ou agravamento de patologias orais, em função de alterações físicas, biológicas, hormonais e comportamentais, principalmente no desenvolvimento da doença

periodontal<sup>7-9</sup> e da doença cárie,<sup>10</sup> estando esta associada a vômitos e enjoos, alteração fisiológica do estômago e redução do pH salivar.<sup>11-13</sup>

Há resistência por parte das gestantes<sup>14</sup> e dos profissionais da saúde em realizar procedimentos odontológicos durante a gestação, por receio de prejudicar a criança, não referenciando a gestante ao atendimento odontológico. No entanto, a atenção odontológica é de extrema importância para a obtenção e manutenção da saúde materno-infantil.<sup>4,15,16</sup>

A oferta da atenção, individual e coletiva, prevê acesso universal com equidade e cuidado integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis. Assim, o dimensionamento adequado da rede de serviços e o reordenamento dos processos de trabalho representam um desafio para a gestão. A garantia da racionalidade e transparência é fundamental ao fluxo de usuários dentro do Sistema Único de Saúde, com a definição de atores, posições e responsabilidades, em todos os níveis de atenção.<sup>17</sup>

O acompanhamento pré-natal é fundamental para a saúde do binômio mãe/filho, contudo, nem sempre os serviços de saúde têm definidos, na sua estrutura organizacional as rotinas a serem seguidas pelos profissionais. Nota-se que a prática profissional contemporânea, na área da saúde, implica vários desafios e muitas são as inovações produzidas.<sup>18</sup> Nesse sentido, sobressaem as divergências na tomada de decisão dos profissionais frente a uma mesma situação-problema. Outro fator relevante é a prática profissional na rede pública que, muitas vezes, dificulta sua permanência, havendo, assim, constantes trocas de recursos humanos. Observa-se, então, a necessidade de protocolos construídos, conjuntamente, entre os gestores e profissionais da saúde, para que ocorra a padronização nas tomadas de decisão e até mesmo racionalização do gasto público.<sup>19</sup>

Diante da contínua necessidade de avaliação dos serviços de saúde para a manutenção e aprimoramento das ações prestadas pela rede de atenção para garantir a melhoria da qualidade da assistência prestada, a consolidação do sistema, objetivou-se, nesta pesquisa, analisar os protocolos de organização da rede de atenção à saúde bucal de gestantes.

## **5.2 Metodologia**

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de análise documental, realizado na área de abrangência de um Ambulatório Médico de Especialidades da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Foram realizadas coletas de dados nas Secretarias de Saúde de 28 municípios sobre protocolos de cuidado à saúde das gestantes, bem como de outros documentos que apresentassem qualquer abordagem relacionada à saúde da mulher e à saúde bucal

As consultas sobre cuidados à saúde bucal da gestante foram realizadas em documentos relacionados à saúde geral, saúde da mulher, saúde bucal e saúde da gestante. Essa busca foi necessária, considerando-se que, nos documentos municipais, em que não havia qualquer protocolo específico instituído, as informações sobre saúde bucal da gestante e pré-natal odontológico poderiam estar presentes em outros documentos, tais como protocolos de atenção primária à saúde, instruções normativas, guias, manuais de orientação, dentre outros.

Foi realizada leitura exploratória de todos os documentos encontrados e após a análise qualitativa de conteúdo para categorização das variáveis (dimensões). As seguintes dimensões foram analisadas nos documentos obtidos: acesso da gestante à atenção básica; indicação da primeira consulta odontológica; existência de critérios de referência e contrarreferência nos níveis de atenção estabelecidos nos protocolos.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Protocolo: 1.914.629; CAAE: 60855316.8.0000.5420).

## **5.3 Resultados**

Do total de 28 municípios, 15 (53,57%) não possuíam protocolo ou documento instituído de atenção pré-natal médico/enfermeira e odontológico. Na área da saúde bucal, apenas 4 municípios apresentavam algum protocolo instituído. Os dados referentes aos protocolos são apresentados na figura 1.

Nota-se que a forma de “acesso” mais frequente, descrita nos documentos, ainda é a livre demanda e, nos municípios que possuem protocolo de saúde bucal, a maioria não é específica ao público-alvo. Também se observa que a primeira consulta odontológica não está presente em todos os documentos analisados e que, quando mencionada, não há indicação precisa, deixando a cargo do profissional o julgamento de necessidade da realização. Não se observou, nos protocolos, descrição de programação de serviço que contemplasse o grupo prioritário de gestantes, bem como, os critérios para realização de referência e contrarreferência, pouco contemplados nos documentos existentes. (Figura 2)

#### **5.4 Discussão**

Neste estudo sobre os protocolos de organização da rede de atenção à saúde da gestante, com foco na saúde bucal, observaram-se poucos documentos instituídos que definem parâmetros, critérios de atendimento e procedimentos a serem realizados nos serviços de saúde.

A regionalização dos serviços de saúde como eixo orientador para a descentralização das ações e serviços em saúde, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), empodera a gestão local, assim como a responsabiliza pela sua organização. Para tanto, o conhecimento situacional da rede de atenção e das condições de saúde da população envolvida é fundamental.<sup>20</sup> A busca pela melhoria na prestação dos serviços de saúde passa por uma mudança sensível na atitude dos profissionais de saúde, na eficiência e presteza dos serviços.<sup>21</sup> Assim, a Atenção Primária à Saúde possui a relevante função, dentro do conceito da Rede de atenção à Saúde (RAS), de promover a resolutividade às principais queixas da população, coordenar e ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo das RAS; e de ser responsável pela saúde da população usuária a que está adstrita, nas RAS.<sup>3</sup> Neste sentido, o desenvolvimento de protocolos para organização dos serviços em saúde é relevante para melhoria do acesso, através da busca ativa da gestante pela equipe de saúde da família, ao invés do atendimento pela livre demanda (urgência/emergência), assim

como pelos serviços de média e alta complexidade, através da organização e orientação dos mecanismos de referência e contrarreferência.

O Ministério da Saúde, em seus Manuais elaborados para realização da atenção prenatal,<sup>6,22,23</sup> e a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo<sup>21</sup> determinam que a gestante deva ser assistida na atenção odontológica, com no mínimo uma consulta para avaliação situacional, assim como o Programa Nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ) que instituiu a “primeira consulta odontológica” gestacional como indicador para avaliar a atenção prestada às usuárias. Observou-se que a “primeira consulta odontológica” foi a dimensão mais contemplada nos protocolos dos municípios, talvez pelo fato de ter sido evidenciada em documentos orientadores do Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e também no PMAQ, que são, em sua maioria, os documentos utilizados pelos municípios para orientação e organização dos fluxos e contrafluxos dentro das redes de atenção.

Observou-se que alguns documentos analisados não indicam a consulta odontológica a todas gestantes, deixando a cargo do profissional (não cirurgião-dentista), o julgamento de necessidade de tratamento odontológico. Destaca-se que, se este profissional se pautar apenas pela queixa da gestante para realizar a indicação, considerando todos os mitos existentes acerca do atendimento odontológico na gravidez, o auto relato pode não acontecer. Nesse contexto, existe grande subjetividade nesta avaliação, que pode retardar o tratamento e elevar o grau de complexidade das lesões instaladas.<sup>21,23</sup> A definição de critérios para o atendimento pela equipe, bem como o estabelecimento de rotinas no serviço, protocolos para tratamento das diferentes afecções (cárie dentária incipiente, cárie dentária profunda, doença periodontal, entre outras), alocação das gestantes a grupos prioritários e agenda programática devem ser estabelecidos para racionalização do serviço.<sup>24</sup> Considerando-se que o período gestacional é propício para que a gestante adquira hábitos saudáveis, as consultas odontológicas no pré-natal são importantes momentos para realização de práticas educativas, adoção de medidas

preventivas de higiene bucal, motivação e incentivo ao aleitamento materno e orientação sobre saúde bucal do bebê e sua relação com o desenvolvimento saudável.<sup>25,26</sup>

De maneira geral, os critérios para referência e contrarreferência da área médica e da enfermagem para o pré-natal são estabelecidos com critérios objetivos, indicando, desde o acesso da mulher à rede para a confirmação da gestação até os centros de referência especializados a que a gestante deve ser encaminhada, assim como as morbidades e condições agravantes que determinam o alto risco da gestação. Entretanto, na área odontológica, notou-se que não há rotinas estabelecidas para os mecanismos de “referência e contrarreferência”. Por esta razão, a classificação de risco, com priorização da gestante e sua inserção nos tratamentos da atenção básica à alta complexidade, são de extrema importância e facilitam o acesso, organizam a demanda para o restabelecimento das condições de saúde das gestantes. Os protocolos devem contemplar critérios objetivos para determinar o grau de gravidade do problema bucal; responsabilização da atenção básica, média e alta complexidade; os locais ou centro de referências a que devem ser encaminhadas as gestantes e quais as condições que determinam a contrarreferência.<sup>19,27</sup>

Observando a integralidade da atenção e o contexto de indissociabilidade da saúde bucal em relação à saúde geral, ressalta-se a importância da atenção odontológica na gestação para a saúde do binômio mãe-filhos. Entretanto, ainda há receio tanto por parte das gestantes quanto dos profissionais de saúde, inclusive o cirurgião dentista, em realizar o atendimento da mulher no período gestacional.<sup>27</sup> Dentre os documentos analisados, poucos contemplavam à atenção à saúde bucal, em especial para o público-alvo. Neste sentido, protocolos com critérios objetivos e construídos conjuntamente entre os gestores e os profissionais das diferentes áreas da saúde, podem promover a segurança do atendimento para os profissionais que, muitas vezes, não possuem a experiência do atendimento à gestante, e da própria paciente, visto que facilita a sua aceitação ao tratamento o fato de todos os profissionais possuírem o mesmo discurso.<sup>19,28</sup>

A coleta de dados para o desenvolvimento da pesquisa encontrou algumas barreiras junto às autoridades municipais, na disponibilização de informações e dos documentos que foram analisados, talvez pelo fato de poucos possuírem documentos estabelecidos. Notou-se que a maioria dos municípios que não possuíam protocolos relataram dificuldades no seu desenvolvimento. Outro fator que dificultou o estudo foi a descontinuidade das políticas e estratégias estabelecidas nos municípios pela substituição de gestores e coordenadores de saúde bucal. Para promover a melhoria da prestação de serviços em saúde foi desenvolvida uma proposta com quesitos para o desenvolvimento de protocolos de atenção às gestantes, voltada à atenção odontológica, entretanto, destaca-se a necessidade de uma construção conjunta entre os profissionais e a coordenação, respeitando sempre a realidade encontrada em cada localidade para que o protocolo consiga ser executado. (Figura 3)

## **5.5 Conclusão**

Conclui-se que o cuidado odontológico no pré-natal não se apresenta de forma organizada em protocolos de atenção à saúde, e pouco são os documentos com rotinas estabelecidas para o atendimento a serem realizados nas gestantes, assim como os critérios objetivos para a referência e a contrarreferência são pouco contemplados.

## 5.6 Referências

1. Brasil. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF: MS; 2011.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. 1988. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)
3. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015. Available from: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)
6. Brasil. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
7. Moimaz SAS, Carmo MP, Zina LG, Saliba NA. Association between the periodontal condition of pregnant women and maternal variables and health assistance. *Pesq Bras Odontopediatr Clin Integ*. 2010;10(2):271–8.
8. Lachat MF, Solnik AL, Nana AD, Citron TL. Periodontal disease in pregnancy: review of the evidence and prevention strategies. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2011;25(4):312–9.
9. Acosta de Camargo MG, Acosta MI. Periodontal disease and pregnancy outcome: are we still in the same place. *J Dent Health Oral Disord Ther*. 2017;8(2):00280.
10. Musskopf ML, Milanesi FC, Rocha JM, Fiorini T, Moreira CHC, Susin C, et al. Oral health related quality of life among pregnant women: a randomized controlled trial. *Braz Oral Res*. 2018;32:e002. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1806-83242018000100201&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1806-83242018000100201&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
11. Jain K, Kaur H. Prevalence of oral lesions and measurement of salivary pH in the different trimesters of pregnancy. *Singapore Med J*. 2015;56(1):53–7.
12. Azofeifa A, Yeung LF, Alverson CJ, Beltrán-Aguilar E. Dental caries and periodontal disease among U.S. pregnant women and nonpregnant women of reproductive age, National Health and Nutrition Examination Survey, 1999–2004. *J Public Health Dent*. 2016;76(4):320–9.
13. Moimaz SAS, Fadel CB, Lolli LF, Garbin CAS, Garbin AJÍ, Saliba NA. Social aspects of dental caries in the context of mother-child pairs. *J Appl Oral Sci*. 2014;22(1):73–8.
14. Ressler-Maerlender J, Krishna R, Robison V. Oral health during pregnancy: current research. *J Womens Health*. 2005;14(10):880–2.



15. Moimaz SAS, Rocha NB, Garbin AJI, Garbin CAS, Saliba O. Influence of oral health on quality of life in pregnant women. *Acta Odontol Latinoam*. 2016;29(2):186-93.
16. Costa VPP, Correa MB, Goettems ML, Pinheiro RT, Demarco FF, Costa VPP, et al. Maternal depression and anxiety associated with dental fear in children: a cohort of adolescent mothers in Southern Brazil. *Braz Oral Res*. 2017;31:e85. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1806-83242017000100270&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1806-83242017000100270&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
17. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de atenção em saúde bucal de Porto Alegre: organização da rede e fluxos de atendimento. 2014. Available from: [http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/protocolosaudebucal2014.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/protocolosaudebucal2014.pdf)
18. Lynch CD, Ash PJ, Chadwick BL, Hannigan A. Effect of community-based clinical teaching programs on student confidence: a view from the united kingdom. *J Dent Educ*. 2010;74(5):510–6.
19. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Caderno de protocolos clínicos. Belo Horizonte: FHEMIG; 2010. Available from: [http://www.fhemig.mg.gov.br/index.php/docman/Publicacoes-3/Publicacoes\\_Institucionais/1215-ed-cadernos-protocolos-fhemig-2010/file](http://www.fhemig.mg.gov.br/index.php/docman/Publicacoes-3/Publicacoes_Institucionais/1215-ed-cadernos-protocolos-fhemig-2010/file)
20. Mendes EV. A modelagem das redes de atenção a saúde. Belo Horizonte: Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2007.
21. São Paulo. Secretaria da Saúde. Pré-natal e puerpério: manual técnico. São Paulo: Governo do Estado de São Paulo; 2017. Available from: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/programa-de-fortalecimento-da-gestao-da-saude-no-estado-de-sao-paulo/consultas-publicas-manuais-da-linha-de-cuidado-da-gestante-parturiente-e-puerpera/manual\\_de\\_consulta\\_rapida.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/programa-de-fortalecimento-da-gestao-da-saude-no-estado-de-sao-paulo/consultas-publicas-manuais-da-linha-de-cuidado-da-gestante-parturiente-e-puerpera/manual_de_consulta_rapida.pdf)
22. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Available from: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_32.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf)
23. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016. Available from: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo\\_saude\\_mulher.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf)
24. Melo LMLL, Moimaz SAS, Garbin CAS, Garbin AJI, Saliba NA. A construção de uma agenda de gestão compartilhada para a reorganização da demanda em saúde bucal. *Rev Ciênc Plur*. 2016;30;2(1):42–55.
25. Vamos CA, Thompson EL, Avendano M, Daley EM, Quinonez RB, Boggess K. Oral health promotion interventions during pregnancy: a systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2015;43(5):385–96.
26. Moimaz SAS, Rocha NB, Garbin CAS, Roviada TA, Saliba NA. Factors affecting intention to breastfeed of a group of Brazilian childbearing women. *Women Birth*. 2017;30(2):e119–24.

27. National Maternal and Child Oral Health Resource Center. Oral health care during pregnancy: a resource guide. 2nd ed. Washington, DC: National Maternal and Child Oral Health Resource Center, Georgetown University; 2017.
28. Olomu A, Hart-Davidson W, Luo Z, Kelly-Blake K, Holmes-Rovner M. Implementing shared decision making in federally qualified health centers, a quasi-experimental design study: the Office-Guidelines Applied to Practice (Office-GAP) program. BMC Health Serv Res. 2016;16:334. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4970246/>

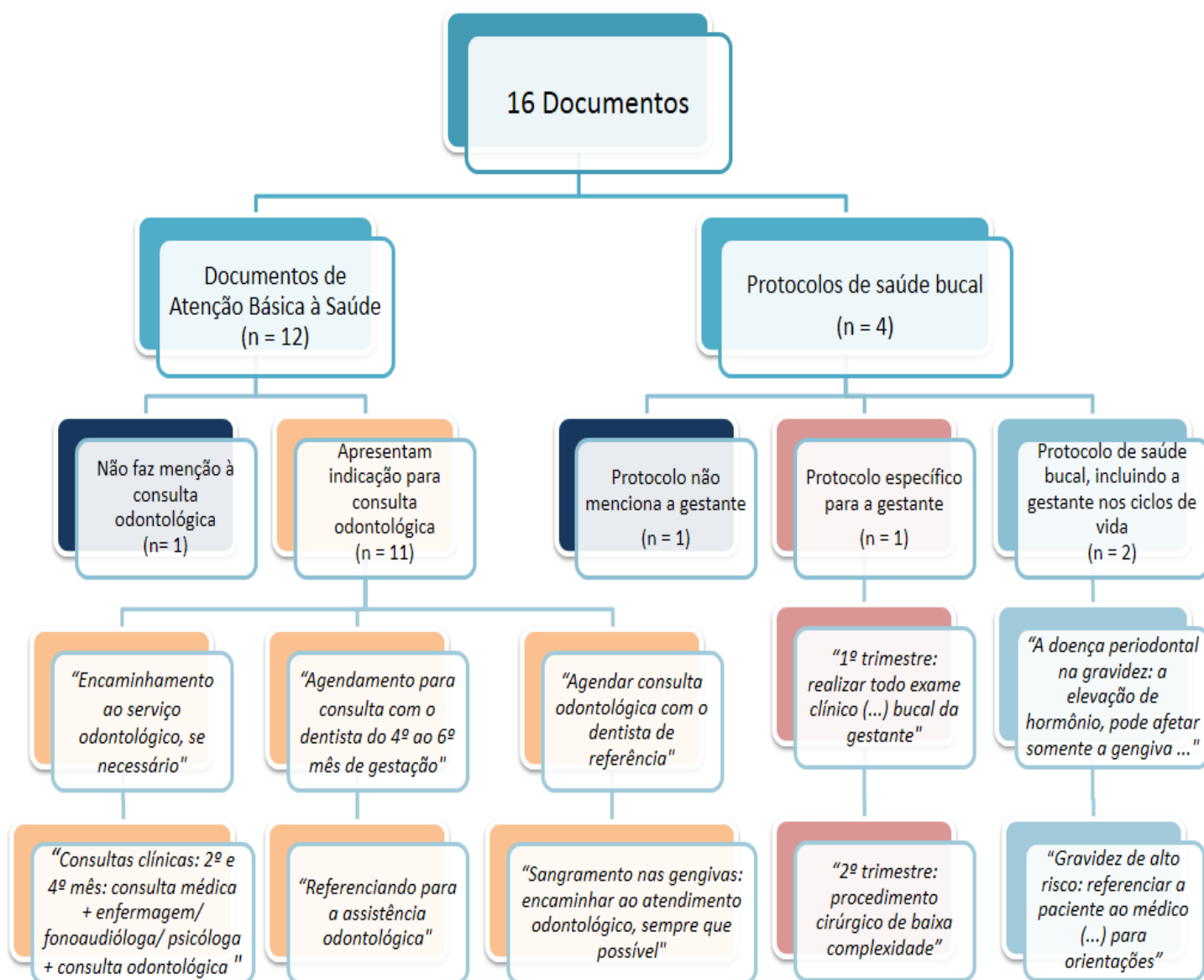


Figura 1 – Detalhamento dos documentos e protocolos de atenção à saúde, que contemplaram a saúde bucal da mulher ou gestante. Araçatuba - SP, Brasil. 2019.

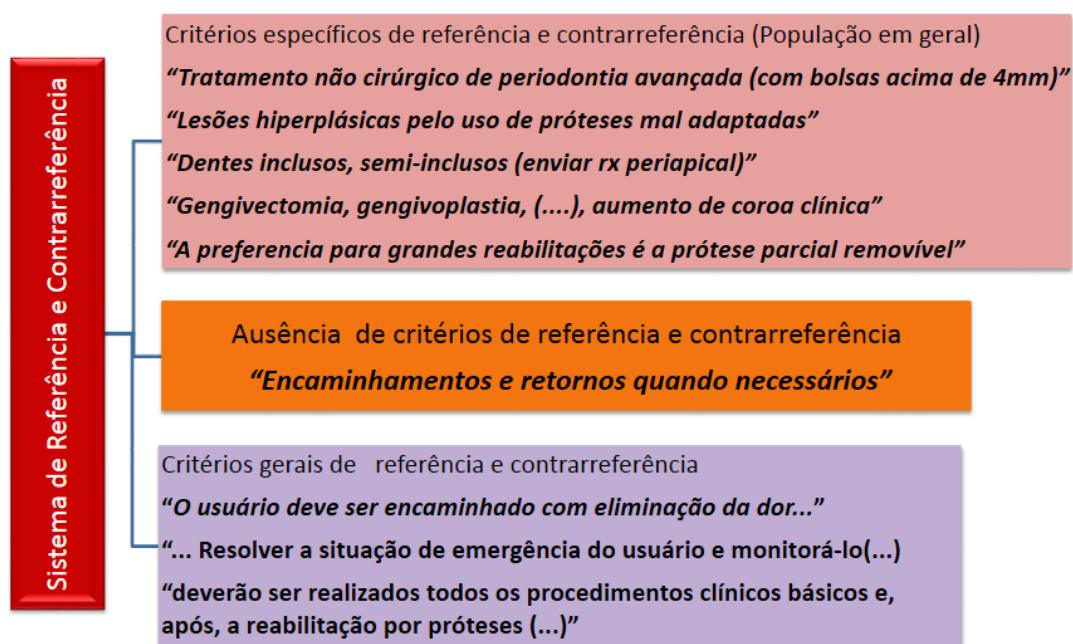


Figura 2 – Sistema de referência e contrarreferência existentes nos protocolos de saúde bucal. Araçatuba - SP, Brasil. 2019.



Figura 3 – Desenvolvimento de protocolo de atenção odontológica à gestante. Araçatuba - SP, Brasil. 2019.

# **6 Capítulo 2**

**Associação entre fatores sociodemográficos e  
cárie dentária em gestantes de alto risco**

## **Associação entre fatores sociodemográficos e cárie dentária em gestantes de alto risco**

### **Resumo**

**Introdução:** Gestantes de alto risco possuem fatores associados que podem levar a um desenvolvimento desfavorável da saúde materno-infantil. Objetivou-se investigar a prevalência de cárie dentária em gestantes de alto risco. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, realizado em um centro de referência para atenção secundária à saúde. Foram examinadas 1500 gestantes de alto risco de 2016 a 2018. Foram realizados exames bucais de acordo com critérios da Organização Mundial da Saúde, por uma equipe composta por um examinador e um anotador. Toda equipe passou por um processo de calibração (Kappa=0,80), e foi calculado o índice CPOD. O perfil das gestantes de alto risco foi investigado nos prontuários médicos. As seguintes variáveis foram analisadas: idade, renda, escolaridade, hipertensão arterial, hipertensão arterial gestacional, diabetes mellitus, diabetes mellitus gestacional, obesidade, tabagismo. Foram realizados testes estatísticos qui-quadrado, e análises univariada e multivariada entre os componentes do índice CPOD e as variáveis independentes ao nível de significância de 5%. **Resultados:** Do total de gestantes, apenas 5,93% (n=89) apresentaram CPOD=0. O componente “cariado” foi associado às seguintes variáveis: renda - <R\$1500,00 (OR = 2,21; p <0,01), <R\$2500,00 (OR = 1,73; p <0,001); escolaridade ≤8-10 anos (OR = 2,20; p <0,001), 11 anos (OR = 1,84; p <0,001), ≥12 anos (OR = 1,42; p <0,05); hipertensão arterial (OR = 1,50; p <0,01), tabagismo (OR = 1,83; p <0,001) e obesidade (OR = 1,80; p <0,01). **Conclusão:** Conclui-se que a cárie dentária possui alta prevalência na gestante de alto-risco e está associada à renda, escolaridade, hipertensão arterial, tabagismo e obesidade.

**Palavras-chave:** Cárie dentária; gestação; saúde bucal; doença crônica

## **Association between sociodemographic factors and dental caries in high-risk pregnant women**

### **Abstract**

**Background:** High-risk pregnant women have morbidities that can lead to adverse outcome for mother and child health. We aimed to investigate the oral health condition of high-risk pregnant women. **Methods:** This was a cross-sectional study, carried out in center of secondary level attention from 2016 to 2018. Oral health data and Interviews were collected on 1500 high-risk pregnant women. They were conducted using structured form, and oral examination according to World Health Organization criteria were collected, by calibrated examiner (Kappa=0.80), with decayed, missing, filled index. Association tests, chi-square, were made at significance level of 5%. After, univariate and multivariate analyzes were performed between the outcome variables: age, income, educational level, arterial hypertension, gestational arterial hypertension, diabetes mellitus, gestational diabetes mellitus obesity and smoke. **Results:** Of the total number of pregnant women, only 5.93% (n=89) had no decayed, missing, filled teeth. The Decayed teeth was associated with following variables: income – \$132.01-\$395.00 (odds ratio = 2.21; p<0.01), \$395.01-\$660.00 (odds ratio = 1.73; p<0.001); educational level ≤8-10 years (odds ratio = 2.20; p<0.001), 11 years (odds ratio = 1.84; p<0.001), ≥12 years (odds ratio = 1.42; p<0.05); arterial hypertension (odds ratio = 1.50; p<0.01), smoke (odds ratio = 1.83; p<0.001) and obesity (odds ratio = 1.80; p<0.01). **Conclusion:** It was concluded that pregnant women represents risk group to the development of oral problems. Dental caries have a high prevalence in high-risk pregnant women and are associated with income, schooling, high blood pressure, smoking and obesity.

**Key-words:** Dental caries; gestation; pregnant woman; oral health; Chronic Disease



## 6.1 Introdução

As altas taxas de mortalidade materna (MMR) são indicativas de condições socioeconômicas precárias, baixos níveis de escolaridade e informação, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades no acesso a bens e serviços de saúde.(Brasil, 2011) No ano 2000, em reunião das Nações Unidas, 189 países assinaram um compromisso de combater a pobreza extrema e outros males da sociedade para tornar o mundo mais solidário e justo, desenvolvendo assim o documento intitulado "Objetivos de Desenvolvimento do Milênio".(WHO et al., 2015) Entre os objetivos estava a melhoria da saúde das gestantes, com metas de redução da taxa de MMR, em 75% até 2015.(WHO et al., 2015) No Brasil, entre 1990 e 2015, a MMR, por 100.000 nascidos vivos diminuiu de 104 para 44 óbitos e, embora a meta não tenha sido alcançada, avanços significativos foram registrados.(WHO et al., 2015) Em 2015, um novo compromisso com metas para 2030 foi definido no documento "Objetivos de Desenvolvimento Sustentável", que visa a acelerar a redução da taxa de MMR global e eliminar as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos. Neste contexto, a gestação é um período em que se desencadeiam mudanças fisiológicas, sociais e comportamentais, mas deve ser considerada pelas gestantes e profissionais de saúde como uma experiência de vida saudável. No entanto, há um pequeno número de mulheres grávidas que, devido a uma doença prévia ou até fatores ambientais, traz comprometimentos para o binômio mãe-filho. Esta população é chamada de "gestantes de alto risco" (Brasil, 2012) No Brasil, os centros de saúde para atenção especializada no pré-natal consideram, como fatores de alto risco hipertensão arterial, obesidade, cardiopatias, endocrinopatias (diabetes e doenças da tireoide) ou doenças infecciosas, características individuais e condições sociodemográficas adversas (idade, renda, escolaridade, tabagismo).

O cuidado pré-natal é de extrema importância na gestação e possui a relevante função de rastreio, diagnóstico, promoção e prevenção de doenças (WHO, 2016a) Como a saúde bucal não está dissociada da saúde geral, a assistência odontológica pré-natal é de grande

relevância para a saúde materno-infantil (Moimaz et al., 2009; Vamos et al., 2015), considerando que as gestantes representam um grupo de risco para doenças bucais.

A prevalência da doença periodontal na gestação é alta (Moimaz et al., 2010) e há evidências, ainda que sem fortes evidências científicas, de que as doenças periodontais podem estar associadas ao baixo peso ao nascer e ao nascimento prematuro (Lachat et al., 2011; Moimaz et al., 2010; Vieira et al., 2019).

Gestantes representam grupo de risco para cárie dentária com alta prevalência. Pesquisa realizada no Brasil mostrou uma prevalência de 65% de cárie, de acordo com o índice CPOD (Krüger et al., 2015). Destaca-se que os fatores mais comuns associados a essa condição são náuseas e vômitos (National Maternal and Child Oral Health Resource Center, 2017), diminuição da capacidade fisiológica do estômago, redução da higiene bucal, alteração da dieta e aumento da quantidade e frequência de consumo de alimentos açucarados e carboidratos; redução do pH salivar (Jain and Kaur, 2015)

Assistência odontológica durante a gravidez e no período pós-natal pode promover a aquisição de hábitos saudáveis (Vamos et al., 2015) e facilitar a amamentação, levando a um melhor desenvolvimento e crescimento orofacial do bebê (Jolly et al., 2012; Moimaz et al., 2012, 2017; Wang et al., 2014). No entanto, há resistência por parte das gestantes e profissionais em realizar procedimentos odontológicos durante a gestação por medo de prejudicar o bebê, assim, o profissional não encaminha a gestante para o tratamento, o que consolida os mitos em relação ao atendimento odontológico durante a gestação (Moimaz et al., 2009).

O monitoramento da condição bucal em gestantes é de extrema importância; para tanto, o registro da condição e sua distribuição na população representam peça-chave. No entanto, o monitoramento da cárie dentária nas gestantes (WHO, 2013), em especial, as de alto risco, pouco ocorre em todo o mundo; da mesma forma, há poucos estudos abordando a saúde bucal desta população. Diante da falta de estudos em larga escala sobre a epidemiologia

da cárie dentária em gestantes desse grupo, objetivou-se, no presente estudo, investigar a prevalência de cárie dentária e os fatores associados à doença em gestantes de alto risco.

## **6.2 Metodologia**

Trata-se de um estudo transversal, realizado em um centro de referência para atenção secundária para gestantes de alto risco, no período de 2016 a 2018. Os dados de saúde bucal foram coletados em 1.500 gestantes de alto risco, utilizando metodologia preconizada pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013). O exame clínico e a condição dentária foram analisados, de acordo com o índice CPOD. O perfil das gestantes foi verificado nos prontuários médicos.

As gestantes de alto risco agendadas para consulta de pré-natal foram incluídas no presente estudo. Os critérios de exclusão foram recusa por parte da gestante em participar do estudo ou impossibilidade de realização do exame bucal, devido à excessiva náusea ou vômito. Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, renda, escolaridade, hipertensão arterial, hipertensão arterial gestacional, diabetes mellitus, diabetes mellitus gestacional, obesidade e tabagismo.

Os exames clínicos foram realizados por equipes, compostas por um examinador e um anotador, todos devidamente calibrados. A calibração foi realizada antes dos exames, visando a assegurar a interpretação, compreensão e aplicação uniforme dos critérios. O teste estatístico kappa foi aplicado, com o valor mínimo aceitável de 0,80, indicando um excelente nível de concordância. Durante a coleta de dados clínicos, a verificação da manutenção dos critérios diagnósticos e a mensuração do erro intraexaminador foram determinados pela revisão de 10% das gestantes, percentual indicado pela OMS.

A análise quantitativa dos dados foi realizada utilizando o programa Epi Info (Centers for Disease Control and Prevention, 2018) versão de software 7.2 para Windows®, para elaboração do banco de dados e distribuição das frequências. Posteriormente, foram realizados testes qui-quadrado, análises univariada e multivariada para estimar odds ratio

(OR) e intervalo de confiança (IC). As seguintes variáveis foram analisadas: idade, renda, escolaridade, hipertensão arterial, hipertensão arterial gestacional, diabetes mellitus, diabetes mellitus gestacional, obesidade e tabagismo. Os testes de associação e qui-quadrado foram realizados em um nível de significância de 5%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em pesquisa com seres (CAAE: 60855316.8.0000.5420). Todas as participantes foram esclarecidas sobre sua participação na pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido em conformidade com a Lei Nº 466/2012.

### **6.3 Resultados**

A presente pesquisa incluiu uma amostra total de 1.500 gestantes de alto risco distribuídas de acordo com fatores sociodemográficos e condição sistêmica pelo índice CPOD. Do total de gestantes, apenas 5,93% (n = 89) apresentaram um índice CPOD=0. Na Tabela 1, observa-se que os componentes do índice CPOD foram estatisticamente associados a fatores sociodemográficos (idade, renda e escolaridade). O resultado da análise multivariada confirmou que o componente "cariado" teve alta associação com renda e nível educacional. Observou-se que as faixas mais elevadas de renda e escolaridade possuem menor risco de ocorrência no componente "cariado" do índice. Os componentes "perdido" e "obturado" foram associados à idade (Tabela 2).

Na Tabela 3, apresenta-se a distribuição de gestantes com pelo menos um dente cariado, perdido ou obturado, segundo a condição sistêmica. É possível observar uma associação estatística do componente "cariado" com hipertensão arterial ( $p < 0,01$ ), tabagismo ( $p < 0,001$ ) e obesidade ( $p < 0,01$ ). O componente "perdido" foi estatisticamente associado com diabetes mellitus ( $p < 0,01$ ). Análises univariada e multivariada (Tabela 4) confirmaram que hipertensão arterial (OR = 1,46; IC = 1,05-2,03), tabagismo (OR = 1,86; IC = 1,26–2,70) e obesidade (OR = 1,64; IC = 1,09-2,46) estão associados ao componente "cariado" em gestantes de alto risco. Da mesma forma, diabetes mellitus (OR = 2,00; IC = 1,20–3,32) e

diabetes mellitus gestacional (OR = 1,57; IC = 1,01–2,44) foram associados ao componente “perdido” nas análises univariada e multivariada.

#### **6.4 Discussão**

O presente estudo em relação à condição de saúde bucal em gestantes de alto risco revelou associações consistentes entre a presença de cárie dentária e múltiplas variáveis, como fatores sociodemográficos e condição sistêmica. A cárie dentária é a doença não transmissível mais prevalente no mundo e, embora tenha havido considerável progresso na sua prevenção e tratamento nas últimas décadas, o problema ainda persiste, causando dor, ansiedade, limitações funcionais e desvantagens sociais, devido à perda dentária (WHO, 2015). O tratamento de doenças dentárias é caro, consumindo entre 5% e 10% do orçamento da saúde em países industrializados e excederia o total de recursos financeiros disponíveis para cuidados de saúde infantil, na maioria dos países de baixa renda (Marcenes et al., 2013; WHO, 2003, 2015). Pôde-se observar que o contexto social exerce considerável influência sobre o estado de saúde bucal (Vano et al., 2015); assim, a baixa condição socioeconômica, baixa renda mensal e baixa escolaridade, podem explicar menor acesso a serviços odontológicos, produtos de higiene oral e menor conhecimento sobre a importância da saúde bucal e os meios para realizar o autocuidado na higiene bucal ou mesmo pelo profissional (Vano et al., 2015).

Certas condições sistêmicas, incluindo hipertensão arterial, obesidade e tabagismo, estão intimamente relacionadas às doenças bucais. A hipertensão arterial pode estar associada à maior experiência de cárie, devido à ingestão de medicamentos; o uso crônico de anti-hipertensivos pode diminuir o fluxo salivar, o que aumenta a atividade da doença cárie (Johnston and Vieira, 2014; Tuominen et al., 2003). A redução do fluxo salivar também está relacionada ao uso prolongado de certos medicamentos, como anticolinérgicos, antidepressivos tricíclicos e anti-hipertensivos, especialmente diuréticos (Coimbra, 2009). O uso de anti-hipertensivos ou diuréticos (em combinação ou não) por gestantes de alto risco,

com hipertensão arterial, é comum (Coimbra, 2009). O presente estudo mostra que gestantes com hipertensão arterial apresentam associação com o componente “cariado” do índice CPOD; entretanto, a amostra de hipertensão arterial gestacional não apresentou associação significativa. Isso pode ser explicado pelo uso não-crônico de medicamentos. Da mesma forma, o tabagismo e a obesidade foram significativamente associados ao componente “cariado”.

A obesidade é considerada um problema mundial e está aumentando entre adultos e crianças (WHO, 2016b). Existe uma crescente preocupação em relação aos açúcares livres, especialmente na forma de bebidas açucaradas, que aumentam a ingestão de calorias e podem reduzir o consumo de alimentos que contenham calorias mais nutritivas, levando a uma dieta prejudicial, ganho de peso e maior risco de desenvolvimento de doenças não transmissíveis, como cárie dentária (WHO, 2016b). O aumento na quantidade e frequência de consumo de alimentos açucarados e carboidratos, associado à higiene bucal deficiente, resultam em aumento da atividade da doença cárie, incluindo a cárie precoce (Sowa et al., 2018). A OMS estima que a incidência de cárie é maior em indivíduos com ingestão de açúcar maior que 10% do total de calorias ingeridas (WHO, 2015). Na tentativa de reduzir o consumo excessivo desses alimentos, a OMS incentivou a implementação de tributos sobre alimentos açucarados (WHO, 2016c), e alguns países já modificaram suas políticas fiscais (Sowa et al., 2018). No Brasil, embora haja uma discussão teórica sobre o assunto, não houve mudança na legislação vigente.

O tabagismo é um problema de saúde pública e uma das principais causas de doenças crônicas sistêmicas e bucais (Bernabé et al., 2014). Os seus efeitos mais recorrentes são o aparecimento da doença periodontal, câncer, problemas relacionados ao feto e à cárie dentária. O hábito de fumar pode causar mudanças biológicas, incluindo diminuição da taxa de fluxo salivar e capacidade tampão da saliva, ambas associadas ao desenvolvimento de cárie (Bernabé et al., 2014; Hugoson et al., 2012; Rad et al., 2010). As mulheres que fumam

durante a gravidez mostraram ter menor probabilidade de serem receptivas ao cuidado pré-natal positivo (Haslam and Lawrence, 2004; Tsakiridis et al., 2018). Assim, a cárie precoce na infância pode estar associada ao uso do tabaco (Kellesarian et al., 2017). Observando os riscos e danos à saúde geral e bucal causados pelo tabagismo, o Brasil tem adotado uma política rigorosa sobre o uso do tabaco desde a década de 1990, incluindo publicidade sobre o risco de fumar durante a gravidez.

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

## **6.5 Conclusão**

Pode-se concluir que a cárie dentária apresentou alta prevalência na gestante de alto-risco e está associada à renda, escolaridade, hipertensão arterial, tabagismo e obesidade.

## 6.6 Referências

- Bernabé, E., Delgado-Angulo, E.K., Vehkalahti, M.M., Aromaa, A., Suominen, A.L., 2014. Daily smoking and 4-year caries increment in Finnish adults. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 42 (5), 428–434. doi: 10.1111/cdoe.12101.
- Brasil. Ministério da Saúde, 2012. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Ministério da Saúde, Brasília, DF.
- Brasil, 2011. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Editora MS, Brasília, DF.
- Centers for Disease Control and Prevention, 2018. Epi Info™. <<https://www.cdc.gov/epiinfo/index.html>> (last accessed 20 May 2018).
- Coimbra, F., 2009. Xerostomia: etiologia e tratamento. *Rev. Port. Cardiol.* 50, 159–164. doi: 10.1016/S1646-2890(09)70117-7.
- Haslam, C., Lawrence, W., 2004. Health-related behavior and beliefs of pregnant smokers. *Health Psychol.* 23, 486–491. doi: 10.1037/0278-6133.23.5.486.
- Hugoson, A., Hellqvist, L., Rolandsson, M., Birkhed, D., 2012. Dental caries in relation to smoking and the use of Swedish snus: epidemiological studies covering 20 years (1983–2003). *Acta Odontol. Scand.* 70, 289–296. doi: 10.3109/00016357.2011.654247.
- Jain, K., Kaur, H., 2015. Prevalence of oral lesions and measurement of salivary pH in the different trimesters of pregnancy. *Singapore Med. J.* 56, 53–57. doi: 10.11622/smedj.2015010.
- Johnston, L., Vieira, A.R., 2014. Caries experience and overall health status. *Oral Health Prev. Dent.* 12, 163–170. doi: 10.3290/j.ohpd.a31670.
- Jolly, K., Ingram, L., Freemantle, N., Khan, K., Chambers, J., Hamburger, R., Brown, J., Dennis, C.-L., Macarthur, C., 2012. Effect of a peer support service on breast-feeding continuation in the UK: a randomised controlled trial. *Midwifery* 28, 740–745. doi: 10.1016/j.midw.2011.08.005.
- Kellesarian, S.V., Malignaggi, V.R., Freitas, P., Ahmed, H.B., Javed, F., 2017. Association between prenatal maternal cigarette smoking and early childhood caries: a systematic review. *J. Clin. Exp. Dent.* 9, e1141–e1146. doi: 10.4317/jced.54064.
- Krüger, M.S., Lang, C.A., Almeida, L.H., Bello-Corrêa, F.O., Romano, A.R., Pappen, F.G., 2015. Dental pain and associated factors among pregnant women: an observational study. *Mater. Child Health J.* 19, 504–510.
- Lachat, M.F., Solnik, A.L., Nana, A.D., Citron, T.L., 2011. Periodontal disease in pregnancy: review of the evidence and prevention strategies. *J. Perinat. Neonatal Nurs.* 25, 312–319. doi: 10.1097/JPN.0b013e31821072e4.
- Marcenes, W., Kassebaum, N.J., Bernabé, E., Flaxman, A., Naghavi, M., Lopez, A., Murray, C.J.L., 2013. Global burden of oral conditions in 1990–2010. *J. Dent. Res.* 92, 592–597. doi: 10.1177/0022034513490168.



- Moimaz, S.A.S., Carmo, M.P., Zina, L.G., Saliba, N.A., 2010. Association between the periodontal condition of pregnant women and maternal variables and health assistance. *Pesq. Bras. Odontopediatr. Clin. Integr.* 10, 271–278. doi: 10.4034/pboci.v10i2.954.
- Moimaz, S.A.S., Rocha, N.B., Garbin, C.A.S., Rovida, T.A., Saliba, N.A., 2017. Factors affecting intention to breastfeed of a group of Brazilian childbearing women. *Women Birth* 30, e119–e124. doi: 10.1016/j.wombi.2016.10.004.
- Moimaz, S.A.S., Saliba, N.A., Garbin, C.A.S., 2009. *Odontologia para gestantes: guia para o profissional de saúde*. UNESP, Araçatuba.
- Moimaz, S.A.S., Saliba, O., Lolli, L.F., Garbin, C.A.S., Garbin, A.J.Í., Saliba, N.A., 2012. A longitudinal study of the association between breast-feeding and harmful oral habits. *Pediatr. Dent.* 34, 117–121.
- National Maternal and Child Oral Health Resource Center, 2017. *Oral health care during pregnancy: a resource guide*, 2nd ed. National Maternal and Child Oral Health Resource Center, Georgetown University, Washington, DC.
- Rad, M., Kakoie, S., Niliye Brojeni, F., Pourdamghan, N., 2010. Effect of long-term smoking on whole-mouth salivary flow rate and oral health. *J. Dent. Res. Dent. Clin. Dent. Prospects* 4, 110–114. doi: 10.5681/joddd.2010.028.
- Sowa, P.M., Keller, E., Stormon, N., Lalloo, R., Ford, P.J., 2018. The impact of a sugar-sweetened beverages tax on oral health and costs of dental care in Australia. *Eur. J. Public Health* 4, 110-114. doi: 10.1093/eurpub/cky087.
- Tsakiridis, I., Mamopoulos, A., Papazisis, G., Petousis, S., Liozidou, A., Athanasiadis, A., Dagklis, T., 2018. Prevalence of smoking during pregnancy and associated risk factors: a cross-sectional study in Northern Greece. *Eur. J. Public Health* 28, 321–325. doi: 10.1093/eurpub/cky004.
- Tuominen, R., Reunanen, A., Paunio, M., Paunio, I., Aromaa, A., 2003. Oral health indicators poorly predict coronary heart disease deaths. *J. Dent. Res.* 82, 713–718. doi: 10.1177/154405910308200911.
- Vamos, C.A., Walsh, M.L., Thompson, E., Daley, E.M., Detman, L., DeBate, R., 2015. Oral-systemic health during pregnancy: exploring prenatal and oral health providers' information, motivation and behavioral skills. *Matern. Child Health J.* 19, 1263–1275. doi: 10.1007/s10995-014-1632-7.
- Vano, M., Gennai, S., Karapetsa, D., Miceli, M., Giuca, M.R., Gabriele, M., Graziani, F., 2015. The influence of educational level and oral hygiene behaviours on DMFT index and CPITN index in an adult Italian population: an epidemiological study. *Int. J. Dent. Hyg.* 13, 151–157. doi: 10.1111/idh.12098.
- Vieira, A.C.F., Alves, C.M.C., Rodrigues, V.P., Ribeiro, C.C.C., Gomes-Filho, I.S., Lopes, F.F., 2019. Oral, systemic and socioeconomic factors associated with preterm birth. *Women Birth.* 32, e12-e16. doi: 10.1016/j.wombi.2018.02.007.

- Wang, W., Lau, Y., Chow, A., Chan, K.S., 2014. Breast-feeding intention, initiation and duration among Hong Kong Chinese women: a prospective longitudinal study. *Midwifery* 30, 678–687. doi: 10.1016/j.midw.2013.07.015.
- WHO, 2016a. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization, Geneva.
- WHO, 2016b. WHO | Overweight and obesity  
<[http://www.who.int/gho/ncd/risk\\_factors/overweight\\_obesity/obesity\\_adults/en/](http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight_obesity/obesity_adults/en/)> .
- WHO, 2016c. Fiscal policies for diet and prevention of noncommunicable diseases: technical meeting report, 2015, World Health Organization, Geneva.
- WHO, 2015. Ingestion of sugars per adults and children. World Health Organization, Geneva.
- WHO, 2013. Oral health surveys: basic methods, 5th ed. World Health Organization, Geneva.
- WHO, 2003. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. World Health Organization, Geneva. doi: 10.1046/j..2003.com122.x.
- WHO, UNICEF, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Bank, 2015. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. World Health Organization, Geneva.

Tabela 1 – Distribuição de gestantes de alto risco segundo a presença de ao menos um dente cariado, perdido ou obturado e fatores sociodemográficos. Araçatuba-SP, Brasil. 2019.

Variáveis	Dente Cariado			Dente Perdido			Dente Obturado		
	Sim	Não	<i>p</i> -valor	Sim	Não	<i>p</i> -valor	Sim	Não	<i>p</i> -valor
<b>Idade</b>									
≤ 15 anos	41	43		6	78		54	30	
16–34 anos	585	486	0,47	532	539	0,00*	925	146	0,00*
≥ 35 anos	180	165		270	75		333	12	
<b>Renda</b>									
≤ R\$500,00	54	28		41	41		72	10	
R\$500,01 - R\$1500,00	373	265		332	306		543	95	
R\$1500,01 - \$2500,00	250	240	0,00*	279	211	0,19	437	53	0,02*
≥ R\$2500,01	98	144		141	101		223	19	
Não Respondeu	31	17		15	33		36	12	
<b>Escolaridade</b>									
< 1 ano	10	5		11	4		10	5	
1–7 anos	148	90		134	104		206	32	
8–10 anos	294	209	0,00*	242	261	0,02*	421	82	0,00*
11 anos	263	254		292	225		465	52	
≥ 12 anos	91	136		129	98		210	17	

Teste qui-quadrado de Pearson \**p* < 0,05

Tabela 2 - Modelo de regressão logística com análise bruta e ajustada para verificação de associação entre dentes cariados, perdidos ou obturados e fatores sociodemográficos em gestantes de alto risco. Araçatuba-SP, Brasil. 2019.

Variáveis	Dente Cariado		Dente Perdido		Dente Obturado		
	OR (95% IC)	OR (95% IC)	OR (95% IC)	OR (95% IC)	OR (95% IC)	OR (95% IC)	
	Modelo Bruto	Modelo Ajustado	Modelo Bruto	Modelo Ajustado	Modelo Bruto	Modelo Ajustado	
Idade	≤ 15 anos	0,60 (0,36–0,99)*	-	0,06 (0,02–0,17)*	0,06 (0,02–0,17)*	0,29 (0,17–0,50)*	0,30 (0,17–0,51)*
	16–34 anos	-	-	-	-	-	-
	≥ 35 anos	0,94 (0,73–1,21)	-	3,46 (2,60–4,61)*	3,60 (2,71–4,78)*	4,35 (2,34–8,06)*	4,46 (2,41–8,27)*
Renda	≤ R\$500,00	2,21 (1,29–3,79)*	2,23 (1,31–3,82)*	0,69 (0,40–1,20)	-	0,75 (0,32–1,75)	-
	R\$500,01 -R\$1500,00	1,73 (1,27–2,37)*	1,75 (1,28–2,40)*	0,85 (0,61–1,19)	-	0,60 (0,35–1,04)	-
	R\$1500,01 - R\$2500,00	1,42 (1,04–1,95)*	1,43 (1,04–1,97)*	0,94 (0,68–1,31)	-	0,72 (0,41–1,26)	-
	≥ R\$2500,01	-	-	-	-	-	-
Escolaridade	< 1 ano	4,34 (1,15–16,39)*	4,27 (1,13–16,12)*	2,12 (0,54–8,29)	-	0,13 (0,33–0,51)*	0,12 (0,31–0,46)*
	1–7 anos	2,20 (1,48 – 3,27)*	2,07 (1,40 – 3,06)*	1,36 (0,90–2,07)	-	0,73 (0,38–1,44)	0,65 (0,34–1,25)
	8–10 anos	1,84 (1,32 – 2,58)*	1,78 (1,27 – 2,48)*	1,03 (0,73–1,46)	-	0,62 (0,35–1,11)	0,56 (0,32–0,98)*
	11 anos	1,42 (1,03 – 1,96)*	1,42 (1,03 – 1,97)*	1,09 (0,78–1,52)	-	0,85 (0,47–1,52)	0,80 (0,45–1,43)
	≥ 12 anos	-	-	-	-	-	-

Análise multivariada, regressão logística binária \* $p < 0,05$

Tabela 3 – Distribuição de gestantes de alto risco segundo a presença de ao menos um dente cariado, perdido ou obturado e condição sistêmica. Araçatuba-SP, Brasil. 2019.

Variáveis	Dente Cariado			Dente Perdido			Dente Obturado		
	Sim	Não	<i>p</i> -valor	Sim	Não	<i>p</i> -valor	Sim	Não	<i>p</i> -valor
<b>Hipertensão Arterial</b>									
Sim	118	71	0,01*	114	75	0,06	173	16	0,07
Não	688	623		694	617		1139	172	
<b>Hipertensão Arterial Gestacional</b>									
Sim	134	105	0,43	132	107	0,65	209	30	0,85
Não	672	589		676	585		1103	158	
<b>Diabetes Mellitus</b>									
Sim	44	32	0,46	53	23	0,00*	72	4	0,05*
Não	762	662		755	669		1240	184	
<b>Diabetes Mellitus Gestacional</b>									
Sim	46	45	0,53	58	33	0,06	81	10	0,63
Não	760	649		750	659		1231	178	
<b>Tabagismo</b>									
Sim	89	44	0,00*	74	59	0,67	114	19	0,54
Não	717	650		734	633		1197	170	
<b>Obesidade</b>									
Sim	80	40	0,00*	69	51	0,41	108	12	0,37
Não	726	654		739	641		1203	177	

Teste qui-quadrado de Pearson \* $p < 0,05$

Tabela 4 – Modelo de análise univariada e multivariada para verificar a associação entre dentes cariados, perdidos ou obturados e condição sistêmica em gestantes de alto risco. Araçatuba-SP, Brasil. 2019.

Variáveis	Dente Cariado		Dente Perdido		Dente Obturado	
	OR (95% IC)	OR (95% IC)	OR (95% IC)	OR (95% IC)	OR (95% IC)	OR (95% IC)
	Análise Univariada	Análise Multivariada	Análise Univariada	Análise Multivariada	Análise Univariada	Análise Multivariada
Hipertensão Arterial	1,51(1,10–2,06)*	1,46(1,05–2,03)*	1,35(0,99–1,84)*	1,26(0,91–1,74)	1,64(0,96–2,81)*	1,49(0,86–2,59)
Hipertensão Arterial Gestacional	1,12(0,85–1,48)	1,17(0,88–1,56)	1,07(0,81–1,41)	1,10(0,82–1,46)	0,96(0,64–1,45)	0,99(0,65–1,52)
Diabetes Mellitus	1,20(0,75–1,91)	1,07(0,66–1,73)	2,04(1,24–3,37)*	2,00(1,20–3,32)*	2,69(0,97–7,44)*	2,48(0,89–6,92)
Diabetes Mellitus Gestacional	0,87(0,57–1,33)	0,85(0,55–1,30)	1,54(1,00–2,40)*	1,57(1,01–2,44)*	1,18(0,60–2,32)	1,18(0,60–2,32)
Tabagismo	1,83(1,26–2,67)*	1,85(1,26–2,70)*	1,08(0,76–1,55)	1,10(0,77–1,58)	0,85(0,51–1,42)	0,85(0,51–1,42)
Obesidade	1,80(1,22–2,67)*	1,64(1,09–2,46)*	1,17(0,81–1,71)	1,07(0,72–1,58)	1,32(0,72–2,45)	1,21(0,64–2,28)

Análise univariada: teste qui-quadrado de Pearson; análise multivariada: regressão logística binária

\* $p < 0,05$

## **Considerações Finais**

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

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

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

### Expandida

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



13. Vamos CA, Thompson EL, Avendano M, Daley EM, Quinonez RB, Boggess K. Oral health promotion interventions during pregnancy: a systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2015;43(5):385–96.
14. Acosta de Camargo MG, Acosta MI. Periodontal disease and pregnancy outcome: are we still in the same place. *J Dent Health Oral Disord Ther.* 2017;8(2):00280.
15. Azofeifa A, Yeung LF, Alverson CJ, Beltrán-Aguilar E. Dental caries and periodontal disease among U.S. pregnant women and nonpregnant women of reproductive age, National Health and Nutrition Examination Survey, 1999–2004. *J Public Health Dent.* 2016;76(4):320–9.
16. Geisinger ML, Geurs NC, Bain JL, Kaur M, Vassilopoulos PJ, Cliver SP, et al. Oral health education and therapy reduces gingivitis during pregnancy. *J Clin Periodontol.* 2014;41(2):141–8.
17. Krüger MSM, Casarin RP, Gonçalves LB, Pappen FG, Bello-Correa FO, Romano AR. Periodontal health status and associated factors: findings of a prenatal oral health program in south Brazil. *Int J Dent.* 2017;2017:3534048.
18. Figueiredo CSA, Rosalem CGC, Cantanhede ALC, Thomaz ÉBAF, Cruz MCFN. Systemic alterations and their oral manifestations in pregnant women. *J Obstet Gynaecol Res.* 2017;43(1):16–22.
19. Sonbul H, Ashi H, Aljahdali E, Campus G, Lingström P. The Influence of Pregnancy on Sweet Taste Perception and Plaque Acidogenicity. *Matern Child Health J.* 2017;21(5):1037–46.
20. National Maternal and Child Oral Health Resource Center. Oral health care during pregnancy: a resource guide. 2nd ed. Washington, DC: National Maternal and Child Oral Health Resource Center, Georgetown University; 2017.
21. Jain K, Kaur H. Prevalence of oral lesions and measurement of salivary pH in the different trimesters of pregnancy. *Singapore Med J.* 2015;56(1):53–7.
22. Tuominen R, Reunanen A, Paunio M, Paunio I, Aromaa A. Oral health indicators poorly predict coronary heart disease deaths. *J Dent Res.* 2003;82(9):713–8.
23. Vieira ACF, Alves CMC, Rodrigues VP, Ribeiro CCC, Gomes-Filho IS, Lopes FF. Oral, systemic and socioeconomic factors associated with preterm birth. *Women and Birth* [Internet]. 2018 [cited 2018 Mar 24]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519217306005>
24. Johnston L, Vieira AR. Caries experience and overall health status. *Oral Health Prev Dent.* 2014;12(2):163–70.
25. Moimaz SAS, Lolli LF, Garbin CAS, Saliba O, Saliba NA, Azevedo PS. Harmful oral suction habits in children: association with breastfeeding and family social profile. *Rev Odonto Ciênc.* 2010;25(4):355–60.
26. Moimaz SAS, Saliba O, Lolli LF, Garbin CAS, Garbin AJ, Saliba NA. A longitudinal study of the association between breast-feeding and harmful oral habits. *Pediatr Dent.* 2012;34(2):117–121.
27. Rocha NB, Garbin AJ, Garbin CAS, Moimaz SAS, Saliba O, Gonçalves PE. Amamantamiento y hábitos de succión no nutritivos: un estudio de cohorte. *Acta Odontol Venez.* 2013;51(3)1–7.

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

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

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

56. Kateeb E, Momany E. Dental caries experience and associated risk indicators among Palestinian pregnant women in the Jerusalem area: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2018 22;18(1):170.
57. Corchuelo-Ojeda J, Soto-Llanos L, Villavicencio J, Corchuelo-Ojeda J, Soto-Llanos L, Villavicencio J. Situation of caries, gingivitis and oral hygiene in pregnant and non-pregnant women in hospitals of Valle del Cauca, Colombia. *Universidad y Salud*. 2017 Mar;19(1):67–74.
58. Costa EM, Azevedo JAP, Martins RFM, Alves CMC, Ribeiro CCC, Thomaz EBAF. Anemia and Dental Caries in Pregnant Women: a Prospective Cohort Study. *Biological Trace Element Research*. 2017 Jun;177(2):241–50.
59. Kamate WI, Vibhute NA, Baad RK. Estimation of DMFT, Salivary Streptococcus Mutans Count, Flow Rate, Ph, and Salivary Total Calcium Content in Pregnant and Non-Pregnant Women: A Prospective Study. *J Clin Diagn Res*. 2017 Apr;11(4):ZC147–51.
60. Azofeifa A, Yeung LF, Alverson CJ, Beltrán-Aguilar E. Dental caries and periodontal disease among U.S. pregnant women and nonpregnant women of reproductive age, National Health and Nutrition Examination Survey, 1999–2004. *J Public Health Dent*. 2016 Sep;76(4):320–9.
61. Moimaz SAS, Rocha NB, Garbin AJI, Garbin CAS, Saliba O. Influence of oral health on quality of life in pregnant women. *Acta Odontol Latinoam*. 2016;29(2):186-93.
62. Jain K, Kaur H. Prevalence of oral lesions and measurement of salivary pH in the different trimesters of pregnancy. *Singapore Med J*. 2015;56(1):53–7.
63. Vamos CA, Thompson EL, Avendano M, Daley EM, Quinonez RB, Boggess K. Oral health promotion interventions during pregnancy: a systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2015;43(5):385–96.
64. Krüger MSM, Lang CA, Almeida LHS, Bello-Corrêa FO, Romano AR, Pappen FG. Dental pain and associated factors among pregnant women: an observational study. *Matern Child Health J*. 2015;19(3):504–10.
65. Centers for Disease Control and Prevention. Epi Info™ [Internet]. 2018 [cited 2018 May 20]. Available from: <https://www.cdc.gov/epiinfo/index.html>
66. Bioestat - versão 5.3 [Internet]. 2018 [cited 2018 May 20]. Available from: <http://www.mamiraua.org.br/pt-br/downloads/programas/bioestat-versao-53/>

## Anexo B - Parecer Consubstanciado do CEP

UNESP - FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA-CAMPUS DE  
ARAÇATUBA/ UNIVERSIDADE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Estudo da rede de atenção à saúde da mulher com ênfase em saúde bucal de gestantes de alto risco

**Pesquisador:** Suzely Adas Saliba Moimaz

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 60855316.8.0000.5420

**Instituição Proponente:** Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba - UNESP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.914.629

#### Apresentação do Projeto:

Com o projeto de pesquisa pretende-se realizar um levantamento da organização da rede de atenção à saúde materno-infantil e o perfil das gestantes de alto risco (n=2160), que serão atendidas no Ambulatório Médico de Especialidades (AME) de Araçatuba-SP. Trata-se de um estudo transversal, que será realizado no Ambulatório Médico de Especialidades (AME) de Araçatuba e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de 27 municípios do estado de São Paulo, com coleta de dados sobre o perfil sócio demográfico das gestantes; a organização da demanda na rede regional de atenção à saúde; a condição de saúde bucal das gestantes de alto risco e a existência de protocolos para o atendimento odontológico de gestantes de alto risco. Para tal serão realizados exames bucais de gestantes de alto risco (AME - Araçatuba) bem como consulta aos sistemas de informação em saúde e coleta de informações com os gestores. Os resultados obtidos serão submetidos à análise estatística, ao nível de significância de 5%.

#### Objetivo da Pesquisa:

Com o trabalho objetiva-se analisar a organização da rede de atenção à saúde materno-infantil e o perfil das gestantes de alto risco, com coleta de dados sobre o perfil sócio demográfico das gestantes; a organização da demanda na rede regional de atenção à saúde; a condição de saúde bucal das gestantes de alto risco e a existência de protocolos para o atendimento odontológico de

**Endereço:** JOSE BONIFACIO 1193

**Bairro:** VILA MENDONCA

**CEP:** 16.015-050

**UF:** SP

**Município:** ARACATUBA

**Telefone:** (18)3636-3200

**Fax:** (18)3636-3332

**E-mail:** andrebertoz@foa.unesp.br

UNESP - FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA-CAMPUS DE  
ARAÇATUBA/ UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.914.629

gestantes de alto risco.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos da pesquisa são mínimos, uma vez que as participantes da pesquisa serão submetidas a exame clínico e uma entrevista afim de saber o estado de saúde em geral. Com relação aos benefícios, as gestantes de alto risco com necessidade de tratamento odontológico serão encaminhadas para o atendimento especializado na clínica de gestantes da Faculdade de Odontologia de Araçatuba FOA/UNESP. Todas receberão Kit de saúde bucal, com escova, pasta e fio dental e um manual sobre saúde bucal e cidadania. Soma-se a isso a verificação da existência de protocolos clínicos para atendimento de gestantes nos 27 municípios que compõe a rede e o perfil de saúde bucal das gestantes de alto risco, atendidas no Ambulatório Médico de Especialidades (AME) Araçatuba - SP.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de estudo que visa realizar uma avaliação a respeito da organização da rede de atenção à saúde materno-infantil e o perfil das gestantes de alto risco.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados adequadamente.

**Recomendações:**

Não Há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após a avaliação da metodologia proposta bem como dos documentos anexos somos favoráveis à execução do mesmo uma vez que a metodologia apresentada atende as normas da Resolução 466/12.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP acata o parecer do relator. Informamos ao(a) senhor(a) pesquisador(a) que de acordo com a Resolução 466 CNS, de 12/12/2012 (título X, seção X.1., art. 3, item b, e, título XI, seção XI.2., item d), há necessidade de apresentação de relatórios semestrais, devendo o primeiro relatório ser enviado até 10/08/2017. O CEP reitera a necessidade de entrega de uma via (não cópia) do TCLE ao sujeito participante da pesquisa e solicita ao pesquisador responsável leitura da carta circular 003/2011 CONEP/CNS antes do início do projeto.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193		CEP: 16.015-050
Bairro: VILA MENDONCA		
UF: SP	Município: ARACATUBA	
Telefone: (18)3636-3200	Fax: (18)3636-3332	E-mail: andrebertoz@foa.unesp.br

UNESP - FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA-CAMPUS DE  
ARAÇATUBA/ UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.914.629

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_518196.pdf	09/02/2017 11:36:49		Aceito
Outros	Termo_de_autorizacao.pdf	09/02/2017 11:33:19	Fernanda Izaura Rodrigues	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/11/2016 15:53:20	Fernanda Izaura Rodrigues	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	29/11/2016 15:49:45	Fernanda Izaura Rodrigues	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_gestante_ame.pdf	07/10/2016 23:05:20	Fernanda Izaura Rodrigues	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	07/10/2016 23:02:32	Fernanda Izaura Rodrigues	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

ARACATUBA, 10 de Fevereiro de 2017

---

**Assinado por:**  
**André Pinheiro de Magalhães Bertoz**  
(Coordenador)

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193  
Bairro: VILA MENDONCA CEP: 16.015-050  
UF: SP Município: ARACATUBA  
Telefone: (18)3636-3200 Fax: (18)3636-3332 E-mail: andrebertoz@foa.unesp.br