



Helderjan de Souza Mendes

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DAS
GESTANTES ATENDIDAS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE
BOTUCATU - SP E SEU CONHECIMENTO
SOBRE A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE
BUCAL NA GESTAÇÃO**

**Prof. Dr. José Carlos Peraçoli
ORIENTADOR**

**Prof. Dr. Paulo Sérgio S. Santos
CO-ORIENTADOR**

Mestrado

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”

UNESP

2014

Helderjan de Souza Mendes

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DAS GESTANTES
ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE
BOTUCATU - SP E SEU CONHECIMENTO SOBRE A
IMPORTÂNCIA DA SAÚDE BUCAL NA GESTAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do Título de Mestre.

ORIENTADOR: Prof. Dr. José Carlos Peraçoli

CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. Paulo Sérgio S. Santos

Botucatu - SP

2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Mendes, Helderjan de Souza.

Condições de saúde bucal das gestantes atendidas na
atenção primária do município de Botucatu - SP e seu
conhecimento sobre a importância da saúde bucal na
gestação / Helderjan de Souza Mendes. - Botucatu, 2015

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: José Carlos Peraçoli

Coorientador: Paulo Sérgio S. Santos

Capes: 40101150

1. Gravidez. 2. Saúde bucal. 3. Cuidado pré-natal. 4.
Odontologia.

Palavras-chave: Gestação; Pré-natal; Saúde bucal.



Dedicatória

Dedico esta dissertação...

Aos meus avós, cujos exemplos serviram de pedra fundamental para a construção da minha família. Vocês sempre estarão no meu coração.

Aos meus sogros, Aniello e Angela, meus segundos pais, pelo amor e incentivo.

À Regina e José Mendes, meus pais tão queridos e amados, exemplo de família, amor e por me ensinarem o real significado da expressão “ser homem”.

À mina amada esposa Karilla, meu porto seguro, porque seria impossível ser o que sou sem a sua presença constante ao meu lado.



Agradecimientos

Prof. Dr. José Carlos Peraçoli, amado mestre e amigo, exemplo de orientador e profissional, agradeço pelas oportunidades, pela convivência e pelo apoio irrestrito na realização deste sonho.

Prof. Dr. Paulo S.S. Santos, por me fazer acreditar e sonhar novamente, pela colaboração fundamental e pela amizade. Sua energia positiva foi o diferencial para que esse sonho tomasse forma.

À FAPESP pelo apoio financeiro a este projeto. (no. 2013/12053-1)

Ao Hélio Rubens, por todo apoio na realização desta dissertação. Sua participação foi incomensurável.

À minha banca de qualificação, Profa. Dra Cristiane Murta Ramalho Nascimento e a Professora Dra. Glílciane Morceli, pelas observações construtivas, buscando o melhor para esta dissertação.

À Profa. Débora Cristina Damasceno, por me ensinar a como viabilizar esta dissertação e pela amizade, seus ensinamentos foram fundamentais.

À Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu, por permitir a realização deste trabalho em suas Unidades de Saúde.

À Fundação Uni, pelo apoio e por compreender a importância deste trabalho.

À Seção Técnica de Pós-graduação, por toda atenção e ajuda.

Aos meus novos amigos do CEP, Beto Capelluppi e Kleber Camargo, que foram tão importantes na fase inicial.

À todos meus colegas que trabalham na atenção primária a saúde, que me receberam com tanta receptividade e facilitaram muito minhas atividades.



Sumário

Resumo

Abstract

1. Introdução.....	14
2. Sujeitos e Métodos.....	17
3. Resultados.....	24
4. Discussão.....	32
Referências.....	36
Anexos.....	47



Resumo

OBJETIVO: Avaliar a qualidade da saúde bucal de gestantes e seu conhecimento sobre os potenciais impactos negativos que a saúde bucal pode ter sobre o binômio mãe-feto. **MÉTODOS:** foi realizado estudo de corte transversal e prospectivo, em amostra representativa da população de gestantes, que receberam assistência pré-natal em quinze unidades de atenção primária à saúde do município de Botucatu – SP. O tamanho amostral foi calculado por meio de amostragem aleatória simples, resultando em 142 gestantes. As gestantes foram avaliadas uma única vez, a partir da 16ª semana, por meio de um questionário e de exame físico para identificação de índices indicadores da saúde bucal. **RESULTADOS:** o número de gestantes que relataram ter conhecimento da repercussão da saúde bucal sobre a gravidez foi muito baixo, assim como o número de gestantes que relataram ter recebido orientação sobre saúde bucal durante a assistência pré-natal. Os índices indicadores de saúde bucal mostraram altas taxas de sangramento gengival, profundidade de bolsa de pelo menos 4mm, cálculos e lesões de cárie. **CONCLUSÃO:** na população de gestantes analisada verificou-se baixo grau de conhecimento do efeito da saúde bucal sobre a gestação, baixa taxa de informação às gestantes, por parte dos profissionais de saúde, sobre a importância de manter a saúde bucal durante a gestação e baixa qualidade dos índices indicadores de saúde bucal.



Abstract

OBJECTIVE: to evaluate the quality of oral health of pregnant women and their knowledge of the potential negative impacts that oral health can have on the mother-fetus binomial. **METHODS:** it was a cross-sectional and prospective cohort study, in a representative sample of the population of pregnant women who received prenatal care in fifteen units of primary health care in Botucatu - SP. The sample size was calculated by means of simple random sampling, resulting in 142 pregnant women. Patients were evaluated only once, from the 16th week through a questionnaire and physical examination to identify indicators of oral health indices. **RESULTS:** the number of women who reported being aware of the impact of oral health on pregnancy was very low, and so was the number of women who reported having received guidance on oral health during prenatal care. Oral health indicators showed high gingival bleeding rates, pocket depth of at least 4mm, calculations and caries. **CONCLUSION:** in the pregnant population analyzed a low level of knowledge about oral health effect on pregnancy was shown, as well as low information rate to pregnant women by health professionals on the importance of maintaining oral health during pregnancy and low quality of the indicators indices of oral health.



1. Introdução

A literatura atual enfatiza a importância da saúde bucal sobre as condições gerais das gestantes e seu impacto na saúde dos recém-nascidos. Este fato destaca a necessidade de que, na gestação, a mulher deve receber atendimento odontológico de rotina (1,2,3), apesar de haver ainda relutância em assumir essa atitude por parte de alguns profissionais.

Durante a gestação ocorrem alterações fisiológicas que tornam as gestantes vulneráveis a determinadas doenças, entre as quais as doenças periodontais (4), o maior risco de cárie, que está associado à alterações nas glândulas salivares e à dieta (5,6), as erosões resultantes dos clássicos enjoos matinais (5) e a mobilidade dentária.

As doenças periodontais acometem até 60% das gestantes (7) e desencadeiam uma resposta imunológica durante a gestação (8) representada por altas concentrações locais e sistêmicas de biomarcadores do estresse oxidativo (9).

Offenbacher et al. em 1996 (10) foram os primeiros a relatar que há relação entre a doença periodontal e o parto prematuro, desencadeando outros estudos que observaram ou sugeriram haver associação entre doenças periodontais e complicações na gestação como aborto precoce, parto prematuro, recém-nascido com baixo peso, pré-eclâmpsia e diabetes gestacional (11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 7, 26, 27, 28, 29, 30).

Deve-se ressaltar a importância da presença de lesões de cárie na gestante, decorrentes do aumento do número de microrganismos cariogênicos durante a gestação (31), representados principalmente pelo *Streptococcus mutans*, que é também o microrganismo comumente adquirido pelas crianças de suas mães (32, 33). Quando contaminadas precocemente as crianças terão

maiores experiências de cárie em suas vidas do que aquelas que forem contaminadas tardiamente (34).

Mesmo com todas essas evidências da literatura, durante o período da assistência pré-natal baixa porcentagem de gestantes recebem informações em relação aos cuidados bucais, uma vez que esse assunto em geral não faz parte da rotina no serviço (35,36,37,38).

Essa desinformação decorre das dúvidas ainda existentes entre os dentistas quanto à segurança dos procedimentos odontológicos em gestantes (39,40) e também porque, na rotina da assistência pré-natal os obstetras geralmente não recomendam o atendimento odontológico (41). Essas duas circunstâncias, associadas ao fato de muitas gestantes ainda acreditarem que a baixa qualidade na saúde bucal é normal durante a gestação (42) e ao medo e ansiedade em relação ao tratamento dentário (43), refletem a baixa procura pelo serviço odontológico entre as gestantes (1, 35, 44).

Portanto, as gestantes devem receber adequados cuidados preventivos em relação à saúde bucal (45, 46) e cuidados de emergência odontológica devido a episódios de dor dental aguda (47).

Considerando-se o contexto acima, que indica os possíveis impactos negativos que a saúde bucal pode acarretar ao binômio mãe-feto e, portanto, assinala a necessidade do atendimento odontológico, representado por ações educacionais, motivacionais e curativas, nosso objetivo foi avaliar as condições da saúde bucal e o grau de conhecimento de gestantes que receberam assistência pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em um município do estado de São Paulo – Brasil.

2. Sujeitos e Métodos

O presente estudo, de corte transversal e prospectivo, foi realizado em amostra representativa da população de gestantes que receberam assistência pré-natal em quinze Unidades de Saúde pertencentes à Secretaria de Saúde do município de Botucatu – SP, categorizadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades da Estratégia de Saúde da Família (UESF). Em todas essas unidades as gestantes tem acesso a profissionais da área médica, odontológica e de enfermagem. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp / parecer no.1651701360005411 (**Anexo 1**) e recebeu apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) / processo no. 2013/12053-1.

O tamanho amostral foi calculado por meio de amostragem aleatória simples, para que a pesquisa abrangesse gestantes assistidas em todas as unidades de saúde do município. Considerando o peso de cada unidade em relação ao total de gestantes atendidas no ano de 2011, a variabilidade no CPO (total de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) igual a 9,21 (três vezes superior a variabilidade do CPO encontrada em crianças de 0 a 12 anos - Arantes et al., 2001) e fixando erro de amostragem de no máximo 0,5 e nível de confiança de 95%, o número de gestantes selecionadas foi de 142 (**Tabela 1**).

Os critérios de inclusão foram estar pelo menos na décima sexta semana de gestação, ter feito até o momento da entrevista ao menos uma consulta de pré-natal em alguma unidade de saúde do município de Botucatu, estar em bom estado geral de saúde e não apresentar comorbidades.

Todas as gestantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (**Anexo 2**).

O estudo compreendeu duas abordagens: identificação de dados demográficos das gestantes pela consulta ao prontuário médico e cartão de pré-natal, seguida de resposta a questionário direcionado ao assunto (**Anexo 3**) e avaliação clínica onde se calculou o Índice Periodontal Comunitário (CPI), a determinação do CPO e a classificação de atividade de cárie.

Tabela 1. Número e porcentagem das 142 gestantes incluídas no estudo segundo sua distribuição em cada unidade de saúde do município de Botucatu – SP.

Unidade de Saúde	No. gestantes ano de 2011	Peso unidade	n	%
UBS Vila Cidade Jardim	172	0,106	16	11,3
UBS Jardim Peabiru	139	0,085	12	8,5
UBS Vila Ferroviária (CSE)	160	0,098	12	8,5
UBS COHAB I	145	0,089	12	8,5
UBS Vila dos Lavradores (CSE)	128	0,079	11	7,7
Centro de Saúde I	157	0,096	13	9,2
UBS CECAP	101	0,062	09	6,3
USF Rubião Junior	109	0,067	09	6,3
UESF Jardim Aeroporto	111	0,068	10	7,0
UESF Jardim Iolanda	87	0,053	08	5,6
UESF Real Park	83	0,051	07	4,9
UBS Vila São Lúcio	76	0,047	07	4,9
UBS Jardim Cristina	84	0,052	08	5,7
UESF Parque Marajoara	49	0,030	05	3,5
UESF Santa Elisa	26	0,016	03	2,1

Avaliação clínica bucal das gestantes

A saúde bucal das gestantes foi avaliada por meio de índices específicos para esse tipo de avaliação.

a) Índice Periodontal Comunitário (CPI)

O Índice Periodontal Comunitário foi realizado sob luz artificial, utilizando-se sonda periodontal de ponta romba CPI da OMS (Organização Mundial de Saúde), da marca Aesculap ® (DB765R/WHO), espelho plano odontológico e espátula de madeira descartável. Foram identificadas a espessura do biofilme, a presença de cálculos e de bolsas periodontais nas faces vestibular e lingual de seis dentes: primeiro molar superior direito (16), incisivo central superior direito (11), primeiro molar superior esquerdo (26), primeiro molar inferior esquerdo (36), incisivo central inferior esquerdo (31) e primeiro molar inferior direito (46).

Os procedimentos de exame se iniciaram pela área disto-vestibular, passando-se para a área média e posteriormente para a área mésio-vestibular. Em seguida inspecionaram-se as áreas linguais, percorrendo no sentido distal para mesial. A sonda foi introduzida levemente no sulco gengival ou na bolsa periodontal, ligeiramente inclinada em relação ao longo eixo do dente, seguindo a configuração anatômica da superfície radicular. Foram realizados movimentos de vai-e-vem vertical e de pequena amplitude. A força na sondagem foi inferior a 20 gramas (BRASIL, 2000).

Os critérios para definição do CPI encontram-se no **Quadro 1**.

Quadro 1 - Critérios para definição do CPI (48,49)

Graduação	Correlação clínica
0	Sextante hígido
1	Sextante com sangramento após sondagem
2	Cálculo (qualquer quantidade, com área preta da sonda visível)
3	Bolsa de 4mm a 5mm
4	Bolsa de 6mm ou mais
X	Sextante excluído
9	Sextante não examinado

b) Determinação do índice CPO (48,49)

O índice CPO é o índice de atividade de cárie em uma população, aferido pela média do número total de dentes permanentes cariados (C), perdidos (P) - extraídos ou com extração indicada e obturados (O) em um grupo de indivíduos, utilizando espátula de madeira descartável e luz natural. Foi considerado “cariado” o dente com cavidade, opacidade ao longo das faces ou mancha indicando presença de cárie subjacente; “perdido”, o dente extraído ou com indicação de exodontia; “obturado”, o dente com restauração de amálgama, resina composta ou similar e “ausente”, dente não irrompido ou anodontia. A classificação seguiu a anotação descrita no **Quadro 2**.

Quadro 2 - Classificação segundo o índice CPO (48,49)

Decíduos	Permanentes	Definição
A	0	Espaço vazio – ausência de dente
B	1	Coroa cariada
C	2	Coroa restaurada, mas cariada
D	3	Coroa restaurada e sem cárie
E	4	Dente perdido devido à cárie
-	5	Dente perdido por outra razão
F	6	Selante
G	7	Apoio de ponte ou coroa
-	8	Coroa não irrompida
T	T	Trauma
-	9	Dente excluído

Dividindo-se a soma do índice CPO pelo número de gestantes examinadas obteve-se a classificação de atividade de cárie na população estudada (Quadro 3).

Quadro 3 - Classificação de atividade de cárie. (48,49)

Índice CPO	Classificação
0 – 1,1	Muito baixa
1,2 – 2,6	Baixa
2,7 – 4,4	Média
4,5 – 6,5	Alta
≥ 6,6	Muito alta

Toda gestante avaliada pelos indicadores de saúde bucal, que recebeu o diagnóstico de doença periodontal e/ou presença de cárie, foi encaminhadas ao serviço odontológico da unidade em que realizou o pré-natal.

Análise dos dados

Os dados foram obtidos por distribuição de percentuais relativos, sendo analisados de forma descritiva. Não houve necessidade de aplicação de testes estatísticos para comparação de dados.

3. Resultados

Das 142 gestantes avaliadas neste estudo, 100 (70,4%) encontravam-se na faixa etária entre 20 e 35 anos, 97 (68,3%) eram da raça branca, 95 (66,9%) tinham nível médio de escolaridade, 70 (49,2%) exerciam trabalho remunerado, 107 (75,3%) tinham renda per capita até três salários mínimos, 71 (50%) eram primigestas, 107 (75,3%) estavam com idade gestacional de 24 semanas ou mais, 30 (21,1%) declararam-se tabagistas antes da gestação e 15 (10,6%) mantiveram o tabagismo durante a gestação (**Tabela 2**).

Na **Tabela 3** encontram-se as respostas das gestantes relacionadas às condições da sua saúde bucal, verificando-se que, 48 (33,8%) relataram ter sangramento gengival ou algum tipo de desconforto antes da gestação e 72 (50,7%) tinham hábito de consultar um dentista ao menos uma vez ao ano. Por outro lado, essas mesmas questões foram avaliadas após estarem grávidas, 93 (65,4%) das mulheres apresentavam atualmente sangramento gengival e apenas 46 (32,4%) procuraram um dentista, sendo que destas apenas 16 (11,2%) concluíram o tratamento.

Por meio da entrevista também avaliamos o grau de informações que foram oferecidas às gestantes durante o pré-natal, por parte dos profissionais vinculados aos serviços. Em apenas uma das abordagens, informação sobre a alimentação durante a gestação, obtivemos resultados positivos, isto é, 85 (59,9%) gestantes receberam essa informação do médico ou do enfermeiro. Todavia, ao analisarmos o conteúdo dessas informações constatamos que o enfoque não estava associado ao risco de cárie dentária. Orientações sobre higiene oral, possíveis complicações maternas e do recém-nascido causadas por

doenças bucais e, cuidados e hábitos alimentares do recém-nascido foram oferecidas para menos que 10% das gestantes (**Tabela 4**).

Os dados referentes ao exame clínico bucal, representado pela determinação dos índices CPI e CPO, que identificam o estado geral da saúde bucal das gestantes, encontram-se nas **Tabelas 5 a 7**. Verificamos que, em relação aos seis sextantes avaliados, 54 (38%) apresentavam sangramento gengival, em 100 (70%) gestantes constatou-se no mínimo um sextante com profundidade de bolsa de 4mm a 5mm e 97 (69%) apresentavam cálculos. O Índice de Sangramento após sondagem foi positivo em 80 (57%) gestantes (**Tabelas 5 e 6**). Lesões de cárie estavam presentes em 102 (72,6%) gestantes (**Tabela 7**). Outro fator importante foi o resultado do Índice de CPO, que mostra a classificação quanto à atividade de cárie, cujo valor foi de 10,42, o que é considerado muito alto.

Tabela 2. Dados sócio-demográficos da população estudada.

Dados sócio-demográficos	n	%
Faixa etária (anos)		
< 20	31	21,8
20 a 35	100	70,4
> 35	11	07,8
Raça		
Branca	97	68,3
Não branca	45	31,7
Escolaridade		
Fundamental	43	30,2
Médio	95	66,9
Superior	04	02,9
Trabalho remunerado		
Sim	70	49,2
Não	72	50,8
Renda per capita		
≤ três salários mínimos	107	75,3
> três salários mínimos	35	24,7
Paridade		
Primigesta	71	50,0
Múltipara	71	50,0
Idade gestacional		
< 24 semanas	35	24,7
≥ 24 semanas	107	75,3
Tabagismo antes da gestação		
Sim	30	21,1
Não	112	78,9
Tabagismo na gestação		
Sim	15	10,6
Não	127	89,4

Tabela 3. Número e porcentagem de respostas sobre o conhecimento das condições da saúde bucal da população estudada.

Conhecimento sobre saúde bucal	n	%
Sangramento gengival antes da gestação		
Sim	48	33,8
Não	94	66,2
Tratamento odontológico antes da gestação		
Sim	72	50,7
Não	70	49,3
Sangramento gengival durante a gestação		
Sim	93	65,4
Não	49	34,6
Tratamento odontológico durante a gestação		
Sim	46	32,4
Não	96	67,6
Tratamento odontológico concluído		
Sim	16	11,2
Não	126	88,8

Tabela 4. Número e porcentagem de gestantes que receberam informações sobre saúde bucal durante o pré-natal.

Orientação sobre saúde bucal	Médico		Enfermeiro		Dentista	
	n	%	n	%	n	%
Higiene oral e indicação de consulta a dentista	04	2,8	03	2,1	06	4,2
Complicações na gravidez causadas por doenças bucais	04	2,8	---	---	01	0,7
Complicações do nascimento causadas por doenças bucais	04	2,8	01	0,7	02	1,4
Nutrição durante a gestação	64	45,1	21	14,8	---	---
Cuidados e hábitos alimentares do recém-nascido	---	---	01	0,7	01	0,7

Tabela 5. Número e porcentagem de gestantes segundo as condições dos sextantes determinadas pelo CPI.

Condições do sextante	N	%
Hígido	110	78
Sangramento	54	38
Cálculo	97	69
Bolsa entre 4 e 5mm	81	57
Bolsa $\geq$ 6mm	19	13
Excluído	55	39

Tabela 6. Número e percentual do Índice Periodontal Comunitário (CPI) por sextante da população estudada.

Sextante	n	%
Sextante superior direito		
Saudável	28	19,9
Sangramento após sondagem	18	12,8
Cálculos	24	17,0
Bolsa de 4 a 5mm	42	29,8
Bolsa $\geq$ 6mm	07	05,0
Excluído	22	15,6
Sextante superior central		
Saudável	93	66,0
Sangramento após sondagem	14	09,9
Cálculos	12	08,5
Bolsa de 4 a 5mm	12	08,5
Bolsa $\geq$ 6mm	04	02,8
Excluído	06	04,3
Sextante superior esquerdo		
Saudável	33	23,4
Sangramento após sondagem	13	09,2
Cálculos	29	20,6
Bolsa de 4 a 5mm	45	31,9
Bolsa $\geq$ 6mm	09	06,4
Excluído	12	08,5
Sextante inferior direito		
Saudável	28	19,9
Sangramento após sondagem	19	13,5
Cálculos	24	17,0
Bolsa de 4 a 5mm	33	23,4
Bolsa $\geq$ 6mm	02	01,4
Excluído	35	24,8
Sextante inferior central		
Saudável	64	45,4
Sangramento após sondagem	07	05,0
Cálculos	57	40,4
Bolsa de 4 a 5mm	06	04,3
Bolsa $\geq$ 6mm	06	04,3
Excluído	01	00,7
Sextante inferior esquerdo		
Saudável	21	14,9
Sangramento após sondagem	13	09,2
Cálculos	39	27,7
Bolsa de 4 a 5mm	30	21,3
Bolsa $\geq$ 6mm	05	03,5
Excluído	33	23,4

Tabela 7. Número e porcentagem de lesões de cárie da população estudada.

Quantidade de lesões de cárie	N	%
0	40	28,4
1	32	22,7
2	21	14,9
3	11	7,8
4	12	8,5
5	07	5,0
6 ou mais	18	12,7



4. Discussão

Neste estudo, 70% das gestantes que receberam assistência pré-natal no município de Botucatu - SP apresentavam ao menos um sextante com bolsa periodontal de 4mm ou mais e 69% com cálculo. Apenas 28,4% dessas gestantes não apresentaram lesões de cárie, situação inadequada que é reforçada pela classificação de atividade de cárie, considerada muito alta (10,42). Essa mesma população não tinha conhecimento de que condição de saúde bucal ruim pode influenciar negativamente seu estado geral de saúde na gestação e comprometer o desenvolvimento de seu recém-nascido.

Esses resultados são piores do que os apresentados na literatura. Suri et al. em 2014 (50) mostraram que, apenas 40% dos obstetras indicam como rotina no pré-natal o tratamento odontológico e 47% aconselham sobre a importância de se manter uma boa higiene bucal, embora, na presença de sintomatologia 98% deles orientam sobre a necessidade do tratamento. Singhal et al. em 2013 (51) mostraram que 48% das gestantes receberam informações durante o pré-natal, sobre como cuidar de seus dentes e gengivas, de um dentista ou outro profissional. Geroge et al. em 2013 (38) mostraram que, apenas 47,5% das gestantes tem conhecimento de que a saúde bucal inadequada pode contribuir para o desenvolvimento de baixo peso ao nascer e que existe também contaminação cruzada em relação as cáries das mães acometerem os seus filhos.

Portanto, a situação de falta de conhecimento por parte das gestantes e de orientação por parte dos profissionais de saúde, sobre saúde bucal, caracterizada no presente estudo, necessita de intervenção a curto ou médio prazo. A literatura relata que, gestantes com maior consciência da relação entre saúde bucal

durante o período perinatal e risco de complicações para si e seu recém-nascido, são as que procuram o dentista durante a gestação (1, 42, 37,38). A Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia recomenda que, na primeira consulta da assistência pré-natal a gestante seja encaminhada para avaliação odontológica (52). Os resultados do presente estudo permitem inferir que, ou essa recomendação não está sendo devidamente cumprida ou não existe checagem nos retornos da assistência pré-natal se a gestante realizou a recomendação.

O presente estudo expressa também a gravidade e complexidade deste assunto em relação às gestantes atendidas na atenção primária à saúde do município de Botucatu – SP, pois podem estar causando impacto clínico negativo sobre a gestação dessas mulheres. A deterioração da saúde bucal determina aumento no risco de abortamento, parto prematuro, restrição de crescimento intra-útero e pré-eclâmpsia (10, 16, 28, 30) além de aumentar também o risco de cárie precoce nos filhos dessas mulheres, pela contaminação vertical (34, 53, 54).

Nesse sentido, é necessário ressaltar que, segundo a literatura, mulheres tratadas durante a gestação apresentam menor taxa de complicações como redução nos riscos de parto prematuro, de pré-eclâmpsia ou de crianças com baixo peso (55, 56, 57,58, 59, 60).

Segundo a California Dental Association Foundation, mães de crianças que tiveram sua flora cariogênica suprimida apresentam menor propensão em transmitir lesões de cáries e se forem contaminadas estas ocorrerão em idade mais tardia (53).

A Academia Americana de Periodontologia recomenda às mulheres que planejam engravidar ou estão grávidas que se submetam ao exame bucal e que,

uma vez detectado qualquer problema recebam tratamento adequado, beneficiando-se assim dos seus efeitos positivos sobre a gravidez (61). Nos casos de gestação de risco, a raspagem e alisamento radicular são considerados seguros e benéficos (62), não se justificando a relutância de alguns dentistas em realizar procedimentos em gestantes. Tradicionalmente essa atitude decorre das incertezas, por parte do dentista, em relação aos riscos para a gestante e o feto (63).

O tratamento de infecções orais é uma abordagem que melhora o estado geral de saúde, entretanto, no presente estudo poucas gestantes (32,4%) procuraram tratamento odontológico, mesmo encontrando-se, em sua maioria (82,6%) com 24 semanas ou mais. Destas, apenas 11,2% concluíram o tratamento.

Os resultados obtidos na população de gestantes que compuseram o presente estudo permitem concluir que as condições de sua saúde bucal é ruim e que estas mulheres estão desinformadas sobre as repercussões das condições da saúde bucal sobre sua gestação. Mais ainda, os profissionais de saúde responsáveis, direta ou indiretamente, pela assistência pré-natal, ainda exercem timidamente seu papel como orientadores sobre a saúde bucal na gestação.



Referências

-
1. Gaffield ML, Gilbert BJ, Malvitz DM, Romaguera R. Oral health during pregnancy: an analysis of information collected by the pregnancy risk assessment monitoring system. *J Am Dent Assoc.* 2001;132(7):1009-16.
 2. Oliveira BH, Nadanovsky P. The impact of oral pain on quality of life during pregnancy in low-income Brazilian women. *J Orofac Pain.* 2006;20(4):297-305.
 3. Nayak AG, Denny C, Veena KM. Oral healthcare considerations for the pregnant woman. *Dent Update.* 2012;39(1):51-4.
 4. Carrillo-de-Albornoz A, Figuero E, Herrera D, Bascones Martinez A. Gingival changes during pregnancy: II. Influence of hormonal variations on the subgingival biofilm. *J Clin Periodontol.* 2010;37(3):230-34.
 5. Laine MA. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta Odontol Scand.* 2002;60(5):257-64.
 6. Vergnes JN, Kaminski M, Lelong N, Musset AM, Sixou M, Nabet C, et al. Frequency and risk indicators of tooth decay among pregnant women in France: A cross-sectional analysis. *PLoS ONE* 2012;7(5):e33296. doi: 10.1371/journal.pone.0033296.
 7. Xiong X, Buekens P, Fraser WD, Beck J, Offenbacher S. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systemic review. *BJOG.* 2006;113(2):135-43.
-

-
8. Figuero E, Carrillo-de-Albornoz A, Herrera D, Bascones-Martinez A. Gingival changes during pregnancy: I. Influence of hormonal variations on clinical and immunological parameters. *J Clin Periodontol*. 2010;37(3):220-9.
 9. Chapple IL, Matthews JB. The role of reactive oxygen and antioxidant species in periodontal tissue destruction. *Periodontology* 2000. 2007;43:160-232.
 10. Offenbacher S, Katz V, Fertik G, Collins J, Boyd D, Maynor G, et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. *J Periodontol*. 1996;67(10 Suppl):1103-13.
 11. Offenbacher S, Jared HL, O'Reilly PG, Wells SR, Salvi GE, Lawrence HP. Potential pathogenic mechanisms of periodontitis associated pregnancy complications. *Ann Periodontol*. 1998;3(1):233-50.
 12. Offenbacher S, Lieff S, Boggess KA, Murtha AP, Madianos PN, Champagne CM. Maternal periodontitis and prematurity. Part I: Obstetric outcome of prematurity and growth restriction. *Ann Periodontol*. 2001;6(1):164-74.
 13. Offenbacher S, Boggess KA, Murtha AP, Jared HL, Lieff S, McKaig RG. Progressive periodontal disease and risk of very preterm delivery. *Obstet Gynecol*. 2006;107(1):29-36.
-

14. Jeffcoat MK, Geurs NC, Reddy MS, Cliver SP, Goldenberg RL, Hauth JC. Periodontal infection and preterm birth: results of a prospective study. *J Am Dent Assoc.* 2001;132:875-88.
 15. Madianos PN, Lieff S, Murtha AP, Boggess KA, Auten RL Jr, Beck JD, et al. Maternal periodontitis and prematurity. Part II: Maternal infection and fetal exposure. *Ann Periodontol.* 2001;6(1):175-82.
 16. Boggess KA, Lieff S, Murtha AP, Moss K, Beck J, Offenbacher S. Maternal periodontal disease is associated with an increased risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 2003;101(2):227-31.
 17. Boggess KA. Pathophysiology of preterm birth: emerging concepts of maternal infection. *Clin Perinatol.* 2005;32(3):561-9.
 18. Boggess KA, Beck JD, Murtha AP, Moss K, Offenbacher S. Maternal periodontal disease in early pregnancy and risk for a small-for-gestational-age infant. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;194(5):1316-22.
 19. Boggess KA. Maternal oral health in pregnancy. Society for Maternal-Fetal Medicine Publications Committee. *Obstet Gynecol.* 2008;111(4):976-86.
 20. Boggess KA. Treatment of localized periodontal disease in pregnancy does not reduce the occurrence of preterm birth: results from the Periodontal Infections and Prematurity Study (PIPS). *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202(2):101-2.
-

-
21. Scannapieco FA, Bush RB, Paju S. Periodontal disease as a risk factor for adverse pregnancy outcomes. A systematic review. *Ann Periodontol.* 2003;8(1):70-8.
 22. Moore S, Ide M, Coward PY, Randhawa M, Borkowska E, Baylis R, et al. A prospective study to investigate the relationship between periodontal disease and adverse pregnancy outcome. *Br Dent J.* 2004;197(5):251-8.
 23. Goepfert AR, Jeffcoat MK, Andrews WW, Faye-Petersen O, Cliver SP, Goldenberg RL, et al. Periodontal disease and upper genital tract inflammation in early spontaneous preterm birth. *Obstet Gynecol.* 2004;104(4):777-83.
 24. Oettinger-Barak O, Barak S, Ohel G, Oettinger M, Kreutzer H, Peled M, et al. Severe pregnancy complication (preeclampsia) is associated with greater periodontal destruction. *J Periodontol.* 2005;76(1):134-7.
 25. Contreras A, Herrera JA, Soto JE, Arce RM, Jaramillo A, Botero JE. Periodontitis is associated with preeclampsia in pregnant women. *J Periodontol.* 2006;77(2):182-8.
 26. Xiong X, Buekens P, Vastardis S, Yu SM. Periodontal disease and pregnancy outcomes: state of the science. *Obstet Gynecol Surv.* 2007;62(9):605-15.
 27. Ferguson JE, Hansen WF, Novak KF, Novak MJ. Should we treat periodontal disease during gestation to improve pregnancy outcomes? *Clin Obstet Gynecol.* 2007;50(2):454-67.
-

28. Shub A, Wong C, Jennings B, Swain JR, Newnham JP. Maternal periodontal disease and perinatal mortality. *Aust N Z J Obstet Gynecol.* 2009;49(2):130-6.
 29. George A, Shamim S, Johnson M, Ajwani S, Bhole S, Blinkhorn A, et al. Periodontal treatment during pregnancy and birth outcomes: a meta-analysis of randomised trials. *Int J Evid Based Healthc.* 2011;9(2):122-47. doi: 10.1111/j.1744-1609.2011.00210.x.
 30. Kothiwale SV, Desai BR, Kothiwale VA, Gandhid M, Konin S. Periodontal disease as a potential risk factor for low birth weight and reduced maternal haemoglobin levels. *Oral Health Prev Dent.* 2014;12(1):83-90. doi: 10.3290/j.ohpd.a31224.
 31. Lee A, McWilliams M, Janchar T. Care of the pregnant patient in the dental office. *Dent Clin North Am.* 1999;43(3):485-94.
 32. Dasanayake AP, Caufield PW, Cutter GR, Stiles HM. Transmission of mutans streptococci to infants following short term application of an iodine-NaF solution to mothers' dentition. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1993;21(3):136-42.
 33. Alaluusua S, Malmivirta R. Early plaque accumulation--a sign for caries risk in young children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1994;22(5 Pt 1):273-6.
 34. Caufield PW, Cutter GR, Dasanayake AP. Initial acquisition of mutans streptococci by infants: evidence for a discrete window of infectivity. *J Dent Res.* 1993;72(1):37-45.
-

35. George A, Johnson M, Blinkhorn A, Ellis S, Bhole S, Ajwani S. Promoting oral health during pregnancy: current evidence and implications for Australian midwives. *J Clin Nurs*. 2010;19(23-24):3324-33.
 36. George A, Johnson M, Duff M, Blinkhorn A, Ajwani S, Bhole S, et al. Maintaining oral health during pregnancy: perceptions of midwives in Southwest Sydney. *Collegian*. 2011;18(2):71-9.
 37. George A, Johnson M, Duff M, Ajwani S, Bhole S, Blinkhorn A, et al. Midwives and oral health care during pregnancy: perceptions of pregnant women in South-Western Sydney, Australia. *J Clin Nurs*. 2012;21(7-8):1087-96.
 38. George A, Johnson M, Blinkhorn A, Ajwani S, Ellis S, Bhole S. Views of pregnant women in South Western Sydney towards dental care and an oral-health program initiated by midwives. *Health Promot J Austr*. 2013;24(3):178-84. doi: 10.1071/HE13040.
 39. Pistorius J, Kraft J, Willershausen B. Dental treatment concepts for pregnant patients--results of a survey. *Eur J Med Res*. 2003;8(6):241-6.
 40. Savage MF, Lee JY, Kotch JB, Vann WF Jr. Early preventive dental visits: effects on subsequent utilization and costs. *Pediatrics*. 2004;114(4):e418-23.
 41. Strafford KE, Shellhaas C, Hade EM. Provider and patient perceptions about dental care during pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2008;21(1):63-71.
-

-
42. Keirse MJ, Plutzer K. Women's attitudes to and perceptions of oral health and dental care during pregnancy. *J Perinat Med*. 2010;38(1):3-8. doi: 10.1515/JPM.2010.007.
 43. Dinas K, Achyropoulos V, Hatzipantelis E, Mavromatidis G, Zepiridis L, Theodoridis T, et al. Pregnancy and oral health: utilisation of dental services during pregnancy in northern Greece. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(8):938-44.
 44. Saddki N, Yusoff A, Hwang YL. Factors associated with dental visit and barriers to utilisation of oral health care services in a sample of antenatal mothers in Hospital Universiti Sains Malaysia. *BMC Public Health*. 2010;10:75.
 45. Lieff S, Boggess KA, Murtha AP, Jared H, Madianos PN, Moss K, et al. The oral conditions and pregnancy study: Periodontal status of a cohort of pregnant women. *J Periodontol*. 2004;75(1):116-26.
 46. Mendia J, Cuddy MA, Moore PA. Drug therapy for the pregnant dental patient. *Compend Contin Educ Dent*. 2012;33(8):568-70.
 47. Hashim R. Self-reported oral health, oral hygiene habits and dental service utilization among pregnant women in United Arab Emirates. *Int J Dent Hyg*. 2012;10(2):142-6.
 48. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 53)
-

49. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4a ed. Geneva: WHO; 1997.
 50. Suri V, Rao NC, Aggarwal N. A study of obstetricians' knowledge, attitudes and practices in oral health and pregnancy. *Educ Health (Abingdon)*. 2014;27(1):51-4. doi: 10.4103/1357-6283.134313.
 51. Singhal A, Chattopadhyay A, Garcia AI, Adams AB, Cheng D. Disparities in unmet dental need and dental care received by pregnant women in Maryland. *Matern Child Health J*. 2014;18(7):1658-66. doi: 10.1007/s10995-013-1406-7.
 52. Peixoto S. Manual de assistência pré-natal. 2a ed. São Paulo: FEBRASGO; 2014.
 53. Kohler B, Andreen I, Jonsson B. The effect of caries-preventive measures in mothers on dental caries and the oral presence of the bacteria *Streptococcus mutans* and *lactobacilli* in their children. *Arch Oral Biol*. 1984;29(11):879-83.
 54. Berkowitz RJ. Acquisition and transmission of *mutans streptococci*. *J Calif Dent Assoc*. 2003;31(2):135-8.
 55. Lopez NJ, Da Silva I, Ipinza J, Gutierrez J. Periodontal therapy reduces the rate of preterm low birth weight in women with pregnancy-associated gingivitis. *J Periodontol*. 2005;76(11 Suppl):2144-53.
-

56. Offenbacher S, Boggess KA, Murtha AP, Jared HL, Lieff S, McKaig RG, et al. Progressive periodontal disease and risk of very preterm delivery. *Obstet Gynecol.* 2006;107(1):29-36.
 57. Polyzos NP, Polyzos IP, Mauri D, Tzioras S, Tsappi M, Cortinovis I, et al. Effect of periodontal disease treatment during pregnancy on preterm birth incidence: A metaanalysis of randomized trials. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;200(3):225-32.
 58. Jeffcoat M, Parry S, Sammel M, Clothier B, Catlin A, Macones G. Periodontal infection and preterm birth: successful periodontal therapy reduces the risk of preterm birth. *BJOG.* 2011;118(2):250-6.
 59. Jeffcoat MK, Parry S, Gerlach R, Doyle M. Use of alcohol-free antimicrobial mouth rinse is associated with decreased incidence of preterm birth in a high risk population. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;205(4):382.e1–382.e6. doi: 10.1016/j.ajog.2011.07.016.
 60. Jeffcoat MK, Jeffcoat RL, Gladowski PA, Bramson JB, Blum JJ. Impact of periodontal therapy on general health: evidence from insurance data for five systemic conditions. *Am J Prev Med.* 2014;47(2):166-74. doi: 10.1016/j.amepre.2014.04.001.
 61. Tarannum F, Prasad S, Muzammil, Vivekananda L, Jayanthi D, Faizuddin M. Awareness of the association between periodontal disease and pre-term births among general dentists, general medical practitioners and gynecologists. *Indian J Public Health.* 2013;57(2):92-5. doi: 10.4103/0019-557X.114992.
-

62. Michalowicz BS, DiAngelis AJ, Novak MJ, Buchanan W, Papapanou PN, Mitchell DA, et al. Examining the safety of dental treatment in pregnant women. *J Am Dent Assoc.* 2008;139(6):685-95.
 63. Lee RS, Milgrom P, Huebner CE, Conrad DA. Dentists' perceptions of barriers to providing dental care to pregnant women. *Womens Health Issues.* 2010; 20(5):359–65. doi: 10.1016/j.whi.2010.05.007.
-



Anexos

Anexo 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, _____,
concordo em participar do estudo “Condições da saúde bucal de gestantes do município de Botucatu - SP e seu conhecimento sobre a importância da saúde bucal na gestação”.

Fui informada que, em uma das consultas de pré-natal responderei a um questionário e farei um exame da cavidade bucal para determinar as condições de meus dentes. Fui também esclarecida dos benefícios que esta pesquisa poderá trazer, auxiliando em tratamentos futuros relacionados aos cuidados das gestantes e mães, não havendo prejuízos físicos ou morais pela minha participação.

Quanto ao questionário, não serei identificada, sendo garantido o sigilo e em relação ao exame, este não traz incômodos e não oferece riscos à minha saúde.

Estou ciente que minha participação é livre, podendo retirar meu consentimento, quando sentir esta necessidade, sem qualquer prejuízo de meu atendimento no pré-natal.

Botucatu, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do participante

Assinatura e Carimbo do pesquisador

Pesquisador: Helderjan de Souza Mendes

Endereço: Rua General Telles, nº1047 – Botucatu - SP

Telefones: (14) 38134698 ou (14) 81377208.

e-mail: helderjansm@ig.com.br

Anexo 2 – Variáveis

Foram identificadas as seguintes variáveis:

- Idade - calculada em anos e classificada nas seguintes faixas etárias:
 - 20 anos
 - entre 20 e 35 anos
 - > 35 anos
 - Escolaridade - classificada em fundamental, médio e superior, subdivididos em incompletos ou completos.
 - Raça ou cor - esta informação foi auto-referida pela paciente e classificada segundo o censo IBGE em branca, preta, amarela, parda e indígena.
 - Trabalho materno – primeiramente a gestante foi classificada em ter ou não trabalho remunerado. Quando a resposta foi sim, foi classificada segundo o tipo de ocupação:
 - Manual: realização da atividade que não exige qualificação e/ou atividade exclusivamente manual;
 - Semi-qualificada: atividade que exige algum tipo de qualificação, por exemplo: trabalho em escritório;
 - Qualificada: atividade que requer curso técnico ou superior.
 - Renda familiar *per capita* - a renda familiar foi obtida somando-se os rendimentos mensais de todos os moradores da casa, dividindo-se este total pelo número de moradores, e expressa em salários mínimos. O valor do salário mínimo utilizado para o cálculo foi o do dia da entrevista com as gestantes.
 - Paridade – definida pelo número de partos anteriores a gestação atual e classificada em:
 - primípara: nenhum parto
 - múltípara: entre um e quatro partos
 - grande múltípara: cinco ou mais partos
 - Tabagismo
 - Antes da gestação
 - Não
 - Sim (no. de cigarros / dia)
-

Durante esta gestação

- Não
 - Sim (no. de cigarros / dia)
 - Tem sangramento gengival anterior à gestação?
 - Não
 - Sim
 - Tem sangramento gengival durante esta gestação?
 - Não
 - Sim
 - Consulta ao dentista anterior à gestação?
 - Não
 - Sim (no. de vezes ao ano)
 - Consulta ao dentista durante a gestação ?
 - Não
 - Sim
 - O tratamento odontológico foi concluído?
 - Não
 - Sim
-

Anexo 3 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE GESTANTES DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU - SP E SEU CONHECIMENTO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA MESMA NA GESTAÇÃO

Pesquisador: Helderjan de Souza Mendes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 16517013.6.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

Patrocinador Principal: Fundação de Amparo a Pesquisa de São Paulo ((FAPESP))

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 322.484

Data da Relatoria: 01/07/2013

Apresentação do Projeto:

Várias complicações associadas com a gestação estão relacionadas com alterações hormonais, imunológicas, dietéticas e comportamentais

podendo causar problemas de saúde bucal, incluindo principalmente os tecidos periodontais. Na região Nordeste do Brasil é alta a prevalência da

doença periodontal em gestantes ou puérperas o mesmo ocorrendo na região sudeste. O estudo será realizado, por amostragem, de todas as Unidades de Saúde (Unidades Básicas de Saúde e Unidades da Saúde da Família) do município de Botucatu, SP, empregando-se entrevista individual e Índices indicadores das condições de sua saúde bucal, pelo pesquisador ou por profissionais de saúde treinados. Considerando -se que o município de Botucatu, SP tem 15 Unidades de Saúde e que no ano de 2011 foram cadastradas 1627 gestantes, com variação entre as unidades de 26 (Unidade do Jardim Santa Elisa) a 172 (Vila Cidade Jardim) gestantes, serão selecionadas 142 gestantes, considerando o peso de cada unidade em relação ao total de atendimentos de 2011, a variabilidade no CPO igual a 9,21 (três vezes superior a variabilidade do CPO encontrada

em crianças de 0 a 12 anos (Arantes et al., 2001) e fixando erro de amostragem de, no máximo

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU -UNESP



Continuação do Parecer: 322.484

0,5 e nível de confiança de 95%. As gestantes serão entrevistadas, em um único momento, a partir da 20ª. semana de gestação.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar as condições de sua saúde bucal por meio de índices específicos e o conhecimento sobre a importância da saúde bucal por meio de questionário

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Resposta inflamatória exacerbada decorrente de alguma doença de base.

Benefícios: Por meio dos achados, poderemos entender melhor qual a situação da saúde bucal das gestantes do Município de Botucatu e qual o grau de entendimento que elas tem da relação saúde bucal/gestação e consequentemente idealizar um protocolo de tratamento para essas gestantes mais específico a suas necessidades.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem elaborado e com metodologia adequada. Constan todas as declarações exigidas por este CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está redigido em forma de convite e esclarece os objetivos da pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado sem necessidade de encaminhar a CONEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa aprovado em reunião do CEP de 01 de julho de 2.013, sem necessidade de envio à CONEP.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



Continuação do Parecer: 322.484

BOTUCATU, 02 de Julho de 2013

Assinador por:
Trajano Sardenberg
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli , s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br