



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



ANDRÉIA BOSCO BOAVENTURA

**AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO À
CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS COM E SEM
DEFICIÊNCIA: ESTUDO LONGITUDINAL**

UBERLÂNDIA

2018

ANDRÉIA BOSCO BOAVENTURA

**AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO À
CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS COM E SEM
DEFICIÊNCIA: ESTUDO LONGITUDINAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Odontologia da UFU, como requisito parcial para obtenção do título de Graduado em Odontologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fabiana Sodré de Oliveria
Coorientadora: Ms. Késia Lara dos Santos Marques

UBERLÂNDIA

2018




SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
 TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

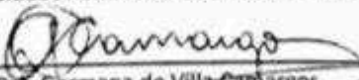
ATA DA COMISSÃO JULGADORA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DO (A) DISCENTE **Andréia Bosco Boaventura** DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.

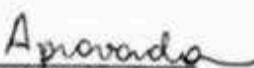
No dia **09 de novembro de 2018**, reuniu-se a Comissão Julgadora aprovada pelo Colegiado de Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, para o julgamento do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pelo(a) aluno(a) **Andréia Bosco Boaventura**, COM O TÍTULO: **“AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO À CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS COM E SEM DEFICIÊNCIA: ESTUDO LONGITUDINAL”**. O julgamento do trabalho foi realizado em sessão pública compreendendo a exposição, seguida de arguição pelos examinadores. Encerrada a arguição, cada examinador, em sessão secreta, exarou o seu parecer. A Comissão Julgadora, após análise do Trabalho, verificou que o mesmo se encontra em condições de ser incorporado ao banco de Trabalhos de Conclusão de Curso desta Faculdade. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas da Graduação, legislação e regulamentação da UFU. Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos e lavrada a presente ata, que após lida e achada conforme, foi assinada pela Banca Examinadora.

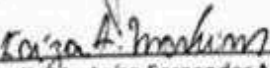
Uberlândia, 09 de novembro de 2018.

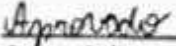

 Profª. Drª. Fabiana Sodré de Oliveira
 Universidade Federal de Uberlândia – UFU

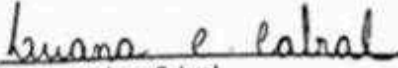

 Aprovado/Reprovado

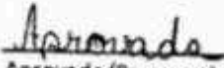

 Profª. Drª. Germana de Villa Camargos
 Universidade Federal de Uberlândia – UFU


 Aprovado/Reprovado


 Profª. Ms. Laiza Fernandes Martins
 Universidade Federal de Uberlândia – UFU


 Aprovado/Reprovado


 Luana Cardoso Cabral
 Aluno(a) de doutorado – PPGO/UFU


 Aprovado/Reprovado

Dedico este trabalho ao meu afilhado Henrique e a todas as crianças com e sem deficiência que espalham a melhor forma de amor no mundo.

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi escrito em forma de artigo seguindo as normas da Revista Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Pesquisa Integrada

(em anexo).

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------|----|
| Página de Título..... | 6 |
| Resumo..... | 7 |
| Introdução..... | 8 |
| Material e Métodos..... | 9 |
| Resultados..... | 10 |
| Discussão..... | 10 |
| Conclusão..... | 12 |
| Referências..... | 13 |
| Tabelas..... | 16 |
| Figuras..... | 19 |
| Anexos..... | 21 |

Página de Título

Avaliação dos fatores de risco à cárie dentária em crianças com e sem deficiência: estudo longitudinal

Andréia Bosco Boaventura¹
Telefone: (34) 99186-1031
E-mail: andreia_bosco@hotmail.com

Bruna Cristina de Freitas Ribeiro²
Telefone: 99662-1463
E-mail: brunacristinadefreitasribeiro@yahoo.com.br

Késia Lara dos Santos Marques³
Telefone: (34) 3225-8147
E-mail: marquesks@yahoo.com.br

Alessandra Maia de Castro⁴
Telefone: (34) 3225-8146
E-mail: alessandramaiacp@ufu.br

Danielly Cunha Araújo Ferreira⁴
Telefone: (34) 3225-8146
E-mail: danielly@ufu.br

Fabiana Sodré de Oliveira⁴
Telefone: (34) 3223-8146
E-mail: fabianasodre@ufu.br

Autor para correspondência
Fabiana Sodré de Oliveira
Avenida Pará, 1720 – Bloco 2G – Sala 02 - Campus Umuarama
CEP: 38405-320 Uberlândia – Minas Gerais – Brasil

¹Aluna de graduação do Curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

²Odontopediatra pela Faculdade Uningá, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

³Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia e cirurgia-dentista do Setor de Pacientes Especiais do Hospital Odontológico, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

⁴Professora da Área de Odontologia Pediátrica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia.

Resumo

Objetivo: avaliar e comparar os fatores biológicos, protetores e achados clínicos, a classificação de risco e a experiência de cárie em crianças com (CD) e sem deficiência (SD). **Material e Métodos:** estudo longitudinal retrospectivo. Foram selecionados prontuários odontológicos de crianças CD e SD, de ambos os sexos, menores de 36 meses de idade, que apresentavam duas avaliações de risco à cárie preconizada pela Academia Americana de Odontologia Pediátrica com intervalo de 12 meses que continham os fatores e a classificação de risco. A experiência de cárie (com ou sem) foi obtida do exame clínico anotado no prontuário odontológico. Os dados foram coletados, tabulados e analisados de forma descritiva.

Resultados: foram avaliados 32 prontuários, sendo 12 de crianças CD e 20 SD. Na consulta inicial, a média de idade foi de 21,45 e 18,2 meses para as crianças CD e SD, respectivamente; 25,81%, 93,55% e 16,13% crianças com CD e 34,0%, 86,0% e 6,0% crianças SD apresentaram pelo menos dois fatores de risco biológicos, dois protetores e dois achados clínicos; 29,03% e 10,0% crianças CD e SD respectivamente, foram classificadas com alto risco à cárie. Após 12 meses, nenhuma criança CD e 20,0% das crianças SD desenvolveram lesões de cárie. Com relação ao risco 8,3% e 30,0% crianças CD e SD foram classificadas de alto e baixo risco, respectivamente.

Conclusão: alguns fatores de risco biológicos, protetores e achados clínicos foram mais presentes em crianças CD; um maior número de crianças SD foi classificado com alto risco à cárie e a experiência de cárie foi maior em crianças SD.

Palavras chave: Fatores de risco; cárie dentária; criança com deficiência.

Introdução

As duas últimas décadas têm produzido um novo paradigma na abordagem da cárie dentária. Nos casos, em que a doença não está uniformemente distribuída na população, a avaliação de risco tem um papel primordial ao proporcionar informações e revelar condições do paciente ao cirurgião-dentista, que o auxiliarão na escolha da estratégia preventiva e restauradora [1].

A classificação de risco depende de dados fornecidos pelos pais, através de uma entrevista, assim como dados obtidos a partir do exame clínico. Ela é usada tanto na elaboração do plano de tratamento quanto na periodicidade dos retornos [2]. A Academia Americana de Odontologia Pediátrica preconiza o uso de uma ferramenta de avaliação que é uma tabela de página única, que ajuda o profissional a decidir qual o nível de risco a criança apresenta (alto ou baixo) [3].

Não há comprovação que algum fator de risco à cárie ou fatores de risco apresentem altas combinações de valores preditivos [4]. Em geral, sabe-se que uma variável só pode ser reconhecida como fator de risco quando for detectada sua associação com desfecho em um estudo longitudinal [5]. O peso de todos os fatores de risco é peculiar a cada criança e, portanto, cabe ao cirurgião-dentista conhecê-los e avaliá-los para obter um julgamento clínico, do risco relativo individual, que mesmo, sendo subjetivo, conduza-o a uma conduta adequada, visando assim a prevenção e o controle da doença.

Resultados de alguns estudos mostraram que as crianças com deficiência (CD) apresentam maior risco comparados aquelas sem deficiência (SD) [5,6,7]. Entretanto, poucos estudos compararam os fatores riscos associados [5,6,7,8,9].

A Associação Internacional de Medicina Dentária para Deficiência e Saúde Oral classifica os pacientes com deficiência como indivíduos que apresentam desvios de inteligência; desvios comportamentais e psíquicos; defeitos físicos e congênitos; deficiências sensoriais; doenças sistêmicas crônicas; doenças endócrino-metabólicas; problemas sociais e estados fisiológicos especiais [5].

Estes pacientes com deficiência, entre os quais estão incluídos os pacientes com Síndrome de Down, possuem uma série de alterações orais, funcionais e um déficit cognitivo que poderão dificultar ou até impossibilitar os cuidados de saúde e higiene bucal [5,6,7].

Pacientes com deficiência tendem à apresentar maiores riscos de desenvolver cárie dentária e doença periodontal. O grau de limitação física e/ou mental, a dificuldade da realização da higiene bucal, a dieta alimentar, geralmente rica em carboidratos e alimentos pastosos, além do fato de muitas vezes terem sua higiene bucal negligenciada pelos seus responsáveis, são fatores que favorecem o acúmulo de biofilme dentário e, conseqüentemente, o aparecimento dessas patologias [13]. Vários pesquisadores [5,6,7,15,11,12] realizaram estudos sobre os fatores de risco da cárie dentária em crianças devido a sua alta prevalência, da sua distribuição desigual na população infantil e das suas conseqüências na qualidade de vida da criança e de seus pais. Entretanto, a situação da saúde bucal de pacientes CD tem sido pouco estudada e dados fidedignos são escassos no Brasil [14].

Ao se comparar os fatores de risco da cárie dentária em crianças CD e SD, espera-se que em crianças com deficiência, estes fatores sejam mais prevalentes. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi realizado com a finalidade de avaliar e comparar os fatores biológicos, protetores e achados clínicos, a classificação de risco e a experiência de cárie em crianças com e sem deficiência de zero a três anos de idade.

Material e Métodos

Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (Número do parecer: 2.496.312). O termo de consentimento livre esclarecido para a participação na pesquisa foi explicado aos responsáveis e assinado pelos mesmos em duas vias.

Delineamento do estudo

Estudo longitudinal retrospectivo.

Seleção da Amostra

A amostra foi de conveniência. Foram incluídas na pesquisa todas as crianças de ambos os sexos, com idade até 36 meses de idade, saudáveis ou com algum tipo de deficiência, apresentando no mínimo dois dentes decíduos, que possuíam as fichas do prontuário odontológico completas. As crianças foram atendidas nas clínicas de odontopediatria e do Projeto de Extensão de Promoção à saúde de Crianças com Deficiência realizadas no Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia, durante o período de março a julho de 2018. Foram excluídas da amostra crianças edêntulas, maiores de 36 meses de idade e as que apresentaram a ficha clínica incompleta.

Variáveis Independentes

Foram coletados dados da criança (sexo e idade), da mãe (idade e nível educacional) e da família (renda mensal) anotados na ficha clínica inicial (da primeira consulta). O nível educacional e a idade foram classificados, respectivamente, em: < 8 anos e \geq 8 anos e < 30 anos e \geq 30 anos.

Coleta dos fatores de risco à cárie

Os fatores de risco à cárie foram coletados da Ferramenta de Avaliação de Risco à Cárie preconizada pela Academia Americana de Odontologia Pediátrica [29]. O risco é classificado em alto ou baixo baseado na preponderância de fatores presentes. Entretanto, de acordo com as orientações para avaliação do risco, o julgamento clínico pode justificar o uso de um fator (por exemplo, exposição frequente de lanches ou bebidas contendo açúcar ou lesões de cáries cavitadas) na determinação do risco geral. Esta ferramenta é indicada para pediatras e profissionais que não são da área de saúde. Ela orienta que na sua aplicação deve-se circular as condições que se aplicam a um paciente específico, dessa forma auxiliando o profissional de saúde e os pais entenderem os fatores que contribuem ou protegem a cárie. Esta ferramenta apresenta três categorias de fatores de risco (biológicos, protetores e achados clínicos) como mostra o Quadro 1. Foram desconsideradas os itens 5 e 6, pois todas as crianças residiam na cidade de Uberlândia, Minas Gerais e já haviam sido separadas em grupos de crianças CD e SD.

Avaliação da Experiência de Cárie

A experiência de cárie foi classificada de forma dicotômica (sim ou não) e foi obtida do exame clínico (dente a dente) inicial anotado na ficha clínica. Este exame foi realizado pelos alunos de graduação após profilaxia profissional ou escovação, de acordo com a necessidade de cada paciente e foram conferidos e assinados pelos professores da Área de Odontologia Pediátrica.

Avaliação dos fatores de risco e da experiência de cárie após 12 meses

Foi realizada a coleta dos fatores de risco e da experiência de cárie, dos pacientes que possuíam as fichas de retorno completas, após 12 meses da consulta inicial. Os dados foram coletados da mesma maneira que a coleta anterior já descrita.

Análise Estatística

Os dados coletados foram tabulados em uma Planilha Excel (Microsoft, Inc, Redmond, Wash., EUA) e foi realizada a análise descritiva. Foi realizada uma comparação entre as crianças com e sem deficiência em relação à classificação de risco e a experiência de cárie durante 12 meses.

Resultados

De um total de 81 prontuários odontológicos de crianças de zero a 36 meses de idade, apenas 32 (39,5%) continham a ferramenta de avaliação de risco inicial e após 12 meses, sendo 12 crianças CD e 20 SD. A idade média inicial para a primeira consulta das crianças CD foi de 21,45 meses e das SD 18,26 meses.

A Tabela 1 foi elaborada de modo a registrar os fatores demográficos e socioeconômicos das crianças CD e SD e da família. Foi observado que um número maior de crianças CD eram do sexo feminino (66,0%) e sem SD do masculino (55,0%). A maioria das mães das crianças CD apresentam idade ≥ 30 anos (83,4%) e o nível educacional das mães não foram muito discrepantes entre os grupos com o predomínio de 8 anos ou mais de estudo (83,29% e 75,0%). A renda mensal familiar foi semelhante (66,8% e 65,0%).

A Tabela 2 apresenta os fatores de risco obtidos na consulta inicial e após 12 meses das ferramentas de avaliação das crianças CD e SD. Os resultados com relação à questão 1 (mãe/principal cuidador tem cárie ativa) foram semelhantes entre as crianças CD e SD. Houve uma redução nas respostas obtidas nas questões 3 (criança ingere lanches ou bebidas contendo açúcar > 3 vezes ao dia) e 13 (criança tem biofilme dentário) e houve um aumento das respostas obtidas nas questões 4 (criança é colocada na cama com mamadeira com leite puro ou adoçado) e 11 (crianças têm cavidades visíveis ou restaurações) para as crianças CD.

As Figuras 1 e 2 apresentam a classificação de risco e a experiência de cárie em crianças CD e SD. A experiência de cárie foi maior em crianças SD, mas se manteve constante no período entre a consulta inicial e após 12 meses (Figura 1). Com relação ao risco à cárie, um maior número de crianças CD foram classificadas com alto risco (Figura 2).

Discussão

Baseado nas evidências científicas atuais [4,5,5,22,23] as crianças CD apresentam maior prevalência à cárie dentária comparada às SD. Isso se deve a vários fatores de risco, dentre eles biológicos, protetores e achado clínicos. Acredita-se que pela limitação física e até intelectual há uma maior dificuldade na higienização bucal dessas crianças assim uma maior chance de desenvolver lesões de cárie dentária. Este estudo longitudinal retrospectivo, foi realizado com o objetivo de avaliar e comparar os fatores de risco à cárie, a classificação de risco e a experiência de cárie entre as crianças CD e SD.

Analisando as variáveis independentes no presente estudo, as crianças que foram classificadas com alto risco a cárie, tanto as CD quanto SD, as mães possuíam < 8 anos de escolaridade e menos de 30 anos de idade. Em comparação, as mães das crianças CD possuíam uma maior idade comparada as crianças SD. Fatores sociodemográficos possuem

interferência direta na classificação de risco e a experiência de cárie em crianças com menos de três anos de idade [4]. Dessa forma, a renda e a escolaridade das mães apresentam alta correlação em crianças de baixo status socioeconômico e com pais analfabetos [24,25,26,27,28].

Neste estudo, foi usada a ferramenta preconizada pelo Academia Americana de Odontologia Pediátrica [29] para uso pelos pediatras e por profissionais que não são da área da saúde para a avaliação do risco à cárie, por ser de fácil aplicação e não necessitar da contagem do número de estreptococos mutans. Outros estudos [30,31,32] utilizaram diferentes ferramentas para avaliação.

Há poucos estudos [33,34] sobre a avaliação de risco da cárie antes dos 36 meses de idade em crianças que apresentam algum tipo de alteração sistêmica, cognitiva e física. Eles apresentam diferentes metodologias o que não permite a comparação direta dos resultados.

Com relação aos fatores de risco biológicos, dos quatro apenas um foi mais observado em crianças CD (a mãe ou o principal cuidador tem cárie ativa). Estes valores se mantiveram na consulta após 12 meses. Foi observado também que a ingestão de lanches ou bebidas contendo açúcar mais de três vezes ao dia foi maior para crianças SD e que houve um aumento dos valores deste fator para as crianças CD entre a consulta inicial e após 12 meses. Resultados de vários estudos [22,23,24,31] confirmaram o papel dos hábitos alimentares como fator de risco.

Dentre os fatores protetores, foi observado o aumento da utilização de dentifrício fluoretado em crianças CD após 12 meses. Este é meio mais racional do uso do fluoreto porque associa a desorganização/remoção mecânica periódica do biofilme (fator determinante para que a doença se manifeste) [25]. As evidências científicas atuais recomendam o uso de dentifrício fluoretado com no mínimo 1.100 ppmF, pelo menos duas vezes ao dia, após a erupção do primeiro dente decíduo na quantidade equivalente a um grão de arroz cru [26,27].

Na consulta após 12 meses, no que se refere aos achados clínicos, foi observada uma maior incidência de lesões de mancha branca ou defeitos de desenvolvimento de esmalte em crianças CD. Foi observado também que houve uma redução da presença de biofilme dentário nestas crianças na consulta após 12 meses.

Com relação ao risco à cárie, a maioria das crianças CD e SD foram classificadas de baixo risco. Entretanto, após 12 meses houve aumento do número de crianças CD e SD classificadas com alto risco. Isso se deve, provavelmente, ao aumento de número de dentes presentes, a presença de defeitos de desenvolvimento de esmalte e as mudanças dos hábitos alimentares, embora nas crianças SD houve uma redução do uso de mamadeira com leite puro ou adoçado antes de dormir.

As crianças CD não apresentaram lesões de cárie tanto na primeira consulta quanto após 12 meses. Já a experiência de cárie nas crianças SD aumentou.

Este estudo apresenta algumas limitações como a amostra de conveniência e o número de crianças envolvidas. Entretanto, ele fornece dados importantes para a prática clínica. Mais estudos longitudinais são necessários para confirmar os resultados obtidos.

A Odontologia tem feito muitos avanços em reduzir as lesões de cárie na população infantil, por exemplo, por meio de ampla exposição ao flúor, entretanto permanece ainda um significativo trabalho a ser feito na área de avaliação de risco e sua aplicação clínica, para proporcionar um cuidado mais eficiente ao paciente, baseado em risco e evidência científica [32].

Conclusão

De acordo com a metodologia usada e os resultados obtidos foi possível concluir que:

- alguns fatores de risco biológicos, protetores e achados clínicos foram mais presentes em crianças CD;
- um maior número de crianças SD foi classificado com alto risco à cárie;
- a experiência de cárie foi maior em crianças SD.

Referências

- 1 Warren JJ, Weber-Gasparoni K, Marshall TA, Drake DR, Dehkordi-Vakil F, Kolker JL, Dawson DV. Factors associated with dental caries experience in 1-year-old children. *J Public Health Dent.* 2008; 68(2):70-5. doi: 10.1111/j.1752-7325.2007.
- 2 Hendershot J. It's so easy to baby those baby teeth: integrating infant oral health into your practice. *J Mich Dent Assoc.* 2008; 90(1):38, 40, 42.
- 3 Zero D, Fontana M, Lennon AM. Clinical applications and outcomes of using indicators of risk in caries management. *J Dent Educ.* 2001; 65(10):1126-32.
4. Warren JJ, Weber-Gasparoni K, Marshall TA, Drake DR, Dehkordi-Vakil F, Kolker JL, Dawson DV. Factors associated with dental caries experience in 1-year-old children. *J Public Health Dent.* 2008;68(2):70-5. doi: 10.1111/j.1752-7325.2007.
5. Castilho ARF, Marta SN. Evaluation of the incidence of dental caries in patients with Down syndrome after their insertion in a preventive program. *Ciênc. saúde coletiva vol.15 supl.2 Rio de Janeiro Oct. 2010*doi :10.1590/S1413-81232010000800030.
6. Santangelo CN, Gomes DP, Vilela LO, Shiozawa de Deus T, Vilela VO, Santos EM. Avaliação das características bucais de pacientes portadores de síndrome de Down da APAE de Mogi das Cruzes - SP. *ConScientiae Saúde* 2008; 7(1):29-34.
7. Abanto J. et al. Medical problems and oral care of patients with Down syndrome: a literature review. *Spec Care Dentist.* 2011; 31(6):197-203. doi: 10.1111/j.1754-4505.2011.00211.
8. Hendershot J. It's so easy to baby those baby teeth: integrating infant oral health into your practice. *J Mich Dent Assoc.* 2008; 90(1):38, 40, 42.
9. Zero D, Fontana M, Lennon AM. Clinical applications and outcomes of using indicators of risk in caries management. *J Dent Educ.* 2001; 65(10):1126-32.
10. Feldens CA, Kramer PF. Cárie dentária na infância: uma abordagem contemporânea. São Paulo: Santos, 1 edição 2013; 165-169.
11. Kumar S, Kroon J, Lalloo R. A systematic review of the impact of parental socio-economic status and home environment characteristics on children's buccal health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes;* 2013; 89(2):116–123 doi: /10.1016/j.jped.2013.03.014
12. Ismail A. Diagnostic levels in dental public health planning. *Caries Res* 2004;38:199–2032004. doi: 10.1159/000077755.
13. Divaris K. Predicting dental caries outcomes in children: a “risky” concept. *J Dent Res.* 2016;95(3):248-54. doi: 10.1177/0022034515620779.

14. Congiu, E., Minissale, M., Baouche, S., et al. Early childhood caries and associated determinants: a cross-sectional study on Italian preschool children. *J Public Health Dent.* 2014; 74(2):147-52. doi: 10.1111/jphd.12038.
15. Mahesh R, Muthu MS, Rodrigues SJ. Risk factors for early childhood caries: a case-control study. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2013; 14(5):331-7. doi: 10.1007/s40368-013-0089-5.
16. Moimaz, Suzely Adas Saliba et al. A longitudinal study of the association between breast-feeding and harmful oral habits. *Pediatric Dentistry.* Chicago: Amer Acad Pediatric Dentistry, v. 34, n. 2, p. 117-121, 2012
17. Özen B, Van Strijp AJ, Özer L, Olmus H, Genc A, Cehreli SB. Evaluation of possible associated factors for early childhood caries and severe early childhood caries: a multicenter cross-sectional survey. *J J Clin Pediatr Dent.* 2016; 40(2):118-23. doi: 10.17796/1053-4628-40.2.118.
18. Zhou L, Wang Y, Yang H, Guo J, Tay FR, Huang C. Effect of chemical interaction on the bonding strengths of self-etching adhesives to deproteinised dentine. *J Dent.* 2015; 43(8):973-80. doi: 10.1016/j.jdent.2015.05.010.
19. Tomita NE, Nadanovsky P, Vieira AL, Lopes ES. Taste preference for sweets and caries prevalence in preschool children. *Rev. Saúde Pública* vol.33 n.6 São Paulo Dec. 1999 doi : 10.1590
20. Cury JA. Uso do flúor e controle da cárie como doença. In: Baratieri LN, editor. *Odontologia restauradora – Fundamentos e possibilidades.* São Paulo: Santos; 2001. p. 32-67.
20. Harris R, Nicoll AD, Adair PM, Pine CM: Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. *Community Dent Health* 2004;21:71–85. PMID: 15072476.
21. Macho V, Palha M, Macedo AP, Ribeiro O, Andrade C. Comparative study between dental caries prevalence of Down syndrome children and their siblings. *Spec Care Dentist.* 2013; 33(1):2-7. doi: 10.1111/j.1754-4505.2012.00297.
22. Stephen A, Krishnan R, Ramesh M, Kumar V. Prevalence of early childhood caries and its risk factors in 18-72 month old children in Salem, Tamil Nadu. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2015; 5(2):95-102. doi: 10.4103/2231-0762.155731.
23. Cabral MS, Mota LA, Cangussu CT. Risk factors for caries-free time: longitudinal study in early childhood. *Rev Saude Publica.* 2017 4;51:118. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051006558.
24. Tajra FS. Bezerra MM. Oral health promotion for bearers of special needs in Sobral - Ceará . ano vi, n.1, jan./jun. 2005 - sanare;77:84.

25. S Öno1, Z Kırziođlu. Evaluation of oral health status and influential factors in children with autism. *Niger J Clin Pract.* 2018;21(4):429-435. doi: 10.4103/njcp.njcp_41_17.
26. Piva F, Pereira JT, PB Araujo. A longitudinal study of early childhood caries and associated factors in Brazilian children. *Braz. Dent. J.* 2017. doi :10.1590/0103-6440201701237.
27. F. Meyer and j. Enax. Early childhood caries : epidemiology , aetiology , and prevention. *Int J Dent.* 2018 May 22;2018:1415873. doi: 10.1155/2018/1415873
28. Carvalho DM, Salaza M. Fluoride varnishes and decrease in caries incidence in preschool children: a systematic review. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(1):139-49. doi :10.1590/S1415-790X2010000100013.
29. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents. *Pediatr Dent.* 2014;35(5):E157-64.
30. Braúna VS. Nogueira MV. Risk factors for dental caries in children with developmental disabilities. *Braz. oral res.* 2016 ,201: doi :10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0079
31. Oredugba FA. Comparative oral health of children and adolescents with cerebral palsy and controls. *Journal of Disability and Oral Health* (2011) 12/2 81-87
32. Cruz GB, Narval PC. Caries and fluoridated water in two Brazilian municipalities with low prevalence of the disease. *Rev Saude Publica.* 2018; 9;52:28. doi: 10.11606/S1518-8787.2018052016330.
32. Losso EM, Tavares MC, Silva JY, Urban Cde A. Severe early childhood caries: an integral approach. *J Pediatr (Rio J).* 2009;85(4):295-300.doi:10.2223/JPED.1908.
35. Anderson MH et al. Caries management by risk assessment: consensus statement, April 2002. *J Calif Dent Assoc.* 2003;31(3):257-69.

Tabelas

Tabela 1 - Dados demográficos e socioeconômicos das crianças com e sem deficiência e das mães.

| Variáveis | Com Deficiência | Sem Deficiência |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|
| | N (%) | |
| <i>Sexo</i> | | |
| Masculino | 4 (34,0) | 11 (55,0) |
| Feminino | 8 (66,0) | 9 (45,0) |
| <i>Idade da Mãe</i> | | |
| ≤ 30 anos | 2 (16,6) | 15 (75,0) |
| ≥ 30 anos | 10 (83,4) | 5 (25,0) |
| <i>Nível Educacional da Mãe</i> | | |
| ≤ 8 anos | 2 (16,6) | 5 (25,0) |
| ≥ 8 anos | 10 (83,2) | 15 (75,0) |
| <i>Renda da família</i> | | |
| ≤ 3 salários | 4 (33,2) | 7 (35,0) |
| ≥ 8 salários | 8 (66,8) | 13 (65,0) |

Tabela 2 - Distribuição numérica e porcentual (%) do fatores de risco à cárie em crianças com e sem deficiência na consulta inicial e após 12 meses.

| Fatores de risco | | Com Deficiência | | Sem Deficiência | |
|------------------|-----|-----------------|------------|-----------------|------------|
| | | Sim | | Sim | |
| | | Inicial | Final | Inicial | Final |
| | | N (%) | | | |
| Biológicos | Q1 | 3 (25,0) | 3 (25,0) | 3 (15,0) | 2 (10,0) |
| | Q2 | 4 (33,3) | 4 (33,3) | 7 (35,0) | 7 (35,0) |
| | Q3 | 2 (16,0) | 4 (33,3) | 11 (55,0) | 7 (35,0) |
| | Q4 | 3 (25,0) | 8 (36,0) | 8 (40,0) | 6 (30,0) |
| Protetores | Q7 | 12 (100,0) | 12 (100,0) | 19 (95,0) | 20 (100,0) |
| | Q8 | 7 (58,34) | 9 (75,0) | 12 (60,0) | 12 (60,0) |
| | Q9 | 2 (16,6) | 2 (16,6) | 2 (10,0) | 1 (5,0) |
| | Q10 | 9 (75,0) | 9 (75,0) | 12 (60,0) | 15 (75,0) |
| Achados Clínicos | Q11 | 1 (8,3) | 4 (33,3) | 2 (10,0) | 3 (15,0) |
| | Q12 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 4 (20,0) | 4 (20,0) |
| | Q13 | 4 (33,3) | 1 (8,3) | 2 (10,0) | 4 (20,0) |

| Avaliação de Risco para crianças de 0 a 3 anos | | | |
|--|---|------|-------|
| Fatores | | Alto | Baixo |
| | Biológicos | | |
| Q1 | Mãe/principal cuidador tem cárie ativa | Sim | |
| Q2 | Pais/cuidador tem baixo nível socioeconômico | Sim | |
| Q3 | Criança ingere lanches ou bebidas contendo açucas > 3x/dia | Sim | |
| Q4 | Criança é colocada na cama com mamadeira com leite puro ou adoçado | Sim | |
| | Protetores | | |
| Q5 | Criança recebe água fluoretada | | Sim |
| Q6 | Criança tem escovação realizada diariamente com dentifrício fluoretado | | Sim |
| Q7 | | | |
| Q8 | Criança recebe aplicação tópica de flúor profissional | | Sim |
| | Criança tem cuidado em casa/cuidado odontológico regular | | Sim |
| | Achados Clínicos | | |
| Q9 | Criança tem lesões de mancha branca ou defeitos de desenvolvimento de esmalte | Sim | |
| Q10 | Criança tem cavidades visíveis ou restaurações | Sim | |
| Q11 | Criança tem biofilme dentário | Sim | |

Quadro 1 – Ferramenta de avaliação de risco á carie – Academia Americana de Odontologia Pediátrica (29)

Figuras

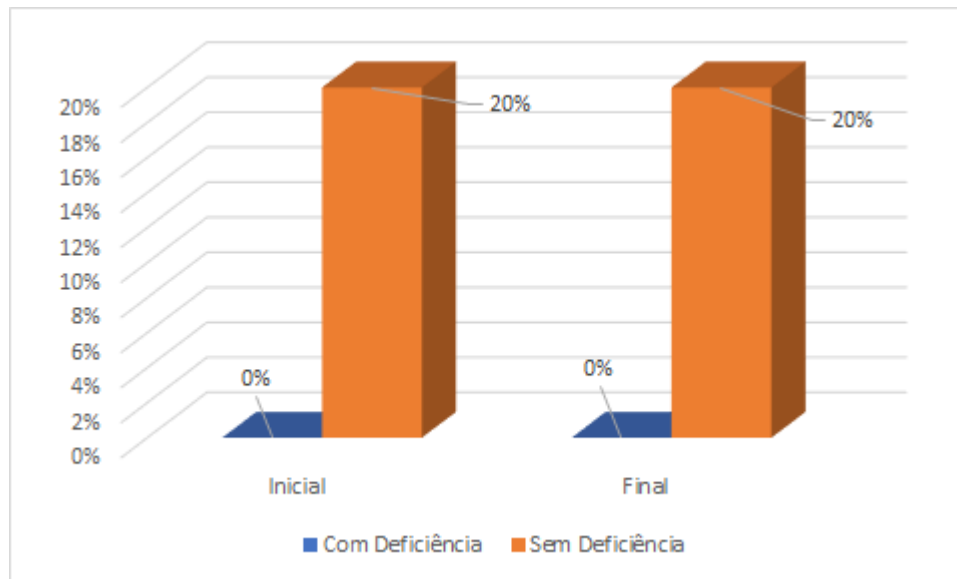


Figura 1 – Experiência de cárie inicial e final de criança com e sem deficiência.

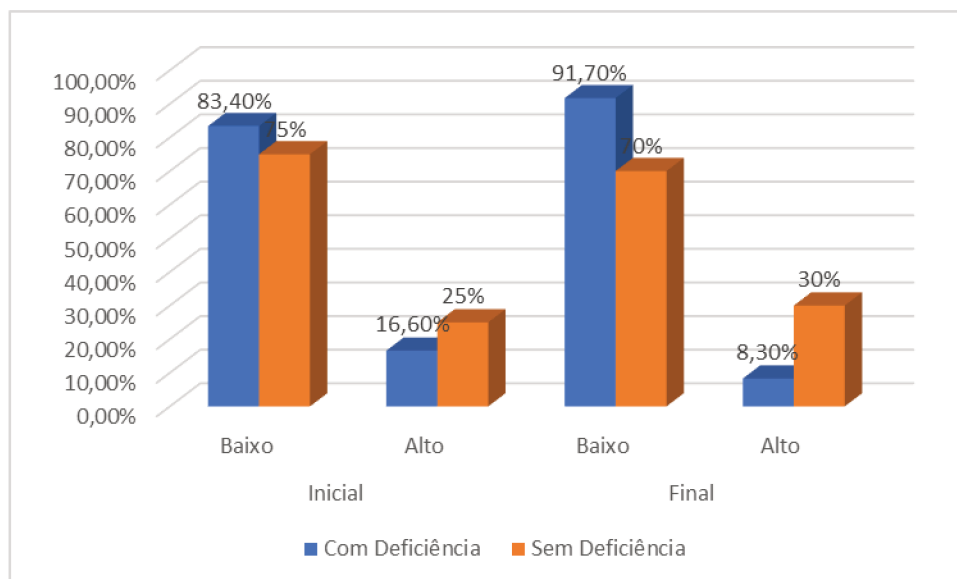


Figura 2 – Distribuição percentual da classificação de risco em crianças com e sem deficiência na consulta inicial e após 12 meses.

HOME ABOUT LOGIN REGISTER SEARCH CURRENT ARCHIVES

ANNOUNCEMENTS REVIEWERS





Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada

Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic

ISSN 1519-0501 e-ISSN 1983-4632

[Home](#) > [About the Journal](#) > [Submissions](#)

Submissions

- [Online Submissions](#)
- [Author Guidelines](#)
- [Copyright Notice](#)
- [Privacy Statement](#)

Online Submissions

Already have a Username/Password for Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada?
[GO TO LOGIN](#)

Need a Username/Password?
[GO TO REGISTRATION](#)

Registration and login are required to submit items online and to check the status of current submissions.

Author Guidelines

MANUSCRIPTS SHOULD BE SUBMITTED BY ONE OF THE AUTHORS OF THE MANUSCRIPT THROUGH THE ONLINE SYSTEM; HOWEVER, THE NAMES AND EMAILS OF ALL AUTHORS MUST BE ENTERED DURING SUBMISSION. ONLY ONLINE SUBMISSIONS ARE ACCEPTED TO FACILITATE RAPID PUBLICATION. SUBMISSIONS BY ANYONE OTHER THAN ONE OF THE AUTHORS WILL NOT BE ACCEPTED. THE SUBMITTING AUTHOR TAKES RESPONSIBILITY FOR THE PAPER DURING SUBMISSION AND PEER REVIEW.

AUTHORSHIP: EVERYONE LISTED AS AN AUTHOR SHOULD MEET OUR CRITERIA FOR AUTHORSHIP. EVERYONE WHO MEETS OUR CRITERIA FOR AUTHORSHIP MUST BE LISTED AS AN AUTHOR. WE EXPECT THAT ALL AUTHORS WILL TAKE PUBLIC RESPONSIBILITY FOR THE CONTENT OF THE MANUSCRIPT SUBMITTED TO PBOCI. THE CONTRIBUTIONS OF ALL AUTHORS MUST BE DESCRIBED.

INSTRUCTIONS

The manuscript should be written in ENGLISH(USA) language, in a clear, concise and objective form. However, when the article is accepted (in Portuguese) the authors should provide the English language text file and also send the statement of the technical reviewer. Contact PBOCI by apesb@terra.com.br to get information about the recommended translation companies. Linguistic revisions performed by companies that do not provide the mentioned certificate will not be accepted.

The text should be provided as a Word for Windows file (.doc), using a size 12 Times New Roman font, A4 page size, single-spacing and margins of 2.5 cm. The length of the manuscript is limited to 15 pages, including references, tables, and figures.

- 1) Title page: Title, Author(s) [Names of all authors written out in full, including respective telephone numbers and email addresses for correspondence] and Author for correspondence. Data of institutional/professional affiliation of all authors, including university (or other institution), college/program, department, city, state, and country.
- 2) Abstract: A maximum of 280 words. The abstract should be structured with the following divisions: Objective, Methods, Results, and Conclusion.
- 3) Keywords: Ranging from 3 (three) to 5 (five) five keywords, chosen from the keywords registered at Medical Subject Headings of the U.S. National Library of Medicine.
- 4) Introduction: State the purpose and summarize the rationale for the study or observation. The objective(s) and/or hypothesis of the study should be stated in the last paragraph. Avoid presentation of an extensive review of the field.
- 5) Material and Methods: Describe your selection of the observational or experimental participants (patients or laboratory animals, including controls) clearly, including eligibility and exclusion criteria and a description of the source population. Identify the methods, apparatus (give the manufacturer's name and address in parentheses), and procedures in sufficient detail to allow other workers to reproduce the results. Authors should have considered the ethical aspects of their research and should ensure that the project was approved by an appropriate ethical committee, which should be stated. Type of statistical analysis must be described clearly and carefully.
- 6) Results: Present your results in a logical sequence in the text, tables, and illustrations, giving the main or most important findings first.
- 7) Discussion: This is the only proper section for subjective comments and reference to previous literature. Inferences, deductions, and conclusions should be limited to the findings of the study (conservative generalization).
- 8) Conclusion: This should clearly explain the main conclusions of the work highlighting its importance and relevance.
- 9) References: Authors are responsible for ensuring that the information in each reference is complete and accurate. A maximum of 40 references should be numbered consecutively in the order in which they appear in the text (Vancouver System). All references must be numbered consecutively and citations of references in text should be identified using numbers in square brackets (e.g., "as discussed by some authors [2]"; "as discussed elsewhere [1,5,12]"). **Please include the DOI number**.

All references should be cited within the text; otherwise, these references will be automatically removed.

NON-REFEREE MATERIAL AND, IF POSSIBLE, NON-ENGLISH PUBLICATIONS SHOULD BE AVOIDED. CONGRESS ABSTRACTS, UNACCEPTED PAPERS, UNPUBLISHED OBSERVATIONS, AND PERSONAL COMMUNICATIONS MAY NOT BE PLACED IN THE REFERENCE LIST.

If seven or more authors, list up to six followed by "et al."

Journal and book references should be set out as in the following examples:

1. Ramalli Jr. EL, Ho W, Alves M, Rocha EM. Progress in animal experimentation ethics: a case study from a Brazilian medical school and from the international medical literature. *Acta Cir Bras* 2012; 27(9):659-63. doi: 10.1590/S0102-86502012000900012.
2. Paiva JG, Antoniazzi JH. *Endodontia: bases para a prática clínica*. 2.ed. São Paulo: Artes Medicas; 1988.
3. Basbaum AI, Jessel TM. The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. *Principles of neural science*. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91.
4. Ministry of Health, Department of Planning. *Annual Statistical Report*. Abu Dhabi: Ministry of Health, 2001.

OPEN JOURNAL SYSTEMS

Journal Help

USER

Username
 Password
 Remember me

JOURNAL CONTENT

Search Scope
 All

Browse

- [By Issue](#)
- [By Author](#)
- [By Title](#)
- [Other Journals](#)

FONT SIZE

— — —

INFORMATION

- [For Readers](#)
- [For Authors](#)
- [For Librarians](#)

13/10/2018

Submissions

Tables: should be numbered consecutively with Arabic numerals and should have an explanatory title. Each table should be typed on a separate page with regard to the proportion of the printed column/page and contain only horizontal lines.

Figures and illustrations: Each figure should have a legend.

Open Researcher and Contributor ID (ORCID) mandatory from January 1, 2019.

How do you get one?

1. Register online at ORCID.ORG (<https://orcid.org>)
2. Start to build your ORCID record with your professional information and link to your other online profiles such as Scopus, LinkedIn, Twitter or ResearcherID.
3. Include your ORCID on your webpage, when you submit publications, apply for grants, and in any research workflow to ensure you get credit for your work.

Submission Preparation Checklist

As part of the submission process, authors are required to check off their submission's compliance with all of the following items, and submissions may be returned to authors that do not adhere to these guidelines.

1. The submission has not been previously published, nor is it before another journal for consideration (or an explanation has been provided in Comments to the Editor).
2. The submission file is in OpenOffice, Microsoft Word, RTF, or WordPerfect document file format.
3. **THIS JOURNAL IS PUBLISHED IN ENGLISH. IF YOU ARE NOT A NATIVE ENGLISH SPEAKER, WE RECOMMEND THAT YOU HAVE YOUR MANUSCRIPT PROFESSIONALLY EDITED BEFORE SUBMISSION OR READ BY A NATIVE ENGLISH-SPEAKING COLLEAGUE. THE TEXT OF ARTICLES ACCEPTED FOR PUBLICATION, SHOULD BE SUBMITTED TO A REVIEW OF THE ENGLISH LANGUAGE (NATIVE ENGLISH EDIT, AMERICAN JOURNAL EXPERTS, OR OTHER COMPANIES). TO PUBLISH, YOU MUST SEND TO PBOCI THE CERTIFICATE ISSUED BY THEM.**
4. The text is single-spaced; uses a 12-point font; employs italics, rather than underlining (except with URL addresses); and all illustrations, figures, and tables are placed within the text at the appropriate points, rather than at the end.
5. The text adheres to the stylistic and bibliographic requirements outlined in the [Author Guidelines](#), which is found in About the Journal.
6. If submitting to a peer-reviewed section of the journal, the instructions in [Ensuring a Blind Review](#) have been followed.
7. **Page charges (Just for Brazilian Authors) are required for publication in this Journal. Therefore, I agree with payment R\$ 400,00 (QUATROCENTOS REAIS OR 130 US\$). You can pay through PAYPAL or PAGSEGURO.**

Page charge forms will be sent automatically on acceptance of a manuscript for publication in the Journal. Prompt submission of these forms will expedite the publication of your paper; we cannot publish until completed and signed page charge forms are received from every institution contributing to the page charges.

Copyright Notice

Papers must be submitted on the understanding that they have not been published elsewhere and are not currently under consideration by another journal.

The submitting author is responsible for ensuring that the article's publication has been approved by all the other coauthors.

Authorship credit should be based only on substantial contributions to each of the three components mentioned below: 1) Concept and design of study or acquisition of data or analysis and interpretation of data; 2) Drafting the article or revising it critically for important intellectual content; and 3) Final approval of the version to be published.

Privacy Statement

The names and email addresses entered in this journal site will be used exclusively for the stated purposes of this journal and will not be made available for any other purpose or to any other party.

PBOCI is a member of CrossRef and all the content of its journals are linked by DOIs through CrossRef.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação dos fatores de risco associados à cárie dentária em crianças com e sem deficiência. Estudo longitudinal

Pesquisador: Fabiana Sodré de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 82293517.7.0000.5152

Instituição Proponente: Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.496.312

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional a ser realizado com uma amostra de conveniência composta por 120 participantes (60 crianças com deficiência e 60 crianças sem deficiência), atendidas pela Área de Odontologia Pediátrica da FOUFU durante o ano de ano de 2018, a fim de avaliar fatores de risco associados à cárie precoce da infância (CPI).

Critérios de INCLUSÃO: crianças de zero a três anos, saudáveis e com qualquer tipo de deficiência, atendidas durante o período da pesquisa, e que já tenham dentes.

Critério de EXCLUSÃO: crianças maiores de três anos de idade e crianças edêntulas.

Desfecho Primário: Espera-se que ao final das entrevista e exames clínicos as crianças com deficiência apresentem mais fatores de risco à cárie precoce de infância do que as crianças sem deficiência.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo o projeto:

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 2.496.312

Avaliar e comparar a prevalência e a incidência da CPI, os fatores de risco da CPI e a classificação de acordo com a avaliação de risco entre crianças com e sem deficiência de zero a três anos de idade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

RISCOS: O risco é de identificação do participantes. No entanto, a equipe executora se compromete com o sigilo absoluto da identidade de todos os indivíduos participantes. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a identidade do participante será preservada. Para minimizar os riscos de identificação, os participantes serão identificados com códigos.

BENEFÍCIOS: A realização da pesquisa possibilitará maior conhecimento a respeito do comportamento de crianças de zero a três anos de idade com deficiência e com isso uma melhor assistência odontológica para este grupo específico poderá ser proporcionada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- A pesquisa será iniciada somente após a aprovação pelo CEP-UFU.
- Foram descritos: a) onde e quando os responsáveis pelas crianças serão abordados e a pesquisa apresentada; b) após a assinatura do TCLE, como serão feitas as etapas de entrevista e de exame clínico; como serão analisados os dados obtidos.
- Foi apresentado o instrumento (questionário) a avaliação dos fatores de risco à cárie precoce da infância e as informações que serão obtidas no exame clínico para a avaliação da saúde bucal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos foram apresentados e estão adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo apresentado segue os princípios da ética em pesquisa com seres humanos e tem relevância acadêmica e social.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 2.496.312

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: junho de 2019.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo Participante da pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O Participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante da pesquisa ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 2.496.312

• Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|-----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1010961.pdf | 20/01/2018 10:51:33 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_corrigido_dois.pdf | 20/01/2018 10:50:21 | ANDREIA BOSCO BOAVENTURA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_corrigido_dois.pdf | 20/01/2018 10:49:00 | ANDREIA BOSCO BOAVENTURA | Aceito |
| Outros | exameclinico.docx | 14/10/2017 10:41:06 | ANDREIA BOSCO BOAVENTURA | Aceito |
| Outros | questionario.docx | 14/10/2017 10:40:47 | ANDREIA BOSCO BOAVENTURA | Aceito |
| Outros | Links_curriculoLattes.docx | 13/10/2017 14:51:37 | ANDREIA BOSCO BOAVENTURA | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | 20171013142520508.pdf | 13/10/2017 14:25:47 | ANDREIA BOSCO BOAVENTURA | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | 20171013142607080.pdf | 13/10/2017 14:25:23 | ANDREIA BOSCO BOAVENTURA | Aceito |
| Folha de Rosto | 20171013142545613.pdf | 13/10/2017 14:23:48 | ANDREIA BOSCO BOAVENTURA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 2.496.312

UBERLÂNDIA, 15 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
Sandra Terezinha de Farias Furtado
(Coordenador)

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br