

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

ANTÔNIO WAGNER NOGUEIRA SILVA

**PERFIL E CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS DA CIDADE DE PATOS-PB**

PATOS/PB

2019

ANTÔNIO WAGNER NOGUEIRA SILVA

**PERFIL E CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS DA CIDADE DE PATOS-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado a Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador(a): Prof(a): Dr(a) Faldryene Sousa Queiroz Feitosa

PATOS/PB

2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

S586p

Silva, Antonio Wagner Nogueira

Perfil e condição de saúde bucal de idosos institucionalizados da cidade de Patos-PB / Antonio Wagner Nogueira Silva. – Patos, 2019.

56f.: il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2019.

"Orientação: Profa. Dra. Faldryene de Sousa Queiroz Feitosa".

Referências.

1. idosos institucionalizados. 2. Saúde bucal. 3. Saúde coletiva
- I. Título.

CDU 616.314-084

ANTÔNIO WAGNER NOGUEIRA SILVA

PERFIL E CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS DA CIDADE DE PATOS-PB

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado a Coordenação do Curso de
Odontologia da Universidade Federal de
Campina Grande - UFCG como parte dos
requisitos para a obtenção do título de
Bacharel em Odontologia.

Aprovado em 03/06/2019

BANCA EXAMINADORA

Faldryene de Sousa Queiroz Feitosa

Profª Drª Faldryene Sousa Queiroz Feitosa – Orientadora

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Renata Andrea Salvitti de Sá Rocha

Profª Drª Renata Andrea Salvitti De Sá Rocha – 1º Membro
Universidade federal de Campina Grande - UFCG

Luciana Ellen Dantas Costa

Profª Drª Luciana Ellen Dantas Costa – 2º Membro

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Dedico este trabalho à minha mãe Cícera Nogueira
Temóteo Silva.

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo agradeço a Deus, por não ter desistido de mim nesta jornada, e que me fez manter rente no caminho.

À minha mãe, que fez o que pôde e o que não pôde para que este momento se tornasse possível, espero do fundo do meu coração recompensá-la.

À minha família: meu pai José Lima, minhas irmãs Vanessa, Thais e Thamires e meu sobrinho Davi, amos vocês.

Agradeço aos meus amigos de minha cidade Jaguaratama-CE, fizeram toda a diferença, seja nas conversas, quanto no apoio me dado.

Agradeço aos meus amigos Josenias, Dayane, Leninha e Simone. Se estou aqui hoje, vocês tiveram uma enorme contribuição para isto, serei grato para sempre.

Aos meus colegas de curso, em que fiz boas amizades: Ariel, Kamilla, André, Nadjara, Thamires, Monnyk, Daniella e Mikaelly.

Agradeço a minha dupla de clínica Raquel Braga, pela paciência, companheirismo e atenção durante os atendimentos.

Em nome de minha orientadora Faldryene Souza, agradeço a todos professores pela paciência e pela disposição de nos passar conhecimentos e contribuírem com a formação de bons profissionais.

Agradeço a todos amigos que fiz durante em toda UFCG, em nome de Samara, pois me ajudaram nos momentos difíceis e estiverem presentes nos alegres, sou muito grato a isto.

A todos os funcionários da clínica escola e da central de aulas, sempre prestativos e prontos para ajudar: Diana, Lane, Poliana, Neuma e Damião.

Agradeço a todos funcionários do restaurante universitário, em nome de Dona Neta, ser residente tem suas dificuldades, mas eles estavam sempre lá, com sorriso no cara e mostrando que seguir em frente é a melhor a escolha.

“A vida se faz feliz em pequenas coisas”
(Autor desconhecido).

SILVA, A.W.N. **Perfil e condição de saúde bucal de idosos institucionalizados da cidade de Patos-PB.** Patos. Universidade Federal de Campina Grande-UFCG, 2019, 56p.

PERFIL E CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DA CIDADE DE PATOS-PB

RESUMO

Introdução: Observa-se um processo de envelhecimento acelerado na população brasileira, trazendo desafios aos gestores e pesquisadores em saúde pública. O idoso pode apresentar várias limitações físicas e/ou psíquicas e complicações orais, que pode agravar-se quando tratam-se de idosos institucionalizados. **Objetivos:** avaliar o perfil e a condição de saúde bucal (higiene bucal, mucosa bucal, uso e necessidade de próteses dentárias) dos idosos institucionalizados da cidade de Patos – PB. **Material e método:** trata-se de um estudo epidemiológico transversal, desenvolvido com 32 idosos de duas instituições de longa permanência, o instrumento utilizado foi a Ficha de Avaliação da Saúde Bucal da Organização Mundial da Saúde (1999), com algumas alterações propostas por Haikal (2004), acrescentando a ficha específica do índice CPO-D. Realizou-se exame clínico nos idosos nas próprias instituições, e acessando-se os seus prontuários. **Resultados:** a idade dos idosos variou de 60 a 101 anos, média de 77,5 anos, 65,6% eram do sexo feminino, 37,5% tinham problema de locomoção, 59,4% eram independentes nas atividades diárias, 53,1% sem convivência familiar, 59,4% solteiros, 21,9% fumavam, os medicamentos anti-hipertensivos foram os mais citados (21,9%); CPO-D de 31,73, sendo 84,4% do componente perdido, 37,5% apresentavam alterações na mucosa oral, 71,9% não usavam prótese alguma e 50% tinham higiene oral insuficiente. **Conclusão:** Observou-se uma alta necessidade de atenção em saúde bucal dos idosos institucionalizados. Para melhorar a qualidade de vida dos idosos, necessita-se que as esferas pública e/ou privada realizem medidas de promoção e recuperação de saúde (geral e oral), além da participação popular, fundamental para este processo.

Palavras-chaves: Idosos institucionalizados. Saúde bucal. Saúde Coletiva.

ABSTRACT

PROFILE AND CONDITION OF ORAL HEALTH OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY PEOPLE OF THE CITY OF PATOS-PB

Introduction: An accelerated aging process is observed in the Brazilian population, bringing challenges to managers and researchers in public health. The elderly may present various physical and / or psychic limitations and oral complications, which may worsen when dealing with institutionalized elderly. **Objectives:** to evaluate the profile and the oral health condition (oral hygiene, oral mucosa, use and need of dental prostheses) of the institutionalized elderly in the city of Patos – PB. **Material and method:** a cross-sectional epidemiological study, developed with 32 elderly people from two long-term institutions, the instrument used was the World Health Organization Oral Health Assessment Form (1999), with some changes proposed by Haikal (2004), adding the specific form of the CPO-D index. A clinical examination was performed on the elderly in the institutions themselves, and had access to his medical records. **Results:** the age of the elderly varied from 60 to 101 years, average of 77.5 years. 65.6% were female, 37.5% had locomotion problem, 59.4% were independent in daily activities, 53.1% without family cohabitation, 59.4% were single, 21.9% smoked, antihypertensive drugs were the most cited (21.9%); CPOD of 31.73 and 84.4% of the lost component, 37.5% had alterations in the oral mucosa, 71.9% did not use any prosthesis and 50% had insufficient oral hygiene. **Conclusion:** There was a high need for oral health care of institutionalized elderly. In order to improve the quality of life of the elderly, it is necessary that the public and / or private spheres carry out health promotion and recovery measures (general and oral), as well as popular participation, which is fundamental to this process.

Key words: Oral health, Institutionalized elderly, collective health.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Dados relacionados ao perfil dos idosos institucionalizados. Patos, 2019	24
TABELA 2 - Dados relacionados à condição de saúde bucal dos idosos institucionalizados. Patos, 2019.....	25
TABELA 3 - Relação do sexo com as variáveis de perfil e condição de saúde bucal dos idosos. Patos, 2019	27
TABELA 4 - Comparativo com outros estudos realizados com idosos institucionalizados.....	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
2.1 Processo De Envelhecimento.....	11
2.2 Institucionalização do Idoso.....	12
2.3 Saúde do Idoso Institucionalizado.....	13
2.4 Saúde Bucal do Idoso Institucionalizado.....	13
REFERÊNCIAS	14
3 ARTIGO	16
REREFÊNCIAS	33
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	37
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO.....	38
ANEXO 1 – FORMULÁRIO ADAPTADO DA OMS PARA ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	42
ANEXO 2 – FICHA CLÍNICA DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL E NECESSIDADE DE TRATAMENTO	43
ANEXO 3 - CÓDIGOS E CRITÉRIOS ADOTADOS PARA INTERPRETAÇÃO DO ÍNDICE DE CÁRIE DENTÁRIA CPOd / ceo	44
ANEXO 4 – QUADRO COM OS CRITÉRIOS ADOTADOS PARA PREENCHIMENTO DOS DADOS	45
ANEXO 5 – NORMAS DO ARTIGO (REVISTA ARCHIVES OF HEALTH).....	46

1 INTRODUÇÃO

Existe atualmente um processo de envelhecimento populacional global, consequência da queda da taxa de fertilidade e do aumento da expectativa de vida, observado principalmente a partir da metade do século XX (BRITO et al., 2013). Estima-se que a população brasileira no ano de 2025 atingirá cerca de 31,3 milhões de pessoas com idade de sessenta anos ou mais (IBGE, 2000) e o país será a sexta maior população idosa do mundo em números absolutos, representando em torno de 13% da população total (COMARCK, 2002).

Conforme Veras (2009), esse processo ocorre de forma radical e acelerada no Brasil, trazendo uma série de desafios aos gestores e pesquisadores em saúde pública, agravados pela alta desigualdade social, pobreza e instituições fragilizadas, tendo repercussões diretas na sociedade em geral.

No tocante à atenção odontológica, é necessária a criação de estratégias e cuidados que provoquem debates específicos voltados à saúde bucal, visando o aperfeiçoamento nos métodos de assistência ao idoso, uma vez que ao envelhecer, naturalmente, o indivíduo pode apresentar sintomas de patologias orais, que se não tratadas, podem agravar a saúde geral do mesmo, resultando em perdas dentárias além do surgimento de outras doenças sistêmicas, impactando negativamente em sua qualidade de vida (SILVA; FERRO, 2016).

Veras (2009) enfatiza a necessidade de novos métodos de planejamento e gerência da saúde do idoso, devido à ineficiência e ao alto custo dos modelos existentes, pois para se oferecer bons serviços aos idosos é preciso de estruturas criativas e inovadoras, com ações diversificadas, afim de que possam usufruírem integralmente de um sistema eficiente.

Segundo Silva e Ferro (2016) quando se trata de pessoas idosas institucionalizadas, distantes de sua família, elas tornam-se dependentes de políticas públicas e à mercê de cuidados especiais, geralmente incumbidos a terceiros. Ainda conforme Silva e Ferro (2016), dados epidemiológicos sobre a saúde bucal de idosos institucionalizados no Nordeste brasileiro são bastante carentes, o que dificulta a elaboração de diretrizes e programas preventivos e curativos para essa parcela da população.

De acordo com Pessoa et al., (2016), vários estudos tem constatado que a saúde bucal de idosos institucionalizados é marcada pela alta perda dentária, ausência de cuidados preventivos frequentes para os problemas bucais específicos e pela inexistência de tratamento odontológico.

O entendimento do processo de envelhecimento, bem como da realidade do idoso institucionalizado é fundamental para a elaboração de políticas de atendimento e ações voltadas a esse grupo. Em virtude do que foi explanado, o presente trabalho avaliou a condição de saúde bucal dos idosos institucionalizados da cidade de Patos – PB e a necessidade e o uso de prótese, visando colaborar para o planejamento e tomada de decisões voltadas à prevenção e melhoria da qualidade de vida desse grupo populacional.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Processo de envelhecimento

Para Ribeiro et al. (2017) o envelhecimento é um momento caracterizado por perdas sucessivas ao longo da vida, incluindo limitações físicas, doenças, aposentadoria, além de perdas tidas como “mortes simbólicas”, ressaltando que mesmo com as virtudes e sabedoria que acompanham nesta fase da vida, envelhecer não é fácil para a maioria das pessoas. Diante desta realidade, a pessoa idosa pode ter medo de perder sua independência e se tornar um fardo à sua família.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1984) considera o idoso, sob o ponto de vista cronológico, como aquele indivíduo que possui 65 anos ou mais de idade em países desenvolvidos, enquanto que, em países em desenvolvimento, prevalece a idade de 60 anos ou mais. (BALDONI e PEREIRA, 2011).

Schneider e Irigaray (2008) afirmaram que a velhice só pode ser entendida quando se percebe a relação entre os diferentes aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais, os quais variam de acordo com a cultura onde o indivíduo está introduzido. Segundo eles, pessoas que chegam aos 60 anos são tidas como idosas, independente de seu estado psicológico e social, porém, devido a idade ser um parâmetro multifatorial não é indicado ser usada para se medir o desenvolvimento humano.

Para completar Schneider e Irigaray (2008) mostraram outra classificação para à velhice, que é a idade funcional, ou seja, o quanto bem uma pessoa funciona em um lugar físico-social comparado a alguém com mesma idade cronológica.

Tavares et al. (2017) afirmaram que a capacidade funcional é compreendida como a junção da capacidade intrínseca do indivíduo, das características ambientais e das interações entre o indivíduo com elas.

2.2 Institucionalização do idoso

Segundo Balseiro (2011) o envelhecimento é influenciado por fatores pessoais, sócio-culturais, econômicos entre outros, resultando em respostas pessoais diferenciadas, dependendo de como a sociedade se organiza frente à isto, a pessoa idosa permanecerá com sua família ou recorrerá à assistência prestada em um lar.

Para Gallon e Gomes (2011) a institucionalização do idoso acontece muitas vezes devido à algumas famílias não possuírem estrutura para manter o idoso (muitas vezes fragilizado) no ambiente familiar, sendo uma solução bastante procurada.

A institucionalização do idoso é uma realidade que só cresce. Motivados por fatores demográficos, sociais, de saúde dependência ou abandono, alguns idosos vão parar em instituições asilares, onde ficam internados longe de suas famílias (TEIXEIRA et al., 2012).

Para Tier, Fontana e Soares (2004) a grande maioria fica contra a própria vontade, e depois da institucionalização, uma grande parte dos entes familiares não volta para visitá-los, deixando os cuidados do idoso a outras pessoas, em grande parte despreparadas e desqualificadas para a função incumbida.

Conforme Yamamoto e Diogo (2002), a Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) se caracteriza como uma boa opção de atendimento a este público, no entanto, é necessário que possuam infra-estrutura física conveniente às necessidades específicas desta população, as quais estão diretamente relacionadas as mudanças impostas pela idade.

De acordo com Melo et al. (2011), as ILPI, abraçam um papel fundamental como uma das alternativas de cuidados com os idosos, embora, ainda sejam carentes estudos sobre as mesmas, especialmente à sua definição e por consequência, seu papel na sociedade.

No entanto, Gonçalves et al. (2015), nos fala sobre a função das ILPI, as quais são residências especializadas com o intuito de dar assistência adequada ao idoso institucionalizado de acordo com suas necessidades, precisa ser composta por uma equipe multiprofissional de saúde composta de médico, enfermeiro, nutricionista,

fisioterapeuta, técnicos e auxiliares de enfermagem, além de cuidadores capacitados e colaboradores de serviços gerais.

2.3 Saúde do idoso institucionalizado

Para Balseiro (2011) dentro das instituições há uma tendência de uniformização e paternalismo exagerado, onde a falta de estímulos para os idosos realizarem suas atividades (como comer e vestir sozinhos) é incentivada, desta forma a dependência deles tende a aumentar, principalmente dos que já são dependentes.

Fato que Vitório et al. (2012) vem nos mostrar em um estudo que fez com idosos, os quais apresentaram uma queda de inatividade física, podendo-se afirmar que a permanência do idoso na instituição pode ajudar para a ocorrência disso.

De acordo com Gallon e Gomes (2011), o perfil do idoso institucionalizado é bem diferenciado, apresenta elevado nível de sedentarismo, carência emocional, perda de autonomia por incapacidade física e/ou mental, inexistência da família na ajuda com o autocuidado e limitação financeira, o que contribui para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida.

2.4 Saúde bucal do idoso institucionalizado

O cuidado com a saúde bucal deve ter a mesma atenção que a saúde integral do idoso, pois os idosos que apresentam maiores dificuldades para se alimentar, falar, se interagir com outras pessoas, são aqueles que possuem maior índice de perdas dentais ou usam uma prótese mal adaptada e isso pode levar ao baixo índice nutricional, por não conseguir ter uma alimentação correta, e essas perdas são ocasionadas muitas vezes pela doença periodontal e a doença cárie (ALVES, 2016).

Para Barbosa (2011) os problemas de saúde bucal associados com o envelhecimento são: carie dental, doenças periodontais, desgaste dental e câncer de boca, o que pode aumentar negativamente quando se trata de idosos institucionalizados.

Conforme Aguiar et al. (2017) os idosos institucionalizados exibem condições bucais mais preocupantes que os que vivem na comunidade, com altos índices de edentulismo, ou de doença periodontal, além da grande necessidade de exodontias e de uso de prótese dentárias.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, C.A.et al. **Halitose e fatores associados em idosos institucionalizados.** Rio de Janeiro (RJ): Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., 2017.
- ALVES, A.P.S. **O impacto das condições bucais na qualidade de vida de pessoas idosas na cidade de Ariquemes-RO.** Porto velho (RO): São Carlos Centro Universitário, 2016.
- BALDONI, A.O.; PEREIRA, L.R.L. **O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde sob a óptica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa.** Ribeirão Preto (SP): Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada, 2011.
- BALSEIRO, J. F. **Vivências do idoso institucionalizado.** 61 f. Trabalho de conclusão de curso (graduação) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto – Portugal, 2011.
- BARBOSA, K.G.N. **Condições de saúde bucal em idosos: uma revisão da realidade brasileira.** Recife (PE): Odontol. Clín.-Cient., 2011.
- BRITO, M. da C.C. et al. **Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica.** São Paulo (SP): Revista Kairós Gerontologia (PUC), 2013.
- CORMACK, E.F. **A saúde oral do idoso.** Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.html>>. Acesso em 10 de set. de 2018.
- GALLON, D.; GOMES, A. R.S. **Idosos institucionalizados e os efeitos do exercício no processo de envelhecimento musculoesquelético: uma revisão.** Passo Fundo (RS): RBCEH, 2011.
- GONÇALVES, M.J.C et al. **A importância da assistência do enfermeiro ao idoso institucionalizado em instituição de longa permanência.** Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem, n. 14, p. 12-18, 2015.

MELO I.A.F.; KUBRUSLY E.S., JUNIOR A.A.P. **Perfil das instituições de longa permanência para idosos no Estado de Alagoas no período de 2007 a 2008.** Epidemiol serv Saúde online [Internet]. 2011 Mar [cited 2012 Sept 11];20(1):75-83.

PESSOA, D.M.V. et al. **Estudo Comparativo do Perfil de Saúde Bucal em Idosos Institucionalizados no Brasil e em Barcelona, Espanha. Rio de Janeiro (RJ):** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, 2016.

RIBEIRO, M.S. et al. **Estratégias de enfrentamento de idosos frente ao envelhecimento e à morte: revisão integrativa.** Rio de Janeiro (RJ): Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, 2017.

SCHNEIDER, R.; IRIGARAY, T.Q.. **O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais.** Campinas (SP): Estudos de Psicologia, 2008.

SILVA, C.R.F. ; FERRO, F.E.D. **Saúde bucal dos idosos institucionalizados em Teresina. Florianópolis (SC).** Rev. Saúde Pública, 2016.

TAVARES, R.E. et al. **Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa.** Rio de Janeiro (RJ): Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, 2017.

TEIXEIRA, J. S. et al. **Envelhecimento e percepção corporal de idosos institucionalizados.** Rio de Janeiro (RJ): Rev Bras Geriatr Gerontol, 2012.

TIER, C. G.; FONTANA, R. T.; SOARES, N. V. **Refletindo sobre idosos institucionalizados.** Rev. Bras. Enferm, 2004.

VERAS, R. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações.** Rio de Janeiro (RJ): Rev. Saúde Pública (UERJ), 2009.

VITÓRIO, V. M. et al. **Fatores associados ao nível de atividade física entre idosos asilares** .Estud. Interdisciplinar I Envelhecimento, 2012.

YAMAMOTO A., DIOGO M.J.D. **Caracterização das Instituições asilares do município de Campinas quanto à área física.** Revista Paulista de Enfermagem; 21(3): 213-9. 2002.

3. ARTIGO

PERFIL E CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DA CIDADE DE PATOS-PB

PROFILE AND CONDITION OF ORAL HEALTH OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY
PEOPLE OF THE CITY OF PATOS-PB

PERFIL Y CONDICIÓN DE SALUD BUCAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DE LA
CIUDAD DE PATOS-PB

Antônio Wagner Nogueira **SILVA**¹

Faldryene Sousa Queiroz **FEITOSA**²

¹Acadêmico do Curso de Graduação em Odontologia. Centro de Saúde e Tecnologia Rural, Universidade Federal de Campina Grande, UFCG 58708-110 Patos/PB, Brasil.

²Professora Doutora do Curso de Graduação em Odontologia. Centro de Saúde e Tecnologia Rural, Universidade Federal de Campina Grande, UFCG 58708-110 Patos/PB, Brasil.

RESUMO

Introdução: Observa-se um processo de envelhecimento acelerado na população brasileira, trazendo desafios aos gestores e pesquisadores em saúde pública. O idoso pode apresentar várias limitações físicas e/ou psíquicas e complicações orais, que pode agravar-se quando tratam-se de idosos institucionalizados. **Objetivos:** avaliar o perfil e a condição de saúde bucal (higiene bucal, mucosa bucal, uso e necessidade de próteses dentárias) dos idosos institucionalizados da cidade de Patos – PB. **Material e método:** trata-se de um estudo epidemiológico transversal, desenvolvido com 32 idosos de duas instituições de longa permanência, o instrumento utilizado foi a Ficha de Avaliação da Saúde Bucal da Organização Mundial da Saúde (1999), com algumas alterações propostas por Haikal (2004), acrescentando a ficha específica do índice CPO-D. Realizou-se exame clínico nos

idosos nas próprias instituições, e acessando-se os seus prontuários. **Resultados:** a idade dos idosos variou de 60 a 101 anos, média de 77,5 anos, 65,6% eram do sexo feminino, 37,5% tinham problema de locomoção, 59,4% eram independentes nas atividades diárias, 53,1% sem convivência familiar, 59,4% solteiros, 21,9% fumavam, os medicamentos anti-hipertensivos foram os mais citados (21,9%); CPO-D de 31,73, sendo 84,4% do componente perdido, 37,5% apresentavam alterações na mucosa oral, 71,9% não usavam prótese alguma e 50% tinham higiene oral insuficiente. **Conclusão:** Observou-se uma alta necessidade de atenção em saúde bucal dos idosos institucionalizados. Para melhorar a qualidade de vida dos idosos, necessita-se que as esferas pública e/ou privada realizem medidas de promoção e recuperação de saúde (geral e oral), além da participação popular, fundamental para este processo.

Palavras-chaves: Idosos institucionalizados. Saúde bucal. Saúde Coletiva.

ABSTRACT

Introduction: An accelerated aging process is observed in the Brazilian population, bringing challenges to managers and researchers in public health. The elderly may present various physical and / or psychic limitations and oral complications, which may worsen when dealing with institutionalized elderly. **Objectives:** to evaluate the profile and the oral health condition (oral hygiene, oral mucosa, use and need of dental prostheses) of the institutionalized elderly in the city of Patos – PB. **Material and method:** a cross-sectional epidemiological study, developed with 32 elderly people from two long-term institutions, the instrument used was the World Health Organization Oral Health Assessment Form (1999), with some changes proposed by Haikal (2004), adding the specific form of the CPO-D index. A clinical examination was performed on the elderly in the institutions themselves, and had access to his medical records. **Results:** the age of the elderly varied from 60 to 101 years, average of 77.5 years. 65.6% were female, 37.5% had locomotion problem, 59.4% were independent in daily activities, 53.1% without family cohabitation, 59.4% were single, 21.9% smoked, antihypertensive drugs were the most cited (21.9%); CPOD of 31.73 and 84.4% of the lost component, 37.5% had alterations in the oral mucosa, 71.9% did not use any prosthesis and 50% had insufficient oral hygiene. **Conclusion:** There was a high need for oral health care of institutionalized elderly. In order to improve the quality of life of the elderly, it is necessary that the public and / or private spheres carry out health promotion and recovery measures (general and oral), as well as popular participation, which is fundamental to this process.

Key words: Oral health, Institutionalized elderly, collective health.

RESUMEN

Introducción: Se observa un proceso de envejecimiento acelerado en la población brasileña, trayendo desafíos a los gestores e investigadores en salud pública. El anciano puede presentar varias limitaciones físicas y / o psíquicas y complicaciones orales, que puede agravarse cuando se trata de ancianos institucionalizados. **Objetivos:** evaluar el perfil y la condición de salud bucal (higiene oral, mucosa oral, uso y necesidad de prótesis dentales) de los ancianos institucionalizados de la ciudad de Patos - PB. **Material y método:** se trata de un estudio epidemiológico transversal, desarrollado con 32 ancianos de dos instituciones de larga permanencia, el instrumento utilizado fue la Ficha de Evaluación de la Salud Bucal de la Organización Mundial de la Salud (1999), con algunas modificaciones propuestas por Haikal (2004), añadiendo la ficha específica del índice CPO-D. Se realizó un examen clínico en los ancianos en las propias instituciones, y tuvo acceso a sus historias. **Resultados:** la edad de los ancianos varía de 60 a 101 años, media de 77,5 años, 65,6% del sexo femenino y 34,4% masculino, 37,5% tenían problema de locomoción, el 59,4% eran independientes en las actividades diarias, 53,1% sin convivencia familiar, 59,4% solteros, 21,9% fumaban, los medicamentos antihipertensivos fueron los más citados (21,9%); CPOD de 31,73 y 84,4% del componente perdido, el 37,5% presentaba alteraciones en la mucosa oral, el 71,9% no usaban prótesis alguna y el 50% tenía una higiene oral insuficiente. **Conclusión:** para mejorar la calidad de vida de los ancianos, se necesita que las esferas pública y / o privada realicen medidas de promoción y recuperación de salud (general y oral), además de la participación popular, fundamental para este proceso.

Palabras claves: salud oral, ancianos institucionalizados, salud pública.

INTRODUÇÃO

Existe atualmente um processo de envelhecimento populacional global, consequência da queda da taxa de fertilidade e do aumento da expectativa de vida, observado principalmente a partir da metade do século XX (BRITO et al.¹, 2013). Estima-se que a população brasileira no ano de 2025 atingirá cerca de 31,3 milhões de pessoas com idade de sessenta anos ou mais (IBGE², 2000) e o país será a sexta maior população idosa do mundo em números absolutos, representando em torno de 13% da população total (COMARCK³, 2002).

Conforme Veras⁴ (2009), esse processo ocorre de forma radical e acelerada no Brasil, trazendo uma série de desafios aos gestores e pesquisadores em saúde pública, agravados pela alta desigualdade social, pobreza e instituições fragilizadas, tendo repercussões diretas na sociedade em geral.

No tocante à atenção odontológica, é necessária a criação de estratégias e cuidados que provoquem debates específicos voltados à saúde bucal, visando o aperfeiçoamento nos métodos de assistência ao idoso, uma vez que ao envelhecer, naturalmente, o indivíduo pode apresentar sintomas de patologias orais, que se não tratadas, podem agravar a saúde geral do mesmo, resultando em perdas dentárias além do surgimento de outras doenças sistêmicas, impactando negativamente em sua qualidade de vida (SILVA; FERRO⁵, 2016).

Veras⁴ (2009) enfatiza a necessidade de novos métodos de planejamento e gerência da saúde do idoso, devido à ineficiência e ao alto custo dos modelos existentes, pois para se oferecer bons serviços aos idosos é preciso de estruturas criativas e inovadoras, com ações diversificadas, afim de que possam usufruírem integralmente de um sistema eficiente.

Segundo Silva e Ferro⁵ (2016) quando se trata de pessoas idosas institucionalizadas, distantes de sua família, elas tornam-se dependentes de políticas públicas e à mercê de cuidados especiais, geralmente incumbidos a terceiros. Ainda conforme Silva e Ferro⁵ (2016), dados epidemiológicos sobre a saúde bucal de idosos institucionalizados no Nordeste

brasileiro são bastante carentes, o que dificulta a elaboração de diretrizes e programas preventivos e curativos para essa parcela da população.

De acordo com Pessoa et al.⁶, (2016), vários estudos tem constatado que a saúde bucal de idosos institucionalizados é marcada pela alta perda dentária, ausência de cuidados preventivos frequentes para os problemas bucais específicos e pela inexistência de tratamento odontológico.

O entendimento do processo de envelhecimento, bem como da realidade do idoso institucionalizado é fundamental para a elaboração de políticas de atendimento e ações voltadas a esse grupo. Em virtude do que foi explanado, o presente trabalho avaliou a condição de saúde bucal dos idosos institucionalizados da cidade de Patos – PB e a necessidade e o uso de prótese, visando colaborar para o planejamento e tomada de decisões voltadas à prevenção e melhoria da qualidade de vida desse grupo populacional.

MATERIAL E MÉTODO

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro, sob parecer número 3.348.819. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (APÊNDICE A) foi entregue aos participantes do estudo selecionados para compor a amostra do estudo, e somente participaram da pesquisa aqueles cujos termos foram assinados, de acordo com a resolução 0466/2012. A direção de ambas ILPI autorizou a realização da pesquisa, segundo declaração assinada e anexada ao projeto (APÊNDICES B e C).

Tipo de estudo

A presente pesquisa trata-se de um estudo epidemiológico transversal, que foi realizado por meio de um inquérito epidemiológico para aferição do perfil dos idosos

institucionalizados e das necessidades normativas de tratamento odontológico, por meio da avaliação das condições de saúde bucal e uso e necessidade de prótese.

População e amostra

A cidade de Patos tem uma população estimada de 102.527 habitantes, localizada na mesorregião do Sertão Paraibano, distante 307 Km da capital João Pessoa (IBGE⁷, 2013). Patos-PB é a 3^a cidade polo do estado da Paraíba, considerando sua importância socioeconômica, cuja área geográfica equivale a 515,74 km². O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é de 0,701 (o 5º melhor da Paraíba). A população residente na zona urbana é de aproximadamente 97%, sendo que 75% estão na faixa etária de quinze ou mais anos (PNUD⁸, 2013). O município apresenta duas ILPI: o Lar dos Idosos Jesus de Nazaré e o Lar dos Velhinhos, que abrigam em média 20 idosos em cada instituição. A pesquisa foi desenvolvida nas referidas instituições da cidade de Patos-PB, a qual obteve uma amostra de 32 idosos.

Critérios de inclusão e exclusão

O critério de inclusão se limitou à aceitação de participação na pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte do idoso capacitado civil ou de seu representante legal, no caso de idoso incapacitado civil (APÊNDICE 1). Os critérios de exclusão se referiram a falta de condições de ser realizado exame por parte do examinado (excessiva agressividade, agitação), impossibilidade de receber orientações básicas e nos casos de doentes terminais.

Calibração e estudo piloto

Os quatro pesquisadores passaram por um processo de calibração teórica / prática, para assegurar que cada um pudesse pesquisar dentro de um padrão consistente, minimizando variações, ou seja, tratando-se de proporcionar consistência aos levantamentos epidemiológicos realizados por um ou mais pesquisadores (WHO⁹, 1993).

Um estudo piloto foi realizado com a finalidade de avaliar os instrumentos de pesquisa e a dinâmica de coleta de dados, verificando as dificuldades observadas durante a realização da pesquisa e no preenchimento dos questionários, possibilitando assim, a realização de ajustes, se necessário. Para a realização do estudo piloto, foram avaliados 4 idosos escolhidos por conveniência dentre os que preencheram os critérios de inclusão, correspondendo a 10% da amostra.

Coleta de dados

Para avaliação da condição de saúde bucal foram considerados: a história de cárie dentária (por meio da avaliação do CPO-D) e necessidade de tratamento, a avaliação clínica extra bucal e as condições da mucosa bucal, o uso e necessidade de prótese dentária e a qualidade da higiene bucal e da prótese dentária. Além disso, para estabelecer o perfil dos idosos institucionalizados, foram acrescentados itens considerados relevantes e comumente usados em geriatria, dentre eles a avaliação da locomoção, capacidade de realizar as Atividades de Vida Diária (AVD), hábitos, convívio com a família e uso de medicamentos.

O instrumento que foi utilizado para o inquérito epidemiológico foi a Ficha de Avaliação da Saúde Bucal da OMS¹⁰ (1999), com algumas alterações, conforme metodologia proposta por Haikal¹¹ (2004), (ANEXO 1), sendo retirados apenas alguns itens que não foram considerados neste estudo, tais como avaliação acerca de fluorose, maloclusão e avaliação periodontal e acrescentando a ficha específica para realização do índice CPO-D e necessidade de tratamento para cárie dentária (ANEXO 2), segundo os códigos e critérios recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (ANEXO 3), na publicação Oral

health surveys: basic methods¹², quarta edição (1997) adaptados pelo projeto SB Brasil 2010 (BRASIL¹³, 2012).

Todos os exames foram realizados pelo pesquisador que contou com a ajuda de um anotador, ambos previamente calibrados. Foram utilizados materiais descartáveis, tais como luvas, máscara, gorro, espátulas de madeira e compressas de gaze. Para facilitar a visualização foram também utilizados espelhos clínicos e, quando era necessário, uma higienização rápida da boca com gaze embebida em solução de clorexidina manipulada a 0,2% (HAIKAL¹⁴, 2011), realizada por necessidade e conveniência para facilitar a visualização de elementos dentais.

O exame clínico foi realizado nas dependências dos próprios abrigos, com iluminação natural e em local arejado, estando o examinado sentado e o examinador em sua frente. Nos casos de idosos impossibilitados ou com dificuldades de locomoção até o local definido para a realização dos exames, o mesmo foi realizado em seu dormitório, com o paciente deitado em seu leito, tentando com auxílio de travesseiros, manter a condição do exame o mais constante possível.

Os prontuários médicos dos idosos foram consultados para o preenchimento dos itens idade, data de nascimento, estado civil e medicamentos em uso. Após a coleta de dados, os medicamentos em uso foram classificados segundo o Guia dos Remédios¹⁵ (1999) em cinco grandes grupos, de acordo com suas indicações: 1-Hipertensão/Diuréticos; 2-Ansiedade/sono; 3-Problemas cardiovasculares; 4-Medicamentos para o Sistema Nervoso Central, e 5-Outros, onde foram alocados todos os demais medicamentos, não pertencentes a nenhum dos outros quatro grupos.

Os demais itens foram preenchidos baseados nos critérios do quadro, que se encontra em anexo (ANEXO 4).

Análise e Interpretação dos dados

A análise estatística foi realizada de forma descritiva e analítica, por meio de frequências relativas e absolutas para as variáveis categóricas. Os testes foram calculados por meio do programa SPSS® (*Statistica / Package for the Social Sciences*) versão 21.0.

RESULTADOS

Análise Descritiva

Perfil dos entrevistados:

Esta pesquisa foi realizada com 32 idosos residentes em 02 instituições de longa permanência da cidade de Patos-PB, com perda amostral de 8 idosos que não se enquadravam nos critérios de inclusão. Quanto ao perfil dos entrevistados 21 (65,6%) eram do sexo feminino e 11 (34,4%) do sexo masculino, com idade variando entre 60 e 101 anos e média de 77,5 anos.

A tabela 1 apresenta os dados relacionados ao perfil dos idosos institucionalizados.

Tabela 1. Dados relacionados ao perfil dos idosos institucionalizados. Patos, 2019.

PERFIL DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	N	%
Locomoção		
Acamado	7	21,9
Marcha com auxílio	5	15,6
Marcha livre	20	62,5
Convivência familiar		
Sim	14	43,8
Não	17	53,1
Sem informação	1	3,1
Atividades diárias		
Independente	19	59,4
Parcialmente dependente	4	12,5
Dependente	9	28,1
Estado civil		
Solteiro	19	59,4
Casado	2	6,3
Divorciado	2	6,3

Viúvo	9	28,1
Hábitos deletérios		
Sem hábito	23	71,9
Fuma	7	21,9
Morde objetos	1	3,1
Sem informação	1	3,1
Classe de medicamentos usados		
Anti-hipertensivos	7	21,9
Antidepressivos	2	6,3
Antiagregantes plaquetários	6	18,8
Não usa	2	6,3
Outros	4	12,5
Sem informação	11	34,4

Fonte: próprio autor.

Avaliação da condição de saúde bucal e necessidade de prótese dos idosos:

Pôde-se observar um CPO-D variando de 27 a 32, com média de 31,73. Sendo que 84,4% foi do componente perdido, seguido de 9,4% do componente cariado.

A tabela 2 apresenta dados relacionados à condição de higiene bucal, saúde bucal, uso ou necessidade de prótese e condição da higiene da prótese.

Tabela 2. Dados relacionados à condição de saúde bucal dos idosos institucionalizados. Patos, 2019.

CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	n	%
Condição da mucosa bucal		
Normal	20	62,5
Eritroplasia	2	6,3
Ulceração (aftosa/herpética/traumática)	3	9,4
Candidíase	2	6,3
Outra condição	5	15,6
Localização da lesão na mucosa bucal		
Vermelhão dos lábios	2	6,3
Comissura labial	2	6,3
Mucosa vestibular	1	3,1
Assoalho da boca	1	3,1
Língua	1	3,1
Rebordo alveolar/gengiva	4	12,5

Mucosa oral	1	3,1
Sem alteração	20	62,5
Uso de prótese		
Sim	8	25,0
Não	23	71,9
Sem informação	1	3,1
Local da prótese		
Inferior	0	0
Superior	5	15,6
Superior e inferior	3	9,4
Não usa	23	71,9
Sem informação	1	3,1
Condições da prótese superior e necessidade de uso		
PT satisfatória	4	12,5
Necessidade de PPR	1	3,1
Necessidade de PT	22	68,8
Necessidades de reparo na PT	2	6,3
Edêntulo e impossibilitado de usar	2	6,3
Sem informação	1	3,1
Condições da prótese inferior e necessidade de uso		
PT satisfatória	3	9,4
Necessidade de PPR	3	9,4
Necessidade de PT	14	43,8
Necessidades de reparo na PT	11	34,4
Edêntulo e impossibilitado de usar	1	3,1
Sem informação	3	9,4
Higiene oral		
Insuficiente	16	50,0
Suficiente	16	50,0
Higiene da prótese		
Insuficiente	4	12,5
Suficiente	4	12,5
Não usa	23	71,9
Sem informação	1	3,1
Necessidade de tratamento imediato		
Não	21	65,6
Sim	11	34,4

Tipo de tratamento imediato

Sem necessidade	21	65,6
Exodontia de resto radicular	11	34,4

Fonte: próprio autor.

Análise bivariada

A tabela 3 demonstra a avaliação da relação entre o sexo dos idosos e as variáveis relacionadas ao perfil e condições de saúde bucal, por meio da utilização do teste Qui-quadrado ($p < 0,05$). Com essa avaliação pôde-se observar uma relação estatisticamente significativa entre o sexo e a condição de locomoção dos idosos, onde observou-se que 90,9% dos idosos do sexo masculino são independentes para se locomoverem, em detrimento a 47,6% do sexo feminino.

Tabela 3: Relação do sexo com as variáveis de perfil e condição de saúde bucal dos idosos. Patos, 2019.

VARIÁVEIS DE PERFIL E CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DOS IDOSOS						
	Forma de locomoção	Independência para atividades	Hábitos deletérios	Condição da mucosa oral	Higiene Oral	Necessidade de tratamento
Variáveis	p valor	p valor	p valor	p valor	p valor	p valor
Sexo						
Masculino	p=0,049	p=0,213	p=0,468	p=0,250	p=0,710	p=0,340
Feminino						

Fonte: próprio autor.

DISCUSSÃO

O valor médio obtido da idade dos idosos na pesquisa foi de 77,5 anos, aproximando-se bastante do que Raymundi, Lodi¹⁶ (2015) e Levinski et al.¹⁷ (2017) encontram, que foram 74,39 e 76 anos, respectivamente.

Em relação ao sexo dos entrevistados, os valores se aproximam dos encontrados em um estudo feito por Pavan et al.¹⁸(2008), em que a grande maioria (80%) também era composta por mulheres, assim como nos estudos realizados por Delboni et al.¹⁹ (2013) também houve maioria do sexo feminino. Na contramão, Alencar et al.²⁰(2012) obtiveram um valor mais equilibrado entre os dois gêneros, onde as idosas

correspondiam a 51,1% da população residente da instituição estudada, valores que segundo os próprios autores, não são frequentemente descritos na literatura, pois em geral o número de mulheres são bem superiores.

Davim et al.²¹ (2004) justificaram que um dos possíveis motivos dessa grande diferença deve-se pela mortalidade diferencial de sexo, que há muito tempo é presente na população brasileira. Para Giaquini et al.²² (2017), a explicação estaria no fato de as mulheres cuidarem mais de sua saúde, realizarem consultas e exames frequentemente, optarem por uma alimentação mais saudável, praticarem atividades físicas e por se envolverem em menos acidentes.

Nos estudos feito por Giaquini et al.²² (2017), a prevalência de dificuldade de locomoção foi de 50,3% (incluindo as variáveis “acamado” e “marcha com auxílio”), já Samanioto, Haddad²³ (2011) obtiveram um resultado de 46,1%. Este último se aproxima ao encontrado nesta pesquisa, que foi de 37,5% de idosos que marcham com auxílio e acamados. Para Paixão, Heckmann²⁴ (2002), a explicação está atrelada ao fato de que com o envelhecimento surgem problemas nas articulações, o que impede a mobilidade estável, os músculos não estão mais enrijecidos, comprometendo a caminhada; além de que existem doenças que prejudicam a locomoção, como o Parkinson, o Alzheimer e a artrose, bem como os distúrbios do sistema cardiovascular.

Na pesquisa, o percentual de idosos que convivem com a família foi de 43,8%, enquanto 53,1% disseram não ter convívio com seus entes familiares, o que corrobora com os dados obtidos por Santana et al.²⁵ (2014) de 62,5% de idosos que não recebem visita familiar. Ainda neste último, idosos disseram sofrer em função do abandono, já outros dizem não ter família em função da vergonha de terem sido abandonados. Fato que Evangelista et al.²⁶ (2014) também observaram em sua pesquisa, onde os idosos relataram possuir um sentimento de abandono e solidão, diretamente relacionado à falta de filhos e cônjuge. Carmo²⁷ (2012) intera que o sentimento de “exclusão” é um dos mais presentes no cotidiano

do idoso institucionalizado, juntamente com a mágoa do abandono e a crença de ser um estorvo para a família.

Em uma pesquisa realizada por Lima et al.²⁸ (2013), 34,4% dos idosos possuíam alguma limitação para suas atividades físicas diárias, valor que corrobora ao achado no referido estudo, que foi 30,6% (soma das variáveis “parcialmente dependente” com “dependente”). No entanto, Azevedo et al.²⁹ (2017) em sua pesquisa encontraram um valor de dependentes ou parcialmente dependentes de 89,3%, corroborando com os dados encontrados por Lisboa, Chianca³⁰ (2012) de 77% de idosos que possuíam alguma dependência física. Para Polaro et al.³¹ (2012) é de suma importância manter a independência física e comportamental do idoso dentro da instituição e incentivar sua autonomia.

Em relação ao estado civil dos idosos do estudo, 59,4% são solteiros, o que se assimila aos resultados encontrados por Lima et al.²⁸ (2013) e por Ribas et al.³² (2012), em que o número de solteiros em ambas pesquisas também foi superior. Para Alencar et al.²⁰ (2012), devido o idoso ser solteiro, geralmente essa condição é elencada na literatura como fator de risco para a sua institucionalização.

No tocante a existência de hábitos deletérios nos idosos institucionalizados estudados na pesquisa, 71,9% disseram não possuir nenhum tipo de hábito prejudicial à saúde, enquanto 21,9% relataram ser tabagistas e apenas 3,1% mordem algum tipo de objeto. Observa-se que o percentual de fumantes está abaixo do valor encontrado por Secco et al.³³ (2013), e acima os valores de Davim et al.²¹ (2014) e Gonçalves et al.³⁴ (2015), porém, encontra-se bem próximo do que Carvalho et al.³⁵ (2013) encontram.

Rebelo³⁶ (2008) mostrou que o principal motivo para fumar é o “combate ao estresse”, seguida por “prazer” e “convivência social”. Ou poderia ser uma herança de décadas passadas, onde o tabagismo era considerado como estilo de vida, hoje, no entanto, é tido como dependência química, expondo os indivíduos a incontáveis substâncias tóxicas, WHO³⁷ (2002). Ademais, ainda são escassos no Brasil, estudos que tratem sobre a

prevalência de tabagismo, tanto em idosos institucionalizados, quanto os não institucionalizados (BARBOSA³⁸ et al., 2018).

A classe medicamentosa mais citada foi a dos anti-hipertensivos (21,9%), resultado também apurado na pesquisa de Lima et al.²⁸ (2013). No estudo de Levinski et al.¹⁷ (2017) os anti-hipertensivos ficaram na segunda colocação, atrás apenas dos antidepressivos/ansiolíticos.

Segundo Ribas et al.³² (2012), a principal doença crônica dos idosos encontrada na literatura é a hipertensão arterial e ainda conforme Lima et al.²⁸ (2013) as doenças crônicas que são consideradas próprias da velhice, tendem a ser mais constantes a partir dos 80 anos, o que está ligado totalmente ao surgimento das dificuldades nas atividades diárias, interferindo em autonomia e independência.

Nos resultados obtidos em relação as alterações na mucosa bucal, a grande maioria dos idosos institucionalizados apresentou condições de normalidade, enquanto 37,5% tinham alguma lesão/alteração. Percebe-se uma variedade de lesões e localizações diferentes, o mesmo foi evidenciado por Raymundi, Lodi¹⁶ (2015), onde foram encontradas úlcera, erosão, hiperplasia e manchas, localizadas no palato, na língua, na mucosa jugal, no rebordo alveolar, no assoalho bucal e fundo de sulco.

A seguir é mostrado um comparativo na tabela 4 entre os resultados do referido estudo e os encontrados por Reis et al.³⁹ (2003) e Carneiro et al.⁴⁰ (2005), referentes ao edentulismo dos idosos institucionalizados, ao uso e necessidade de prótese (prótese total - PT e prótese parcial removível – PPR).

Tabela 4: Comparativo com outros estudos realizados com idosos institucionalizados

Comparativo com outros estudos realizados com idosos institucionalizados			
Variáveis	Silva (2019) %	Reis et al. (2003)³⁹ %	Carneiro et al. (2005)⁴⁰ %
Edêntulos totais	84,40	69,20	68,30

Uso de prótese	25,00	49,48	58,00
Uso de prótese superior	15,6	45,33	26,5
Uso de prótese inferior	0,0	24,57	0,00
Uso de prótese inferior e superior	9,4	32,6	31,5
Necessidade de prótese superior	71,9	59,17	62,4
Necessidade de prótese inferior	53,2	51,21	55,8

Fonte: próprio autor.

O índice CPO-D encontrado neste estudo foi bastante elevado, destes a grande maioria foi referente ao componente “dentes perdidos”, valores bem próximos de Reis et al.³⁹ (2003) CPO-D de 30,17 e 95,38% de componente “dentes perdido” e Carneiro et al.⁴⁰ (2005), que foi de 30,8 dentes e o componente “dentes perdidos” correspondeu a 96,3%. Para este último, os idosos edêntulos que não usavam nenhum tipo de prótese tinham uma série de impactos negativos para a mastigação, a fonação, a deglutição e estética, que implicam diretamente na qualidade de vida e bem-estar dos mesmos.

Conforme Silva, Valsecki⁴¹ (2000), a saúde bucal de idosos institucionalizados brasileiros apresenta-se com alta porcentagem de edêntulos, variando entre 72,0% e 84,0%, sendo assim o valor encontrado na pesquisa está dentro do esperado.

Percebe-se com os dados obtidos a existência de condições precárias de saúde bucal e nível edentulismo muito alto, evidenciando uma prática curativa da Odontologia no passado, onde a exodontia era o principal procedimento realizado (SILVA, S. et al.⁴², 2008; CORNEJO et al.⁴³, 2013). Para Rosa et al.⁴⁴ (2008) a perda dentária é um dos problemas bucais mais frequentes existentes no paciente da terceira idade, atenuando conforme o passar dos anos.

Para Moimaz et al.⁴⁵ (2008) os maiores percentuais de uso de prótese dentária superior podem indicar uma preocupação com a estética, já que os dentes superiores costumam aparecer no momento do sorriso, ao contrário dos inferiores que nem sempre são vistos. Outro motivo pode estar ligado a maior dificuldade de adaptação que as pessoas relatam no uso destas próteses para a arcada inferior e o desconforto do uso das mesmas.

Em relação à necessidade de tratamento imediato, 34,4% dos idosos institucionalizados precisavam de exodontia de restos radiculares, valor relativamente próximo aos 27% encontrado por Levinski et al.¹⁷ (2017).

Ao fazer a análise entre a relação do sexo e algumas variáveis do perfil e condição oral, percebeu-se que houve uma relação estatisticamente significativa entre o sexo e a condição de locomoção dos idosos, porém, não foi achado na literatura informações a respeito dessa relação.

Uma das possíveis limitações do referido estudo, destaca-se que devido ter sido realizado com uma população de idosos de duas ILPI da cidade de Patos/PB, a amostra avaliada não representa a população idosa do município, uma vez que os idosos institucionalizados tendem a apresentar condição oral diferente da população idosa em geral, em função das limitações em que estão inseridos.

CONCLUSÃO

Percebe-se que a situação de saúde bucal dos idosos pesquisados é precária, especialmente devido à alta prevalência de história de cárie (CPO-D alto), ao edentulismo, alta necessidade de uso de prótese dentária, bem como a existência de algumas lesões bucais, desta forma, faz-se necessário que sejam feitas medidas de promoção e recuperação de saúde nas duas ILPIs da cidade de Patos – PB, visando uma melhoria da qualidade de vida dos idosos tanto na saúde bucal, quanto na saúde como um todo.

São necessárias ações por parte da esfera pública, e até mesmo da rede privada ou de organizações não governamentais, onde deem apoio aos idosos nas mais diversas áreas como no acompanhamento psicológico, médico, fisioterapêutico, odontológico, na realização

de atividades físicas e em ações culturais. Possivelmente desta forma os idosos teriam um salto em sua saúde e qualidade de vida, sem contar o convívio social que ganhariam paralelamente.

REFERÊNCIAS

- 1 - BRITO, MCC et al. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. São Paulo (SP): Revista Kairós Gerontologia (PUC), 2013.
- 2 - Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Projeção preliminar da população do Brasil por sexo e idades simples: 1980-2050. Revisão 2000. [on line]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 7 de ago. de 2018.
- 3 - CORMACK, EF. A saúde oral do idoso. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.html>>. Acesso em 10 de set. de 2018.
- 4 - VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rio de Janeiro (RJ): Rev. Saúde Pública (UERJ), 2009.
- 5 - SILVA, CF ; FERRO, FED. Saúde bucal dos idosos institucionalizados em Teresina. Florianópolis (SC): Rev. Saúde Pública, 2016.
- 6 - PESSOA, DMV et al. Estudo comparativo do perfil de saúde bucal em idosos institucionalizados no Brasil e em Barcelona, Espanha. Rio de Janeiro (RJ): Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, 2016.
- 7 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2013. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
- 8 - PNUD – Programa Das Nações Unidas Para o Desenvolvimento; IPEA -Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada; Fundação João Pinheiro. Atlas de desenvolvimento humano do Brasil de 2013. 2013. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>>. Acesso em: Julho de 2018.
- 9 - WHO - World Health Organization. Oral Health Suveys, basic methods. 4nd ed, Geneve,1997.
- 10 - OMS. Organização mundial da saúde. Disponível em: <<http://www.who.int/about/es/1999/>>. Acesso em: 14 de Jun. de 2018.
- 11 - HAIKAL, DAS. Saúde bucal em um grupo de idosos institucionalizados: autopercepção, avaliação das condições observadas e impacto na qualidade de vida. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Odontologia da UFMG, 2004
- 12 – WHO-World Health Organization. Oral health surveys : basic methods, 4th ed. World Health Organization. 1997.
- 13 - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. 2012

- 14 - HAIKAL, DSA et al. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. Montes Claro (MG): Ciência & Saúde Coletiva, 2011.
- 15 - Bpr - Guia de Remédios. Editora Escala. 1997.
- 16 – RAYMUNDI P; LODI L. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados e não institucionalizados do município de Erechim- RS. PERSPECTIVA, Erechim. v. 39, n.145, p. 07-18, março/2015
- 17 - LEVINSKI, E et al. Atenção à saúde bucal do idoso institucionalizado por meio de ações de extensão universitária. Saluvista, Bauru, v. 36, n. 2, p. 393-408, 2017.
- 18 – PAVAN FJP, MENEGHEL SN, JUNGES JR. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(9):2187-2190, set, 2008.
- 19 – DELBONI MCC et al. Instituições de longa permanência (ILP): os idosos institucionalizados de uma cidade da região central do Rio Grande do Sul. Crises do Capitalismo, Estado e Desenvolvimento Regional Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, 4 a 6 de setembro de 2013.
- 20 - ALENCAR MA, BRUCK NNS, PEREIRA BC, CÂMARA TMM, Almeida RDS. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. Rev Bras Geriatr Gerontol 2012; 15(4):786-796.
- 21 - DAVIM, RMB et. al. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características sócio-econômicas e de saúde. Rev. Latino- AM- Enfermagem 2004 maio/jun; 12(3):518-24
- 22 – GIAQUINI F, LINI EV, DORING M. Prevalência de dificuldade de locomoção em idosos institucionalizados. Acta Fisiatr. 2017.
- 23 - SMANIOTO FN, HADDAD MCFL. Índice de Katz aplicado a idosos institucionalizados. Rev Rene. 2011;12(1):18-23.
- 24 - PAIXÃO J.CM, HECKMANN MF. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Caçado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 624-34.
- 25 – SANTANA, JDMS et al. Participação dos familiares na vida dos idosos institucionalizados no lar São Francisco de Assis em Simão Dias/ SE. 2014.
- 26 – EVANGELISTA RA et al. Percepções e vivências dos idosos residentes de uma instituição asilar. Ver. Esc. Enferm. USP 2014.
- 27 - CARMO HO. Idoso institucionalizado: o que sente, percebe e deseja?RBCEH. Passo Fundo. 2012; v.9, n.3, p.330-340.
- 28 – LIMA CLJ de et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. Ver. Enferm. UFPE on line., Recife, 7(10):6027-34, out., 2013
- 29 – AZEVEDO, LM de et al. Perfil sociodemográfico e condições de saúde de idosos institucionalizados. Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, 19(3): 16-23, jul-set, 2017.

- 30 - LISBOA CR, CHIANCA TCM. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. Rev Bras Enferm. 2012.
- 31 – POLARO SHI et al. Idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos da região metropolitana de Belém- PA. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2012.
- 32 – RIBAS RTB et al. Perfil de Idosos Atendidos pela Fisioterapia em Instituições de Longa Permanência em Pindamonhangaba – SP. Rev UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde. 2012;14(1):9-16.
- 33 – SECCO et al. Dependência nicotínica e razões para fumar em idosos institucionalizados. Revista Kairós Gerontologia, 16(3), pp.239-250. 2013.
- 34 – GONÇALVES et al. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande. Revista de Saúde Pública, 42(5), 938-945. 2005.
- 35 - CARVALHO AAde et al. Controle do tabagismo em instituição de longa permanência para idosos: relato de experiência. Ciência & Saúde Coletiva, 18(4):1119-1130, 2013.
- 36 - REBELO, L. Consulta de cessação tabágica no Centro de Saúde de Alvalade. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 24, 3-20. 2008.
- 37 - World Health Organization. World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO, 2002.
- 38 – BARBOSA MB et al. Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool e de tabaco em idosos não institucionalizados. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro; 21(2): 125-135. 2018.
- 39 – REIS SCGB et al. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia-GO, 2003. Rev Bras Epidemiol. 2005.
- 41 – CARNEIRO RMV et al. Saúde bucal de idosos institucionalizados, zona leste de São Paulo, Brasil, 1999. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(6):1709-1716, 2005.
- 42 - SILVA SRC, VALSECKI JA. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. Rev Panam Salud Pública 2000; 8:268-71.
- 42 - SILVA, SO da.; TRENTIN, MS; LINDEN, MSS; CARLI, JP de.; NETO, NS; LUFT, LR. Saúde bucal do idoso institucionalizado em dois asilos de Passo Fundo- RS. RGO, Porto Alegre, v. 56, p. 303-308, jul./set., 2008.
- 43 - CORNEJO, M; PÉREZ, G; LIMA, KC de.; CASALS-PIEDRO, E; BORRELL, C. Oral health-related quality of life in institutionalized elderly in Barcelona (Spain). Med Oral Patol Oral Cir Bucal, p. 285-292, mar. 2013.
- 44 - ROSA, LB; ZUCCOLOTTO, MCC; BATAGLION, C; CORONATTO, EA de S. Odontogeriatrics- a saúde bucal na terceira idade. RFO, v. 13, n. 2, p. 82-86, mai./ago., 2008.
- 45 - MOIMAZ, SAS.; SANTOS, CLV dos; PIZZATTO, E; GARBIN, CAS.; SALIBA, NA. Perfil de utilização de próteses totais em idosos e avaliação da eficácia de sua higienização. Cienc Odontol Bras, p. 72-78, jul./set. 2004.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que a situação de saúde bucal dos idosos pesquisados é precária, especialmente devido à alta prevalência de história de cárie (CPO-D alto), ao edentulismo, alta necessidade de uso de prótese dentária, bem como a existência de algumas lesões orais. Desta forma, faz-se necessário que sejam feitas medidas de promoção e recuperação de saúde nas duas ILPIs da cidade de Patos – PB, visando uma melhora da qualidade de vida dos idosos tanto na saúde bucal, quanto na saúde como um todo.

Ademais, a prática interdisciplinar é de suma importância para odontologia preventiva, onde através de consultas planejadas e constantes de cirurgiões-dentistas às ILPIs evitariam o contato tardio dos idosos com os profissionais, o que poderia resultar na melhora da saúde bucal dos referidos idosos.

Fica evidente o quanto a presença de familiares e da população como um todo é de suma relevância para a vida dos idosos institucionalizados, pois é bastante claro que eles necessitam de afeto e atenção, que são características que contribuem diretamente na sensação de acolhimento e importância deles perante a sociedade.

São necessárias ações por parte da esfera pública, e até mesmo da rede privada ou de organizações não governamentais, onde deem apoio aos idosos nas mais diversas áreas como no acompanhamento psicológico, médico, fisioterapêutico, odontológico, na realização de atividades físicas e em ações culturais. Possivelmente desta forma os idosos teriam um salto em sua saúde e qualidade de vida, sem contar o convívio social que ganhariam paralelamente.

Ações preventivas podem ser desenvolvidas com vistas à prevenção da instalação dos principais fatores associados à institucionalização com maior eficácia e eficiência quando se conhecem os riscos. Ademais, é possível ainda retardar o encaminhamento dos idosos para as instituições de longa permanência para idosos e desenvolver estratégias de cuidado que permitam a manutenção dos idosos no convívio social.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Estamos realizando um estudo que tem o objetivo de conhecer os problemas presentes na boca. Se você concordar, gostaríamos que você participasse deste estudo. Caso aceite, farei um exame da sua boca, com luvas descartáveis e espátulas de madeiras, de maneira rápida e sem nenhuma dor. Depois do exame, algumas perguntas serão feitas e você poderá responder somente se souber ou quiser, como em uma entrevista.

Você pode participar mesmo se não tiver nenhum dente. O que você responder será anotado por mim e usado no nosso trabalho, mas sua identidade será preservada, garantindo sua privacidade. Não haverá custos. Você tem toda liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalização ou prejuízo.

Caso haja necessidade, será realizada documentação fotográfica. As informações são sigilosas e serão manipuladas somente pelos autores da pesquisa. Entretanto, os resultados deste estudo serão publicados em literatura especializada, sendo os dados pessoais dos pacientes omitidos.

ASPECTOS ÉTICOS

Ressalta-se que os responsáveis pelo projeto estão cientes de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela Resolução Nº 466/2012 de 12 de dezembro de 2012:

- 1) Garantia de confidencialidade, do anonimato e das não-utilização das informações em prejuízo dos envolvidos.
- 2) Os riscos iminentes a participação na pesquisa serão mínimos e irrelevantes.

O projeto irá garantir aos envolvidos, os referenciais básicos da bioética que são: **Autonomia, Beneficência, Não-maleficência e Justiça.**

A responsável pela pesquisa, Profa. Faldryene de Sousa Queiroz, poderá ser contactada para esclarecimento de dúvidas, através do seguinte número: (83) – 3511-3045.

Uma cópia deste documento ficará em seu poder e a outra arquivada pelos pesquisadores.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DECLARAÇÃO DO(A) PARTICIPANTE

Eu, _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A professora orientadora Dra. FALDRYENE DE SOUSA QUEIROZ FEITOSA, certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e mantidos em sigilo, declarando o esforço que será feito para garantir que a pesquisa e as atividades transcorram com conforto e sem constrangimento.

Em caso de dúvidas poderei falar com a pesquisadora Prof. Dra. FALDRYENE DE SOUSA QUEIROZ FEITOSA. Endereço profissional: Av. Universitária, S/N, Jatobá, CEP 58.708-110, Patos/PB, telefone: 83-3511-3045, e-mail: falqueiroz@hotmail.com.

Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – CEP, do Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC, situado a Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, CEP: 58401 – 490, Campina Grande-PB, Tel: 2101 – 5545, E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br; Conselho Regional de Medicina da Paraíba e a Delegacia Regional de Campina Grande.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

CONSENTIMENTO DO IDOSO E/OU DO RESPONSÁVEL LEGAL

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos na pesquisa “**Perfil e condição de saúde bucal de idosos institucionalizados da cidade de Patos-PB**” e, diante disso, autorizo a participação do idoso sob minha responsabilidade e a minha participação nas ações do referido projeto de pesquisa.

Patos, ___/___/_____

RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome em letra de forma e RG

Assinatura ou impressão dactiloscópica

CONSENTIMENTO DO IDOSO:

Nome em letra de forma e RG

Assinatura ou impressão dactiloscópica

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Estou ciente do conteúdo da pesquisa “**Perfil e condição de saúde bucal de idosos institucionalizados da cidade de Patos-PB**” e assumo o compromisso de cumprir os termos da resolução nº 466/2012 de 12 de Dezembro de 2012.

Nome em letra de forma

Assinatura

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Eu, Luzia Vieira de Figueiredo, Diretora do **Lar dos Velinhos**, declaro que os alunos do curso de Odontologia do CSTR/UFCG estão autorizados a realizarem nesta instituição o Projeto de pesquisa :“**Perfil e condição de saúde bucal de idosos institucionalizados da cidade de Patos-PB**”, sob responsabilidade da docente Faldryene Sousa Queiroz Feitosa, com previsão de início em Abril de 2019, cujo objetivo será avaliar o perfil, as condições de saúde bucal dos idosos e busca ativa de lesões extra e intra bucais, visando à promoção e prevenção de saúde, além de atividades lúdicas, recreativas e informativas, que contribuam para a estimulação da memória, integração e valorização do autocuidado dos idosos.

Ressalta-se que os responsáveis pelo projeto estão cientes de serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/12 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de saúde:

1. Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos envolvidos.
2. Que não haverá riscos.

Informo ainda que fui informado que o projeto irá garantir aos envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Patos-PB, 02 de Abril de 2019.

Wolânia Gomes Agripino
Diretora da Instituição
Presidente

Patos - PB, 05 de Abril de 2019

Luzia da Conceição Vieira de Figueiredo
Cuidadora.

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Eu, Sheyla Rodrigues, Diretora do Lar dos Idosos Jesus de Nazaré, declaro que os alunos do curso de Odontologia do CSTR/UFCG estão autorizados a realizarem nesta instituição o Projeto de pesquisa :
“Perfil e condição de saúde bucal de idosos institucionalizados da cidade de Patos-PB”, sob responsabilidade da docente Faldryene Sousa Queiroz Feitosa, com previsão de início em Abril de 2019, cujo objetivo será avaliar o perfil, as condições de saúde bucal dos idosos e busca ativa de lesões extra e intra bucais, visando à promoção e prevenção de saúde, além de atividades lúdicas, recreativas e informativas, que contribuam para a estimulação da memória, integração e valorização do auto-cuidado dos idosos. Autorizo ainda a consulta aos prontuários dos pacientes para acesso a informações sobre perfil e uso de medicações dos idosos.

Ressalta-se que os responsáveis pelo projeto estão cientes de serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/12 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de saúde:

1. Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos envolvidos.
2. Que não haverá riscos.

Informo ainda que fui informado que o projeto irá garantir aos envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Patos-PB, 02 de Abril de 2019.


Assinatura

ANEXO 1 – FORMULÁRIO ADAPTADO DA OMS PARA ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS

Data: ___/___/___	Valor contribuição mensal	<input type="text"/>	Ala	<input type="text"/>									
INFORMAÇÕES GERAIS:													
Nome: _____			Número de Identificação _____										
Data de Nascimento:	Mês	Ann	Idade:	Sexo (M=1, F=2) <input type="checkbox"/>									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>									
LOCOMOÇÃO <input type="checkbox"/>	CONVIVE COM A FAMÍLIA	MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO:											
0=Arrastado 1=Marcha com auxílio 2=Marcha livre	0=Sim <input type="checkbox"/>												
ATIVIDADES DIÁRIAS <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL:	<hr/>											
0=Independente 1=Parc. Depend. 2=Dependente	0=Solteiro 1=Casado 2=Separado/divorciado 3=Viúvo	AVALIAÇÃO CLÍNICA EXTRABUCAL (ulcerações, feridas, lesões, fissuras):											
HÁBITOS:	<input type="text"/>	0=Apresenta extrabucal normal <input type="checkbox"/>											
0=Nenhum	<input type="text"/>	1=Cabeça, pescoço, membros											
1=Fuma		2=Orelha, bochecha, nariz											
2=Bebe		3=Comissura labial											
3=Morde objetos		4=Lábios											
		5=Linfonodos cervicais (cabeça e pescoço)											
		6=Outros linfonodos da face e nuca											
		9=Não registrado											
CONDIÇÃO MUCOSA BUCAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LOCALIZAÇÃO										
0= Ausência de condições anormais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0=Vermelhão dos lábios										
1=Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1=Comissura labial										
2=Leucoplásia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2=Mucosa vestibular										
3=Eritroplásia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3=Assalto da boca										
4=Ulcerações (aftosa, herpética, traumática)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4=Língua										
5=Gua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5=Palato										
6=Candidíase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6=Rebordo alveolar/geníviva										
7=Abscesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9=Não registrado										
8=Outra condição _____													
9= Não registrado													
CONDIÇÕES PROTÉTICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIGIENE ORAL										
0=Sem necessidade de próteses removíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Boca</th> <th>Prótese</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Suficiente</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Insuficiente</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			Boca	Prótese	Suficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Boca	Prótese											
Suficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
1=PPR satisfatória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
2=PT satisfatória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
3=Necessidade de PPR (colocação ou substituição)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
4=Necessidade de PT (colocação ou substituição)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
5=Necessidade de reparos na PT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
6=Necessidade de reparos na PPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
7=Ausência de dentes, mas com impossibilidade de receber prótese (Estado psicológico, rebordo inadequado ou outra condição.) Especificar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
9=Não registrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
NECESSIDADE DE TRATAMENTO IMEDIATO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRÓTESE:										
1=Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0=Não usa										
2=Dor ou infecção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1=Tem e usa										
3=Outra condição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2=Tem e não usa										
Especificar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											

Fonte: Adaptado de Haikai (2004).

ANEXO 2 - FICHA CLÍNICA DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

CÁRIE DENTÁRIA - CPOD/ceo-d

	18	17	16	15	14	13	12	11	61	62	63	64	65	21	22	23	24	25	26	27	28
COROÀ																					
TRATAMENTO																					
COROÀ																					
TRATAMENTO																					

48 47 46 45 44 43 42 41

85 84 83 82 81

31 32 33 34 35 36 37 38

71 72 73 74 75

ceo-d - VALOR: _____

Fonte: OMS, 2009.

ANEXO 3 - CÓDIGOS E CRITÉRIOS ADOTADOS PARA INTERPRETAÇÃO DO ÍNDICE DE CÁRIE DENTÁRIA CPOd/ceo

Código			Condição	Critério
Dentes Decíduos	Dentes Permanentes			
Coroa	Coroa	Raiz		
A	0	0	Higido	Não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são levados em consideração. Os seguintes sinais devem ser codificados como <i>higidos</i> : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> manchas esbranquiçadas; <input type="checkbox"/> descolorações ou manchas rugosas resistentes à pressão da sonda CPI; <input type="checkbox"/> sulcos e fissuras do esmalte manchados, mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda CPI; <input type="checkbox"/> áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa; <input type="checkbox"/> lesões que, com base na sua distribuição ou história, ou exame tátil/visual, resultem de abrasão.
B	1	1	Cariado	<i>Sulco, fissura ou superfície lisa</i> apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). A sonda CPI deve ser empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. <i>Na dúvida, considerar o dente higido.</i>
C	2	2	Restaurado mas cariado	Há uma ou mais restaurações e ao mesmo tempo uma ou mais áreas estão cariadas. Não há distinção entre cáries primárias e secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não em associação física com a(s) restauração(ões).
D	3	3	Restaurado e sem cárie	Há uma ou mais restaurações definitivas e <i>inexiste</i> cárie primária ou recorrente. Um dente com <i>coroa colocada devido à cárie</i> inclui-se nesta categoria. Se a coroa resulta de outras causas, como suporte de prótese, é codificada como 7 (G).
E	4	-	Dente perdido por cárie	Um dente permanente ou decíduo foi extraído <i>por causa</i> de cárie e não por outras razões. Essa condição é registrada na casela correspondente à <i>coroa</i> . <i>Dentes decíduos</i> : aplicar apenas quando o indivíduo está numa faixa etária na qual a esfoliação normal não constitui justificativa suficiente para a ausência.
F	5	-	Dente perdido por outra razão	Ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas.
G	6	-	Dente com selante	Há um selante de fissura ou a fissura oclusal foi alargada para receber um compósito. Se o dente possui selante e está cariado, prevalece o código 1 ou B (cárie).
H	7	7	Apoio de ponte ou coroa	Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Este código é também utilizado para <i>coroas instaladas por outras razões que não a cárie</i> ou para dentes com <i>facetas estéticas</i> . Dentes extraídos e substituídos por um elemento de ponte fixa são codificados, na casela da condição da coroa, como 4 ou 5, enquanto o código 9 deve ser lançado na casela da raiz.
K	8	8	Coroa não erupcionada	Quando o dente permanente ou decíduo ainda não foi erupcionado, atendendo à cronologia da erupção. <i>Não</i> inclui dentes perdidos por problemas congênitos, trauma etc.
T	T	-	Trauma	Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie.
L	9	9	Dente excluído	Aplicado a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas etc.).

Fonte: OMS, 2009.

ANEXO 4 – QUADRO COM OS CRITÉRIOS ADOTADOS PARA PREENCHIMENTO DOS DADOS

<p>LOCOMOÇÃO:</p> <p>Acamado: sem marcha</p> <p>Marcha com Auxílio: de terceiros, de órteses;</p> <p>Marcha livre: não necessita nenhum auxílio para locomoção.</p>	<p>CONVIVE COM A FAMÍLIA:</p> <p>Sim: manteve qualquer contato com alguém da família nos últimos 3 meses, independente da frequência;</p> <p>Não: não houve nenhum contato com ninguém da família nos últimos 3 meses.</p>
<p>ATIVIDADES DIÁRIAS</p> <p>Independente: não necessita auxílio para realizar higiene pessoal, banho, alimentação, vestuário e locomoção;</p> <p>Parcialmente Dependente: necessita auxílio ou supervisão para exercer pelo menos uma das atividades descritas acima;</p>	<p>HIGIENE ORAL:</p> <p>Suficiente: placa e/ou cálculo visivelmente ausentes ou presentes em quantidade aceitável na boca e/ou prótese;</p> <p>Insuficiente: placa e/ou cálculo em quantidade excessiva (acúmulo grosseiro) na boca e/ou prótese.</p>
<p>CONDIÇÕES PROTÉTICAS</p> <p>0= Sem necessidade de prótese removível: presença de todos os dentes ou no mínimo de pré a pré ininterruptamente e passíveis de serem mantidos;</p> <p>#Sem fratura: #boa retenção</p> <p>#Todos os dentes ausentes fa BEM ADAPTADA</p>	<p>Cálculo: visível</p> <p>Edema: visível</p> <p>Mobilidade: acentuada e facilmente percebida</p> <p>Supuração: visível</p> <p>Higido: sem cavidade, manchado ou não</p> <p>Cariado: com cavidade visível, restaurado ou não. Marcar de acordo com a localização da lesão (C=coroa; R=raiz)</p> <p>Restauração Satisfatória: sem necessidade de troca, mesmo que necessite polimento.</p> <p>Restauração Insatisfatória: que necessita substituição (fratura, queda, acentuada alteração de cor, forma excessivamente inadequada), mas sem sinais clínicos de recidiva de cárie</p> <p>Extração Indicada: resto radicular, mais de 2/3 de perda de coroa.</p> <p>Extraído: dente perdido provavelmente por cárie.</p> <p>Traumatismo/desgaste: fratura evidente e desgaste evidente</p> <p>Restauração Direta: necessidade de restauração plástica (amálgama ou resina)</p>
<p>PRÓTESE:</p> <p>Não tem: não possui prótese removível independente da razão e independente se necessita ou não;</p> <p>Tem e usa: possui e utiliza algum tipo de prótese removível;</p>	

Fonte: Adaptado de Haikai (2004).

ANEXO 5 – NORMAS PARA O ARTIGO (REVISTA ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION)

Instruções aos Autores

1 Objetivos

1.1 **Archives of Health Investigation** tem como missão publicar artigos científicos inéditos de pesquisa básica e aplicada, de divulgação e de revisão de literatura que constituam os avanços do conhecimento científico na área de Saúde, respeitando os indicadores de qualidade.

1.2 Também, a publicação de resumos de trabalhos apresentados em Reuniões ou Eventos Científicos relacionados à área de Saúde, sob a forma de suplementos especiais, como uma forma de prestigiar os referidos eventos e incentivar os acadêmicos à vida científica.

2 Itens Exigidos para Apresentação dos Artigos

2.1 Os artigos enviados para publicação devem ser inéditos e não terem sido submetidos simultaneamente a outro periódico. A **Archives of Health Investigation** (ArchI) reserva todo o direito autoral dos trabalhos publicados, inclusive tradução, permitindo sua posterior reprodução como transcrição com a devida citação da fonte.

2.2 Poderão ser submetidos artigos escritos em português, espanhol e inglês.

2.2.1 O trabalho poderá ser publicado em português, espanhol ou em inglês. O texto em espanhol ou inglês deverá vir acompanhado de documento que comprove que a revisão foi realizada por profissionais proficientes na língua espanhola ou inglesa. Todo artigo deverá vir acompanhado de resumos nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa.

2.3 **Archives of Health Investigation** tem publicação bimestral e tem o direito de submeter todos os artigos a um corpo de revisores, que está totalmente autorizado a decidir pela aceitação, ou devolvê-los aos autores com sugestões e modificações no texto e/ou para adaptação às regras editoriais da revista.

2.4 Os conceitos afirmados nos trabalhos publicados são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião da Equipe Editorial e Editores Associados.

3 Critérios de Análise dos Artigos

3.1 Os artigos serão avaliados inicialmente quanto ao cumprimento das normas de publicação. Trabalhos não adequados e em desacordo com as normas serão rejeitados e devolvidos aos autores antes mesmo de serem submetidos à avaliação pelos revisores.

3.2 Os artigos aprovados quanto às normas serão submetidos à análise quanto ao mérito e método científico por, no mínimo, dois revisores de instituições distintas à de origem do trabalho, além de um membro do Corpo de Editores, mantendo-se o total sigilo das identidades dos autores e revisores. Quando necessária revisão, o artigo será devolvido ao autor correspondente para as alterações. A versão revisada deverá ser submetida novamente pelo(s) autor(es) acompanhada por uma carta resposta (“cover letter”) explicando cada uma das alterações realizadas no artigo a pedido dos revisores. As sugestões que não forem aceitas deverão vir acompanhadas de justificativas convincentes. As alterações devem ser destacadas no texto do artigo em negrito ou outra cor. Quando as sugestões e/ou correções feitas diretamente no texto, recomenda-se modificações nas configurações do Word para que a identidade do autor seja preservada. O artigo revisado e a carta resposta serão inicialmente, avaliados pela Equipe Editorial e Editores Associados que os enviará aos revisores quando solicitado.

3.3 Nos casos de inadequação das línguas portuguesa, espanhola ou inglesa, uma revisão técnica por um especialista será solicitada aos autores.

3.4 A Equipe Editorial e os Editores Associados decidirão sobre a aceitação do trabalho, podendo, inclusive, devolvê-lo aos autores com sugestões para que sejam feitas as modificações necessárias no texto e/ou ilustrações. Neste caso, é solicitado ao(s) autor(es) o envio da versão revisada contendo as devidas alterações ou justificativas. Esta nova versão do trabalho será reavaliada pelo Corpo de Editores.

3.5 Nos casos em que o artigo for rejeitado por um dos dois revisores, a Equipe Editorial e os Editores Associados decidirão sobre o envio do mesmo para a análise de um terceiro revisor.

3.6 Nos casos de dúvida sobre a análise estatística, esta será avaliada pela estatística consultora da revista.

3.7 Após aprovação quanto ao mérito científico, os artigos serão submetidos à análise final somente da língua portuguesa (revisão técnica) por um profissional da área.

4 Correção das Provas dos Artigos

4.1 A prova dos artigos será enviada ao autor correspondente por meio de e-mail com um link para baixar o artigo diagramado em PDF para aprovação final.

4.2 O(s) autor(es) dispõe de um prazo de 72 horas para correção e devolução do original devidamente revisado, se necessário.

4.3 Se não houver retorno da prova em 72 horas, o Corpo de Editores considerará como final a versão sem alterações, e não serão permitidas maiores modificações. Apenas pequenas modificações, como correções de ortografia e verificação das ilustrações serão aceitas. Modificações extensas implicarão na reapreciação pelos revisores e atraso na publicação do artigo.

4.4 A inclusão de novos autores não é permitida nessa fase do processo de publicação.

5 Submissão dos Artigos

Os artigos deverão ser submetidos on line (www.archhealthinvestigation.com.br). Todos os textos deverão vir acompanhados obrigatoriamente da “Carta de Submissão”, do “Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição” (quando cabível), bem como da “Declaração de Responsabilidade”, da “Transferência de Direitos Autorais” e “Declaração de Conflito de Interesse” (documento explicitando presença ou não de conflito de interesse que possa interferir na imparcialidade do trabalho científico) assinado(s) pelo(s) autor(es). O manuscrito deverá ser enviado em dois arquivos Word, onde um deles deve conter o título do trabalho e respectivos autores; o outro deverá conter o título (português, espanhol e inglês), resumo (português, espanhol e inglês) e o texto do trabalho (artigo completo sem a identificação dos autores).

5.1 Preparação do Artigo

O texto, incluindo resumo, tabelas, figuras e referências, deverá estar digitado no formato “Word for Windows”, fonte “Arial”, tamanho 11, espaço duplo, margens

laterais de 3 cm, superior e inferior com 2,5 cm e conter um total de 20 laudas, incluindo as figuras, tabelas e referências. Todas as páginas deverão estar numeradas a partir da página de identificação.

5.1.1 Página de identificação

A página de identificação deverá conter as seguintes informações:

- título em português, espanhol e inglês, os quais devem ser concisos e refletirem o objetivo do estudo.
- nome por extenso dos autores, com destaque para o sobrenome e na ordem a ser publicado, contendo nome do departamento e da instituição aos quais são afiliados, com a respectiva sigla da instituição, CEP (Código de Endereçamento Postal), cidade e país (Exemplo: Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese, Faculdade de Odontologia, UNESP Univ. Estadual Paulista, 14801-903 Araçatuba - SP, Brasil);
- Endereço completo do autor correspondente, a quem todas as correspondências devem ser endereçadas, incluindo e-mail.

5.1.2 Resumo

Todos os tipos de artigos deverão conter resumo (português, espanhol e inglês) precedendo o texto, com no máximo de 250 palavras, estruturado em sessões: introdução, objetivo, material e método, resultados e conclusão. Nenhuma abreviação ou referências deverão estar presentes.

5.1.3 Descritores

Indicar, em número de 3 a 6, identificando o conteúdo do artigo, devendo ser mencionadas logo após o RESUMO. Para a seleção dos Descritores os autores deverão consultar a lista de assuntos do “MeSH Data Base (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>)” e os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS (<http://decs.bvs.br/>). Deve-se utilizar ponto e vírgula para separar os descritores, que devem ter a primeira letra da primeira palavra em letra maiúscula.

5.1.4 Ilustrações e tabelas

As ilustrações (figuras, gráficos, desenhos, etc.), serão consideradas no texto como figuras, sendo limitadas ao mínimo indispensáveis e devem ser adicionadas em arquivos separados. Devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que aparecem no texto. As figuras deverão ser anexadas ao e-mail do artigo, em cores originais, digitalizadas em formato tif, gif ou jpg, com no mínimo de 300dpi de resolução, 86 mm (tamanho da coluna) ou 180 mm

(tamanho página inteira). As legendas correspondentes deverão ser claras, concisas e listadas no final do trabalho. As

tabelas deverão ser logicamente organizadas e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos. A legenda deve ser colocada na parte superior das mesmas. As tabelas deverão ser abertas nas laterais (direita e esquerda). As notas de rodapé deverão ser indicadas por asteriscos e restritas ao mínimo indispensável

5.1.5 Citação de autores no texto

A citação dos autores no texto poderá ser feita de duas formas:

5.1.5.1 Somente numérica:

Exemplo: Radiograficamente é comum observar o padrão de “escada”, caracterizado por uma radiolucidez entre os ápices dos dentes e a borda inferior da mandíbula.^{6,10,11,13}. As referências devem ser citadas no parágrafo de forma sobrescrita e em ordem ascendente.

5.1.5.2 Ou alfanumérica:

- um autor: Ginnan⁴ (2006)
- dois autores: Tunga, Bodrumlu¹³ (2006)
- três autores ou mais de três autores: Shipper et al.² (2004)

Exemplo: As técnicas de obturação utilizadas nos estudos abordados não demonstraram ter tido influência sobre os resultados obtidos, segundo Shipper et al.² (2004) e Biggs et al.⁵ (2006). Shipper et al.² (2004), Tunga, Bodrumlu¹³ (2006) e Wedding et al.¹⁸ (2007).

5.1.6 Referências

As Referências deverão obedecer seguir aos requisitos “Uniform requirements for manuscripts submitted to Biomedical Journals – Vancouver”, para a submissão de manuscritos artigos a revistas biomédicas disponível em: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Toda referência deverá ser citada no texto. Deverão ser ordenadas pelo sobrenome dos autores e numeradas na mesma sequência em que aparecem no texto.

Exemplo - Texto:

... de acordo com Veríssimo et al.¹ , Raina et al.² , Stratton et al.³, Bodrumlu et al.⁴ e Odonni et al.⁵, contrariando os resultados apresentados por Baumgartner et al.⁶ onde ...

Referências:

1. Veríssimo DM, Do Vale MS, Monteiro AJ. Comparison of apical leakage between canals filled with gutta-percha/AH plus and the Resilon/Epiphany system, when submitted to two filling techniques. *J Endod.* 2007;33:291-4.
2. Raina R, Loushine RJ, Wellwe RN, Tay FR, Pashjey DHP. Evaluation of the quality of the apical seal in Resilon/Epiphany and gutta-percha/AH plus-filled root canals by using a fluid filtration approach. *J Endod.* 2007;33:944-7.
3. Stratton RK, Apicella MJ, Mines P. A fluid filtration comparison of gutta-percha versus Resilon, a new soft resin endodontic obturation system. *J Endod.* 2006;32:642-5.
4. Bodrumlu E, Tunga U, Alaçam T. Influence of immediate and delayed post space preparation on sealing ability of Resilon. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007;103:61-4.
5. Oddoni PG, Mello I, Coil JM, Antoniazzi JB. Coronal and apical leakage analysis of two different root canal obturation systems. *Braz Oral Res.* 2008;22:211-5.
6. Baumgartner G, Zehnder M, Paquè F. Enterococcus faecalis type strain leakage through root canals filled with guttapercha/ AH plus or Resilon/Epiphany. *J Endod.* 2007;33:45-7.

Referência a comunicação pessoal, trabalhos em andamento e submetidos à publicação não deverão constar da listagem de referências. Quando essenciais essas citações deverão ser registradas no rodapé da página do texto onde são mencionadas.

Publicações com até seis autores, citam-se todos, separando um do outro com vírgula; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros, separando um do outro com vírgula, seguido da expressão et al. Exemplo:

□ seis autores: Dultra F, Barroso JM, Carrasco LD, Capelli A, Guerisoli M, Pécora JD.

□ Mais de 6 autores: Pasqualini D, Scotti N, Mollo L, Berutti E, Angelini E, Migliaretti G, et al.

Exemplos de referências

□ Livro:

Brunetti RF, Montenegro FLB. *Odontogeriatría: noções de interesse clínico.* São Paulo: Artes Médicas; 2002.

Gold MR, Siegal JE, Russell LB, Weintein MC, editors. Cost-effectiveness in health and medicine. Oxford, England: Oxford University Press; 1997. p. 214-21.

□ Organização ou Sociedade como autor de livro:

American Dental Association. Guide to dental materials and devices. 7th ed. Chicago: American Dental Association; 1974.

□ Documentos legais:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 79 de 28 de agosto de 2000. DO 169 de 31/08/2000. p. 1415-537.

□ Artigo de periódico:

Hetem S, Scapinelli CJA. Efeitos da ciclofamida sobre o desenvolvimento do germe dental "in vitro". Rev Odontol UNESP. 2003;32:145-54.

Os títulos dos periódicos deverão ser referidos de forma abreviada, sem negrito, itálico ou grifo, de acordo com o Journals Data Base (PubMed) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/journals>), e para os periódicos nacionais verificar em Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da Bireme (<http://portal.revistas.bvs.br/?lang=pt>).

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do artigo. Citar apenas as referências relevantes ao estudo.

6 Princípios Éticos e Registro de Ensaios Clínicos

6.1 Procedimentos experimentais em animais e humanos *Estudo em Humanos*: Todos os trabalhos que relatam experimentos com humanos ou que utilize partes do corpo ou órgãos humanos (como dentes, sangue, fragmentos de biópsia, saliva, etc...) devem seguir os princípios éticos estabelecidos e ter documento que comprove sua aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em seres Humanos (registrado na CONEP) da Instituição do autor ou da Instituição onde os sujeitos da pesquisa foram recrutados, conforme Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Estudo em Animais: Em pesquisas envolvendo experimentação animal é necessário que o protocolo tenha sido aprovado pelo Comitê de Pesquisa em Animais da Instituição do autor ou da Instituição onde os animais foram obtidos e realizado o experimento.

Casos clínicos: Deve-se evitar o uso de iniciais, nome e número de registro de pacientes. O uso de qualquer designação em tabelas, figuras ou fotografias que identifique o indivíduo não é permitido, a não ser que o paciente ou responsável expresse seu consentimento por escrito (em anexo modelo). O Editor Científico e o Conselho Editorial se reservam o direito de recusar artigos que não demonstrem evidência clara de que esses princípios foram seguidos ou que, ao julgamento dos mesmos, os métodos empregados não foram apropriados para o uso de humanos ou animais nos trabalhos submetidos à este periódico.

7.Casos Omissos: serão resolvidos pela Equipe Editorial e Editores Associados.

8 Apresentação dos Artigos

Os artigos originais deverão apresentar:

- **Introdução:** Explicar precisamente o problema, utilizando literatura pertinente, identificando alguma lacuna que justifique a proposição do estudo. No final da introdução deve ser estabelecida a hipótese a ser avaliada.
- **Material e método:** Deve ser apresentado com detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações e possibilitar sua reprodução. Incluir cidade, estado e país de todos os fabricantes depois da primeira citação dos produtos, instrumentos, reagentes ou equipamentos. Métodos já publicados devem ser referenciados, exceto se modificações tenham sido feitas. No final do capítulo descrever os métodos estatísticos utilizados.
- **Resultado:** Os resultados devem ser apresentados seguindo a seqüência do Material e método, com tabelas, ilustrações, etc. Não repetir no texto todos os dados das tabelas e ilustrações, enfatizando somente as observações importantes. Utilizar o mínimo de tabelas e ilustrações possível.
- **Discussão:** Os resultados devem ser discutidos em relação à hipótese testada e à literatura (concordando ou discordando de outros estudos, explicando os resultados diferentes). Devem ser destacados os achados do estudo e não repetir dados ou informações citadas na introdução ou resultados. Relatar as limitações do estudo e sugerir estudos futuros.
- **Conclusão:** As conclusões devem ser coerentes com os objetivos, extraídas do estudo, não repetindo simplesmente os resultados.

- Agradecimentos: (quando houver) - agradeça pessoas que tenham contribuído de maneira significativa para o estudo. Especifique auxílios financeiros citando o nome da organização de apoio de fomento e o número do processo.

Revisão de literatura:

Archives of Health Investigation só aceita revisão de literatura sistemática, com ou sem meta-análise no formato e estilo Cochrane quando aplicável. Para maiores informações consultar www.cochrane.org. As revisões de literatura deverão contemplar assuntos atuais e de relevância para a área. Existem na literatura diversos exemplos deste tipo de revisão.

9. Relato de casos clínicos

- Resumo (português, espanhol e inglês): Deverá conter um sumário do artigo em um único parágrafo.
- Introdução: deve conter uma explicação resumida do problema citando somente referências relevantes e a proposição.
- Descrição do caso clínico: Relatar o caso, destacando o problema, os tratamentos disponíveis e o tratamento selecionado. Descrever detalhadamente o tratamento, o período de acompanhamento e os resultados obtidos. O relato deve ser realizado no tempo passado e em um único parágrafo.
- Discussão: Comentar as vantagens e desvantagens do tratamento, etc. Se o texto ficar repetitivo omitir a discussão.

10. Descrição de técnicas

- Resumo (português, espanhol e inglês): Deverá conter um sumário do artigo em um único parágrafo.
- Introdução: Apenas um resumo da literatura relevante que colabore com a padronização da técnica ou protocolo a serem apresentados.
- Técnica: Deve ser apresentada passo a passo.
- Discussão: Comentar as vantagens e desvantagens da técnica. Indicar e contra indicar a técnica apresentada. Se o texto ficar repetitivo omitir a discussão.
- Abreviaturas, Siglas e Unidades de Medida: para unidades de medida, deverão ser utilizadas as unidades legais do Sistema Internacional de Medidas. Nomes de medicamentos e materiais registrados, bem como produtos comerciais, deverão

aparecer entre parênteses, após a citação do material, e somente uma vez (na primeira).

Termo de Consentimento

Eu, _____ responsáveis legais de _____ autorizo a publicação dos dados e fotografias do tratamento realizado e que fará parte do artigo intitulado _____ de autoria de _____ na **Archives of**

Health Investigation.

Datar e assinar

____ / ____ / ____ _____

Termo de Consentimento

Eu, _____ autorizo a publicação dos dados e fotografias do tratamento realizado e que fará parte do artigo intitulado _____ de autoria de _____ na

Archives of Health Investigation.

Datar e assinar

____ / ____ / ____ _____

Carta de Submissão, Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais

Prezado Editor, Encaminho o artigo intitulado _____ de autoria _____ para

análise e publicação na **Archives of Health Investigation**. Por meio deste documento, transfiro para **Archives of Health Investigation**, os direitos autorais a ele referente(s) que tornar-se-ão propriedade exclusiva da mesma, sendo vedada

qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação impressa, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e obtida por escrito junto à Comissão Editorial da Revista. Certifico que o manuscrito é um trabalho de pesquisa original, e o seu conteúdo não está sendo considerado para publicação em outras revistas, seja no formato impresso ou eletrônico, reservando-se os direitos autorais do mesmo para a referida revista. A versão final do trabalho foi lida e aprovada por todos os autores. Certifico(amos) que participei(amos) suficientemente do trabalho para tornar pública minha (nossa) responsabilidade pelo seu conteúdo.

Datar e assinar

____/____/____

Observação: Os co-autores, juntamente com o autor principal, devem assinar a declaração de responsabilidade acima, configurando, também, a mesma concordância dos autores do texto enviado e de sua publicação se aceito pela **Archives of Health Investigation**

Declaração de Inexistência de Conflito de Interesses Os autores abaixo assinados do manuscrito intitulado “.....” declaram à Revista **Archives of Health Investigation** a inexistência de conflito de interesses em relação ao presente artigo.

Cidade, UF, data.