

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

CRÍSLEY LUANNA VIEIRA SANTANA

**FREQUÊNCIA DA ESTOMATITE PROTÉTICA EM PACIENTES NA CLÍNICA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**

PATOS – PB
2017

CRÍSLEY LUANNA VIEIRA SANTANA

**FREQUÊNCIA DA ESTOMATITE PROTÉTICA EM PACIENTES NA CLÍNICA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à 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: Prof^o. Dr. George João Ferreira do Nascimento.

PATOS – PB
2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

S231f Santana , Crísley Luanna Vieira
Frequência da estomatite protética em pacientes na clínica da
Universidade Federal de Campina Grande / Crísley Luanna Vieira Santana.
– Patos, 2017.
50f.:il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal
de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2017.

"Orientação: Prof. Dr. George João Ferreira do Nascimento".

Referências.

1. Estomatite sob prótese. 2. Candidíase. 3. Prótese dentária.
4. Patologia bucal. I. Título.

CDU 616.314-084

CRÍSLEY LUANNA VIEIRA SANTANA

**FREQUÊNCIA DA ESTOMATITE PROTÉTICA EM PACIENTES NA CLÍNICA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**

Trabalho de Conclusão de Curso
(TCC) apresentado à 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.

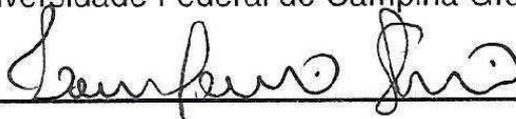
Data de aprovação 25/08/2017

BANCA EXAMINADORA



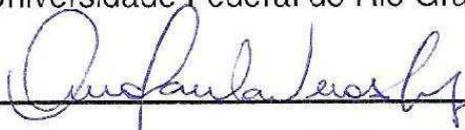
Profº. Dr. George João Ferreira do Nascimento – Orientador

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG



Mestre Leorik Pereira Da Silva – 1º Membro

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN



Profª. Dra. Ana Paula Veras Sobral – 2º Membro

Universidade de Pernambuco - UPE

A Deus, o meu porto seguro.

Aos meus amados pais, Geane Vieira e José Benedito Santana. Aos meus irmãos queridos Francisco Antônio e Benedito Júnior.

Aos meus avós, Estelina Moraes, Francisco Vieira, Antônio Santana (in memoriam) e Teresinha Alves.

AGRADECIMENTOS

Gratidão é a palavra que resume toda minha vida! Sou grata a **Deus** primeiramente que sempre me amparou em tudo nessa vida, que sempre esteve ao meu lado me dando forças para seguir, emanando vibrações e proteção a qual pude sentir em diversos momentos da minha vida. Toda honra e glória a Ti, Senhor! Sou grata a todas as adversidades que surgiram, porque me fizeram ser mais forte e ser a pessoa que sou hoje e que a cada dia vai evoluindo mais e mais.

Aos meus pais, **Geane de Sousa Vieira Santana** e **José Benedito Alves de Santana** que de uma forma excepcional me ensinaram valores que levo até hoje comigo, pelo amor, carinho que sempre me deram. Por todo esforço que fizeram para que eu pudesse chegar onde eu cheguei, devo tudo a vocês nessa vida, meus grandes amores. Aos meus irmãos **Francisco Antônio Vieira Santana** e **José Benedito Alves de Santana Júnior**, pelo companheirismo e carinho que sempre tiveram comigo. Amo vocês!

Aos meus avós maternos **Estelina de Sousa Moraes Oliveira** e **Francisco Vieira Marques de Oliveira**, a quem tenho um zelo imensurável, obrigada por tudo que fizeram e fazem por mim, por todos os ensinamentos, por toda ajuda. Enfim, por serem um verdadeiro alicerce para mim. Aos meus avós paternos **Teresinha Alves de Santana** e **Antônio Benedito de Santana (in memoriam)** por todo carinho e ensinamentos, e agradeço a este pedacinho de mim que está no céu que sempre torcia e vibrava a cada conquista minha. Essa vitória é sua também “vô”. Amo vocês! Ao meus avós de consideração que a vida me deu **Hermenegildo Ferreira Lima (in memoriam)**, o querido vô Pajeú e **Maria Eunice de Sousa Moraes Lima (in memoriam)** que sempre torceram por mim e que sempre me apoiaram e ajudaram durante essa caminhada. Obrigada por tudo! Obrigada também a minha bisavó **Almira Sebastiana da Conceição (in memoriam)** que sempre me presenteava com livros, contribuindo desde sempre com minha formação pessoal e incentivando-me a sempre ir atrás dos meus sonhos através dos estudos.

Aos meus queridos **tios (as)**, aos meus **primos (as)**, obrigado por toda torcida durante esses anos e por me incentivarem a buscar meus sonhos.

Aos meus amigos de infância que sempre dividiram os melhores e piores momentos da vida, **George Reis Júnior, Maressa Lima, Suelen Carvalho, Lays Rocha, Higo Samuel, Luana Silva** e tantos outros que sempre me apoiaram em tudo.

Aos amigos que a vida e a odontologia me deram **Jéssica Borges, Gilberto Filho, Diego Oliveira, Fernanda Albuquerque, Bruna Landim, Ana Amélia, Lorena Silva, André Carlos, Talles Marinho, Renata Brasileiro, Rafael Lopes** com quem tive vários momentos felizes, com quem dividi a maior parte desses 5 anos de curso e que vou levar para sempre comigo.

A minha dupla de clínica **Daniela Batista**, por ser uma pessoa de luz com quem dividi vários momentos, por crescermos juntas profissionalmente e pessoalmente. Por toda paciência e companheirismo durante o curso. A quem tenho um apreço imenso.

A **Vera Maria** que me ajudou bastante durante minha estadia aqui em Patos, meu muito obrigada.

Ao meu orientador **George Nascimento** por toda paciência e dedicação que teve comigo durante esses anos de curso. Por todo conhecimento repassado, apoio e compreensão. Obrigada!

A todos **professores** pelos ensinamentos transmitidos com grande maestria, pela dedicação e pelos valores repassados.

Aos pacientes que se dispuseram a nos ajudar para que pudéssemos crescer pessoalmente e profissionalmente. Aos funcionários da UFCG e da clínica por toda ajuda durante esses 5 anos.

Aos **demais** que não foram citados, mas que de alguma forma, contribuíram para a realização deste grande sonho.

Essa conquista é nossa!

“Não fui eu que lhe ordenei? Seja forte e corajoso! Não se apavore, nem se desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar.”

(Josué 1:9)

Senhor, valeu a pena!

SANTANA, C. L. V. **Frequência da estomatite protética em pacientes na clínica da Universidade Federal de Campina Grande.** Patos, Paraíba. Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. 2017, 49 p.

RESUMO

A estomatite protética caracteriza-se por alterações clínicas eritematosas decorrentes da infecção pelo fungo *Candida albicans*, geralmente acometendo mais a região de palato duro, podendo estar relacionada a fatores como traumas, má higiene bucal, dentre outros. O presente estudo teve como objetivo avaliar a frequência da estomatite protética em pacientes na Clínica-Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande através da análise de prontuários de pacientes usuários de próteses dentárias atendidos no período de março de 2012 a abril de 2017. Foram coletados dados sobre idade, sexo, cor de pele, tipo de prótese dentária utilizada e diagnóstico de estomatite protética. Os resultados foram analisados por meio de estatística descritiva e Qui-quadrado, sendo significativo ao nível de 5%. Dos 686 prontuários analisados, 84 pacientes eram portadores de prótese e, dentre estes, 35,7% (30) tinham diagnóstico de estomatite protética. Esta lesão se manteve em níveis equiparados em relação ao gênero, a idade dos pacientes variou de 24 a 89 anos, com média de 49,2 anos sendo a faixa etária mais acometida a de 40 a 50 anos. Quanto ao tipo de prótese, 70,2% usavam prótese parcial removível, 23,8% prótese total e 6% usavam simultaneamente ambas. A estomatite protética apresentou associação estatisticamente significativa com as variáveis cor de pele e tipo de prótese utilizada sendo ($p=0,024$) e ($p=0,003$) respectivamente. É possível concluir que houve considerável frequência de estomatite protética entre os pacientes portadores de próteses e que a ocorrência desta patologia sofreu influência da cor de pele e tipo de prótese.

Palavras – chave: Estomatite Sob Prótese. Candidíase. Prótese Dentária. Patologia bucal.

ABSTRACT

The prosthetic stomatitis is characterized by erythematous clinical alterations resulting from the infection with the fungus *Candida albicans*, usually affecting the hard palate region, and may be related to factors such as trauma, hyposalivation and poor oral hygiene, among others. The present study aimed to evaluate the frequency of prosthetic stomatitis in patients at the Dental School of Universidade Federal de Campina Grande through the analysis of medical records of patients using dental prostheses attended from March 2012 to April 2017. Data were collected on age, sex, skin color, type of dental prosthesis used and diagnosis of denture stomatitis. The results were analyzed by means of descriptive statistics and Chi-square, being significant at the 5% level. Of the 686 medical records analyzed, 84 patients had prostheses and, among them, 35.7% (30) had a diagnosis of prosthetic stomatitis. This lesion remained at levels similar to those of the genus. The age of the patients ranged from 24 to 89 years, with a mean of 49.2 years, with the age group being most affected at 40 to 50 years. Regarding the type of prosthesis, 70.2% used partial removable prosthesis, 23.8% total prosthesis and 6% used both simultaneously. The prosthetic stomatitis presented a statistically significant association with the variables skin color and type of prosthesis used ($p = 0.024$) and ($p = 0.003$) respectively. It is possible to conclude that there was a considerable frequency of prosthetic stomatitis among patients with prostheses and that the occurrence of this condition was influenced by skin color and type of prosthesis.

Keywords: Stomatitis Under Prosthesis. Candidiasis. Dental prosthesis. Oral pathology.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição em valores absolutos e percentuais das características dos usuários de próteses dentárias e dos indivíduos com e sem estomatite protética conforme gênero, faixa etária, tipo de prótese e cor de pele.....38

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

EP - Estomatite protética

Et al. – Colaboradores

GRAM - nome do médico dinamarquês Gram

I.C. - Intervalo de Confiança

IgA - Imunoglobulina A

IV – Número romano correspondente ao numeral 4

n - Número Total da Amostra

p - Valor de Significância Estatística

PAS - ácido periódico de Schiff

PB - Paraíba

pH - Potencial Hidrogeniônico

PPR - Prótese Parcial Removível

PT- Prótese Total

s/n - Sem Número

UFCG - Universidade Federal de Campina Grande

% - Símbolo Matemático de Porcentagem (por cento)

< - Símbolo Matemático de Menor que

≥ - Símbolo Matemático De Maior/ Igual Que

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1 PRÓTESE DENTÁRIA.....	14
2.2 CANDIDÍASE	14
2.3 ESTOMATITE PROTÉTICA.....	15
2.4 CITOPATOLOGIA E CULTURA MICROBIOLÓGICA.....	17
REFERÊNCIAS.....	19
3 ARTIGO	22
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
APÊNDICE A – FICHA DA PESQUISA.....	40
ANEXO A – PRONTUÁRIO DA UFCG.....	41
ANEXO B – NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA	45

1 INTRODUÇÃO

Segundo a pesquisa nacional de saúde bucal do Ministério da Saúde do Brasil realizado em 2010, dos idosos de 65 a 74 anos, 23,9% necessitavam de prótese total em pelo menos um maxilar e 15,4% necessitavam de prótese total dupla, no que se refere aos usuários de prótese dentária superior na faixa etária de 35 a 44 anos, a maioria usava prótese parcial removível (16,0%), sendo a maior porcentagem na região Nordeste (22,9%) e 96,3% dos examinados na faixa etária de 15 a 19 anos não usavam qualquer tipo de prótese dentária superior.

A prótese dentária tem como objetivo suprir a necessidade de reabilitar áreas desdentadas, conferindo a função estética, mastigatória do sistema estomatognático. Pesquisas mostram que boa parte da população usuária de prótese dentária tem negligenciado a manutenção de limpeza de suas próteses (GONÇALVES et al., 2011; CARLI et al., 2013).

De acordo com Catão et al. (2007), o acúmulo de biofilme bacteriano sobre a resina da prótese pode levar, como consequência à hiperplasia papilar inflamatória, estomatite protética e a candidíase crônica. No tratamento destas patologias, indica-se a limpeza e desinfecção da prótese, e orientação quanto a um método mais adequado de higienização da prótese.

A candidíase caracteriza-se como a infecção fúngica mais comumente encontrada na boca acometendo mais pacientes portadores de próteses, pacientes imunodeprimidos e que usam medicamentos que gerem xerostomia, entre outras condições (OLIVEIRA et al., 2000; SCALERCIO et al., 2007; VIANA, 2010).

Segundo Scarlecio (2007) pode-se observar em portadores de prótese dentária uma associação entre candidíase e a prótese, sendo denominada estomatite protética (EP), que consiste em uma lesão comumente observada sob a área chapeável da prótese, sendo diagnosticada através da observação de sinais clínicos como: alteração de cor, textura da mucosa e sintomatologia e também com o auxílio da citopatologia. O tratamento é realizado com o uso de antifúngico tópico, orientação de higienização da prótese e a troca da mesma se necessário.

Diante do exposto o presente estudo teve como objetivo avaliar a frequência de estomatite protética em pacientes atendidos na clínica - escola da Universidade Federal de Campina Grande. Que se faz necessário para que o cirurgião-dentista tenha conhecimento sobre tal problemática a fim de eleger um tratamento eficaz

para o paciente e, sobretudo, para que possa orientar esse paciente acerca dos cuidados com a higienização da prótese, com o intuito de evitar a EP.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Prótese Dentária

O uso da prótese mucossuportada ou dentomucossuportada é realizada há muitos anos, o que requer na sua confecção obediência criteriosa aos passos clínicos e laboratoriais para que possa se integrar, de forma harmoniosa, aos movimentos mandibulares, restabelecendo a fisionomia e preservando as estruturas ósseas remanescentes do paciente. Faz-se necessário após a instalação das próteses, orientações como: uso, higienização e acompanhamento pelo cirurgião-dentista garantindo assim condições adequadas para evitar problemas para os tecidos de suporte (OLIVEIRA et al., 2000).

Na concepção de Melo e Guerra (2014) a rugosidade, medida importante a ser considerada, é a média dos desvios entre vales e picos em uma superfície. Quanto maior a sua rugosidade, mais propensa ela será à formação de biofilmes. Essa característica está intimamente relacionada ao material da prótese e tempo de uso, tanto é que, próteses antigas e confeccionadas em material áspero, dificultam a limpeza e a remoção mecânica do biofilme.

Quando há má higienização da prótese dentária esta se torna uma importante fonte de infecção para o paciente. Além disso, geralmente, os portadores de próteses são idosos, logo muitos apresentam comprometimentos sistêmicos, que os tornam mais suscetíveis às infecções; e, às vezes, também possuem dificuldades motoras, comprometendo a higienização da prótese, uma vez que é imprescindível a limpeza diária e adequada das próteses para manutenção da saúde oral. Torna-se prioritário que o dentista oriente seus pacientes da necessidade de higienizar a mucosa e a prótese adequadamente para a preservação da saúde oral dos mesmos e para a manutenção de suas próteses (GONÇALVES et al., 2011).

2.2 Candidíase

Peixoto et al. (2014) menciona que a candidíase consiste em uma extensa variedade de síndromes clínicas causadas por um fungo do gênero *Cândida*, constituído de aproximadamente 200 espécies diferentes de leveduras, que vivem

normalmente nos mais diversos nichos corporais. O gênero *Cândida* compreende espécies leveduriforme medindo aproximadamente de 2 a 6µm e se reproduzem por brotamento; a maior parte das espécies forma pseudo-hifas e hifas nos tecidos. As colônias têm coloração branca a creme e possuem superfície lisa ou rugosa.

Espécies do gênero *Cândida* compõem a microbiota de indivíduos saudáveis, quando há um desequilíbrio entre o hospedeiro e a microbiota esses fungos tendem a desenvolver um caráter agressivo e passam a ser patógenos. A resposta imunológica caracteriza-se como a principal forma que determina o tipo e extensão da infecção pela *Cândida*, no caso de pacientes imunossuprimidos a disseminação visceral é comum (PEIXOTO et al., 2014).

As infecções fúngicas ganharam proporções exacerbadas durante os últimos 20 anos, o seu tratamento preconiza o uso de antifúngicos tópicos, antifúngicos como azóis e anfotericina B, porém a *Cândida* já apresenta resistência a alguns antifúngicos convencionais, devido ao uso indiscriminado e prolongados desses fármacos (BARROSO, 2009)

2.3 Estomatite Protética

É notória a necessidade da realização de estudos para avaliar o curso de desenvolvimento de diversas doenças e suas inter-relações a fim de ofertar uma condição de vida melhor. Sabemos que uma grande parte da população brasileira é usuária de próteses dentárias, que muitas vezes apresentam problemas de confecção ou de adaptação, o que acarreta no aparecimento de lesões patológicas na cavidade oral. Dentre as patologias associadas ao uso de prótese a mais comum é a estomatite protética (EP) (SCALERCIO et al., 2007; ARNAUD, 2012).

Em alguns estudos podemos observar que a EP teve uma relevante associação com a idade, onde apresentou maior frequência nas faixas etárias entre 41 e 60 anos e menor frequência nas faixas etárias acima de 70 anos, no entanto, em relação ao tempo de uso da prótese e a idade a EP pode aumentar (ARNAUD, 2012; BATISTA, BIRMAN, CURY, 1999).

De acordo com Arnaud et al. (2012) é importante ressaltar que pacientes idosos, por apresentarem uma série de características sistêmicas como alterações imunológicas, doenças sistêmicas subclínicas, uso de agentes farmacológicos,

deficiências nutricionais, exposição a doenças oportunistas e bucais peculiares como rebordo alveolar reduzido, mucosa menos resiliente, tecido muscular em degeneração, exigem maior precisão na adaptação de suas próteses aos tecidos, favorecendo a ocorrência mais facilmente de problemas relacionados à confecção da prótese dentária sendo, portanto, mais susceptíveis à estomatite protética.

A EP caracteriza-se como uma lesão que acomete comumente portadores de próteses dentárias e que possui um difícil tratamento devido a sua etiologia ser multifatorial podendo estar relacionada à placa microbiana, trauma, uso contínuo da prótese e infecção pela *Cândida albicans* (SESMA, MORIMOTO, 2011; SCALERCIO et al., 2007). O material que compõem a base da prótese tem sido considerado um agente desencadeador de reações tóxico-químicas na mucosa bucal pela liberação de monômero residual, favorecendo a capacidade de adesão da *Cândida albicans* na superfície da prótese que sofre influências por fatores do hospedeiro como: saliva, pH e presença de bactérias. Quando se trata da infecção por este fungo, este possui grande notoriedade no decorrer do curso de desenvolvimento da estomatite protética, uma vez que participa do processo de iniciação, de manutenção e até o de exacerbar tal condição patológica, no entanto se faz presente a necessidade de um fator iatrogênico, que vai desde a má adaptação até uma má higienização da prótese (OLIVEIRA et al., 2000; SCALERCIO et al., 2007).

Segundo Leite, Piva e Martins - Filho (2015) o diagnóstico da estomatite por *Cândida* ocorre pela associação do quadro clínico com os resultados de exames laboratoriais, os quais incluem a citopatologia e a cultura microbiológica. Clinicamente, três tipos de EP podem ser encontrados: o tipo I caracteriza-se pela hiperemia dos vasos sanguíneos das glândulas salivares palatinas menores, conferindo um aspecto eritematoso puntiforme na região. O tipo II é definido pela presença de um eritema difuso em toda a região da mucosa sob a prótese e é considerado o tipo de estomatite mais comum. O tipo III, por sua vez, apresenta-se com aparência clínica nodular, dando ao palato um aspecto pedregoso.

De acordo com Melo e Guerra (2014) normalmente, a região sob a prótese é a região mais ácida da cavidade oral, o que favorece o aparecimento de lesões, além do que contribui para a inativação do poder protetor da IgA salivar. Esta tem sua ação máxima na faixa de pH entre 5,9 e 7,5; em pH muito ácido ou alcalino sua ação fica comprometida ou mesmo ausente. Além disso, o pH ácido proporciona, também,

a multiplicação dos fungos em geral, especialmente as leveduras, que participam de forma significativa na formação dos biofilmes.

Para Batista, Birman, e Cury (1999) as candidíases associadas à estomatite protética não são de fácil tratamento. Geralmente, recidivas ocorrem após a interrupção do mesmo, ainda que o trauma causado pela prótese tenha sido eliminado por meio de substituição por nova prótese. Esses problemas, nem sempre graves, representam um desafio na prática estomatológica, face a sua frequência e o pequeno número de drogas antifúngicas disponíveis em nosso meio. Dessa forma ganham espaço os medicamentos fitoterápicos, que são mais acessíveis à população, possuem terapêutica eficaz, baixo custo e efeitos colaterais reduzidos, tendo como exemplo no tratamento da EP a aroeira (*Schinus terebonthifolius Raddi*) que apresenta atividade microbiana, anti-inflamatória e cicatrizante, sendo encontrada na região nordeste do Brasil. Estudos comprovam que a aroeira possui eficácia no tratamento da EP, uma vez que promove o desaparecimento de sinais clínicos e eliminação da infecção por *Cândida spp.* na prótese (SOARES et al., 2010).

Outro método de tratamento que vem surgindo entre os profissionais é o uso de laser (terapia fotodinâmica antimicrobiana) que consiste na utilização tópica ou sistêmica de um fotossensibilizador com posterior irradiação em baixas doses com luz visível de comprimento de onda apropriado. No entanto, este tratamento não deve ser eleito como substituto do tratamento convencional (uso de fórmulas antifúngicas, higienização da prótese e retirada da mesma p/ dormir), mas como uma alternativa eficaz no combate a infecções locais principalmente nos casos em que os microrganismos são resistentes. Para a estomatite protética o uso do laser segundo estudos ameniza o quadro de eritema e ardência o que demonstra melhora no quadro clínico, configurando a terapia fotodinâmica antimicrobiana como uma possível alternativa no tratamento da EP (RIBEIRO et al., 2015).

2.4 Citopatologia e cultura microbiológica

A citologia esfoliativa é um meio semiotécnico de grande valia, principalmente na avaliação de mudanças celulares das mucosas quando uma biopsia não está indicada. A obtenção de esfregaços citológicos é feito através do contato nos tecidos lesionados usando espátulas ou escovas e posteriormente são corados pelo método

GRAM, é o método mais utilizado e serve para identificar as bactérias que possuem estruturas diferentes na parede celular e tem a vantagem de ser rápido e barato ou PAS, que é usado para detectar glicogênio nas células sendo o melhor método para identificar a *Cândida spp.* pois as estruturas morfológicas desse fungo são de fácil identificação pelo método, uma vez que cora os hidratos de carbono que existem nas paredes das células fúngicas (SANDRIN et al., 2010; PADILHA et al., 2014).

De acordo com BATISTA, BIRMAN e CURY (1999) a solicitação clínica de cultura e antibiograma em casos de estomatite protética não é comum. Em geral, esta condição não traz comprometimento sistêmico, mas apenas sintomatologia bucal. No entanto, a importância da realização destes reside no fato de que os mesmos podem oferecer referências para uma possível formulação tópica, tão desejada em nosso meio. O achado de uma substância ativa *in-vitro*, capaz, ao menos, de reduzir o número de leveduras *in vivo*, torna-se desejável, principalmente em casos de imunodeficiência, onde uma candidíase bucal pré-instalada pode levar a um quadro sistêmico mais grave.

REFERÊNCIAS

ARNAUD, R. R. et al. Estomatite Protética: Prevalência e Correlação Com Idade e Gênero. **Revista Brasileira Ciências da Saúde**. 16(1): 59 - 62, 2012.

BARROSO, K. M. A. Avaliação da eficácia do fitoterápico a base de *Cymbopogon citratus* no tratamento da Candidose em usuários de prótese. Dissertação apresentada para obtenção de título de mestre em odontologia – Universidade Federal da Paraíba, 2009. (Orientadora: Maria Sueli Marques Soares).

BATISTA, J.M., BIRMAN, E. G., CURY, A. E. Suscetibilidade a antifúngicos de cepas de *Candida albicans* isoladas de pacientes com estomatite protética. **Revista Odontologia da Universidade de São Paulo**, v.13, n. 4, p. 343-348, out./dez. 1999.

CARLI, J. P. et al. lesões bucais relacionadas ao uso de próteses dentárias removíveis. **Salusvita**, bauru, v. 32, n. 1, p. 103 - 115, 2013.

CATÃO, C.D.S. et al. Eficiência de substâncias químicas na remoção de biofilme em próteses totais. **Revista de Odontologia UNESP**, 36 (1): 53-60, jan.- mar. 2007.

FIGUEIRAL, M. H. et al. Influência da Saliva na Estomatite Protética. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**. 47: 197 – 202, 2006.

GONÇALVES, L.F.F. et al. Higienização de Próteses Totais e Parciais Removíveis. **Revista Brasileira Ciências da Saúde**. 15(1): 87-94, 2011.

LEITE, D.P., PIVA M. R., MARTINS-FILHO P.R.S. Identificação das espécies de *Cândida* em portadores de estomatite e avaliação da susceptibilidade ao miconazol e à terapia fotodinâmica. **Revista de Odontologia da UNESP**. 44(1): 12-17. Jan.- Feb 2015.

MELO, I. A.; GUERRA, R. C. Candidíase oral: um enfoque sobre a estomatite por prótese. **Salusvita**, Bauru, v. 33, n. 3, p. 389-414, 2014.

OLIVEIRA, T. R. C. et al. Avaliação da estomatite protética em portadores de próteses totais. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v. 14, n. 3, p. 219-224, jul./set. 2000.

PADILHA, C.M.L. et al. Comparative analysis of Gram's method and PAS for the identification of Candida spp. samples from the oral mucosa. **Jornal Brasileiro De Patologia E Medicina Laboratorial**, vol.50 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2014.

PEIXOTO, J.V. et al. Candidíase - Uma Revisão De Literatura . **Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, Vol.8,n.2,pp.75-82 (Jun-Ago 2014) Brazilian.

_____. Ministério da Saúde, **Pesquisa nacional de Saúde Bucal. Odontologia para a terceira idade**. Jornal do CFO 2011; 98;6-7.

RIBEIRO, I.C. et al. Terapia fotodinâmica em estomatite protética: relato de caso. **Revista Saúde e Ciência online**, v. 4, n. 3, suplemento (dezembro de 2015).

SANDRIN, R. et al. Comparison between liquid based cytology and conventional exfoliative cytology in the diagnosis of oral candidoses. **Revista Odontologia da UNESP**. 39(1): 33-39; 2010.

SESMA, N.; MORIMOTO, S. Estomatite protética: etiologia, tratamento e aspectos clínicos. **Journal of Bi dentistry and Biomaterials** - Universidade Ibirapuera São Paulo, n. 2, p. 24-29, set./fev. 2011.

SOARES, D.G. et al. Avaliação clínica e microbiológica do tratamento da estomatite protética com tintura de Schinus terebinthifolius Raddi (Aroeira). **Pesquisa**

Brasileira em Odontoperdiatria e Clínica Integrada, João Pessoa, 10(3):365-370, set./dez. 2010.

SCALERCIO, M. et al. Estomatite protética versus candidíase: diagnóstico e tratamento. **RGO, Porto Alegre**, v. 55, n.4, p. 395-398, out./dez. 2007.

VIANA, R.S. Candidiase em portadores de prótese oral e procedimentos de tratamento: revisão de literatura. Dissertação apresentada para obtenção de pós-graduação em Odontologia - Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. (Orientadora: Prof.: Ayla Norma Ferreira Matos).

3 ARTIGO

Categoria: Artigo Original

FREQUÊNCIA DA ESTOMATITE PROTÉTICA EM PACIENTES NA CLÍNICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

FREQUENCY OF PROSTHETIC STOMATITIS IN PATIENTS AT THE CLINIC OF UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Crísley Luanna Vieira SANTANA

Aluna de Graduação de Odontologia na Universidade Federal de Campina.

Daniela Batista ALVARENGA

Aluna de Graduação de Odontologia na Universidade Federal de Campina.

Leorik Pereira da SILVA

Mestre em Patologia Oral pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Ana Paula Veras SOBRAL

Doutora em Patologia Bucal, Professora Associada da Universidade de Pernambuco

George João Ferreira do NASCIMENTO

Doutor em Patologia Oral, Professor Adjunto da Universidade Federal de Campina Grande.

RESUMO:

A estomatite protética caracteriza-se por alterações clínicas eritematosas decorrentes da infecção pelo fungo *Candida albicans*, geralmente acometendo mais a região de palato duro, podendo estar relacionada a fatores como traumas, má higiene bucal, dentre outros. O presente estudo teve como objetivo avaliar a frequência da estomatite protética em pacientes na Clínica-Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande através da análise de prontuários de pacientes usuários de próteses dentárias atendidos no período de março de 2012 a abril de 2017. Foram coletados dados sobre idade, sexo, cor de pele, tipo de prótese dentária utilizada e diagnóstico de estomatite protética. Os resultados foram analisados por meio de estatística descritiva e Qui-quadrado, sendo significativo ao nível de 5%. Dos 686 prontuários analisados, 84 pacientes eram portadores de prótese e, dentre estes, 35,7% (30) tinham diagnóstico de estomatite protética. Esta lesão se manteve em níveis equiparados em relação ao gênero, a idade dos pacientes variou de 24 a 89 anos, com média de 49,2 anos sendo a faixa etária mais acometida a de 40 a 50 anos. Quanto ao tipo de prótese, 70,2% usavam prótese parcial removível, 23,8% prótese total e 6% usavam simultaneamente ambas. A estomatite protética apresentou associação estatisticamente significativa com as variáveis cor de pele e tipo de prótese utilizada sendo ($p=0,024$) e ($p=0,003$) respectivamente. É possível concluir que houve considerável frequência de estomatite protética entre os pacientes portadores de próteses e que a ocorrência desta patologia sofreu influência da cor de pele e tipo de prótese.

Palavras – chave: Estomatite Sob Prótese. Candidíase. Prótese Dentária. Patologia bucal.

ABSTRACT

The prosthetic stomatitis is characterized by erythematous clinical alterations resulting from the infection with the fungus *Candida albicans*, usually affecting the hard palate region, and may be related to factors such as trauma, hyposalivation and poor oral hygiene, among others. The present study aimed to evaluate the frequency of prosthetic stomatitis in patients at the Dental School of Universidade Federal de Campina Grande through the analysis of medical records of patients using dental prostheses attended from March 2012 to April 2017. Data were collected on age, sex, skin color, type of dental prosthesis used and diagnosis of denture stomatitis. The results were analyzed by means of descriptive statistics and Chi-square, being significant at the 5% level. Of the 686 medical records analyzed, 84 patients had prostheses and, among them, 35.7% (30) had a diagnosis of prosthetic stomatitis. This lesion remained at levels similar to those of the genus. The age of the patients ranged from 24 to 89 years, with a mean of 49.2 years, with the age group being most affected at 40 to 50 years. Regarding the type of prosthesis, 70.2% used partial removable prosthesis, 23.8% total prosthesis and 6% used both simultaneously. The prosthetic stomatitis presented a statistically significant association with the variables skin color and type of prosthesis used ($p = 0.024$) and ($p = 0.003$) respectively. It is possible to conclude that there was a considerable frequency of prosthetic stomatitis among patients with prostheses and that the occurrence of this condition was influenced by skin color and type of prosthesis.

Keywords: Stomatitis Under Prosthesis. Candidiasis. Dental prosthesis. Oral pathology.

INTRODUÇÃO

O crescente aumento da expectativa de vida da população brasileira traz consigo mudanças no que diz respeito às alterações fisiológicas que ocorrem nessa idade. A saúde bucal é de suma importância na melhoria de vida tanto para o idoso quanto para jovens, um déficit nesse setor acarretaria em desequilíbrios nutricionais, no bem estar físico e mental ¹.

Segundo a pesquisa nacional de saúde bucal do Ministério da Saúde do Brasil realizado em 2010, em idosos de 65 a 74 anos, 23,9% necessitavam de prótese total em pelo menos um maxilar e 15,4% necessitavam de prótese total dupla, no que se refere aos usuários de prótese dentária superior na faixa etária de 35 a 44 anos, a maioria usava prótese parcial removível (16,0%), sendo a maior porcentagem na região Nordeste (22,9%) e 96,3% dos examinados na faixa etária de 15 a 19 anos não usavam qualquer tipo de prótese dentária superior ².

A prótese dentária tem como objetivo suprir a necessidade de reabilitar áreas desdentadas, conferindo a função estética, mastigatória do sistema estomatognático. Pesquisas mostram que boa parte da população usuária de prótese dentária tem negligenciado a manutenção de limpeza de suas próteses^{3,4}.

De acordo com Catão et al ⁵ o acúmulo de biofilme bacteriano sobre a resina da prótese pode levar, como consequência à hiperplasia papilar inflamatória, estomatite protética e a candidíase crônica. No tratamento destas patologias, indica-se a limpeza e desinfecção da prótese, e orientação quanto a um método mais adequado de higienização da prótese.

A candidíase caracteriza-se como a infecção fúngica mais comumente encontrada na boca acometendo mais pacientes portadores de próteses, pacientes imunodeprimidos e que usam medicamentos que gerem xerostomia entre outras condições ^{6,7}.

Em alguns estudos pode-se observar em portadores de prótese dentária uma associação entre candidíase e a prótese, sendo denominada estomatite protética (EP), que consiste em uma lesão comumente observada sob a área

chapeável da prótese, sendo diagnosticada através da observação de sinais clínicos como: alteração de cor, textura da mucosa e sintomatologia e também com o auxílio da citopatologia. O tratamento é realizado com o uso de antifúngico tópico, orientação de higienização da prótese e a troca da mesma se necessário ⁷.

Sendo assim, é necessário que o cirurgião-dentista tenha conhecimento sobre tal problemática a fim de eleger um tratamento eficaz para o paciente e, sobretudo, para que possa orientar esse paciente acerca dos cuidados com a higienização da prótese, com o intuito de evitar a EP.

PROPOSIÇÃO

O presente estudo teve como propósito avaliar a frequência de estomatite protética em pacientes usuários de próteses dentárias atendidos na clínica escola da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, estabelecendo possíveis associações a variáveis tais como gênero, idade, cor de pele e tipo de prótese dentária.

MÉTODOS

Este trabalho encontra-se cadastrado na Plataforma Brasil para estudos em seres humanos, através de protocolo de número CAAE: 57082516.6.0000.5182. Foi do tipo transversal retrospectivo para avaliação da frequência de estomatite protética (EP) em pacientes atendidos na clínica escola da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

O universo do qual foi selecionada a amostra era composto de 686 prontuários de pacientes adultos, de ambos os gêneros atendidos na clínica de Propedêutica Estomatológica IV, do curso de Odontologia da UFCG na cidade de Patos-PB, no período de março de 2012 a abril de 2017. A amostra foi formada por 84 pacientes usuários de próteses dentárias. Para o indivíduo ser incluído na amostra, era necessário ser usuário de prótese dentária

mucossuportada e/ou mucodentossuportada independentemente de seu diagnóstico clínico para a estomatite protética.

A partir de cada prontuário, foram coletadas informações dos pacientes referentes à idade, sexo, cor de pele, tipo de prótese dentária utilizada e presença ou ausência da estomatite protética, sendo os mesmos registrados em ficha específica.

Os dados coletados foram registrados em um banco de dados do programa de informática Excel® 2010, Microsoft Corporation, e analisados na plataforma Compare 2, do software livre Win Pepi for Windows, versão 3.22. Foram realizadas análises estatísticas descritivas através da distribuição de médias, medianas e proporções. As análises inferenciais buscaram testar possíveis diferenças e/ou associações estatísticas da distribuição das frequências das variáveis idade, sexo, cor de pele e tipo de prótese utilizada entre os indivíduos com e sem estomatite protética. O teste estatístico utilizado foi o Qui-quadrado de Pearson, considerando-se o Intervalo de Confiança (I.C.) de 95% e o nível de significância (valor de p) de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Dentre os 84 pacientes usuários de próteses dentárias de nossa amostra, 47 (55,9%) eram do gênero feminino e 37 (44,1%) do masculino, com média de idade 49,2 anos, variando entre 24 e 89 anos de idade. Com relação à cor de pele, os indivíduos estavam distribuídos em leucodermas ($n = 18$; 21,4%), feodermas ($n = 51$; 60,7%) e melanodermas ($n = 15$; 17,9%). Concernente ao tipo de prótese dentária utilizada, 23,8% ($n = 20$) eram usuários de prótese total (PT), 70,2% ($n = 59$) de próteses parciais removíveis (PPR) e 6% ($n = 5$) faziam uso de PT e PPR. O diagnóstico de estomatite protética foi encontrado em 30 pacientes (35,7%), estando 54 indivíduos (64,3%) livres de doença. (Tabela 1)

No grupo de pacientes com EP, 15 (50%) eram do gênero feminino e 15 (50%) do masculino, enquanto que nos indivíduos livres de doença o gênero feminino apresentou maior frequência ($n = 32$; 59%) que o masculino ($n = 22$;

41%). As análises estatísticas inferenciais não demonstraram haver diferenças estatísticas na distribuição das frequências dos gêneros entre os indivíduos com e sem estomatite por prótese ($p = 0,281$; *Qui-quadrado de Pearson*). (Tabela 1)

A média de idade dos pacientes portadores de estomatite protética (EP) foi de 50,3 anos, enquanto que os indivíduos sem EP apresentaram média de 48,5 anos de idade. Para as análises inferenciais, a variável idade foi dicotomizada considerando-se a média de idade da amostra de 49,2 anos. Posto isto, os indivíduos foram separados em dois grupos etários: < 50 anos e ≥ 50 anos de idade. Por conseguinte, nos pacientes com EP, a maioria estava abaixo dos 50 anos ($n = 17$; 56%) e nos indivíduos sem EP a maioria também estava no grupo etário abaixo de 50 anos ($n = 30$; 55%), não sendo constatada diferença estatística entre a distribuição das frequências nos grupos etários e nas pessoas com e sem EP ($p = 0,887$). (Tabela 1)

Quanto à cor de pele, dos 30 pacientes com a EP, 17 (56%) eram feodermas, 5 (16%) leucodermas e 8 (28%) melanodermas. Dentre os 54 indivíduos sem a doença, 34 (63%) eram feodermas, 13 (24%) leucodermas e 7 (13%) melanodermas. O teste de Qui-quadrado de Pearson demonstrou haver diferença estatisticamente significativa entre as distribuições das frequências da variável cor de pele nos indivíduos com e sem doença ($p = 0,024$). (Tabela 1)

No tocante relacionado ao tipo de prótese utilizado, do total de 30 pacientes portadores de EP, 17 (56%) usavam PPR, 11 (36%) PT e 3 (8%) faziam uso dos tipos de próteses concomitantemente. Nos 54 indivíduos sem diagnóstico de EP, 42 (78%) usavam PPR, 9 (16%) PT e 3 (6%) usavam simultaneamente as duas. Encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre o tipo de prótese utilizada e a presença ou não de estomatite protética ($p = 0,003$). (Tabela 1)

DISCUSSÃO

É crescente o uso de próteses dentárias devido à expectativa de vida que vem aumentando no decorrer do tempo e também às perdas precoces de dentes em adultos jovens e, com isso, associado a alguns fatores a estomatite protética caracteriza-se como uma das patologias mais comuns em portadores de próteses dentárias. A odontologia tem apresentado métodos notáveis para a reabilitação oral desses pacientes edêntulos ou parcialmente edêntulos, entretanto, apesar de todo este aparato científico avançado, as próteses dentárias configuram-se como um corpo estranho na cavidade oral capazes de provocar danos aos tecidos^{8,9,10}.

No presente estudo, 35,7% dos pacientes foram acometidos pela EP valor este que é semelhante a resultados achados em estudos como os de Arnaud et al.⁸ e Bonfim et al.¹¹. Contudo, há estudos onde esses valores são bem mais expressivos como os de Maciel et al.¹² e Gonçalves et al.⁴ que encontraram valores próximos de 78%.

Com referência ao gênero dos pacientes com estomatite por prótese, não foi demonstrada diferença relevante, assim como no estudo de Marra et al.⁹ e Esteves et al.¹³ que citaram que o gênero dos pacientes não influenciou no estabelecimento da EP. Nos resultados de outros estudos, houve a prevalência do gênero feminino que pode estar associado ao fato que a mulher preocupa-se mais com a questão de estética e bem estar físico^{11,12,14}. Em indivíduos saudáveis, que não apresentavam a EP o sexo feminino foi o que apresentou maiores valores o que pode certamente ser explicado pelo mesmo fato da questão estética e bem estar físico.

A faixa etária mais acometida estava entre os pacientes com idade abaixo de 50 anos o que corrobora os estudos realizados por Maciel et al.¹² que dizem que a faixa etária mais afetada está entre 41 e 50 anos. Contudo, não houve diferença significativa e a idade não foi um fator influenciador da EP na nossa amostra, ratificando o que Marra et al.⁹ encontraram em seu estudo. Outros autores observaram em seus resultados percentuais relativos à presença da patologia acima de 60 anos^{14,15}. Isso pode estar associado ao

fato de que pessoas idosas possuem limitações motoras o que dificultaria a higienização da prótese, doenças sistêmicas como diabetes, que pode provocar hipossalivação uma condição para desenvolvimento da EP, já que a saliva mantém íntegra a cavidade oral protegendo-a contra ações de fungos e bactérias ^{8,16}.

De acordo com Kabad et al.¹⁷ a caracterização étnico-racial das populações humanas constitui aspecto presente nas pesquisas desde os primórdios das ciências da saúde. Nas últimas três décadas, cor, raça e etnia passaram a ser mais intensamente utilizadas nas pesquisas em Saúde Coletiva em resposta, principalmente, às crescentes discussões sobre o peso da dimensão étnico-racial no âmbito do processo saúde-doença. Conforme exposto no resultado, a cor de pele foi uma condição que apresentou diferença estatisticamente significativa, onde pacientes feodermas foram os mais acometidos pela EP, seguido de melanodermas e leucodermas que vai de encontro com alguns estudos em que indivíduos leucodermas aparecem sendo os mais acometidos por EP, além de outras lesões bucais tais como candidíase, queilite actínica, hiperplasia fibrosa inflamatória e leucoplasia ^{18,19,20,21}.

Em contrapartida, foi observado que nos pacientes melanodermas a proporção de indivíduos com a doença em relação aos que são sadios do mesmo grupo é maior do que nos outros dois grupos étnicos, que apresentavam indivíduos saudáveis em maior proporção em relação aos que possuíam EP. Entre as possíveis causas para isso pode estar relacionado às desigualdades étnico-raciais em saúde, que englobam as diferenças socioeconômicas que se acumularam ao longo da vida de sucessivas gerações, discriminação racial, grau de instrução e inserção no mercado de trabalho ²².

Acerca do tipo de próteses utilizadas pelos pacientes no presente estudo, as próteses parciais removíveis (PPR's) foram as que apresentaram maior relação com a EP, corroborando os resultados de Arnaud et al.⁸ e discordando dos encontrados por Oliveira et al.⁶ e Jorge et al.²³ onde houve a maior predominância de EP em próteses totais em seus achados. Alguns

detalhes inerentes às próteses podem estar diretamente ligados ao desenvolvimento da doença, tais como: próteses mal confeccionadas e o tipo de material utilizado em sua confecção; associados à má higienização da mesma; uso noturno contínuo da prótese, viabilizando a reinfecção constante da mucosa com a *Cândida albicans*; e problemas sistêmicos entre outros 4,14,24,25.

O uso da prótese seja ela parcial ou total removível obteve diferença estatisticamente significativa nesse estudo. Em estudos como de Bianchi et al.²⁶ pode-se avaliar que os pacientes portadores de próteses dentárias removíveis eram 6,9 vezes mais propensos a desenvolver candidíase oral, assim como no de Emami et al.²⁷ que encontraram associação entre EP e uso de próteses parciais removíveis. E ainda acreditam que no futuro, pesquisas fornecerão maiores evidências para confirmar a etiologia da EP em usuários de próteses parciais removíveis. Nesse estudo também foi verificado o uso dos dois tipos de próteses (PPR + PT) de forma simultânea, não elevou a frequência de EP.

O diagnóstico envolve a observação de sinais clínicos, podendo – se lançar mão de citopatologia e cultura microbiológica, sendo este último não muito utilizado para diagnóstico de EP já que esta doença não traz comprometido sistêmico, apenas alterações locais na cavidade oral. Contudo, este exame pode trazer referências para uma formulação tópica, que nos fornece uma possibilidade de diminuir o número de leveduras presentes na EP e com isso evitar sua recidiva²⁸. No caso da citopatologia, meio semiotécnico mais utilizado por ser rápido, de fácil execução e possuir baixo custo apresenta uma considerável aceitação entre os pesquisadores por ser suficiente para diagnóstico de EP e que associado ao corante ideal pode facilitar o diagnóstico, sendo o PAS o que permite uma visualização mais nítida de hifas e esporos^{7,29}.

Adicionalmente, considerando-se nossos resultados e os de outros trabalhos, fica evidente a necessidade de se diagnosticar a EP, colaborar com seu tratamento e prognóstico, e assim poder proporcionar uma melhor qualidade de vida para o paciente como também aumentar o conhecimento científico sobre a confecção, uso e manutenção das próteses.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos no atual estudo verificamos que houve alta incidência de estomatite protética entre os pacientes portadores de próteses, seja ela mucossuportada ou dentomucossuportada, e que a mesma sofreu influência da variável cor de pele e tipo de prótese utilizada, sendo os feodermas usuários de próteses parciais removíveis os mais afetados.

REFERÊNCIAS

1. Sesma N, Morimoto S. Estomatite protética: etiologia, tratamento e aspectos clínicos. *Journal of Bi dentistry and Biomaterials* - Universidade Ibirapuera São Paulo, set. /fev 2011; n. 2, p. 24-29.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa nacional de Saúde Bucal. Odontologia para a terceira idade. *Jornal do CFO* 2011; 98; 6-7.
3. Carli JP, Giaretta BM, Vieira RR, Ghizoni JS, Pereira JR. Lesões bucais relacionadas ao uso de próteses dentárias removíveis. *Salusvita* 2013; 32.1.
4. Gonçalves LFF, Neto DRS, Bonan RF, Carlo HL, Batista AUD. Higienização de próteses totais e parciais removíveis. *Revista brasileira de ciências da Saúde* 15.1 2011; 87-94.
5. Catão CDS, Ramos INC, Silva Neto JM, Duarte SMO, Batista AUD, Dias AHM. Eficiência de substâncias químicas na remoção do biofilme em próteses totais. *Revista de Odontologia UNESP*, jan.- mar. 2007; 36 (1): 53-60.
6. Oliveira TRC, Frigério MLMA, Yamada MCM, Birman EG. Avaliação da estomatite protética em portadores de próteses totais. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, 14.3 2000: 219-24.

7. Scalercio M, Valente T, Israel MS, Ramos ME. Estomatite protética versus candidíase: diagnóstico e tratamento. RGO, Porto Alegre, out./dez. 2007; v. 55, n.4, p. 395-398.
8. Arnaud RR, Soares MSM, Santos MGC, Santos RC. Estomatite protética: prevalência e correlação com idade e gênero. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2012; v. 16, n. 1.
9. Marra J, Perez LEC, Henriques TE, Pinheiro, MT, Castro FLA. Avaliação da correlação entre o grau de instruções e qualidade de higiene de usuários de próteses totais com a presença de estomatite protética. Revista Odontológica do Brasil Central 2017; 26:76.
10. Paranhos VB, Rocha FS, Siqueira AL, Carvalho QA. Manifestações orais associadas ao uso de próteses totais. Anais da 4ª Semana do Servidor e 5ª Semana Acadêmica da Universidade Federal de Uberlândia-UFU 2008.
11. Bomfim IPR, Soares DG, Tavares GR, Santos RC, Araújo TP, Padilha WWN. Prevalência de Lesões de Mucosa Bucal Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, João Pessoa, jan./abr. 2008; 8(1): 117-121.
12. Maciel SSSV, Souza RSV, Donato LMA, Albuquerque IGM, Donato LFA. Prevalência das Lesões de Tecidos Moles Causadas por Próteses Removíveis nos Pacientes da Faculdade de Odontologia de Caruaru, PE, Brasil. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada. 2008; 8(1): 93-97.

13. Esteves RA, Igarashi A de B, Conceição CAF da, Celestino Júnior AF, Athayde AI de. Prevalência das lesões bucais em usuários de próteses removíveis. PCL 2005; 7(36): 147-53.
14. Soares DGS, Carvalho MFFP, Padilha WWN. Estudo Clínico e Micológico em Portadores de Estomatite Protética. Revista Brasileira de Ciências da Saúde 12.2 2010; 169-180.
15. Grecca KAM, Silva Junior W, Tomita NE, Bastos MTAA. Uso de próteses totais e lesões em tecidos moles na terceira idade. PCL 2002; 22(4): 496-501.
16. Melo IA, Guerra RC. Candidíase oral: um enfoque sobre a estomatite por prótese. Salusvita, Bauru 2014; v. 33, n. 3, p. 389 - 414.
17. Kabad JF, Bastos JL, Santos RV. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. Rio de Janeiro, 2012; Physis vol.22 no. 3.
18. Furtado LG, Pereira AC, Favaretto LHDR, Carmo ED . Características clínico-epidemiológicas de lesões bucais diagnosticadas em campanha de prevenção em Jacareí - SP. Revista Eletrônica da Faculdade de Odontologia da FMU, 2012; v. 1, p. 1-14.

19. Prado BN, Trevisan S, Passarelli DHC. Estudo epidemiológico das lesões bucais no período de 05 anos. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo* 2010; 22(1): 25-9.
20. Silveira EJD; Lopes MFF; Silva LMM; Ribeiro BF; Lima KC; Queiroz LMG. Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos. *Jornal Brasileiro Patologia Medica Laboratorial* 2009; 45(3): 233-238.
21. Kniest G, Stramandinoli RT, Ávila LFC, Izidoro ACAS. Frequência das lesões bucais diagnosticadas no Centro de Especialidades Odontológicas de Tubarão (SC). *RSBO*. 2011; 8(1): 13-8.
22. Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, set-out, 2005; 21(5): 1586-1594.
23. Jorge AOC, Koga-Ito YC, Gonçalves RC, Fantinato V, Unterkircher CS. Presença de leveduras do gênero *Candida* na saliva de pacientes com diferentes fatores predisponentes e de indivíduos controle. *Revista Odontologia Universidade de São Paulo*. 1997; 11(4): 279-85.
24. Freire JCP, Nóbrega MTC, Freire SCP, Dias-Ribeiro E. Candidíase oral em usuários de próteses dentárias removíveis: fatores associados. *Archives of Health Investigation* 2017; 6.4.

25. França BHS, Souza AM. Prevalência de manifestações estomatológicas originárias do uso de próteses totais. *Jornal Brasileiro Clinica de Odontologia Integrada* 2003; 7(40): 296-300.

26. Bianchi CMP de C, Bianchi HA, Tadano T, et al. Factors related to oral candidiasis in elderly users and non-users of removable dental prostheses. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical São Paulo*. 2016; 58: 17.

27. Emami E, Taraf H, de Grandmont P, Gauthier G, de Koninck L, Lamarche C et al. The association of denture stomatitis and partial removable dental prostheses: a systematic review. *International Journal of Prosthodontics* 2012; 25(2): 113-9.

28. Batista JM, Birman EG, Cury AE. Suscetibilidade a antifúngicos de cepas de *Candida albicans* isoladas de pacientes com estomatite protética. *Revista Odontologia da Universidade de São Paulo*. Out./dez. 1999; v. 13, n. 4, p. 343-348.

29. Spolidório LC, Martins VRG, Nogueira RD, Spolidório DMP. Frequência de *Cândida* sp em biópsias de lesões de mucosa bucal. *Pesquisa Odontologia Brasileira*. 2003; 17(1): 89-93.

Tabela 1. Distribuição em valores absolutos e percentuais das características dos usuários de próteses dentárias e dos indivíduos com e sem estomatite protética conforme gênero, faixa etária, tipo de prótese e cor de pele.

Variáveis		Usuários de próteses		Sem Estomatite Protética		Com Estomatite Protética	
		n = 84	%	n = 54	%	n = 30	%
Gênero	Feminino	47	56	32	59	15	50
	Masculino	37	44	22	41	15	50
Faixa etária	< 50 anos	47	56	30	55	17	56
	≥ 50 anos	37	44	24	45	13	44
Cor de pele	Feoderma	51	61	34	63	17	56*
	Leucoderma	18	21	13	24	5	16
	Melanoderma	15	18	7	13	8	28
Tipo de prótese	PPR	59	70	42	78	17	56**
	PT	20	24	9	16	11	36
	PPR + PT	5	6	3	6	2	8

Legenda: * Teste Qui-Quadrado de Pearson ($p= 0,024$). ** Teste Qui-Quadrado de Pearson ($p = 0,003$).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados obtidos no atual estudo podemos concluir que houve considerável frequência de estomatite protética entre os pacientes portadores de próteses seja ela mucossuportada ou dentomucossuportada, e que a mesma sofreu influência da variável cor de pele e tipo de prótese utilizada, sendo os feodermas usuários de próteses parciais removíveis os mais afetados. Adicionalmente, considerando-se nossos resultados e os de outros trabalhos, fica evidente a necessidade de se diagnosticar a EP, colaborar com seu tratamento e prognóstico, e assim poder proporcionar uma melhor qualidade de vida para o paciente como também aumentar o conhecimento científico sobre a confecção, uso e manutenção das próteses.

APÊNDICE A – FICHA DA PESQUISA

Nº do prontuário: _____

Idade: _____

Sexo: Masculino FemininoCor da pele: Leucoderma Feoderma MelanodermaTipo da prótese: Prótese Total Prótese Parcial RemovívelPresença de candidíase: SIM NÃO

ANEXO A – Prontuário da disciplina da Propedêutica IV do curso de Odontologia UFCG

	<p>UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE</p>				
PROPEDÊUTICA ESTOMATOLÓGICA CLÍNICA					
		Nº _____ Data: / /			
1. IDENTIFICAÇÃO					
<p>Nome : _____</p> <p>Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Local do Nascimento: _____ Gênero: _____</p> <p>Cor: _____ Estado Civil: _____ Grau de instrução: _____ Profissão: _____</p> <p>Empresa: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Tel. Comercial: _____</p> <p>Nome do Pai: _____ Atividade do Pai: _____</p> <p>Nome da Mãe: _____ Atividade da Mãe: _____</p> <p>Endereço Residencial: _____, nº _____ Cidade: _____</p> <p>Estado: _____ CEP: _____ Tel fixo: _____ Cel: _____</p>					
2. ANAMNESE					
Queixa Principal: _____					
História da doença atual: _____					

Antecedentes Familiares ()SIM ()NÃO _____					
Antecedentes Pessoais ()SIM ()NÃO _____					
História bucodental: _____					

História Médica: _____					

HISTÓRIA MÉDICA					
ANTECEDENTES PESSOAIS/RELATAR	SIM	NÃO	ANTECEDENTES PESSOAIS/ RELATAR	SIM	NÃO
CASO FAMILIAR			CASO FAMILIAR		
Diabetes			Hipertensão		
Câncer			Hipotensão		
Tuberculose			Cardiopata		
Alergia			Discrasia sanguínea		
Xerostomia			Bebe regularmente		
Herpes Labial			Fumante ou Ex-fumante		
Hepatite			Grávida		
Considera-se estressado			Tem vida sexual ativa		
Está sob cuidados médicos			Anticoncepcional		



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



Nome, endereço e telefone do médico: _____
Está tomando algum medicamento ()SIM ()NÃO _____

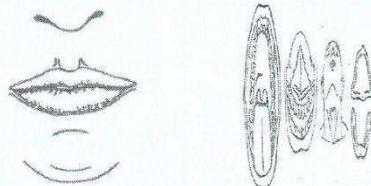
Já esteve hospitalizado ()SIM ()NÃO _____
Algum outro problema de saúde ()SIM ()NÃO _____
Pressão Arterial: _____ Glicemia: _____

HISTÓRIA BUCODENTAL

Já teve alguma reação incomum à anestesia ()SIM ()NÃO _____
É respirador bucal ()SIM ()NÃO _____
É portador de algum hábito ()SIM ()NÃO _____
Vai ao dentista a cada seis meses ()SIM ()NÃO _____
Tem dor de dente ()SIM ()NÃO _____
Já fez tratamento periodontal alguma vez ()SIM ()NÃO _____
Já fez tratamento ortodôntico alguma vez ()SIM ()NÃO _____
Já submeteu-se a cirurgia bucal alguma vez ()SIM ()NÃO _____
Já submeteu-se a tratamento endodôntico alguma vez ()SIM ()NÃO _____
Já submeteu-se a profilaxia/prevenção alguma vez ()SIM ()NÃO _____
Tem sensibilidade nos dentes ()SIM ()NÃO _____
Sua escovação foi orientada por um profissional ()SIM ()NÃO _____
Usa fio dental ()SIM ()NÃO _____
Sente mau hálito ()SIM ()NÃO _____

**3.EXAME FÍSICO — GERAL
EXAME FÍSICO – EXTRAORAL**

Apresenta alteração na face (assimetria, manchas, cicatrizes) ()SIM ()NÃO _____
Tem gânglios enfiados ()SIM ()NÃO _____
Tem estalido na ATM ()SIM ()NÃO _____
Tem abertura de boca normal ()SIM ()NÃO _____



EXAME FÍSICO – INTRAORAL

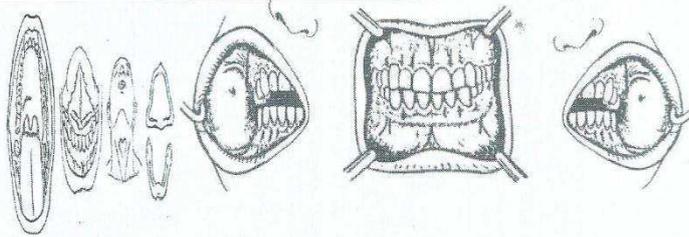
Tem sangramento gengival ()SIM ()NÃO _____
Usa prótese (PPF, PPR, PT) ()SIM ()NÃO _____
Tem bruxismo ()SIM ()NÃO _____
Apresenta desgastes oclusais nos dentes ()SIM ()NÃO _____
Apresenta mobilidade nos dentes ()SIM ()NÃO _____
Apresenta alguma mancha nos dentes ()SIM ()NÃO _____
Alteração nos lábios (mancha erosão, úlcera, nódulos) ()SIM ()NÃO _____



Alteração na mucosa (mancha erosão, úlcera, nódulos) ()SIM ()NÃO

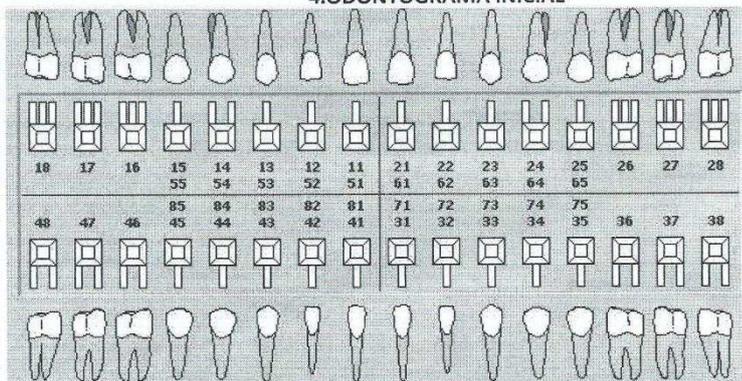
Alteração na língua (mancha erosão, úlcera, nódulos) ()SIM ()NÃO

Lesões (aspecto clínico - forma, base, bordas, localização, consistência, número, limites, superfície, cor, textura, tamanho, contorno)



Observações

4. ODONTOGRAMA INICIAL



Exames Complementares solicitados (anotar data, exame solicitado e resultado)

()SIM ()NÃO

Diagnóstico clínico

Diagnóstico diferencial

Diagnóstico final

Prognóstico

Plano de tratamento

Realização de Biopsia

Tipo: _____ Resultado dos exames complementares solicitados: _____

ANEXO B – Normas de Submissão da Revista da Faculdade de Odontologia de Lins

Foco e Escopo

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

1. PRINCÍPIOS GERAIS

A Revista da Faculdade de Odontologia de Lins (FOL) é uma publicação semestral da Editora UNIMEP (São Paulo-Brasil) que tem por objetivo divulgar em âmbito nacional e internacional, artigos originais de pesquisa, resumos de teses e dissertações, revisões de assuntos relevantes, relato de casos e resenhas, na área odontológica. A publicação dos artigos é feita em português e inglês. *A análise para a aceitação de um artigo observará os seguintes critérios:*

- * *adequação ao escopo da revista;*
- * *qualidade científica*, atestada pela Comissão Editorial e por processo anônimo de avaliação por pares (*blindpeer review*);
- * *cumprimento das normas para publicação* com base no estilo Vancouver ()
- * *coerência do número de autores com as dimensões do projeto;*
- * *cronologia de aprovação dos manuscritos.*

2. NORMAS GERAIS

2.1. Os trabalhos devem ser submetidos eletronicamente à Revista da Faculdade de Odontologia de Lins, através do seguinte endereço: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/FOL>

2.2. Os autores devem reter uma cópia do artigo original no formato Word, assim como das ilustrações, quando existentes.

2.3. O arquivo original contendo o manuscrito deve ser submetido sem a identificação e afiliação dos autores. Um arquivo complementar contendo a folha de rosto, com identificação, afiliação e endereço dos autores, deve ser submetido à parte. O Termo de Transferência de Direitos Autorais consta no processo de submissão eletrônica do paper.

2.4. As figuras, tabelas (formato Excell) ou gráficos devem ser submetidos em arquivo separado, devendo os autores manterem consigo uma cópia dos mesmos.

2.5. A Revista da FOL ao receber os originais não assume o compromisso de publicá-los. O mesmo é submetido a uma pré-avaliação pela Comissão Científico-Editorial para validação de sua qualidade científica e cumprimento dos critérios básicos descritos nos princípios gerais.

2.6. Em caso de artigos assinados por mais de um autor, deve ser indicado o autor que será responsável pelo contato com a Revista da FOL.

2.7. O conteúdo dos originais deve ser inédito. Não poderá ter sido publicado anteriormente, nem ser concomitantemente submetido à apreciação por quaisquer outras publicações, sejam elas nacionais ou internacionais.

2.8. Uma vez submetidos os originais, à Revista da FOL passa a deter os direitos autorais exclusivos sobre o seu conteúdo.

3- APRESENTAÇÃO DOS ORIGINAIS

3.1. Os originais submetidos à publicação podem ser acompanhados de figura(s), fundamentadas por necessidade de referência direta (sobre a metodologia ou sobre os resultados) ou indireta (de cunho didático) ao seu conteúdo. Caberá à Comissão Editorial da revista a definição quanto a efetiva relevância de tais complementos.

3.2. Categorias de originais, elementos constituintes obrigatórios, ordem de apresentação e limites máximos de texto:

a) *Artigo original* - título em português e inglês, resumo/palavras-chave, resumo em inglês (*abstract*)/ *keywords*; introdução e/ou revisão da literatura, proposição, material(ais) e método(s), resultados, discussão, conclusões e referências bibliográficas.

Texto: 20 páginas (v. *Especificação de página*); quatro tabelas ou quadros, quatro gráficos, completando um total de até 16 figuras, ao todo.

b) *Revisão de literatura* - título em português, título em inglês, resumo, palavras-chave, resumo em inglês (*abstract*), *keywords*, introdução e/ou proposição, revisão da literatura, discussão, conclusões e referências bibliográficas.

Texto: 14 páginas (v. *Especificação de página*); quatro tabelas ou quadros, quatro gráficos, completando um total de até 16 figuras, ao todo.

c) *Relato de caso* - título em português, título em inglês, resumo, palavras-chave, resumo em inglês (*abstract*), *keywords*, introdução e proposição, relato do caso clínico, discussão, conclusões e referências bibliográficas.

Texto: 10 páginas de texto (v. *Especificação de página*); duas tabelas ou quadros, dois gráficos, completando um total de até 16 figuras, ao todo.

d) *Resenha* - avaliação crítica de livros ou de trabalhos acadêmicos, analisando o seu conteúdo, sua eventual aplicação no ambiente universitário, sua atualidade e consistência científicas, bem como, aspectos formais de sua apresentação impressa.

Texto: três páginas de texto (v. *Especificação de página*).

Nota: A *Revista da FOL* exime-se de qualquer responsabilidade pelo material ou equipamento noticiado, cujas condições de fornecimento e veiculação publicitária estão sujeitas, respectivamente, ao Código de Defesa do Consumidor e ao CONAR (Conselho Nacional de Auto Regulamentação Publicitária).

3.3. Texto

a) Deverá conter título em português e em inglês e a especificação da categoria sob a qual os originais devem ser avaliados (v. *Categorias de originais*).

* Por motivo de isenção no trabalho da comissão de avaliação e do corpo editorial, a identificação dos autores deverá constar única e exclusivamente no cadastro eletrônico.

b) Além dos limites já estipulados nos itens anteriores, devem ser observadas as orientações abaixo;

c) Os trabalhos devem ser digitados em papel A4, no **Editor de texto word**, em espaço 1,5, corpo 11, formato Arial, com margens de 3 cm de cada lado, com as páginas numeradas.

d) Título em português: máximo de 90 caracteres seguido do título em inglês.

e) Titulação/Afiliação dos autores (conforme cadastro eletrônico): os autores deverão citar apenas um título/vinculação à instituição de ensino ou pesquisa, sem abreviações. Exemplos:

* Aluno de Graduação da Faculdade de Odontologia de Lins da Universidade Metodista de Piracicaba.

** Cirurgião-dentista.

*** Especialista em Periodontia.

**** Mestrando do Departamento de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista de Araraquara.

***** Doutor em Periodontia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

***** Professor do Curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Lins da Universidade Metodista de Piracicaba.

f) Resumo em português/resumo em inglês (*abstract*): 250 palavras.

g) Palavras-chaves/key words mínimo de três e máximo de cinco. Fazer uso de consulta obrigatória do DECS-Descritores em Ciências da Saúde (Lilacs: <<http://www.bireme.br/abd/P/lilacs.htm>>, <<http://decs.bvs.br>>).

4 - Citações no Texto

As citações devem obedecer à apresentação aqui detalhada e todas devem estar obrigatoriamente citadas no texto.

4.1. As citações ao longo do texto, assim como nas tabelas e figuras, devem ser identificadas por número arábico (sobrescrito) e numeradas consecutivamente **segundo a ordem em que são mencionadas** no artigo. Ao se citar dois autores de obra referenciada, seus sobrenomes devem estar ligados pela conjunção "e"; no caso de três ou mais, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al." Exemplo:

* Cunha et al.⁸ falam da sucção nociva.

4.2. Toda vez que a citação for literal, ou específica a um trecho da obra, e tiver (1) menos de quatro linhas, ela deve aparecer entre aspas, e não em itálico; se for (2) igual ou maior que quatro linhas deve ter recuo de quatro centímetros das margens do texto (sem aspas), sendo destacada em parágrafo próprio, com corpo reduzido em relação ao restante do texto, com espaço de uma linha antes e outra depois da transcrição.

(1) ...Fica claro, portanto, que "o profissional deve estar sempre atualizado e se aperfeiçoando, para oferecer ao paciente um tratamento melhor e com técnicas inovadoras comprovadas.", conforme afirma Pedroso.¹⁷

(2) ...Como afirma Malerbi, discutindo o atendimento ao paciente diabético na rede básica do município de São Paulo:

O atendimento de pacientes diabéticos ainda está dependendo da iniciativa pessoal dos profissionais que atuam nos postos, os quais, quando têm interesse, deparam-se com dificuldades relativas a critérios, medicamentos, materiais, recursos auxiliares etc. As maiores dificuldades residem, porém, quanto ao treinamento e atualização das equipes, e quanto ao sistema de referência e contra-referência, o qual é extremamente complicado, burocratizado e ineficaz.⁸

4.3. Nenhum outro complemento deverá constar no texto.

4.4. As notas explicativas, quando houver, devem estar posicionadas no rodapé, remetidas por asterisco*, sobrescrito no corpo do texto. Havendo mais de uma por página, o seu número corresponderá à quantidade de asteriscos necessários para indicá-lo,** processo esse que será reiniciado em cada nova página.

5. Referências Bibliográficas

a) As Referências Bibliográficas são limitadas a 30, nos textos que se enquadram nas categorias Artigos Originais, Revisão de Literatura e Relatos de Casos. Devem ser organizadas em **sequência numérica** consecutivamente conforme a ordem em que foram mencionadas pela primeira vez no texto e normatizadas de acordo com o estilo *Vancouver*.

b) Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o *Index Medicus* (<<http://bioinfo.ernet.in/~shubha/IndexMedicus/IndexMedicus-A.html>>).

c) Comunicações pessoais ou dados não publicados não devem ser incluídos nas referências bibliográficas.

d) Não é permitida a inclusão nas referências bibliográficas de resumos/*abstracts*, monografias, dissertações e teses.

e) Publicações com dois autores até o limite de seis citam-se todos; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros, seguidos de et al., de acordo com o padrão abaixo.

5.1. Artigos em periódicos

1. Com dois autores até o limite de seis

- Drummond JL. Degradation, fatigue, and failure of resin dental composite materials. *J Dent Res* 2008 Aug;87(8):710-9.
- Mumcu E, Erdemir U, Topcu FT. Comparison of micro pushout bond strengths of two fiber posts luted using simplified adhesive approaches. *Dent Mater J*. 2010 May;29(3):286-96.
- Radovic I, Monticelli F, Goracci C, Cury AH, Coniglio I, Vulicevic ZR, et al. The effect of sandblasting on adhesion of a dual-cured resin composite to methacrylic fiber posts: microtensile bond strength and SEM evaluation. *J Dent*. 2007 Jun;35(6):496-502.

2. Organizados como autores

- The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164: 282-4.

3. Sem nome de autores

- Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Volume ou artigo com suplemento

- Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994; 102 Suppl 1:275-82.
- Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996; 23(Suppl 2):89-97.

5. Artigo sem volume ou número

- Turan I, Wredmark T, Fellander-Tsai L. Arthroscopic ankle arthrodesis in rheumatoid arthritis. *Clin Orthop* 1995; (320):110-4.
- Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. *Curr Opin Gen Surg* 1993; 325-33.

6. Artigo em formato eletrônico

- Hamza OJM, Matee MIN, Simon ENM, Kikwilu E, Moshi MJ, Mugusi F et al.

Oral manifestations of HIV infection in children and adults receiving highly active anti-retroviral therapy [HAART] in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Oral Health* 2006; 6. [cited 2006 Sep 29]. Available from: URL: .

5.2. Livros

- Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.
- Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.
- Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.
- Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

5.3. Ilustrações e Tabelas

a) Toda ilustração (tabelas, gráficos, desenhos, fotografias) devem ser limitadas ao número necessário para clarificação do texto e devem ser enviadas no próprio manuscrito, numeradas em algarismos arábicos e conforme seu aparecimento no texto.

b) Os autores devem manter uma cópia desse arquivo.

c) As fotografias devem ser em cores originais e digitalizadas no formato tif ou jpg ou gif, formatadas com 10 cm e um mínimo de 300dpi. Essas ilustrações não devem estar contidas no corpo do texto editado em Word e sim em arquivo eletrônico suplementar, porém deve constar onde se enquadram no mesmo.

d) As legendas correspondentes às figuras ou fotografias devem ser objetivas, concisas e claras, com uma listagem, no arquivo eletrônico suplementar. Para tabelas e gráficos devem estar numeradas e posicionadas no topo. A legenda de fotografias, numeradas, devem estar posicionadas abaixo da figura.

e) Tabelas devem ser abertas nas laterais. Os gráficos devem ser emoldurados.

6. Aspectos Éticos

6.1. A *Revista da FOL* obedece os princípios éticos da Declaração de Helsinky e Resolução 196/96 do Ministério da Saúde que determina que todos os procedimentos envolvendo seres humanos ou animais sejam aprovados pelo Comitê de Ética da instituição onde os autores estejam afiliados.

6.2. Todo experimento ou procedimento utilizado em seres humanos ou animais devem ter aprovação notificada em Materiais e Métodos, constando o número da aprovação no Comitê de Ética respectivo.

6.3. O Editor -Gerente e Comissão Editorial reservam o direito de refutar artigos que não respeitem essa norma.

6.4. Uma cópia digitalizada da aprovação no Comitê de Ética deve ser anexada em arquivo suplementar quando o mesmo for submetido à apreciação pela Comissão Editorial da *Revista da FOL*.

** Uma eventual segunda nota na mesma página será indicada por dois asteriscos.