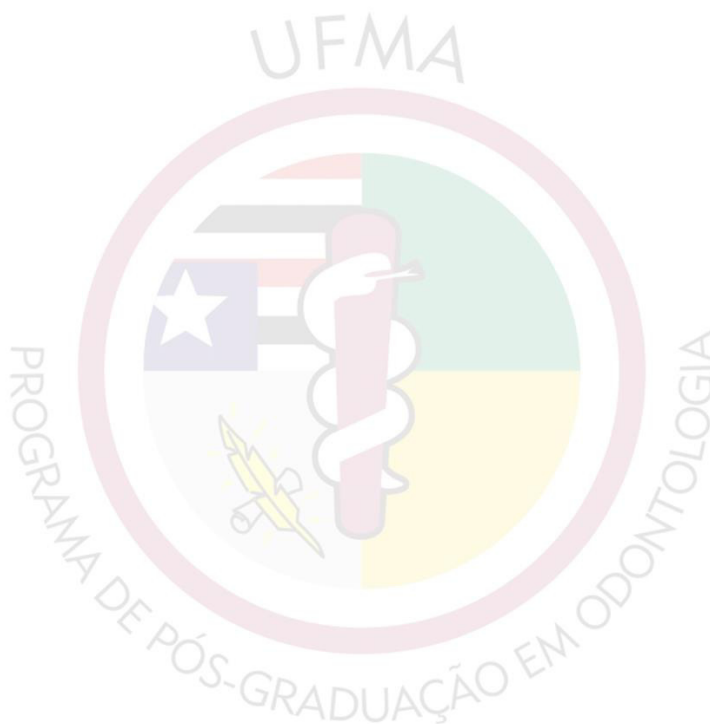




UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO



**ANÁLISE DE ATUAÇÃO ODONTOLÓGICA E PERFIL DOS
PACIENTES DA CLÍNICA MÉDICA EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL**



**SÃO LUÍS
2016**

MAURÍCIO PEREIRA MACEDO

**ANÁLISE DE ATUAÇÃO ODONTOLÓGICA E PERFIL DOS PACIENTES DA
CLÍNICA MÉDICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SISTEMA DE
SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientador: Prof(a). Dr(a). – Fernanda Ferreira
Lopes

SÃO LUÍS

2016

Macedo, Maurício Pereira

Análise de atuação odontológica e perfil dos pacientes da Clínica Médica em um Hospital Universitário do Sistema de Saúde Pública do Brasil / Maurício Pereira Macedo. – 2016.

65 f.

Orientador: Fernanda Ferreira Lopes

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Odontologia/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA, 2016.

1. Assistência Odontológica Integral. 2. Hospitalização. 3. Perfil de Saúde. 4. Saúde Bucal. I. Lopes, Fernanda Ferreira. II. **Análise de atuação odontológica e perfil dos pacientes da Clínica Médica em um Hospital Universitário do Sistema de Saúde Pública do Brasil**

(FOLHA DE AVALIAÇÃO)

Maurício Pereira Macedo

**ANÁLISE DE ATUAÇÃO ODONTOLÓGICA E PERFIL DOS PACIENTES DA
CLÍNICA MÉDICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SISTEMA DE
SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL**

A Comissão julgadora da Defesa do Trabalho Final de Mestrado em Odontologia, em sessão pública realizada no dia / / , considerou o(a) candidato(a)

() APROVADA

() REPROVADA

1) Examinador _____

2) Examinador _____

3) Presidente (Orientador)_____

À Deus, que sempre está ao meu lado
Aos meus pais, que sempre me apoiaram

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo dom da vida, por ter guiado os meus passos e me dado força, paciência, e coragem para superar os obstáculos ao longo desta caminhada; e por estar concretizando a história já escrita por Suas mãos.

Aos Meus pais, **Petrônio Alves Macedo e Maria Nicolina Pereira Macedo**, por todo amor, dedicação e sacrifícios que fizeram, os quais culminaram em todas as conquistas da minha vida, além de sempre me ensinarem algo tanto com seus erros quanto com seus acertos. Agradeço aos meus irmãos, **Petrônio Alves Macedo Filho e Anna Victória Pereira Macedo**, pelo companheirismo e pela troca de aprendizados; a todos os parentes (sem exceção) pelo apoio dado, em especial ao **Tio Roberto Alves Cabral e Tia Valdívia Alves Araújo**; meus avós paternos **Petrônio Alves Cabral e Maria das Dores Alves** (*in memoriam*) e meus avós maternos **Maurício Costa e Cecília Pereira**. À minha amada **Camila Raquel Amaral França** pelo grande apoio, incentivo, compreensão e paciência, não apenas durante a execução deste estudo, mas em toda nossa convivência.

À Universidade Federal do Maranhão e ao Programa de Pós- Graduação em Odontologia, pela oportunidade. Agradeço à minha orientadora **Fernanda Ferreira Lopes** pelas suas coordenadas, e a todos os professores, que tiveram uma parcela de contribuição para o meu aprendizado e minha formação.

Aos meus amigos de classe, que me ajudaram direta ou indiretamente durante todo o curso de Mestrado, nas trocas de informações, e incentivos mútuos; nos momentos de cansaço e dificuldades, bem como nos de sorrisos e tristezas... Aos técnicos, que foram fundamentais na prestação de seus serviços; aos serventes, que mantiveram as clínicas mais apropriadas para uso. À Noêmia e Josi, fundamentais em todo o processo de “facilitação burocrática” de nós mestrandos. Aos pacientes do estágio à docência, que são essencialmente necessários (e isso ainda é pouco para descrevê-los); alguns nos fazem perceber a triste realidade (de quem não pode sorrir com naturalidade) estampada em suas faces, e, sobretudo, nos ensina a prioridade social de nossa profissão.

Por fim, enfatizo a importância da infra-estrutura do Programa de Pós-graduação em Odontologia da UFMA, sem a qual seria inviável minha formação, e também engrandeço o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, local onde executei minha pesquisa, e onde sempre tenho a oportunidade de aprender muito.

*“A mente que se abre a uma nova ideia jamais
volta ao seu tamanho original”*

RESUMO

A Odontologia Hospitalar é a área de atuação que visa ao atendimento de pacientes com condições sistêmicas alteradas, com prática altamente especializada através de ações preventivas, diagnósticas, terapêuticas e paliativas em saúde bucal, executadas em ambiente hospitalar, inserido em equipe multidisciplinar. No Brasil, esta inserção vem sendo discutida nos últimos anos no âmbito clínico, científico e político nacional, sendo relacionada a uma maior expectativa de sobrevivência dos pacientes, à possível redução das infecções hospitalares, tempo de internação, gastos hospitalares, e diferenciação na assistência integral dos mesmos. Em 2004, com a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), visava-se à ampliação das ações de saúde bucal nos diferentes níveis de atenção, integralmente. Em 2012, Projeto de Lei nº363 tornava obrigatória a prestação de assistência odontológica a pacientes em internação hospitalar e aos portadores de doenças crônicas. E esta inserção foi reforçada pela Resolução do Conselho Federal de Odontologia (CFO) Nº 162 de 2015. Atualmente, apesar de grande parte dos pacientes internados está desprovida de ações em saúde bucal nos hospitais brasileiros, a atuação odontológica neste âmbito está em crescente estruturação. Este estudo tem o propósito de analisar a atuação odontológica e caracterizar o perfil dos pacientes que foram atendidos pelo residente odontólogo nos anos de 2012 e 2013 na Clínica Médica de Hospital Universitário do Sistema de Saúde Pública do Brasil. Através do resgate dos prontuários odontológicos, foram coletados dados sobre as características gerais, alterações sistêmicas, informações odontológicas, hábitos de vida e frequências, situação bucal no primeiro atendimento, e tratamentos odontológicos. A maioria dos pacientes atendidos escovavam os dentes **menos que 3 vezes ao dia** (54,3%) e relataram não utilizar o **fio dental**(85,7%), destacando-se a presença de **biofilme** (73,3%) e **cálculo dental** (70,5%). A alteração bucal prevalente foi **estomatite protética** (8,6%), seguidos de **lesão ulcerativa** (2,9%) e **leucoplasia** (2,9%). Dentre os pacientes atendidos, destacou-se o uso de **próteses** (25, 7%), sendo a maioria do **tipo total** (12,4%) e que apresentaram **higiene deficiente** (14,3%). Previamente à internação, foi considerável a quantidade de pacientes atendidos que havia se submetido a **nenhum tipo de tratamento** (15,2%) e que relataram ter passado por **experiência odontológica negativa** (15,2%). Verificou-se predominância de pacientes com o motivo da consulta odontológica por **consulta de rotina** (78,1%), sendo a **Cardiologia** (21%) a principal especialidade de origem do total de pacientes atendidos. Do total de condutas e procedimentos odontológicos registrados nas fichas clínicas do nosso estudo, verificaram-se **orientações de higiene bucal** (59%) e **encaminhamentos externos** (1,9%); e destacaram-se

terapia periodontal básica (71,4%), seguidos de **exodontia** (39%). O perfil atendido predominante é de pacientes **hipertensos** (37,1%) e com **problema cardíaco** (34,3%). Os resultados demonstram que os pacientes da Clínica Médica atendidos apresentaram necessidades prementes no que tange a autocuidados de saúde bucal e orientações quanto aos cuidados com as próteses. A atuação odontológica foi fundamental através de promoção de saúde bucal, destacando-se a Orientação de Higiene Bucal e Terapia Periodontal Básica. A caracterização do perfil predominante do paciente atendido sugere a necessidade de estratégias para lidar com fatores de risco comuns e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. Além disso, há necessidade de maior inter-relação entre os profissionais, e melhor acompanhamento dos encaminhamentos externos dos tratamentos, incluindo melhor registro de dados. Tudo isto ratifica a importância do atual e crescente campo de atuação do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar.

Descritores: Hospitalização, Saúde Bucal, Perfil de Saúde, Assistência Odontológica Integral

ABSTRACT

The Hospital Dentistry is the area of activity that is aimed at treating patients with altered systemic conditions with highly specialized practice through preventive, diagnostic, therapeutic and palliative actions in oral health, performed in a hospital environment, inserted in a multidisciplinary team. In Brazil, this insertion has been discussed in recent years in the clinical, scientific and national context, being related to a greater expectation of patient survival, possible reduction of hospital infections, hospitalization time, hospital expenses, and differentiation in integral care of the same. In 2004, the National Oral Health Policy (PNSB), aimed to the expansion of oral health actions in the different levels of care in full. In 2012, Bill nº363 made it mandatory to provide dental care to patients hospitalized and to patients with chronic diseases. And this insertion was reinforced by Resolution of the Federal Council of Dentistry (CFO) nº 162 of 2015. Currently, although most of hospitalized patients is devoid of oral health practices in Brazilian hospitals, dental work in this area is under increasing structuring. This study aims to analyze the dental operation and characterize the profile of patients who were treated by the resident dentist in years 2012 and 2013 in the Medical Clinic of the University Hospital of the Public Health System in Brazil. Through the retrieval of dental records, data were collected on the general characteristics, systemic changes, dental information, lifestyle and frequencies, oral situation in primary care, and dental care. Most patients treated brushed their teeth **less than 3 times a day** (54.3%) and reported no use **dental floss** (85.7%), highlighting the presence of **biofilm** (73.3%) and **dental calculus** (70.5%). The frequent oral change was **denture stomatitis** (8.6%), followed by **ulcerative lesions** (2.9%) and **leukoplakia** (2.9%). Among the patients treated, it highlight the use of **prostheses** (25, 7%), and most of **all type** (12.4%) and had **poor hygiene** (14.3%). Prior to admission, it was considerable amount of patients seen who had undergone **any treatment** (15.2%) and who reported had been **negative dental experience** (15.2%). There was a predominance of patients with the reason for the dental appointment for **routine consultation** (78.1%) and **cardiology** (21%) the main specialty of origin of all patients seen. Of total dental conduct and procedures recorded in the medical records of our study, there were **oral hygiene guidelines** (59%) and **referral** (1.9%); and they stood out **basic periodontal therapy** (71.4%), followed by **extraction** (39%). The predominant attended profile of **hypertensive patients** (37.1%) and **heart problems** (34.3%). The results demonstrate that the patients of the Medical Clinic attended had urgent needs relate to self-care of oral health and guidelines regarding care with the prostheses. The dental work was fundamental through oral

health promotion, emphasizing the Oral Hygiene Guidance and Basic Periodontal Therapy. The characterization of the predominant profile of attended patients suggests the need for strategies to address common risk factors and prevention of chronic non communicable diseases. Moreover, there is need for greater inter-relationship between professionals, and better monitoring of external referrals of treatments, including better data record. All this ratifies the importance of the current and growing field of action of the dental surgeon in hospital environment.

Keywords: Hospitalization, Oral Health, Health Profile, Comprehensive Dental Care

LISTA DE TABELAS

1. Tabela 1	24
2. Tabela 2	25
3. Tabela 3	26
4. Tabela 4	27
5. Tabela 5	28

LISTA DE SIGLAS

PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal

CFO - Conselho Federal de Odontologia

SUS - Sistema Único de Saúde

HUUFMA- Hospital Universtário da Universidade Federal do Maranhão

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

RIMS - Residência Integrada Multiprofissional em Saúde

DCV - Doenças Cardiovasculares

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

SUMÁRIO

RESUMO	viii
ABSTRACT	x
LISTA DE TABELAS	xii
LISTA DE SIGLAS.....	xiii
1 INTRODUÇÃO GERAL	1
2 CAPÍTULO I - Análise de atuação odontológica e perfil dos pacientes da Clínica Médica em um Hospital Universitário do Brasil.....	5
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS.....	23
APÊNDICE A – Tabelas	24
ANEXO A – Ficha Clínica.....	29
ANEXO B – Aprovação no Comitê de Ética.....	38
ANEXO C – Normas para Publicação na Revista Ciência & Saúde Coletiva.....	41

1. INTRODUÇÃO GERAL

A Odontologia Hospitalar é a área de atuação que visa ao atendimento de pacientes com condições sistêmicas alteradas, muitas vezes em centros cirúrgicos e setores de emergência¹. Sua prática é altamente especializada, com realização de procedimentos complexos em um grupo de pacientes com alterações sistêmicas importantes, anormalidades congênitas, traumas faciais ou doenças orofaciais, inserido na equipe do hospital, juntamente com os médicos². As ações preventivas, diagnósticas, terapêuticas e paliativas em saúde bucal, executadas em ambiente hospitalar ocorrem em consonância com a missão do hospital e inseridas no contexto de atuação da equipe multidisciplinar³

No Brasil, a presença do cirurgião-dentista como parte integrante das equipes interdisciplinares vem sendo discutida nos últimos anos no âmbito clínico, científico e político nacional, por meio do Projeto de Lei número 2776/2008⁴. Este foi aprovado na Câmara dos Deputados e Senado Federal em decisão terminativa do Projeto de Lei nº34/2013, e torna obrigatória a prestação de assistência odontológica a pacientes em regime de internação hospitalar, aos portadores de doenças crônicas e aos pacientes em regime de atendimento ou de internação domiciliar⁵. As vantagens estariam relacionadas a uma maior expectativa em relação à sobrevida dos pacientes, com a possível redução das infecções hospitalares, tempo de internação e gastos hospitalares (racionalização da antibioticoterapia, exames, manutenção diária da UTI) e diferenciação na assistência ao paciente internado de maneira integral^{4,5}.

A atuação do Cirurgião-Dentista em âmbito hospitalar vai além da atenção odontológica tradicionalmente realizada em atendimento cirúrgico bucomaxilofacial ou procedimentos que necessitam de anestesia geral. O Odontólogo deve ter foco no cuidado ao paciente cuja doença sistêmica possa ser fator de risco para agravamento e ou instalação de doença bucal, ou cuja doença bucal possa ser fator de risco para agravamento e/ou instalação de doença sistêmica, participando das decisões, incluindo internação, diagnóstico, solicitação de exames, prescrição, intervenção odontológica, acompanhamento e alta³. Além disso, deve ser o responsável por tomada de decisão em intervenção na cavidade bucal, mas sempre em consonância com a equipe multiprofissional, através da integração dos conhecimentos e abordagem do paciente como um todo, permitindo um melhor desempenho no compromisso de assistência baseado na humanização⁶, sendo que a saúde bucal constitui um dos eixos da integralidade de ações em saúde⁷.

Na Resolução RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), na Seção IV o Art. 18 assegura o acesso a recursos assistenciais, por meios próprios ou terceirizados, aos serviços de assistência odontológica à beira do leito. No Art. 23 da Seção V de Processos de Trabalho, as assistências farmacêutica, psicológica, fonoaudiológica, social, odontológica, nutricional, de terapia nutricional enteral e parenteral e de terapia ocupacional devem estar integradas às demais atividades assistenciais prestadas ao paciente, sendo discutidas conjuntamente pela equipe multiprofissional⁸.

Levando em conta o sistema de saúde nacional, já em 2004, visando ampliar a inserção da saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS), foi lançada, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – “Brasil Sorridente”, na qual uns dos pressupostos são: assegurar a integralidade das ações, permitindo o atendimento de todas as necessidades de saúde, visando a ampliação das ações dos serviços públicos de saúde bucal nos diferentes níveis de atenção^{9,10,11}. O processo de consolidação da rede de atenção à saúde bucal valoriza a Odontologia, enquanto profissão que se preocupa com questões relativas ao processo saúde-doença, realizando a definitiva inserção dos profissionais da saúde bucal em equipe de saúde que trabalha sob bases interdisciplinares no sistema público¹².

Atualmente, a maioria dos pacientes internados está desprovida de ações em saúde bucal nos Hospitais Brasileiros⁷. A inserção do Cirurgião-Dentista na equipe multiprofissional de atendimento ao paciente sob internação contribui para minimizar o risco de infecção, melhorar a qualidade de vida, reduzir o tempo de internação, diminuir a quantidade de prescrição de medicamentos e a indicação de nutrição parenteral, além de promover um atendimento completo ao paciente¹³.

Por meio de um estudo exploratório-descritivo, com utilização de técnicas qualitativas, e com base no modelo de rede sugerido pelas políticas que orientam o SUS quanto à atenção à saúde bucal, foi detectado que a atenção terciária, em nível hospitalar, oferece poucas vagas e estão concentradas nas áreas de estomatologia, trauma, atendimento a portadores de fissuras lábio-palatais e pacientes com necessidades especiais, evidenciando que a inserção da saúde bucal na rede está no início¹².

Outro estudo de abordagem quantitativa avaliou a atuação do cirurgião-dentista em hospitais de Minas Gerais-BR, e concluiu que a Odontologia Hospitalar ainda está em estágio de estruturação, evidenciando que a avaliação da cobertura leva à identificação de uma potencial necessidade acumulada que deverá ser enfrentada pelo gestor¹⁴. Dessa maneira, a inserção do Cirurgião- Dentista no âmbito hospitalar é fundamental para colaborar no

atendimento dos pacientes, garantindo ao mesmo o acesso integral aos cuidados que forem necessários.^{3,15}

Frente às grandes lacunas organizativas no âmbito hospitalar e ao processo de adaptação do profissional de saúde bucal em equipe de saúde interdisciplinar, são relevantes estudos que abordam a realidade da Odontologia Hospitalar em distintos estabelecimentos de saúde de atenção terciária.

Diante das vertentes de atuação do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar, o presente trabalho foi direcionado a um único setor hospitalar: Clínica Médica e suas peculiaridades, com o objetivo de analisar atuação odontológica e as características da população assistida, visando ao aperfeiçoamento da rotina odontológica nesse específico setor hospitalar executada pelos profissionais residentes de um Hospital Universitário, referência no nordeste do Brasil.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar a atuação odontológica e caracterizar o perfil dos pacientes que foram atendidos pelo residente odontólogo nos anos de 2012 e 2013, na Clínica Médica em um Hospital Universitário do Sistema de Saúde Pública do Brasil.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as alterações mais prevalentes na cavidade bucal dos pacientes internados no setor Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), nos anos de 2012 e 2013;
- Apresentar a necessidade de tratamentos odontológicos dos pacientes hospitalizados deste setor, nos anos de 2012 e 2013;
- Fazer o levantamento dos procedimentos odontológicos que foram realizados nestes pacientes pelo residente odontólogo nos anos de 2012 e 2013 no HUUFMA, e os encaminhamentos para centros de atendimentos especializados, para tratamentos que não estavam disponíveis no hospital.

2. CAPÍTULO I

Análise de Atuação Odontológica e Perfil dos Pacientes da Clínica Médica em um Hospital Universitário do Brasil.

Analysis of Dental Performance and Profile of Patients of the Medical Clinic at a University Hospital of Brazil.

Maurício Pereira Macedo

Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa

Luana Carneiro Diniz Souza

Fernanda Ferreira Lopes

(Artigo a ser submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva cujas normas de publicação encontram-se no Anexo C)

RESUMO

A Odontologia desempenha papel fundamental em equipes multiprofissionais hospitalares, garantindo melhor assistência ao paciente internado, o que permite identificar as doenças bucais e direcionar os serviços. Objetivou-se analisar atuação odontológica na Clínica Médica e caracterizar o perfil dos pacientes atendidos pelo residente em 2012 e 2013 em um hospital universitário do Brasil. A partir de prontuários, foram coletados dados sobre características gerais, alterações sistêmicas, informações odontológicas, hábitos, situação bucal, e tratamentos odontológicos. No primeiro atendimento, houve maior frequência de higiene bucal **menor que 3 vezes ao dia** (54,3%), sem uso de **fio dental** (85,7%). Verificou-se **biofilme** (73,3%), **cálculo dental** (70,5%), uso de **próteses** (25,7%), sendo a maioria do tipo **total** (12,4%) e **higiene deficiente** (14,3%), e **estomatite protética** (8,6%). Durante a internação, os pacientes atendidos receberam **orientação de higiene bucal** (59%), **terapia básica periodontal** (71,4%), seguidos de **exodontia** (39%). O perfil atendido predominante é

de pacientes **hipertensos** (37,1%) e com **problema cardíaco** (34,3%). Demonstrou-se que os pacientes atendidos apresentaram necessidades prementes de autocuidados de saúde bucal e orientações quanto aos cuidados com próteses.

Descritores: Hospitalização, Saúde Bucal, Perfil de Saúde, Assistência Odontológica Integral

ABSTRACT

Dentistry plays a fundamental role in multiprofessional hospital teams, ensuring better care for the hospitalized patient, which allows to identify oral diseases and direct services. The objective of this study was to analyze dental performance in the Medical Clinic and to characterize the profile of the patients attended by the resident in 2012 and 2013 in a university hospital of Brazil. From data records, general characteristics, systemic changes, dental information, habits, oral situation, and dental treatments were collected. At the first visit, there was a higher frequency of oral hygiene **less than 3 times a day** (54.3%), **without flossing** (85.7%). It was verified **biofilm** (73.3%), **dental calculus** (70.5%), use of **prostheses** (25.7%), in which the majority of the **total type** (12.4%) and **poor hygiene** (14.3%), and **prosthetic stomatitis** (8.6%). During hospitalization, the patients received **oral hygiene orientation** (59%), **basic periodontal therapy** (71.4%), followed by **extractions** (39%). The predominant profile was **hypertensive patients** (37.1%) and **heart problems** (34.3%). It was demonstrated that the patients attended had urgent needs regarding self-care of oral health and guidelines regarding the care with the prostheses.

Descriptors: Hospitalization, Oral Health, Health Profile, Comprehensive Dental Care

INTRODUÇÃO

A Odontologia desempenha um papel fundamental na inserção em equipes multiprofissionais¹⁻⁴. Associações entre doenças bucais e doenças sistêmicas, bem como a consciência dessas relações por parte dos profissionais envolvidos nos atendimentos hospitalares, têm sido pontuadas como garantia de melhores práticas em assistência ao paciente internado, além de facilitar o acesso deste aos cuidados odontológicos⁵⁻⁷.

No Brasil, já em 2004, com a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – “Brasil Sorridente”, visava-se à ampliação das ações dos serviços públicos de saúde bucal nos diferentes níveis de atenção, com integralidade das ações, e o atendimento de todas as necessidades de saúde⁸⁻¹⁰. Em 2010 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com a Resolução RDC Nº 7, assegura o acesso aos serviços de assistência odontológica à beira do leito, e integralização desta às demais atividades assistenciais prestadas ao paciente, conjuntamente pela equipe multiprofissional¹¹. Em 2012, Projeto de Lei nº363 torna obrigatória a prestação de assistência odontológica a pacientes em regime de internação hospitalar e aos portadores de doenças crônicas, com procedimentos odontológicos realizados em ambiente hospitalar¹².

Em um hospital universitário de alta complexidade foram resgatadas fichas clínicas dos pacientes atendidos por cirurgiões-dentistas residentes inseridos em uma equipe multiprofissional, e mostraram que o cirurgião-dentista pode atuar de forma abrangente no contexto hospitalar, devendo ser estimulado, desde a graduação, a compreender os aspectos diferenciais no planejamento do tratamento odontológico e no serviço multiprofissional¹³.

O contínuo aperfeiçoamento de profissionais na formação continuada no contexto hospitalar é crescente¹⁴⁻¹⁶, nos quais os serviços odontológicos são fornecidos aos sócio - economicamente desfavorecidos ou a indivíduos sob maior risco para doenças bucais¹⁶. Este contexto permite a identificação de comunidades em alto risco de desenvolver doenças e o

direcionamento adequado de serviços e recursos torna-se imperioso, visando à redução dos agravos à saúde bucal na população¹⁶ e do risco aumentado de hospitalização¹⁷.

Dessa maneira, a relevância da intervenção odontológica no contexto hospitalar é premente, destacando-se que as políticas públicas de saúde, inclusive no nível terciário de atenção à saúde da população, determinam a participação deste profissional¹³. Esta inserção foi reforçada pela Resolução do Conselho Federal de Odontologia (CFO) Nº 162 de 03/11/2015, que reconhece o exercício da Odontologia Hospitalar pelo cirurgião-dentista¹⁸.

Considerando que a inserção do Cirurgião- Dentista no âmbito hospitalar é fundamental para colaborar no atendimento dos pacientes, garantindo ao mesmo o acesso integral aos cuidados que forem necessários^{19, 20} e frente às grandes lacunas organizativas no âmbito hospitalar e ao processo de adaptação do profissional de saúde bucal em equipe de saúde interdisciplinar são relevantes estudos que abordam a realidade da Odontologia Hospitalar em distintos estabelecimentos de saúde de atenção terciária.

Diante das vertentes de atuação do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar e visando propor melhorias no atendimento prestado aos pacientes internados e no processo de aprendizagem continuada em saúde, o objetivo deste artigo foi analisar a atuação odontológica na Clínica Médica em um Hospital Universitário do Sistema de Saúde Pública do Brasil, caracterizando o perfil dos pacientes atendidos, enfatizando a consciência multidisciplinar, tanto no que se refere a evidências científicas quanto nas relações interprofissionais.

MÉTODOS

O Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – HUUFMA / Unidade Presidente Dutra - é um órgão da Administração Pública Federal que tem por finalidade englobar assistência, ensino, pesquisa e extensão na área de saúde, sendo um

Hospital de referência estadual para os procedimentos de alta complexidade nas áreas cardiovascular, nefrologia, obesidade, fígado, hemodinâmica e UTI, desenvolvendo serviços assistenciais em Clínica Médica. Possui 573 leitos, sendo 63 de UTI (Neonatal, Adulto e Pediátrica) e 22 leitos de isolamentos, além de 16 salas de cirurgias.

Por excelência, o HUUFMA é um centro de ensino e de pesquisa para a formação de profissionais da área de saúde, que funciona como campo de prática de programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS). Esta é uma modalidade de ensino de pós-graduação *latu sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde (excetuada a médica e regulamentada pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005). Há ações de assistência, vigilância, prevenção e promoção com abordagem coletiva e individual de acordo com os princípios do SUS. Possui os Programas de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso, e de Atenção à Saúde da Criança e da Mulher, com duração de 2 (dois) anos, e carga horária total de 5.760 horas (60h/semana), que inclui treinamento em serviço e teoria, com dedicação exclusiva.

A pesquisa realizada trata-se de um estudo observacional quantitativo descritivo, com abordagem retrospectiva, com utilização de dados secundários. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Ensino e Pesquisa do HUUFMA (Protocolo de aprovação nº 862.911), seguindo as normas da resolução Nº 466/2012 do Ministério da Saúde.

A coleta de dados foi realizada por um pesquisador através do resgate dos prontuários odontológicos (fichas clínicas) dos pacientes. Foram coletados dados sobre as características gerais, alterações sistêmicas, informações odontológicas, hábitos de vida, e frequências, situação bucal no primeiro atendimento (presença de biofilme visível e cálculo dental), presença e condições de próteses dentais, tratamentos a que os pacientes foram submetidos previamente à internação, procedimentos realizados durante internação e encaminhamentos

para centros de atendimentos especializados odontológicos, para tratamentos que não estavam disponíveis no hospital.

Amostra foi composta por 105 fichas clínicas de pacientes internados no setor de Clínica Médica do referido hospital, atendidos pelo odontólogo residente do serviço de Odontologia no período de março de 2012 a dezembro de 2013. Foram incluídas somente as fichas clínicas dos pacientes atendidos pela equipe de odontólogos da RIMS da Clínica Médica do HUUFMA. Foram excluídos do estudo: as fichas dos pacientes que não realizaram anamnese e exame clínico intra e extra-bucal; fichas incompletas e aquelas de pacientes atendidos por profissionais não residentes.

Os dados obtidos foram registrados e tabulados em planilhas do programa Excel for Windows para facilitar a descrição e agrupamento. Em seguida foram avaliados quantitativamente através do Programa de computador Software SPSS (versão 17.0, IBM, Chicago, IL), apresentados em números absolutos e percentuais.

RESULTADOS

Dentre as fichas analisadas, 3 apresentaram dados incompletos, 3 continham dados de crianças, 1 dados de 1 adolescente, e 1 dados de uma gestante, as quais foram excluídas do presente estudo. Foram então incluídas no estudo cento e cinco fichas clínicas (105) dos pacientes atendidos pelo residente odontólogo dos anos de 2012 e 2013 no HUUFMA, que consistiram em uma amostra de conveniência obtida neste período.

Observou-se que os pacientes atendidos possuíam idades variando de 18 a 90 anos, sendo 57 mulheres e 45 homens. Verificou-se que a maioria das fichas clínicas da amostra continha registrado como motivo da consulta odontológica a **consulta de rotina**, que se caracteriza pela busca ativa (sem parecer médico ou solicitação) com percentual de 78,1%,

destacando-se a **Cardiologia** (21%) como a principal especialidade de origem do total de pacientes atendidos. (Tabela 1)

Dados referentes às alterações sistêmicas dos pacientes internados na Clínica Médica demonstram a **hipertensão** (37,1%), o **problema cardíaco** (34,3%) e **diabetes** (19%) como os mais frequentes. (Tabelas 2)

Considerando as informações comportamentais em atendimentos odontológicos, 81,9% dos participantes foram considerados **pacientes receptivos**, destacando alguns relataram ter passado por **experiência odontológica negativa** (15,2%). Em relação aos hábitos de higiene bucal, verificou-se que a maioria escovava os dentes **menos que 3 vezes ao dia** (54,3%) e não utilizava o **fio dental** (85,7%) (Tabela 3).

No primeiro atendimento dos pacientes foram registradas a presença de **biofilme dental** (73,3%), **cálculo dental** (70,5%), e **palidez da mucosa** (32,45%). Em relação aos tipos de alteração bucal, foi prevalente a **estomatite protética** (8,6%), seguidos de **lesão ulcerativa** (2,9%) e **leucoplasia** (2,9%). Dentre os pacientes atendidos, destacou-se o uso de **próteses** (25, 7%), com **higiene deficiente** (14,3%), sendo a maioria do **tipo total** (12,4%). (Tabela 4).

Em relação aos tratamentos odontológicos a que os pacientes haviam se submetido previamente à internação, a **exodontia** foi o que apresentou maior percentual (23,8%); sendo que, durante o período de internação, destacaram-se a **terapia periodontal básica** (71,4%) e a **exodontia** (39%). Também foram registrados 2 **encaminhamentos** para centros de atendimentos especializados odontológicos, para tratamentos especializados (Prótese e Endodontia) que não estavam disponíveis no hospital. (Tabela 5).

DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou a atuação da Odontologia em ambiente hospitalar, trazendo dados sobre a assistência fornecida pelo residente aos pacientes internados no setor da Clínica Médica em Hospital Universitário do Sistema Unico de Saúde do Brasil. A realidade registrada reitera que a Odontologia Hospitalar consiste na prática de cuidados referentes às alterações bucais, visando à melhoria da saúde geral e qualidade de vida dos pacientes hospitalizados^{21, 22}, com sensibilidade à realidade social^{14, 23} e ao sistema no qual estão inseridos²³. As ações são baseadas na soma dos saberes preventivos, interdisciplinares^{14,23} e educacionais, de maneira a contribuir para a promoção de saúde bucal²⁴.

A maioria dos pacientes da presente pesquisa escovavam os dentes **menos que 3 vezes ao dia** (54,3%) e relataram não utilizar o **fio dental** (85,7%). Além disso, destacou-se o alto quantitativo de pacientes com **biofilme** (73,3%) e **cálculo dental** (70,5%), notando-se com isso, a elevada necessidade que estes pacientes de clínica médica apresentam no que tange a autocuidados de saúde bucal. Esta situação demanda que o odontólogo atue com atividades preventivas, a partir de protocolos e planos de tratamento que sejam executados de maneira individualizada e multidisciplinar²⁵, priorizando-se as menos invasivas, com capacitação e correta adaptação profissional^{21, 26}.

Do total de condutas e procedimentos odontológicos registrados nas fichas clínicas do nosso estudo, destacam-se 62 (59%) para **orientações de higiene bucal**. É importante frisar que a promoção de saúde bucal coletiva em ambiente hospitalar, proporciona conhecimento, motiva os pacientes internados e seus acompanhantes na geração de bons hábitos, e visa à assistência integral e mais humanizada²⁷. Essas ações têm se mostrado importantes na incorporação da higiene bucal dos pacientes à rotina hospitalar, reduzindo o biofilme dentário e possíveis infecções provenientes da microbiota bucal, uma vez que têm sido relacionadas ao risco aumentado de hospitalização¹⁷. Situação anteriormente registrada em pesquisa

retrospectiva descritiva realizada junto a outro programa de Residência Multiprofissional em Saúde verificou que atividades educativo-preventivas foram mais frequentes do que as atividades curativas, sendo realizadas atividades multiprofissionais de estudos de casos, grupos de educação em saúde e reuniões de planejamento multiprofissional¹³.

Do total de pacientes do presente estudo, destacou-se o uso de **próteses** (25, 7%), nas quais foi considerável a **higiene deficiente** (14,3%), sendo a maioria do **tipo total** (12,4%). Ratificando que as dificuldades para a higienização das próteses dentárias e deficiência da higienização lingual (saburra) dos pacientes hospitalizados são situações clínicas muito encontradas, devido às próteses removíveis não serem retiradas e higienizadas corretamente, contribuindo para o acúmulo de biofilme e restos alimentares, que exigem condutas em saúde bucal direcionadas²⁸.

A boca é uma poderosa ferramenta de diagnóstico na avaliação clínica da saúde sistêmica²⁹. Os tecidos da cavidade bucal podem refletir o estado de saúde geral e indicar a presença de uma doença sistêmica, uma vez que é possível ser iniciada³⁰. Os dados desta pesquisa mostram a **estomatite protética** em 9 (8,6%) pacientes, seguida de **lesão ulcerativa** e **leucoplasia** com 2,9% cada. No entanto, em um hospital universitário do Norte do Brasil, a candidíase pseudomembranosa e eritematosa foram as alterações mais comuns encontradas (22,8%), seguido por úlceras aftosas recorrentes (12,6%)³¹, números superiores aos encontrados no presente estudo.

Em relação aos tratamentos odontológicos prévios à internação, verificou-se que a **exodontia** foi o que apresentou maior percentual (23,8%), sendo que 15,2% do total de pacientes atendidos havia realizado **nenhum** tipo de tratamento. Esta realidade evidencia que o acesso dos pacientes hospitalizados aos cuidados odontológicos se torna facilitado⁶, o que pontua a importância do atendimento odontológico hospitalar como um momento ímpar de primeiro atendimento de pacientes com comprometimento sistêmico.

Dentre os tratamentos realizados pelo residente durante o período de internação, destaca-se a **terapia básica periodontal** (71,4%) e as **exodontias** (39%). Há similaridades destes resultados com os de outros estudos^{13,14}, em que o tipo de tratamento realizado mais frequentemente pela Odontologia Hospitalar foi o tratamento periodontal.

No tocante às informações comportamentais, destaca-se que 15,2% dos internados relataram ter passado por **experiência odontológica negativa**, possivelmente relacionada ao medo. É importante se pontuar que a literatura relata barreiras para o atendimento hospitalar como: a baixa prioridade dada aos cuidados bucais pelos profissionais, medo de causar dor ou danos ao paciente, concepção de que o cuidado bucal não promove benefícios significativos, além de pacientes com alterações comportamentais e resistentes à intervenção³².

Destaca-se que no setor de Clínica Médica, 37,1% dos internados eram **hipertensos** e 34,3% apresentavam **problemas cardíacos**. Nos dias atuais, há um crescente aumento dos fatores de risco cardiovascular, como sedentarismo, tabagismo, hipertensão, dislipidemia, diabetes mellitus e obesidade mórbida, que implicam em aumento no número de pessoas portadoras de doenças cardiovasculares (DCV)³³. O Ministério da Saúde esclarece que um dos grandes desafios é o tratamento de doenças crônicas e degenerativas, as quais são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo³⁴. Portanto, devido ao enorme custo social das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), o enfrentamento destas passou a ser agenda de todos os governos, que pactuaram, em setembro de 2011, na Assembleia Geral das Nações Unidas, uma proposta de redução de mortalidade de 2% ao ano até 2022³⁵.

A hipertensão arterial sistêmica tem alta prevalência e baixas taxas de controle, apesar de ser um dos principais fatores de risco modificáveis, a mortalidade por DCV's aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75mmHg de forma linear, contínua e independente³⁵. Assim, a educação permanente de profissionais de saúde nos diferentes níveis

de complexidade do SUS oferece a base para consolidar as ações sociais que impactarão na redução das taxas de mortalidade e morbidade, por meio da atuação multidisciplinar em medidas de prevenção primária e secundária das DCV's, que hoje representam o maior percentual das DCNT^{36,37}.

Há lacunas entre a odontologia e medicina, que demanda aperfeiçoamento na formação odontológica em cursos de graduação e pós-graduação, com maior foco na interdisciplinaridade⁵. Na presente pesquisa, na maioria das fichas clínicas o motivo da consulta odontológica foi a **consulta de rotina**, que se caracteriza pela busca ativa (sem parecer médico ou solicitação) com 78,1%, enquanto, o número de **pareceres internos** foi de apenas 7,6%. Defende-se que estes valores seriam mais expressivos, caso houvesse maior consciência multidisciplinar durante a formação dos profissionais de saúde para atuação em ambiente hospitalar.

A importância da inter-relação entre os membros da equipe multidisciplinar que acompanha o paciente visa à abordagem integral, como algo que vai além de aspectos relacionados aos cuidados com a cavidade bucal²². Assim, o aprimoramento de todos os profissionais envolvidos no processo requer maior atenção e conhecimento por parte do Cirurgião-Dentista, para que este conceito seja introduzido nas comunidades científicas²⁰.

Em contrapartida, estudo quantitativo, descritivo e transversal que objetivou verificar a inclusão da Odontologia em hospitais de grande porte de uma região metropolitana, identificou que houve busca ativa dos pacientes em 8 (57,14%) dos hospitais pesquisados, sendo que as inter-relações ocorreram em 85,72% dos hospitais de forma frequente. Essas formas de inter-relacionamento entre profissionais de saúde no ambiente hospitalar compreendem os encaminhamentos verbais, as trocas de orientações técnicas (informais) e relações de atendimento multi e interdisciplinar e/ou as solicitações interconsultas (formais)³⁸.

Na presente pesquisa, foram registrados apenas 2 **encaminhamentos** para centros de atendimentos especializados odontológicos, visando obter tratamentos que não estavam disponíveis no hospital. Isso demonstra um frágil acompanhamento da conclusão de tratamento dos pacientes, tendo em vista as necessidades apresentadas por estes, sobretudo de tratamentos reabilitadores nas avaliações iniciais. Por outro lado, subnotificação destes dados também é possível.

O fato de o presente estudo ter sido realizado a partir de dados secundários consiste em uma limitação deste estudo, então se sugere a necessidade de padronização das informações registradas durante o atendimento prestado aos pacientes pela equipe de saúde, como já mencionado sobre a relevância inestimável em se fazer os registros em prontuários odontológicos, inclusive para consultas futuras em hospitais de ensino³⁹. Acrescenta-se que a melhoria desses registros a nível individual pode impulsionar a capacidade de se explorar caminhos causais entre doenças e fornecer serviços públicos adequados de atenção à saúde bucal¹⁶.

Positivamente, os resultados deste estudo mostram o atual e crescente campo de atuação do cirurgião-dentista, a Odontologia em ambiente hospitalar, além de apresentar aos demais integrantes da equipe multiprofissional a forma como este profissional de saúde pode contribuir para melhoria na qualidade dos serviços de saúde. No entanto, sugere-se que novos estudos sejam realizados a fim de verificar o impacto das ações e intervenções do cirurgião-dentista na condição de saúde sistêmica dos pacientes, por meio de sua inserção em âmbito hospitalar.

Esta pesquisa demonstrou que os pacientes da Clínica Médica atendidos apresentaram necessidades prementes no que tange a autocuidados de saúde bucal e orientações quanto aos cuidados com as próteses, o que demanda atuação odontológica com atividades preventivas. Além disso, foi possível se estabelecer a caracterização do perfil predominante do paciente

atendido, em que se sugere a necessidade de estratégias para lidar com fatores de risco comuns e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. O contínuo aperfeiçoamento dos profissionais de saúde bucal reforça a relevância crescente da Odontologia Hospitalar, com maior inter-relação entre os profissionais da equipe multidisciplinar em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Lockhart PB, Bolger AF, Papapanou PN, Osinbowale O, Trevisan M, Levison ME, Taubert KA, Newburger JW, Gornik HL, Gewitz MH, Wilson WR, Smith SC, Larry Baddour, LM. Periodontal disease and atherosclerotic vascular disease: does the evidence support an independent association? A scientific statement from the American heart association. *Circulation* 2012; 125:2520–2544.
2. Patil S, Khandelwal S, Doni B, Rahman F, Kaswan S. Oral manifestations in chronic renal failure patients attending two hospitals in North Karnataka, India. *Oral Health Dent Manag* 2012; 11:100–106.
3. Wahid A, Chaudhry S, Ehsan A, Butt S, Khan AA. Bidirectional relationship between chronic kidney disease & periodontal disease. *Pak J Med Sci* 2013; 29(1): 211–215.
4. Nassar PO, Poleto R, Salvador CS, Felipetti FA, Nassar CA. One-stage full mouth disinfection and basic periodontal treatment in patients with diabetes mellitus. *J Public Health* 2014; 22:81–86.
5. Umeizudik KA, Iwuala SO, Ozoh OB, Ayanbadejo PO, Fasanmade OA. Association between periodontal diseases and systemic illnesses: A survey among internal medicine residents in Nigeria. *Saudi Dent J* 2016; 28(1): 24–30.
6. Nagarakanti S, Epari V, Athuluru D. Knowledge, attitude, and practice of medical doctors towards periodontal disease. *J Indian Soc Periodontol* 2013; 17 (1): 137–139.

7. Nasir N, Ali S, Ullah U. Extent of awareness regarding systemic effects of periodontal disease among medical interns. *Ann Pak Inst Med Sci* 2013; 9 (4):188–190.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: MS; 2004.
9. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, Abrasco; 2001. p. 39-64.
10. Aquilante AG, Aciole GG. Construindo um “Brasil Sorridente”? Olhares sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal numa região de saúde do interior paulista. *Cad Saude Publica* 2015, 31(1):82-96.
11. Brasil. Resolução Nº 7 de 24 de Fevereiro de 2010. Dispõe Sobre Os Requisitos Mínimos Para Funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. *Diário Oficial Da União* 2010; 24 Fev.
12. Brasil. Substitutivo ao Projeto de Lei nº 2.776, de 2008. (Apenso o PL 363, de 2011). Torna obrigatória a prestação de assistência odontológica a pacientes em regime de internação hospitalar; aos portadores de doenças crônicas, e, ainda, aos atendidos em regime domiciliar na modalidade “home care”. 2012; 18 Abr.
13. Euzébio LF, Viana KA, Cortines AAO, Costa LR. Atuação do Residente Cirurgião-Dentista em Equipe Multiprofissional de Atenção Hospitalar à Saúde Materno-Infantil. *Rev Odontol Bras Central* 2013; 21(60):16-20.
14. Yamakura D, Takahashi T, Kameyama A, Noro A, Sugiyama T, Kondo Y, et al. Sugiyama S, Haruyama A, Takeda T, Nakajima K. Analysis of Dental Treatment Performed by Dental Residents at General Dentistry Department of Tokyo Dental

- College Chiba Hospital Over 6 Years Following Introduction of Mandatory Dental Clinical Training System. *Bull Tokyo Dent Coll* 2013; 54(3): 177–186.
15. Takahashi T, Furusawa M, Katakura A, Sugito H, Hirata S, Ishii T, Kameyama A, Noro A, Yamakura D, Kondou Y, Sugiyama T, Sugiyama S, Haruyama A, Asami M. Recent trends among dental residents at Tokyo Dental College. *Bull Tokyo Dent Coll* 2013; 54(3):187-194.
 16. de Silva AM, Gkolia P, Carpenter L, Cole D. Developing a model to assess community level risk of oral diseases for planning public dental services in Australia. *BMC Oral Health* 2016; 16:45.
 17. Joshy G, Arora M, Korda RJ, Chalmers J, Banks E. Is poor oral health a risk marker for incident cardiovascular disease hospitalisation and all-cause mortality? Findings from 172 630 participants from the prospective 45 and Up Study. *BMJ Open* 2016; 6(8):1-10.
 18. Conselho Federal de Odontologia (CFO). Resolução CFO Nº 162 de 2015. [Acessado 2016 setembro 22]. Disponível em: <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2015/12/ResolucaoCFO-162-15.pdf>
 19. São Paulo. Secretaria de Saúde. Manual de odontologia hospitalar. São Paulo: Grupo Técnico de Odontologia Hospitalar (2012). [Acessado 2016 setembro 25]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/manual-de-odontologia-hospitalar/manual_odonto.pdf
 20. Aranega AM, Bassi AF, Ponzoni D, Wayama MT, Esteves JC, Garcia Junior IR. Qual a importância da odontologia hospitalar? *Rev Bras Odontol* 2012; 69 (1): 90-93.
 21. Sousa LVS, Pereira AFV, Silva, NBS. A Atuação do Cirurgião-Dentista no Atendimento Hospitalar. *Rev Cienc Saude* 2014; 16(1): 39-45.

22. Jardim EG, Setti JS, Cheade MFM, Mendonça JCG. Atenção odontológica a pacientes hospitalizados: revisão da literatura e proposta de protocolo de higiene oral. *Rev Bras Cien Saude* 2013; 11(35): 31-36.
23. Kiyoshi-Teo H, Blegen M. Influence of institutional guidelines on oral hygiene practices in intensive care units. *Am J Crit Care*, 2015; 24(4): 309-318.
24. Duval X, Delahaye F, Alla F, Tattevin P, Obadia J-F, Moing VL, Doco-Lecompte T, Celard M, Poyart C, Strady C, Chirouze C, Bes M, Cambau E, Iung B, Selton-Suty C, Hoen B . Temporal trends in infective endocarditis in the context of prophylaxis guideline modifications. *J Am Coll Cardiol*, 2012; 59(22):1968-1976.
25. Rocha DA, Miranda AF. Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2013; 16(1):181-189.
26. Barnes CM. Dental hygiene intervention to prevent nosocomial pneumonias. *J Evid Based Dent Pract* 2014; 14 (Supl): 103-114.
27. Brasil. Senado Federal. Projeto e atividades legislativas. Projetos e matérias legislativas. Acompanhamento de matéria. [Acessado em 2014 nov 15]. Disponível em: http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=112975
28. Da Cruz MK, Moraes TMN, Trevisani DM. Avaliação clínica da cavidade bucal de pacientes internados em unidade de terapia intensiva de um hospital de emergência. *Rev Bras Ter Intensiva*, 2014; 26(4): 379-383.
29. Mishra MN. Mouth mirrors systemic diseases. *Indian J Public Health Res Dev* 2012; 3(1):83–86.
30. McLean AT, Wheeler EK, Cameron S, Baker D. HIV and dentistry in Australia: clinical and legal issues impacting on dental care. *Aust Dent J* 2012; 57(3): 256– 270.

31. Gemaque K, Nascimento GG, Junqueira JLC, Araújo VC, Furuse C. Prevalence of Oral Lesions in Hospitalized Patients with Infectious Diseases in Northern Brazil. *Scientific World Journal* 2014; 2014: 586075.
32. Souza AF, Guimaraes AC, Ferreira EF. Avaliação da implementação de novo protocolo de higiene bucal em um centro de terapia intensiva para prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica. *REME Rev Min Enferm* 2013; 17(1): 177-184.
33. Borghi-Silva A, Mendes RG, Trimer R, Cipriano Jr G. Current trends in reducing cardiovascular disease risk factors from around the world: focus on cardiac rehabilitation in Brazil. *Prog Cardiovasc Dis* 2014; 56(5): 536-542.
34. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil* 2013; 31 jul.
35. Andrade JP, Mattos LAP, Carvalho AC, Machado CA, Oliveira GMM. Programa Nacional de Qualificação de Médicos na Prevenção e Atenção Integral às Doenças Cardiovasculares. *Arq Bras Cardiol.* 2013; 100(3):203-211.
36. Vilaça M. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. 1ª edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
37. Soares GP, Brum JD, Oliveira GMM, Klein CH, Silva NAS. Evolução dos principais indicadores socioeconômicos e queda da mortalidade por doenças do aparelho circulatório em três Estados do Brasil. *Arq Bras Cardiol* 2013; 100(2):147-156.
38. Miclos PV, Silva Jr MC, Oliveira CMSC, Oliveira MA. Inclusão da Odontologia no cenário hospitalar da região metropolitana de Belo Horizonte, MG. *Arq Odontol* 2014; 50(1): 28-34.

39. Waleed P, Baba F, Alsulami S, Tarakji B. Importance of Dental Records in Forensic Dental Identification *Professional Paper / Acta Inform Med* 2015; 23(1): 49-52.

CONTRIBUIÇÃO INDIVIDUAL DE CADA AUTOR

MPM – trabalhou na coleta de dados, concepção e redação final do texto

RGCFC – concepção e delineamento

FFL – orientadora do trabalho, trabalhou na concepção, análise e interpretação de dados e redação final do texto.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela bolsa de mestrado concedida a Maurício Pereira Macedo

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo ratificam a importância do atual e crescente campo de atuação do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar, sendo possível apresentar aos demais integrantes da equipe multiprofissional a forma como este profissional de saúde pode contribuir para melhoria na qualidade de vida e condição sistêmica do paciente, inclusive na prevenção de doenças crônicas.

Portanto, é imprescindível que se tenha noções sobre a patofisiologia destas doenças, bem como das terapêuticas administradas nos pacientes, ao se atuar no âmbito hospitalar, uma vez que, muitos dos medicamentos em uso, podem interferir de forma significativa no planejamento odontológico. Habilidades no manejo, considerando possíveis intercorrências intra e pós-operatórias, priorizando o momento oportuno também são importantes.

Tendo em vista que associações entre muitas condições sistêmicas e alterações bucais ainda não estão plenamente estabelecidas, sugere-se que novos estudos sejam realizados a fim de verificar o impacto das ações e intervenções do cirurgião-dentista na condição de saúde sistêmica dos pacientes, por meio de sua inserção em âmbito hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. American Dental Association. Dentistry Career Options [citado 10 dez. 2013].Disponível em: <http://www.ada.org/3324.aspx>. Copyright © 1995-2014.
2. National Health Service. Hospital Dental Care [citado 11 jan. 2014]. Disponível em: <http://www.nhscareers.nhs.uk/explore-by-career/dental-team/careers-in-the-dentalteam/dentist/what-types-of-dentists-are-there/hospital-dental-care/>.
3. São Paulo. Secretaria da Saúde. Manual de Odontologia Hospitalar. São Paulo: Grupo Técnico de Odontologia Hospitalar; 2012.
4. Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/>> Acesso em 27 de setembro de 2016.
5. Portal do Senado Federal. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/>> Acesso em 27 de setembro de 2016.
6. Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Resolução CFO-118/2012. Atualizado em 01/01/2013. Disponível em: <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/consolidacao.pdf>
7. Costa ACO, Rezende NPM, Martins FM, Santos PSS, Gallotini MHC, Ortega KL. A Odontologia Hospitalar no serviço público de Estado de São Paulo. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2013;67(4):306-12.
8. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html Acesso em 27 de setembro de 2016.
9. Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf (acessado em 20/11/2016).
10. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001. p. 39-64.
11. Aquilante AG, Aciole GG. Construindo um “Brasil Sorridente”? Olhares sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal numa região de saúde do interior paulista. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(1):82-96, jan, 2015
12. Mello ALSF, et al. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização Ciência & Saúde Coletiva, 19(1):205-214, 2014
13. Bezinelli LM, Eduardo FP, Lopes RMG, Biazevic MGH, Eduardo CP, Correa L, Hamerschlak N, Michel-Crosato. Cost-effectiveness of the introduction of specialized oral care with laser therapy in hematopoietic stem cell transplantation. Hematol Oncol. 2014 Mar; 32(1):31-9. Epub 2013 Apr 29.
14. Santos JS, et al. Utilização dos serviços de atendimento odontológico hospitalar sob sedação e/ou anestesia geral por pessoas com necessidades especiais no SUS-MG, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 20(2):515-524, 2015
15. Aranega AM, Bassi APF, Ponzoni D, Wayama MT, Esteves JC, Garcia Junior IR. Qual a importância da Odontologia Hospitalar? Rev Bras Odontol. 2012 jan/jun;69(1):90-3.

APÊNDICE A – Tabelas

Tabela 1. *Características e informações gerais dos pacientes internados na Clínica Médica atendidos pelo residente da Odontologia no HUUFMA. São Luís- MA. 2012-2013.*

Variável	n	%
Gênero		
Masculino	45	45,7
Feminino	57	54,3
Motivo da consulta odontológica		
Consulta pré- transplante	1	1,0
Encaminhamento externo	1	1,0
Consulta de rotina	82	78,1
Parecer interno	8	7,6
Não especificada	13	12,4
Especialidades assistidas		
Gastrologia	9	8,6
Pneumologia	7	6,7
Cardiologia	22	21,0
Nefrologia	10	9,5
Neurologia	20	19,0
Bucomaxilofacial	3	2,9
Endocrinologia	2	1,9

Tabela 2. Alterações sistêmicas dos pacientes internados na Clínica Médica atendidos pelo residente da Odontologia no HUUFMA. São Luís- MA. 2012-2013.

Alterações sistêmicas	n= 105	100%
Alergia	28	26,7
Anemia	31	29,5
Asma	9	8,6
Cicatrização alterada	13	12,4
Cirurgia prévia	61	58,1
Coagulopatias	11	10,5
Desmaios	29	27,6
Diabetes	20	19,0
Distúrbio Hemorrágico	13	12,4
Distúrbio psicológico	13	12,4
Endocardite	3	2,9
Epilepsia	8	7,6
Febre Reumática	7	6,7
Herpes	28	26,7
Hipertensão	39	37,1
Hipotireoidismo	1	1,0
Problema cardíaco	36	34,3
Problema Gástrico	17	16,2
Problema Hepático	21	20,0
Problema Hormonal	11	10,5
Sífilis	1	1,0
Tuberculose	9	8,6
Tumor	11	10,5
HIV	-	-
Hipertireoidismo	-	-
Hiperparatireoidismo	-	-

Tabela 3. *Informações odontológicas, hábitos de vida, e frequência de hábitos deletérios dos pacientes atendidos pelo residente da Odontologia na Clínica Médica no HUUFMA. São Luís- MA. 2012-2013.*

Informações odontológicas, hábitos de vida e deletérios	n= 105	100%
Quantidade de escovações		
Menos de 3x dia	57	54,3
Três ou mais x dia	47	44,8
Uso do Fio Dental	11	10,5
Paciente Receptivo	86	81,9
Experiência odontológica negativa	16	15,2
Fumo	5	4,8
Alcool	8	7,6
Respirador Bucal	22	21,0
Ranger os dentes	6	5,7
Roer unhas	9	8,6

Tabela 4. *Situação bucal de 105 pacientes internados na Clínica Médica do HUUFMA no primeiro atendimento pelo residente da Odontologia. São Luís- MA. 2012-2013*

Situação bucal	n	%
Biofilme Dental	77	73,3
Cálculo Dental	74	70,5
Recessão Gengival	9	8,6
Mobilidade dental	13	12,4
Saburra Lingual	18	17,1
Halitose	18	17,1
Palidez da Mucosa	34	32,4
Estomatite protética	9	8,6
Leucoplasia	3	2,9
Hiperplasia fibrosa	3	2,9
Lesão Ulcerativa	3	2,9
Candidíase	1	1,0
Uso de prótese	27	25,7
Tipo de prótese		
PPR	12	11,4
PT	13	12,4
FIXA	2	1,9
Higiene da prótese		
Deficiente	15	14,3
Boa	12	11,4

Tabela 5. *Tratamentos odontológicos nos 105 pacientes atendidos pelo residente da Odontologia internados na Clínica Médica do HUUFMA. São Luís- MA. 2012-2013*

Tratamentos odontológicos	n	%
Prévios à internação		
Nenhum	16	15,2
Exodontia	25	23,8
Endodontia	1	1,0
Restauração	2	1,9
Periodontia	3	2,9
Mais de um	33	31,4
Não especificado	25	23,8
Durante a internação		
Condutas odontológicas		
Avaliação	105	100,0
Solicitação de Rx	9	8,57
OHB	62	59,0
Encaminhamento	2	1,9
Procedimentos Odontológicos		
Exodontia	41	39,0
Terapia básica periodontal	75	71,4
Profilaxia	5	6,0
Restauração de resina	25	23,8
Swab	3	1,0
Urgência	2	1,9
Moldagem	1	0,4
Restauração provisória	2	2,0
ATF	1	1,0

ANEXO A – Ficha Clínica

Prontuário**AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA****FICHA CLÍNICA****Leito****1 Identificação do paciente**

Nome: _____

Sexo: _____ Idade _____ Data de Nascimento ____/____/____

RG: _____ Naturalidade: _____

Estado Civil: _____ Tel.: _____

Profissão: _____

Endereço: _____

Queixa Principal/Motivo da Consulta: _____

2 Inquérito de Saúde

Desmaios: ☐SIM ☐NÃO ☐NÃO SEI

Epilepsia: ☐SIM ☐NÃO ☐NÃO SEI

Problema Cardíaco: ☐SIM ☐NÃO ☐NÃO SEI

Qual (is)? _____

Hipertensão: ☐SIM ☐NÃO ☐NÃO SEI

Pressão Arterial: _____x_____

Pulso Arterial: Qualidade normal() forte() fraco() / Ritmo regular() irregular()

FC: _____

Asma: ☐SIM ☐NÃO ☐NÃO SEI

Frequência respiratória: _____

Hepatite: ☐SIM ☐NÃO ☐NÃO SEI

Tipo de Hepatite: _____

Problema Hepático: ☐SIM ☐NÃO ☐NÃO SEI

Diabetes: ☐SIM ☐NÃO ☐NÃO SEI

Glicemia: _____

Hormônios: ☐SIM ☐NÃO ☐NÃO SEI

Qual(is)? _____

Febre Reumática: ☐SIM ☐NÃO ☐NÃO SEI

Anemia: ☐SIM ☐NÃO ☐NÃO SEI

Coagulopatias: ☐SIM ☐NÃO ☐NÃO SEI

Distúrbios Hemorrágicos: ☐SIM ☐NÃO ☐NÃO SEI

Sífilis: ☐SIM ☐NÃO ☐NÃO SEI

HIV: ☐SIM ☐NÃO ☐NÃO SEI

Herpes/Aftas: ☐SIM ☐NÃO ☐NÃO SEI

Endocardite Bact: ☐SIM ☐NÃO ☐NÃO SEI

Tuberculose: ☐SIM ☐NÃO ☐NÃO SEI

Fumante: ☐SIM ☐NÃO ☐NÃO SEI

Alcoolista: ☐SIM ☐NÃO ☐NÃO SEI

Hábito Nocivo: _____

Tatuagens: ☐SIM ☐NÃO ☐NÃO SEI

Cicatrização ruim: ☐SIM ☐NÃO ☐NÃO SEI

Gravidez: ☐SIM ☐NÃO ☐NÃO SEI

Tempo de Gravidez: _____

Distúrbios Psico: ☐SIM ☐NÃO ☐NÃO SEI

Qual(is): _____

Paciente Receptivo: sim() não()

Alergia: ☐SIM ☐NÃO ☐NÃO SEI

Alergia a algum tipo de medicamento: _____

_____ *Cirurgia:*

☐SIM ☐NÃO ☐NÃO SEI

Tumor: ☐SIM ☐NÃO ☐NÃO SEI

Internação Hospitalar: ☐SIM ☐NÃO ☐NÃO SEI

Quanto Tempo de Internação: _____

Você possui alguma doença / problema significativo não mencionado?

Observações: _____

3 Inquérito Odontológico

Experiência negativa no tratamento odontológico? Qual?

Comportamento diante do odontólogo: normal () alterado () Como?

Visita ao dentista _____

Hábitos:

☐ roer unhas

☐ respirar pela boca(respirador bucal)

☐ morder caneta / lápis

☐ ranger os dentes dia / à noite(bruxismo)

☐ outros _____

Higiene bucal:

Quantas vezes escova seus dentes por dia? _____

Tipo de cerda da escova _____

Faz uso de fio/fita dental? Sim () Não () Frequência: _____

Higiene Oral? Boa () Deficiente ()

Uso de prótese dentária: sim () não () Tipo de prótese: total () parcial removível () fixa ()

Higiene da prótese: Boa () Deficiente ()

Tratamentos(anteriores)

CÁLCULO DENTAL: Sim () Não () _____

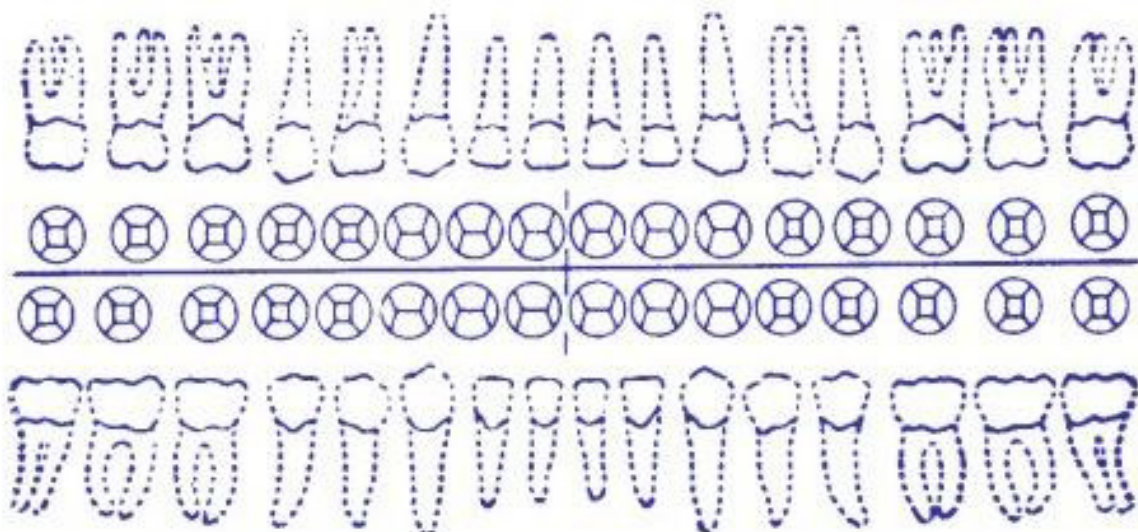
PALIDEZ DA MUCOSA: Sim () Não ()

ESTOMATITE: Sim () Não ()

HALITOSE: Sim () Não ()

TECIDOS MOLES/ PRESENÇA DE LESÕES ORAIS:

ODONTOGRAMA

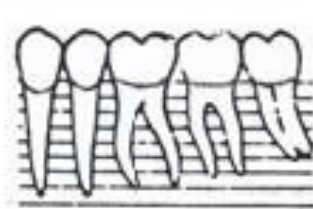
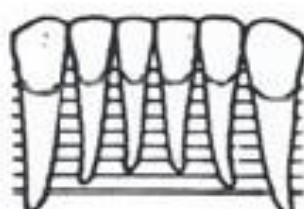
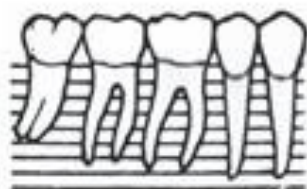


Vestibular	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Furca																
SS																
SE																
Placa																
Cálculo																
PCS																
MG-JCE																

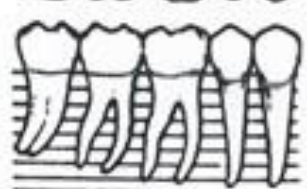
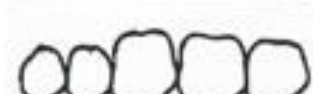
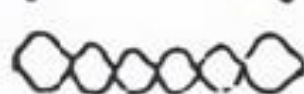
Mobilidade			

MG-JCE																
PCS																
Cálculo																
Placa																
SE																
SS																
Furca																
Palatina	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

Vestibular	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Furca																
SS																
SE																
Placa																
Cálculo																
PCS																
MG-JCE																



Mobilidade



MG-JCE																
PCS																
Cálculo																
Placa																
SE																
SS																
Furca																
Palatina	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

[illegible]

--	--	--	--

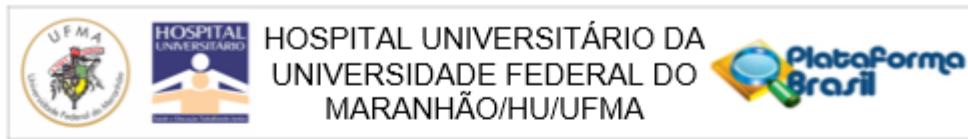
*ASSUMO INTEIRA RESPONSABILIDADE PELAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS
BEM COMO AUTORIZO O(S) PROFISSIONAL(IS) A REALIZAR(EM) TODOS OS
PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS PARA O MEU TRATAMENTO E USAR OS DADOS
PARA FINS DE PESQUISA.*

São Luís- Ma, _____ de _____ 20_____.

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Cirurgião-Dentista

ANEXO B – Aprovação no Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL ODONTOLÓGICO DE PACIENTES

Pesquisador: Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35265614.7.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 862.911

Data da Relatoria: 06/11/2014

Apresentação do Projeto:

Estudos têm demonstrado uma associação direta entre infecções bucais e doenças sistêmicas como as doenças cardiovasculares, diabetes, infecção por HIV. Esses problemas de saúde podem apresentar outras complicações, tais como, infecção generalizada, acidente vascular cerebral, bebês prematuros, o que muitas vezes levam a internação do paciente. O paciente hospitalizado além de ser portador de doenças sistêmicas pode apresentar várias manifestações bucais advindo de suas comorbidades, de efeitos colaterais de medicações sistêmicas ou até mesmo devido ao fato de preocupar-se mais com sua saúde geral deixando a saúde bucal em segundo plano. A má condição de saúde bucal além de interferir na condição sistêmica desses pacientes pode por em risco sua condição nutricional devido a disfunções da mastigação seja por focos de infecções bucais (úlceras, cáries, bolsas periodontais, mobilidade dentária) seja por próteses mal adaptadas. O estudo será realizado no período de maio de 2014 a abril de 2015, com coleta de dados no período dezembro de 2014 a janeiro de 2015.

O objetivo deste trabalho é traçar um perfil das condições de saúde bucal em pacientes internados no Hospital Universitário Presidente Dutra – HUUFMA. A amostra será composta por pacientes atendidos pelo serviço de Odontologia no período de março de 2012 a dezembro de 2013 internados nos setores de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, UTI Geral e Nefrologia (Hemodiálise, Pré-transplante e Transplante) do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUUPD); e pacientes



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/HU/UFMA



Continuação do Parecer: 862.911

pré-transplantes de outros centros de nefrologia. Serão incluídos na pesquisa todos os pacientes atendidos pelo serviço de Odontologia da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde nos setores de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, UTI Geral e Nefrologia HUPD. Serão excluídos do estudo, os pacientes que não realizaram anamnese e exame clínico intra e extra- bucal. As informações obtidas através de resgate de prontuários podem identificar as condições orais para o planejamento de tratamento, diminuir o tempo de internação e consequentemente os custos hospitalares. Equipe de Pesquisa: Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa (Coordenador), Clécio Miranda Castro, Fernanda Ferreira Lopes, Giselle Andrade dos Santos Silva, Luana Carneiro da Silva Diniz, Maurício Pereira Macedo, Natália de Castro Corrêa e Vanise Barros Rodrigues da Motta. Financiamento próprio.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Fazer avaliação dos atendimentos odontológicos realizados no programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde nas áreas de atuação no Hospital Universitário Presidente Dutra (HUUFMA): Atenção em Clínicas Médica e Cirúrgica, Nefrologia e UTI Geral.

Objetivos Secundários:

- Caracterizar o perfil odontológico dos pacientes atendidos pelo serviço de Odontologia do programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde
- Identificar os processos infecciosos mais frequentes na cavidade bucal dos pacientes internados nos setores: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, UTI Geral e Nefrologia (Hemodiálise, Pré-transplante e Transplante) do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUUPD).
- Levantar os procedimentos odontológicos realizados nos pacientes hospitalizados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: os pesquisadores informam que trata-se de investigação em prontuários apresentando possíveis riscos referentes à exposição dos dados associados a confidencialidade e sigilo, que não ocorrerá pois as informações serão extraídas sem identificação de nomes e endereços. Além disso os pesquisadores se comprometem a manter confidencial e anônima toda informação obtida para fins da pesquisa.

Benefícios: os benefícios estão associados pela possibilidade de conhecimento do perfil dos participantes e estratégias para contribuir com a qualidade assistencial

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:



Continuação do Parecer: 862.911

O estudo apresenta relevância científica e social, pois a partir dos resultados obtidos, será possível conhecer o perfil odontológico do paciente atendido HUPD que poderá direcionar a prevenção e promoção de saúde bucal e melhora da assistência odontológica, contribuindo para a diminuição do tempo de internação e consequentemente diminuição dos custos hospitalares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo cumpre com as exigências em relação aos "Termos de Apresentação Obrigatória": folha de rosto, declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, orçamento financeiro detalhado, cronograma com etapas detalhada, justificativa de dispensa do TCLE, autorização do gestor para a realização da coleta de dados e projeto de pesquisa original na íntegra. Atende, portanto às exigências da Norma Operacional nº 001/2013(item 3/ 3.3).

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontados no parecer nº 838.518 foram atendidas, sendo a pesquisa considerada aprovada.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

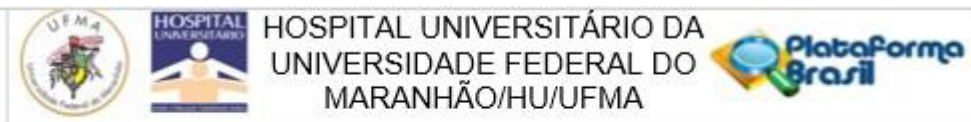
Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O PROJETO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente no final da coleta de dados e ao término do estudo.



Continuação do Parecer: 862.911

SAO LUIS, 07 de Novembro de 2014

Assinado por:
Dorlene Maria Cardoso de Aquino
(Coordenador)

ANEXO C – Normas para Publicação na Revista Ciência & Saúde Coletiva

Ciência & Saúde Coletiva

ISSN 1413-8123 *versão impressa*

ISSN 1678-4561 *versão online*

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar

os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.

- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos

editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no

máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)
Pelegriini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor
Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor
Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro
Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos
Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos
Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese
Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal
Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual
HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO):

Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais
Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico
Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from:
<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em:
<http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico
CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador
Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados **através da Revisão de pares** por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.