

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS
ODONTOLÓGICAS**

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS
HOSPITALIZADOS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Daniela Napoleão Freitas

**Santa Maria, RS, Brasil
2013**

CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS HOSPITALIZADOS

Daniela Napoleão Freitas

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, Área de Concentração em Odontologia, Ênfase em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Ciências Odontológicas com ênfase em Saúde Coletiva.**

Orientador: Profa. Dra. Beatriz Unfer

**Santa Maria, RS, Brasil
2013**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Napoleão Freitas, Daniela
Condições de saúde bucal de idosos hospitalizados /
Daniela Napoleão Freitas.-2013.
47 p.; 30cm

Orientadora: Beatriz Unfer
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Ciências Odontológicas, RS, 2013

1. Idoso 2. Hospitalização 3. Saúde Bucal I. Unfer,
Beatriz II. Título.

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas**

A comissão examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS HOSPITALIZADOS

elaborado por
Daniela Napoleão Freitas

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Ciências Odontológicas

COMISSÃO EXAMINADORA:

**Beatriz Unfer, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)**

Kátia Olmedo Braun, Dra. (UFSM)

Elenir Fedosse, Dra. (UFSM)

Santa Maria, 29 de agosto de 2013.

Dedico este trabalho aos meus pais, Soraia e Ubiratan Ronaldo, ao meu irmão Maurício e ao meu noivo Víctor Hugo, pessoas a quem devo simplesmente tudo...

AGRADECIMENTOS

Meus mais sinceros agradecimentos...

A Deus, que me conduz nos caminhos da vida e restabelece minhas forças nos momentos difíceis.

Aos meus pais, Soraia e Ubiratan Ronaldo, por todo o apoio e amor incondicional que dedicaram a mim.

Ao meu irmão Maurício, pelo incentivo e pela amizade constante.

Ao meu noivo Victor Hugo, que sempre me compreende nas dificuldades e muito me ajudou nas horas de estudo e correção deste trabalho.

Aos meus avós Cleolanda, Zaíra e Reginaldo. Agradeço pelas orações e momentos maravilhosos que passamos juntos.

As minhas tias Simone e Luciane, por serem as tias mais maravilhosas e corujas que conheço, obrigada pelo apoio sempre.

A Katia Olmedo Braun, Sandra Marcia Soares Schmidt e Leodi Ortiz que gentilmente se dispuseram a prestar suas contribuições a este trabalho no exame geral de Qualificação.

A minha orientadora Beatriz Unfer, por ter acreditado em mim e me ajudado a trilhar essa trajetória de maneira ética, exemplar, compreensível e amável.

A “Panela de Pressão”, amigas que o mestrado me presenteou. Obrigada pelos deliciosos momentos de descontração e por nossa valiosa parceria.

As minhas “Manas de Coração”, obrigada pela amizade, pelas palavras de incentivo e motivação, nas horas de angústia e pela companhia e conversas agradáveis nas horas de alegria.

Aos colegas e professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, pelos momentos de reflexão e aprendizado.

Aos médicos e enfermeiras do 3º, 4º e 5º andar do Hospital Universitário de Santa Maria, por possibilitar o acesso a estas unidades e pela colaboração na realização dos exames e entrevistas.

Aos pacientes por contribuírem com este trabalho, aceitando participar como sujeitos de pesquisa. Sem a valorosa participação de vocês, a realização deste estudo não seria possível.

Aos colaboradores para realização deste trabalho, Nicássia Lock, Rafaelli Oliveira e Andressa da Silveira pela ajuda com a coleta de dados.

À secretária, Jéssica Dalcin da Silva pela competência e dedicação com que nos atende.
À CAPES, pelo apoio financeiro a esta pesquisa.

Muito obrigada!

“A persistência é o menor caminho do êxito.”

(Charles Chaplin)

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas
Universidade Federal de Santa Maria

CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS HOSPITALIZADOS

AUTORA: DANIELA NAPOLEÃO FREITAS
ORIENTADORA: BEATRIZ UNFER

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 29 de agosto de 2013.

O número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, definidas como idosas pelo Estatuto do Idoso, vem aumentando cada vez mais no Brasil. Por isso, o envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea, tanto pela necessidade de promover a saúde, e prevenir doenças e agravos neste grupo populacional, como pelo crescente número de idosos com necessidades de atenção hospitalar. **Objetivos:** Descrever as condições bucais relativas à presença de cárie dentária, placa visível, tártaro, edentulismo e uso e necessidade de próteses dentárias de pacientes idosos internados no Hospital Universitário de Santa Maria. **Métodos:** Trata-se de um estudo de caráter exploratório descritivo transversal, em que foram realizadas consultas ao prontuário do paciente e exames bucais. As condições dentárias foram registradas em ficha própria, considerando a presença de dentes sadios, cariados, restaurados, destruídos e extraídos. **Resultados:** Observou-se a precariedade da higiene bucal dos idosos e que as necessidades de tratamento mais evidentes envolviam procedimentos odontológicos de maior complexidade na sua execução, representados pelas necessidades de restaurações extensas e exodontias. **Conclusões:** Os resultados do estudo indicam que a condição bucal dos pacientes idosos hospitalizados é precária, e evidenciam a necessidade de construção e desenvolvimento de medidas de promoção e recuperação da saúde bucal de idosos e, particularmente, em ambientes hospitalares. A presença de uma equipe de saúde bucal no ambiente hospitalar é de suma importância para qualificar a atenção à saúde de pacientes internados.

Palavras-chave: Idoso. Hospitalização. Saúde Bucal.

ABSTRACT

Master Course Degree
Post Graduate Program in Dental Science - Master Level
Federal University of Santa Maria

CONDITIONS OF ORAL HEALTH OF HOSPITALIZED ELDERLY

AUTHOR: DANIELA NAPOLEÃO FREITAS

ADVISOR: BEATRIZ UNFER

Defense Date and Place: Santa Maria, August 29th, 2013.

The number of people aged over 60 years, defined as elderly by the Elderly Statute, has grown increasingly in Brazil. Hence, population aging is one of the biggest challenges of contemporary public health, both by the need to promote health, and prevent disease and injury in this population, as well as the growing number of elderly in need of hospital care. **Objectives:** Describe oral conditions related to dental caries, visible plaque, tartar, tooth loss and the use and need for dental prostheses in elderly patients admitted to the University Hospital of Santa Maria. **Methods:** It is a cross-sectional descriptive exploratory study, in which queries were performed to the patient record and oral examinations. **Results:** Was observed the precariousness of oral hygiene of the elderly and that most evident treatment needs involves more complex dental procedures in its execution, represented by the needs extensive restorations and extractions. **Conclusions:** The results of the study indicate that the oral health status of elderly hospitalized patients is poor, highlighting the need for construction and development of measures to promote recovery and health status of the elderly, and particularly in hospital settings. The presence of oral health teams in hospitals is critical to qualify the health care of elderly hospitalized patients.

Keywords: Elderly. Hospitalization. Oral Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Condições dentárias e necessidades de tratamento em idosos hospitalizados. Santa Maria, 2012.	23
Tabela 2 – Placa bacteriana visível e presença de tártaro em idosos hospitalizados. Santa Maria, 2012.	24
Tabela 3 – Uso e necessidade de prótese dentária em idosos hospitalizados. Santa Maria, 2012.	26
Tabela 4 – Condições de retenção, estabilidade e estética das próteses dentárias em idosos hospitalizados. Santa Maria, 2012.	28

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Aprovação pela Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão do HUSM	37
ANEXO B - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFRA (Centro Universitário Franciscano)	38
ANEXO C - Normas para publicação na revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva	40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 ARTIGO – CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS HOSPITALIZADOS ...	14
Resumo	16
Introdução	17
Materiais e Método	19
Resultados e Discussão	22
Conclusão	30
Referências	31
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
4 REFERÊNCIAS	36
ANEXO A - Aprovação pela Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão do HUSM	37
ANEXO B – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFRA (Centro Universitário Franciscano)	38
ANEXO C - Normas para publicação na revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva	40

1 INTRODUÇÃO

O número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, definidas como pessoas idosas pelo Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), vem aumentando cada vez mais no Brasil desde a década de 60, o que estreita a base da pirâmide populacional, fenômeno que antes era característico de países desenvolvidos. O crescimento dessa classe populacional pode ser reflexo da baixa taxa de fecundidade e do aumento da expectativa de vida da população brasileira (CARVALHO, GARCIA, 2003). Como reflexo do aumento da expectativa de vida da população, cresce o número de idosos presentes em hospitais (CARRETA, BETTINELLI, ERDMANN, 2011). As doenças crônicas e/ou degenerativas como diabetes mellitus, hipertensão arterial, artrites, acidentes vasculares, problemas cardiovasculares, demências e neoplasias, são as causas mais comuns das internações hospitalares de pessoas acima de 60 anos (CARRETA, BETTINELLI, ERDMANN, 2011).

Os idosos internados em hospitais ou em instituições de longa permanência estão sob um risco maior de desenvolver infecções sistêmicas. Uma das portas de entrada para os microrganismos que causam estas infecções é a cavidade bucal. Em circunstâncias normais, estes microrganismos não são patogênicos, mas as mudanças na resistência do hospedeiro podem produzir condições para infecções localizadas e oportunizar a colonização de microrganismos mais virulentos. É bem documentada na literatura a implicação de microrganismos bucais na endocardite bacteriana e na pneumonia nosocomial (BINKLEY et al., 2004).

O risco de aparecimento e agravamento de doenças bucais, como a cárie dentária e a doença periodontal, aumenta quando há limitações físicas, doenças e uso de múltiplos medicamentos com efeitos colaterais na boca, aliados à dieta cariogênica e higiene bucal precária. Estes riscos podem ser identificados em idosos hospitalizados ou que residem em instituições de longa permanência (FERREIRA et al., 2006).

As limitações físicas e a hospitalização podem reduzir tanto a capacidade quanto a preocupação das pessoas em realizar o autocuidado bucal. Nesta situação é de responsabilidade dos profissionais de saúde da instituição hospitalar prover condições para a manutenção do bem-estar funcional e psicológico do paciente. Uma vez que o cuidado bucal faz parte da rotina de atividades do pessoal de Enfermagem, é fundamental conhecer e interpretar em que condições são realizadas as práticas voltadas para o bem-estar do paciente idoso.

Em virtude da crescente demanda de idosos hospitalizados e da inexistência de um serviço de assistência odontológica aos pacientes internados no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), hospital-escola do Sistema Único de Saúde, considera-se necessário um estudo epidemiológico do processo saúde-doença bucal no ambiente hospitalar, analisando a distribuição, os fatores determinantes e os eventos associados, com vistas à produção de informações que sirvam de suporte para indicação de medidas de prevenção e controle da saúde bucal. O levantamento das informações previstas neste estudo poderá

subsidiar o planejamento de ações de saúde com vistas à qualificação da assistência prestada por esta instituição.

O estudo de caráter exploratório descritivo transversal coletou dados sobre as condições de saúde bucal dos idosos internados, a influência da terapia medicamentosa na condição bucal desses pacientes, as condições de acesso a serviços odontológicos anteriores à hospitalização, morbidade bucal referida e auto percepção de saúde bucal, estado funcional do idoso e conhecimentos e práticas de cuidado bucal por parte da equipe de Enfermagem. O artigo a seguir refere-se às condições de saúde bucal dos idosos internados.

2 ARTIGO – CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS HOSPITALIZADOS

Este artigo será submetido à publicação na revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. ISSN: 1413-8123.

CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS HOSPITALIZADOS

Daniela Napoleão Freitas (FREITAS, D.N.)

Mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Beatriz Unfer (UNFER, B.)

Professora associada da disciplina de Odontologia em Saúde Coletiva – Departamento de Estomatologia – e do Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Autor(a) para correspondência:

Daniela Napoleão Freitas

Rua Tuiuti, nº 1897/ap 103, Santa Maria, RS, Brasil.

CEP: 97015-663

Telefone: (55) 9982-6867

E-mail: daniknf@yahoo.com.br

CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS HOSPITALIZADOS

RESUMO

O número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, definidas como idosas pelo Estatuto do Idoso, vem aumentando cada vez mais no Brasil. Por isso, o envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea, tanto pela necessidade de promover a saúde, e prevenir doenças e agravos neste grupo populacional, como pelo crescente número de idosos com necessidades de atenção hospitalar. **Objetivos:** Descrever as condições bucais relativas à presença de cárie dentária, placa visível, tártaro, edentulismo e uso e necessidade de próteses dentárias de pacientes idosos internados no Hospital Universitário de Santa Maria. **Métodos:** Trata-se de um estudo de caráter exploratório descritivo transversal, em que foram realizadas consultas ao prontuário do paciente e exames bucais. As condições dentárias foram registradas em ficha própria, considerando a presença de dentes sadios, cariados, restaurados, destruídos e extraídos. **Resultados:** Observou-se a precariedade da higiene bucal dos idosos e que as necessidades de tratamento mais evidentes envolviam procedimentos odontológicos de maior complexidade na sua execução, representados pelas necessidades de restaurações extensas e exodontias. **Conclusões:** Os resultados do estudo indicam que a condição bucal dos pacientes idosos hospitalizados é precária, e evidenciam a necessidade de construção e desenvolvimento de medidas de promoção e recuperação da saúde bucal de idosos e, particularmente, em ambientes hospitalares. A presença de uma equipe de saúde bucal no ambiente hospitalar é de suma importância para qualificar a atenção à saúde de pacientes internados.

Palavras-chave: Idoso. Hospitalização. Saúde Bucal.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (2005) define como idoso a pessoa com 60 anos, ou mais, de idade. No Brasil, o número de idosos passou de 3 milhões, em 1960, para 14 milhões em 2002, representando aumento de 500% em 40 anos ¹. Inicialmente esse fenômeno ocorreu em países desenvolvidos, porém, nos países em desenvolvimento o envelhecimento da população está ocorrendo de forma mais acentuada. Por isso, o envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea ², tanto pela necessidade de promover a saúde, prevenir doenças e agravos neste grupo populacional, como pelo crescente número de idosos com necessidades de atenção hospitalar ³.

A condição bucal do idoso é caracterizada geralmente pela falta de dentes, várias restaurações, próteses dentárias ou mesmo edentulismo. O levantamento epidemiológico nacional, cujo relatório foi publicado em 2003, revelou que as pessoas com idade entre 65 e 74 anos possuíam em média 28 dentes atacados pela cárie dentária, medidos pelo CPO-D (índice de dentes cariados, perdidos e obturados) ⁴. Porém, em 2011 a realidade não era muito diferente, já que o CPO-D continuava alto (média de 27 dentes) ⁵. As consequências pela falta de dentes podem ser minimizadas pelo uso de prótese, mas muitos idosos não a possuem. No levantamento epidemiológico nacional publicado em 2011, 24% dos idosos de 65 a 74 anos necessitavam de prótese total em pelo menos um maxilar e 15% necessitavam de prótese total dupla, ou seja, nos dois maxilares, mostrando uma realidade muito próxima àquela encontrada em 2003 ⁵. As doenças periodontais crônicas são comuns nessa população, como resultado da higiene bucal precária que gera acúmulo de bactérias no biofilme bucal. Nestas condições, as perdas dentárias, inicialmente decorrentes de cáries, são aumentadas pelas perdas devidas às doenças do periodonto. No Brasil, o último levantamento epidemiológico mostrou que apenas 2% dos idosos de 65 a 74 anos não apresentavam problema periodontal.

No entanto, deve-se considerar que os problemas gengivais são menos expressivos do ponto de vista populacional devido ao grande número de dentes perdidos na população desta faixa etária (92% de dentes perdidos) ⁵.

Idosos brasileiros são frequentemente internados por diversas patologias, sobretudo as crônico-degenerativas ⁶. Em vista disso, estão sob um risco maior de desenvolver infecções sistêmicas. Uma das portas de entrada para os microrganismos que causam estas infecções é a cavidade bucal. Em circunstâncias normais, estes microrganismos não são patogênicos, mas as mudanças na resistência do hospedeiro podem produzir condições para infecções localizadas e oportunizar a colonização de microrganismos mais virulentos ^{7, 8}. A presença de dentes cariados, tártaro, oclusão comprometida por falta de dentes, língua com depósitos bacterianos, doença gengival e mucosa bucal seca e avermelhada são comumente constatadas em idosos hospitalizados ⁹.

O Hospital Universitário de Santa Maria é um hospital-escola do Sistema Único de Saúde e referência em saúde para a região central do Rio Grande do Sul. Realiza a assistência juntamente com o ensino e a pesquisa. Em virtude desta característica, considerou-se necessário um estudo epidemiológico do processo saúde-doença bucal no ambiente hospitalar, analisando a distribuição, os fatores determinantes e eventos associados, com vistas à produção de informações que sirvam de suporte para a indicação de medidas de prevenção e controle da saúde bucal, subsidiando o planejamento de ações de saúde, ou seja, a qualificação da assistência prestada por esta instituição.

Este estudo tem como objetivo descrever as condições bucais relativas à presença de cárie dentária, placa visível, tártaro, edentulismo e uso e necessidade de prótese de pacientes idosos internados no Hospital Universitário de Santa Maria.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo é de caráter exploratório descritivo transversal. A população foi composta por idosos internados no Hospital Universitário de Santa Maria (RS) no período de junho a dezembro de 2012. Foram excluídos da pesquisa, pacientes da Unidade de Terapia Intensiva, sendo analisados os idosos das Unidades de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica. Estas unidades possuem um total de 100 leitos. Para o cálculo da amostra foi tomado como base o número de pacientes internados no mês de março de 2012 ¹⁰, o que resultou em 75 pacientes para compor a amostra mínima. Foram incluídos os pacientes internados com idade igual ou superior a 60 anos, que concordaram em participar do estudo ou cujos parentes ou responsáveis permitiram sua participação, e em condições de serem examinados. A coleta de dados teve início com a consulta ao prontuário dos pacientes para obtenção de informações sobre sexo, idade, período de permanência no hospital e diagnóstico médico que levou à internação. Foram feitos exames bucais nos idosos nos próprios leitos, sentados ou deitados, por um único examinador, previamente calibrado (nível de concordância Kappa de 93%). O exame dental foi realizado por meio de espelho bucal, sonda periodontal e lanterna, com os dentes secos por algodão. O registro das condições dentárias considerou a presença de dentes sadios, cariados, restaurados, destruídos e extraídos. Os critérios seguiram as recomendações de Guivante-Nabet et al. ¹¹, modificado pela introdução do critério extraído.

Os critérios utilizados para verificar a necessidade de tratamento dental foram adaptados para a situação específica do idoso, considerando que são esperadas condições de saúde bucal semelhantes às verificadas em levantamentos epidemiológicos. Cada dente foi registrado conforme a necessidade de tratamento restaurador, considerando o envolvimento de uma ou mais superfícies dentárias e o envolvimento pulpar, ou necessidade de tratamento cirúrgico, como exodontias ⁵.

O Índice de Higiene Oral Simplificado de Greene e Vermillion modificado ¹² foi utilizado para o exame periodontal. Esse índice mede a existência de placa e tártaro supragengival na superfície vestibular do incisivo central superior direito, do incisivo central inferior esquerdo e dos primeiros molares superiores, e na superfície lingual dos primeiros molares inferiores. Quando um destes dentes estava ausente, era substituído por um adjacente. O registro de placa bacteriana e tártaro considerou a presença de ambos em menos de 1/3 da superfície dentária coberta e em igual ou mais de 1/3 da superfície dentária. Em situações em que a coroa estava com extensa destruição ou havia apenas restos radiculares, o critério de registro foi o sem informação.

A presença de prótese dentária foi registrada pelo uso de uma ou mais pontes fixas, uma ou mais próteses parciais removíveis ou prótese dentária total. A necessidade de prótese dentária foi observada quando o paciente necessitava de uma prótese, fixa ou removível, ou uma combinação de próteses, fixas e/ou removíveis para substituição de um ou mais elementos, ou prótese dentária total ⁴.

Quando o paciente utilizava algum tipo de prótese superior ou inferior, foi avaliada sua qualidade pela retenção (folgada ou apertada), estética (apresenta manchas ou fraturas e não está adequada ao perfil facial do paciente) e estabilidade/reciprocidade (deslocamento ou báscula). A higiene dessas próteses foi avaliada pelo exame da superfície protética e registrada como: boa (superfície limpa ou quase limpa), moderada (presença de placa bacteriana, tártaro ou restos de alimentos cobrindo não mais que 1/3 da superfície) ou ruim (presença de placa bacteriana, tártaro ou restos de alimentos cobrindo mais que 1/3 da superfície) ¹³.

Os dados coletados foram processados em planilha do programa de computador Excel©, analisados descritivamente em forma de frequências absolutas e relativas e apresentados em forma de tabelas.

Essa pesquisa seguiu os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pela Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital Universitário de Santa Maria e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Franciscano de Santa Maria (CAAE: 02568212.0.0000.5306).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os pacientes abordados no HUSM que se encontravam em condições para o exame bucal concordaram em participar do estudo. Do total de 117 pacientes internados no período da pesquisa, 15 foram excluídos por não haver condições para o exame bucal devido ao uso de tubo oro-traqueal. Foram examinados 102 idosos internados, com idade média de 71 anos, sendo 59 homens e 43 mulheres. A média do tempo de internação desses pacientes foi de 13 dias (41% estavam internados há cinco dias e 23% há 16 dias). O prolongado tempo de internação pode estar associado ao maior comprometimento funcional a que os idosos são acometidos¹⁴. Devido a esse longo período de hospitalização torna-se ainda mais importante que o idoso receba cuidados bucais. Neste sentido, a presença de profissionais de saúde bucal na equipe multiprofissional pode garantir a qualidade deste cuidado.

As causas mais frequentes da internação foram câncer (33%), cirurgias em geral (17%) e problemas cardíacos (15%). Como os idosos são acometidos habitualmente por essas e outras patologias, sobretudo as doenças crônico-degenerativas e os distúrbios mentais, a procura por serviços de saúde é crescente¹⁵. Em média, cada idoso apresentou 7,0 dentes presentes, sendo que 3,0 foram atacados pela doença cárie (cariado, restaurado ou com a coroa destruída) e 2,0 necessitavam de algum tipo de tratamento como restauração, tratamento pulpar ou exodontia (Tabela 1).

Tabela 1. Condições dentárias e necessidades de tratamento em idosos hospitalizados. Santa Maria, 2012.

CONDIÇÃO DENTÁRIA	N	%
Sadio	383	54
Restaurado	155	22
Lesão de cárie ativa	77	11
Coroa destruída	77	11
Lesão de cárie inativa	16	2
Total	708	100
NECESSIDADE DE TRATAMENTO	N	%
Nenhum tratamento	538	76
Exodontia	65	9
Restauração em duas ou mais superfícies dentárias	51	7
Tratamento pulpar e restauração	31	5
Restauração em uma superfície dentária	23	3
Total	708	100

Das 102 pessoas examinadas, 101 (99%) tinham perdido dentes. Destas, apenas cinco pessoas perderam até seis dentes. As demais perderam mais de 10 dentes. Trinta e oito idosos eram edêntulos.

Dos dentes remanescentes em boca (n=708), 22% apresentavam-se com necessidade de intervenção imediata (lesão de cárie ativa e coroas destruídas) e de maior complexidade, como restaurações extensas e exodontias. Lesões de cárie ativa e dentes com coroas destruídas são situações de risco por constituírem focos infecciosos. Bactérias como *Streptococcus viridans* e *Staphylococcus aureus* residem na cavidade bucal e podem ser envolvidas na endocardite infecciosa, principalmente em pacientes com problemas cardíacos

¹⁶. Pacientes com saúde geral fragilizada devem manter uma boa saúde bucal a fim de controlar e prevenir bacteremias. A saúde bucal deficiente, nesses pacientes críticos, desencadeia frequentemente periodontites e gengivites, potencializando focos de infecções propícias à pneumonia nosocomial, que são aquelas desenvolvidas após 48 horas de internação hospitalar e que não estavam presentes ou incubadas no paciente no momento da admissão no hospital ¹⁷.

A presença de placa bacteriana e de tártaro foi verificada em 65% dos dentes presentes. Observou-se que ambas as condições cobriam 1/3 ou mais das superfícies dentárias examinadas (Tabela 2).

Tabela 2. Placa bacteriana visível e presença de tártaro em idosos hospitalizados. Santa Maria, 2012.

PLACA BACTERIANA VISÍVEL	N	%
Maior ou igual a 1/3 da superfície dentária coberta	290	42
Ausência de placa bacteriana	203	28
Menos de 1/3 da superfície dentária coberta	163	23
Sem informação*	52	7
Total	708	100
PRESENÇA DE TÁRTARO	N	%
Maior ou igual a 1/3 da superfície dentária coberta por tártaro	274	39
Ausência de tártaro	197	28
Menos de 1/3 da superfície dentária coberta por tártaro	185	26
Sem informação*	52	7
Total	708	100

* coroa destruída/resto radicular

O exame periodontal mostrou a precariedade da higiene bucal dos idosos, acordando com outros estudos ^{18, 19, 20}. Parte desta situação pode ser explicada pela incapacidade do paciente em realizar a higiene bucal ou pela falta de hábito deste cuidado. Havendo um grau de dependência dos pacientes, caberia ao acompanhante e à equipe de Enfermagem realizar os cuidados. Pode-se associar o alto índice de presença de placa e tártaro a doenças crônicas comumente presentes nesses pacientes, como cardiopatias e pneumonias ^{21, 22}. Esses achados demonstram a importância da presença do cirurgião-dentista no corpo clínico do hospital. Um profissional de saúde bucal proporcionaria adequada instrução à equipe de Enfermagem, a qual se tornaria apta a desenvolver cuidados bucais nos pacientes, contribuindo para a prevenção de agravos e para a melhora da saúde geral dos internados.

Cerca de 63% dos idosos usavam algum tipo de prótese superior, sendo mais prevalente a prótese total (Tabela 3).

Tabela 3. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos hospitalizados. Santa Maria, 2012.

USO DE PRÓTESE DENTÁRIA SUPERIOR	N	%	NECESSIDADE DE PRÓTESE DENTÁRIA SUPERIOR	N	%
Prótese dentária total	54	53	Não necessita de prótese dentária	68	67
Não usa prótese dentária	38	37	Prótese dentária total	23	23
Uma prótese parcial removível	7	7	Uma prótese fixa ou removível, para substituição de mais de um elemento no mesmo local	7	7
Uma ponte fixa	1	1	Uma combinação de próteses, fixas e/ou removíveis para substituição de um e/ou mais de um elemento em locais diferentes	3	3
Mais de uma ponte fixa	1	1	Uma prótese fixa ou removível, para substituição de um elemento	1	1
Uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis	1	1			
Total	102	100	Total	102	100
USO DE PRÓTESE DENTÁRIA INFERIOR	N	%	NECESSIDADE DE PRÓTESE DENTÁRIA INFERIOR	N	%
Não usa prótese dentária	70	70	Não necessita de prótese dentária	35	34
Prótese dentária total	20	19	Prótese dentária total	24	24
Uma prótese parcial removível	11	10	Uma combinação de próteses, fixas e/ou removíveis para substituição de um e/ou mais de um elemento em locais diferentes	22	22
Uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis	1	1	Uma prótese fixa ou removível, para substituição de mais de um elemento no mesmo local	19	18
Uma ponte fixa	0	0	Uma prótese fixa ou removível, para substituição de um elemento	2	2
Mais de uma ponte fixa	0	0			
Total	102	100	Total	102	100

Observou-se que as próteses fixas foram encontradas em apenas dois pacientes. A explicação pode residir no fato de ser um tratamento reabilitador de custo mais elevado e não ser ofertado pela rede pública, tornando-se limitado o acesso pela população usuária de serviços públicos de saúde. A necessidade de prótese foi maior na arcada inferior (66%). Os altos índices de presença e necessidade de prótese comprovam o número elevado de perdas dentárias, refletindo a ineficácia do histórico modelo assistencial, nos serviços públicos de atenção odontológica, curativista e com ênfase em extrações.

O uso da prótese total superior foi mais frequente do que a inferior, similar ao levantamento epidemiológico SB Brasil 2010⁵. Porém, a necessidade de uso de prótese total inferior foi maior que a superior. A difícil manutenção de volume do rebordo alveolar inferior, que retenha a prótese total²³, pode explicar esta situação. Ademais, em interações sociais, como sorrir e falar, a estética se torna mais importante, portanto, a arcada superior recebe maior atenção do que a arcada inferior^{24,25}.

A reabilitação bucal dos idosos, através do uso de próteses dentárias, torna-se essencial para o conforto estético e funcional desses pacientes, conferindo-lhes qualidade de vida e saúde, desde que estejam em perfeitas condições, tanto de limpeza como de funcionamento²⁶. Nesta pesquisa, 64 pacientes usavam algum tipo de prótese dentária removível, sendo que 25% desses pacientes apresentavam prótese inferior folgada e 22% com deslocamento. Em relação à estética, 42% dos pacientes usuários de prótese dentária total superior apresentavam manchas, fraturas ou inadequação ao perfil do paciente (Tabela 4).

Tabela 4. Condições de retenção, estabilidade e estética das próteses dentárias em idosos hospitalizados. Santa Maria, 2012.

RETENÇÃO (SUPERIOR) n= 64	N	%	RETENÇÃO (INFERIOR) n=32	N	%
Adequada	54	85	Adequada	24	75
Folgada	10	15	Folgada	8	25
Total	64	100	Total	32	100
ESTABILIDADE (SUPERIOR) n=64	N	%	ESTABILIDADE (INFERIOR) n=32	N	%
Adequada	54	84	Adequada	25	78
Deslocamento	9	14	Deslocamento	7	22
Báscula	1	2	Báscula	0	0
Total	64	100	Total	32	100
ESTÉTICA (SUPERIOR) n=64	N	%	ESTÉTICA (INFERIOR) n=32	N	%
Adequada	37	58	Adequada	24	75
Manchas	17	27	Manchas	6	19
Manchas + fratura	7	11	Manchas + fratura	2	6
Fratura	2	3	Fratura	0	0
Desadequada ao perfil	1	1	Desadequada ao perfil	0	0
Total	64	100	Total	32	100

O histórico modelo assistencial, baseado na odontologia restauradora, pode ter contribuído substancialmente na atual situação bucal retratada pelos idosos pesquisados. Estes são caracterizados como predominantemente edêntulos ou com severas sequelas causadas

pela doença cárie, que ainda é a maior causa de perdas dentárias. Essas sequelas agravam a saúde bucal, pois na presença de restos radiculares, o risco de uma infecção oportunista é muito grande, podendo comprometer de alguma forma a saúde geral do paciente ²⁷. No último levantamento epidemiológico brasileiro de saúde bucal, observou-se uma pequena parcela de idosos sem problemas periodontais, mas a observação dos dados mostra que é consequência do reduzido número de dentes presentes ⁵. Esse quadro epidemiológico da condição bucal dos idosos é reflexo da realização de extrações dentárias múltiplas e em larga escala, principalmente a partir dos 30 anos ²⁸. A perda total dos dentes é aceita pela sociedade como algo natural e normal com o avanço da idade, e não como reflexo da falta de políticas preventivas de saúde, destinadas à população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas ²⁹. Pela carência também de políticas econômicas e sociais, as condições dignas de vida dessa população não são asseguradas e conseqüentemente não há melhora nos indicadores de saúde em todos os níveis.

A higiene das próteses foi considerada precária em 60% dos usuários, ou seja, com presença de placa bacteriana, tártaro ou restos alimentares em 1/3 ou mais da superfície da prótese. Esta situação pode ser devido às limitações físicas, psíquicas e muitas vezes ao grau avançado de senilidade em que os idosos internados se encontravam, que traz, como consequência, prejuízos à coordenação motora e a perda de sua autonomia. Isto pode prejudicar a higienização dos dentes e de tecidos bucais, com consequências também na higienização das próteses ³⁰.

Apesar das limitações dessa pesquisa, devido principalmente ao delineamento transversal, que não permite determinar o grau de influência da hospitalização nas condições bucais dos idosos, ou se parte destes problemas já existiam antes do adoecimento que causou internação hospitalar, os resultados encontrados fornecem informações importantes para

desencadear um processo de transformação do cuidado hospitalar em direção à integralidade e ao caráter multiprofissional da atenção em saúde.

CONCLUSÃO

A condição bucal dos pacientes idosos hospitalizados é precária, especialmente devido às necessidades de tratamento restaurador e cirúrgico, a presença acentuada de placa bacteriana e tártaro tanto em dentes quanto em próteses, que coloca em risco a saúde bucal e sistêmica dos idosos e compromete sua qualidade de vida. Os achados dessa pesquisa proporcionaram a evidência da necessidade de construção e desenvolvimento de medidas de promoção e recuperação da saúde bucal de idosos, e em particular, em ambientes hospitalares. A presença de uma equipe de saúde bucal com atuação hospitalar e infra-estrutura adequada é de suma importância para qualificar a atenção à saúde dos pacientes internados.

REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento Ativo: Uma política de Saúde. Brasília: *Organização Pan-Americana da Saúde*, 2005, 60p.
2. KELLER I, MAKIPAA A, KALENSCHER T, KALACHE A. **Global Survey on Geriatrics in the Medical Curriculum.** *World Health Organization*, 2002.
3. CARRETTA MB, BETTINELLI LA, ERDMANN, AL. Reflections on the care of nursing and the autonomy of the human being under the condition of hospitalized elderly. *Rev Bras Enferm*, v. 64, n. 5, p. 958-962, 2011.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Coordenação Nacional de Saúde Bucal*. Projeto SB Brasil 2010. Brasília, 2009.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Coordenação Nacional de Saúde Bucal*. Projeto SB Brasil 2010: Condições de saúde bucal da população brasileira em 2010: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
6. LOYOLA FILHO AI, MATOS DL, GIATTI L, ALFRADIQUE ME, PEIXOTO SV, LIMA-COSTA MF. Causes of public hospital admissions among older adults in Brazil's Unified Health System. *Epidemiol Serv Saúde*, v. 13, n. 4, p. 229-238, 2004.
7. PAJU S, SCANNAPIECO FA. Oral biofilms, periodontitis and pulmonary infections. *Oral Dis*, v. 13, n. 6, p. 508-512, 2007.

8. BINKLEY C, FURR LA, CARRICO R, MCCURREN C. Survey of oral care practices in US intensive care units. *Am J Infect Control*, v. 32, n. 3, p. 161-169, 2004.
9. YU DSF, LEE DT, HONG AW, LAU TY, LEUNG EM. Impact of oral health status on oral health-related quality of life in Chinese hospitalized geriatric patients. *Qual Life Res*, v. 17, n. 3, p. 397-405, 2008.
10. COCHRAN WG. *Sampling Techniques*. Nova Iorque: John Wiley and Son; 1997, 428p.
11. GUIVANTE-NABET C, BERENOLC C, BERDAL A. Caries activity and associated risk factors in elderly hospitalised population – 15-months follow-up in French institutions. *Gerodontology*, v. 6, n. 1, p. 47-58, 1999.
12. PINTO VG. *Saúde Bucal Coletiva*. 5º ed. São Paulo: Santos; 2008.
13. PELTOLA P, VEHKALAHTI MM, WUOLIJOKI-SAAKISTO K. Oral health and treatment needs of the long-term hospitalized elderly. *Gerodontology*, v. 21, n. 2, p. 93-99, 2004.
14. SIQUEIRA AB, CORDEIRO RC, PERRACINI MR, RAMOS LR. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idoso. *Rev. Saúde Pública*, v. 38, n. 5, p. 687-94, 2004.
15. CHAIMOWICZ, FA. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

16. DOMINATTO RP, MIRANDA WGA, SINZATO SAT, MARCHINI L. Endocardite bacteriana e a odontologia: revisão de literatura. *RBC*, v. 2, n.6, p. 118-123, 2004.
17. MORAIS TMN, SILVA A, AVI ALRO, SOUZA PHR, KNOBEL E, CAMARGO LFA. A importância da atuação odontológica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*, v. 18, n. 4, p. 412-417, 2006.
18. ADAMS R. Qualified nurse lack of adequate knowledge related to oral health, resulting in inadequate oral care of patients on medical wards. *J Adv Nursing*, v. 24, n. 3, p. 552-560, 1996.
19. VANOBBERGEN JN, DE VISSCHERE LM. Factors contributing to the variation in oral hygiene practices and facilities in long-term care institutions for the elderly. *Comm Dent Health*, v. 22, n. 4, p. 260-265, 2005.
20. PELTOLA P, VEHKALAHTI MM, SIMOILA R. Effects of 11-month interventions on oral cleanliness among the long-term hospitalised elderly. *Gerodontology*, v. 21, n. 1, p. 14-21, 2007.
21. LINDEN GJ, LYONS A, SCANNAPIECO FA. Periodontal systemic associations: review of the evidence. *J Clin Periodontol*, v. 40, n. 14, p. 8-19, 2013.
22. ÖZCAKA Ö, BASOGLU ÖK, BUDUNELI N, TASBAKAN MS, BACAKOGLU F, KINANE DF. Chlorhexidine decreases the risk of ventilator-associated pneumonia in intensive care unit patients: a randomized clinical trial. *J Periodont Res*, v. 47, n. 5, p. 584-592, 2012.
23. SVERZUT CE, GABRIELLI MFR, VIEIRA EH, SVERZUT AT. Radiographic evaluation of the anterior height of the mandible after vestibuloplasty through the lipswitch technique: study in humans. *Pesqui Odontol Bras*, v. 15, n. 2, p. 133-137, 2001.

24. MESAS AE, ANDRADE SM, CABRERA MAS. Condições de saúde bucal de idosos de comunidade urbana de Londrina, Paraná. *Rev Bras Epidemiol*, v. 9, n. 4, p. 471-480, 2006.
25. UNFER B, BRAUN K, SILVA CP, PEREIRA FILHO LD. Autopercepção da perda de dentes em idosos. *Interface*, v. 10, n. 19, p. 217-226, 2006.
26. PADILHA DMP, BALDSSEVOLTO L, SOOL L, BERCHT S, PETRY P. Odontogeriatrics na universidade para não perder tempo. *Rev Fac Odont*, v. 39, n. 1, p. 14-16, 1998.
27. OLIVEIRA BRG, COLLET N. Relações de poderes (inter) profissionais e (inter) institucionais no hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 53, n. 2, p. 295-300, 2000.
28. PINTO VG. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: KRIEGER L, organizador. *Promoção de Saúde Bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1997. cap. 2, p. 27-41.
29. ROSA AGF, FERNANDEZ RAC, PINTO VG, RAMOS LR. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). *Rev Saúde Pública*, v. 26, n. 3, p. 155-160, 1992.
30. ROSA AGF, CASTELHANO RA. Saúde bucal na 3ª idade. *Rev Gaucha Odontol*, v. 41, n. 2, p. 97-102, 1993.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A condição bucal dos pacientes idosos internados é precária, especialmente devido à alta prevalência de placa bacteriana e tártaro, dentes atacados pela cárie e edentulismo. Ao se considerar a complexidade dos problemas bucais encontrados nos idosos hospitalizados, é de fundamental importância a atuação de uma equipe multiprofissional, participando, analisando e integrando conhecimentos específicos das diversas áreas, com o objetivo comum de promover e recuperar a saúde dessa população. Assim a presença de um cirurgião-dentista com atuação hospitalar é muito importante para qualificar a atenção à saúde dos pacientes internados.

4 REFERÊNCIAS

BRASIL. **Estatuto do idoso**. Org. Paulo Paim. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, p. 68, 2003.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico**. Cad. Saúde Pública, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.

CARRETTA, M. B.; BETTINELLI, L. A.; ERDMANN, A. L. **Reflections on the care of nursing and the autonomy of the human being under the condition of hospitalized elderly**. Rev Bras Enferm, v. 64, n. 5, p. 958-962, 2011.

BINKLEY, C.; FURR, L. A.; CARRICO, R.; MCCURREN, C. **Survey of oral care practices in US intensive care units**. Am J Infect Control, v. 32, n. 3, p. 161-169, 2004.

FERREIRA, R. C.; ROCHA, E. S.; COUTINHO, N. N.; RIBEIRO, M. T. F.; MAGALHÃES, C. S.; MOREIRA, N. A. **Role of nursing staff in oral care of dependent hospitalized elderly**. Investigación y Educación en Enfermería, v. 24, n. 1, p. 48-57, 2006.

ANEXO A - Aprovação pela Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão do HUSM



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA



PROTOCOLO DE REGISTRO E ACOMPANHAMENTO DE PROJETO: PESQUISA.

Nº Inscrição DEPE: 022, 2012 Data: 07/03/2012
 Pesquisador: Beatriz Unfer Função: Coordenação
 CPF: 314445710-87 SIAPE: 0379220 Telefone: 99621126
 Unidade/Curso: Departamento Gerontologia E-mail: unfer@terra.com.br
 Título: Condições bucais e fatores de risco em idosos hospitalizados.

FINALIDADE ACADÊMICA
 TCC () Especialização () Dissertação (X) Tese () Institucional () Outro ()
TIPO DE PESQUISA
 Inovações Tecnológicas em Saúde () Operacional () Clínica (X) Básica (X) Políticas Públicas de Saúde ()

Declaro ter conhecimento das resoluções nº 196/96 e nº 251/97 do Conselho Nacional de Saúde e que este projeto não está em desacordo com nenhum dos itens destas resoluções.

Beatriz Unfer
 Pesquisador Responsável pelo Projeto
 (Carimbo ou SIAPE)

Avaliação e Aprovação Setorial

Atenção Chefia: favor ler e avaliar as condições de realização de Projeto nesse Setor

SETORES ENVOLVIDOS	PARECER (Favorável)	ASSINATURA E CARIMBO DOS RESPONSÁVEIS
<u>30A - Unid. (Cân. - Caring) cardio</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	<u>[Assinatura]</u> <u>[Carimbo: Assessoria de Planejamento - COPEM 138718]</u>
<u>4º Andar - Hemato-onco</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	<u>[Assinatura]</u> <u>[Carimbo: Noeli Maria Birk - ENFERMEIRA - COMÉRCIO 140121 - F. 52021 640-91]</u>
<u>Neftologia - 4º Andar</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	<u>[Assinatura]</u> <u>[Carimbo]</u>
<u>MEMBRAS LÓCICAS - 4º ANDAR</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	<u>[Assinatura]</u> <u>[Carimbo]</u>
<u>5º Andar - gastro</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	<u>[Assinatura]</u> <u>[Carimbo]</u>
<u>5º Andar - neuro</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	<u>[Assinatura]</u> <u>[Carimbo]</u>

OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto.
 O registro na DEPE não contempla alocação de recursos e exames, via HUSM. Caso haja custos Para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto e com o setor envolvido.

Parecer - DEPE: Bo cep
 Data: 09/04/12

[Assinatura]

ANEXO B – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFRA (Centro Universitário Franciscano)

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Centro Universitário Franciscano de Santa Maria

PROJETO DE PESQUISA

Título: Condições bucais e fatores de risco em idosos hospitalizados

Área Temática:

Pesquisador: Beatriz Unfer

Versão: 2

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CAAE: 02568212.0.0000.5306

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 35451

Data da Relatoria: 12/06/2012

Apresentação do Projeto:

O crescente número de idosos presentes em hospitais pode ser reflexo da tendência, brasileira e mundial, do aumento da expectativa de vida de homens e mulheres. As doenças crônicas, como diabetes mellitus, hipertensão arterial e artrites, e as doenças degenerativas, como acidentes vasculares, problemas cardiovasculares, demências e neoplasias, são as causas mais comuns das internações hospitalares de pessoas acima de

60 anos. Os idosos internados em hospitais ou em instituições de longa permanência estão sob um risco maior de desenvolver infecções sistêmicas.

Este estudo caracteriza como exploratório descritivo transversal combinado, onde serão obtidas informações de cunho quantitativo e qualitativo. Será desenvolvido no Hospital Universitário de Santa Maria /RS.

A amostra será constituída pelos idosos com idade igual ou superior a 60 anos internados no HUSM, no período deste estudo, nas unidades de Clínica Médica (4º e 5º andar) e Clínica Cirúrgica (3º andar). Também farão parte da amostra a equipe de enfermagem responsável pelos cuidados diretos com o paciente nas unidades

citadas (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem).

Os instrumentos de coleta dos dados dos pacientes serão: Prontuários, exames bucais, questionário e entrevista.

Serão observados nos prontuários a idade, sexo, local de residência, período de permanência no hospital, condição médica que levou à internação, internações prévias, patologias relacionadas e medicamentos utilizados.

Nos exames bucais: dentário, periodontal, próteses, mucosa bucal.

Na entrevista: Utilização de serviços odontológicos, morbidade bucal referida, auto percepção de saúde bucal.

Com a equipe de enfermagem será aplicado um questionário abrangendo dados demográficos (idade), profissionais (tempo de atuação na profissão) e educacionais (nível educacional), e questões relacionadas às práticas de saúde bucal (tipo e frequência dos cuidados bucais fornecidos ao paciente, treinamento em cuidados bucais, material e apoio do hospital, e atitudes, crenças.

Os dados obtidos dos exames bucais e dos questionários serão processados em planilha do programa de computador Excel®, analisados descritivamente em forma de frequências absolutas e relativas e apresentados em forma de tabelas e gráficos. As questões abertas das entrevistas serão analisadas pela Técnica de Análise de Conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Descrever o estado de saúde bucal do idoso hospitalizado.

Objetivos secundários:

- Analisar as condições de acesso a serviços odontológicos anteriores à hospitalização;
- Analisar a influência do estado bucal na saúde geral do idoso;
- Verificar a influência da terapia medicamentosa na condição bucal do idoso;
- Descrever as medidas de cuidado bucal realizadas durante a internação do paciente;
- Conhecer e interpretar as percepções e atitudes dos pacientes quanto ao impacto das condições bucais no seu cotidiano;
- Explorar os fatores que afetam a realização do cuidado bucal pelo pessoal de enfermagem

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios Idosos: O estudo poderá trazer benefícios relacionados a ações de saúde bucal que possam melhorar a qualidade de vida de pacientes durante o período de internação.

Benefícios Pessoal de enfermagem: Possibilidade de melhorias na implementação de medidas de cuidados, prevenção e controle de doenças bucais aos pacientes.

Riscos Idosos: Constrangimento ou leve cansaço no momento do exame bucal e na realização da entrevista.

Riscos Pessoal de enfermagem: Constrangimento ou leve cansaço ao responder ao questionário.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Frete as projeções do número de idosos acima de sessenta anos na população para as próximas décadas e suas conseqüências nos serviços de saúde se faz necessário estudos cujos resultados permitam o planejamento de ações de saúde para melhoria da qualidade de vida destes idosos, assim como qualificar os profissionais envolvidos no cuidado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O presente projeto apresenta todos os Termos obrigatórios preconizados pela Resolução 196/96 para pesquisa com seres humanos.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador atendeu as recomendações emitidas no primeiro parecer desta forma não há pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O presente projeto após análise pelo CEP está aprovado.

SANTA MARIA, 12 de Junho de 2012

Assinado por:

Maria do Carmo dos Santos Araujo

ANEXO C – Normas para publicação na revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

Ciência & Saúde Coletiva publica debates e textos inéditos sobre análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos inéditos sobre 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 a permanente atualização das tendências de pensamento e de práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

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, site: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/> ou <http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf>. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções de publicação

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es).

Este texto deve ter, no máximo, 4.000 caracteres com espaço.

Debate: artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O texto deve ter, no máximo, 40.000 caracteres com espaço. Os textos dos debatedores e a réplica terão no máximo de 10.000 caracteres cada um, sempre contando com os espaços.

Artigos temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Os de revisão poderão alcançar até 50.000 caracteres. Para uns e outros serão contados caracteres com espaço.

Artigos de temas livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

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.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores de resenha deverão encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução em alta definição da capa do livro resenhado.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 5.000 caracteres).

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 as referências inseridas como notas de rodapé e notas explicativas no final do artigo ou pé da página.

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 (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações. No caso de dúvidas, entrar em contato com a editoria da revista cienciaesaudecoletiva@fiocruz.br.

3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. 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, 1996 e 2000).

5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

7. 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.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão sendo, às vezes, necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções devem estar organizados com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, e não com numeração progressiva).

O resumo/abstract terá no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo-se palavras-chave/key words). Nele devem estar claros: o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e uma síntese dos resultados e das conclusões do estudo. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave. É importante escrever com clareza e objetividade o resumo e as palavras-chave, pois isso facilita a divulgação do artigo e sua múltipla indexação.

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) 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.

2. No final da submissão do artigo, anexar no campo “documento em Word” o artigo completo, contendo os agradecimentos e as contribuições individuais de cada autor na elaboração do texto (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. 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 uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, deve ser 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, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).

3. Todo 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 366 Instruções para colaboradores confecção do artigo (Word versões 2003 ou 2007).

5. Os gráficos devem ser gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) e devem ser enviados em arquivo aberto.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex. devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Corel Draw e inseridas no formato original. Este formato conserva a informação VETORIAL, ou seja, conserva as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesse formato, os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que também são formatos de imagem, mas 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 o em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências (somente no arquivo em Word anexado no site).

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 daqueles que citam 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 mais de dois autores, no corpo do texto, deve ser

citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al. Nas referências, devem ser informados todos os autores do artigo.

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.icmje.org>).

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 (inclua todos os autores)

Lago LM, Martins JJ, Schneider DG, Barra DCC, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann AI. Itinerario terapéutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. Cien Saude Colet2010; 15(Supl.1):1283-1291.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 164:282-284

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 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: 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. 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 (SP): 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; 31 jan. 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.
Cronenberg 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 jul12];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 [CDROM]. Reeves JRT, Maibach H. MEA Multimedia Group, producers. 2nd 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; 1993.