



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

FACULDADE DE ODONTOLOGIA



MERIELLE REZENDE BATISTA

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL E SUA CORRELAÇÃO COM
FATORES SISTÊMICOS E COGNITIVOS EM CRIANÇAS SOB
ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**

UBERLÂNDIA

2017

MERIELLE REZENDE BATISTA

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL E SUA CORRELAÇÃO COM
FATORES SISTÊMICOS E COGNITIVOS EM CRIANÇAS SOB
ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**

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

Orientadora: Profa. Dra. Ana Paula
Turrióni Hidalgo.

UBERLÂNDIA

2017

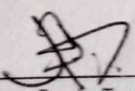


SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

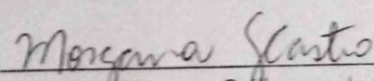
ATA DA COMISSÃO JULGADORA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DO (A) DISCENTE **Merielle Rezende Batista** DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.

No dia **10 de novembro de 2017**, reuniu-se a Comissão Julgadora aprovada pelo Colegiado de Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, para o julgamento do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pelo (a) aluno (a) **Merielle Rezende Batista**, COM O TÍTULO: - **"AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL E SUA CORRELAÇÃO COM FATORES SISTÊMICOS E COGNITIVOS EM CRIANÇAS SOB ASSISTÊNCIA DOMICILIAR"**. O julgamento do trabalho foi realizado em sessão pública compreendendo a exposição, seguida de arguição pelos examinadores. Encerrada a arguição, cada examinador, em sessão secreta, exarou o seu parecer. A Comissão Julgadora, após análise do Trabalho, verificou que o mesmo encontra-se em condições de ser incorporado ao banco de Trabalhos de Conclusão de Curso desta Faculdade. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas da Graduação, legislação e regulamentação da UFU. Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos e lavrada a presente ata, que após lida e achada conforme, foi assinada pela Banca Examinadora.

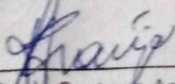
Uberlândia, 10 de novembro de 2017



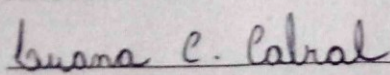
Profa. Dra. Ana Paula Turrioni Hidalgo
Universidade Federal de Uberlândia – UFU



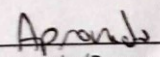
Profa. Dra. Morgana Guilherme de Castro
Universidade Federal de Uberlândia – UFU



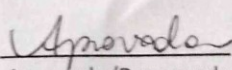
Profa. Dra. Paula Caetano Araújo
Universidade Federal de Uberlândia – UFU



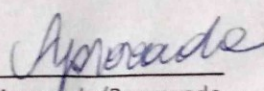
Luana Cardoso Cabral
Aluno(a) de doutorado – PPGO/UFU



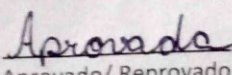
Aprovado/Reprovado



Aprovado/Reprovado



Aprovado/Reprovado



Aprovado/Reprovado

DEDICATÓRIA

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades, mantendo em mim sempre acesa a chama da persistência.

Aos meus pais, Maria das Graças e João Batista, que apesar das dificuldades não pouparam esforços para que eu chegasse até aqui, sempre com amor, incentivo e apoio incondicional. Tentei seguir os conselhos de minha amada mãe que sempre pediu que eu lutasse para conquistar meus sonhos. Ela esteve sempre ao meu lado com sua sabedoria e paciência me ajudando nas alegrias, tristezas e dificuldades. És minha fortaleza e essa conquista também é sua.

Ao meu amor e futuro esposo, Alan Vieira e sua família que também é minha, pelos exemplos, confiança, incentivo e tanto amor dedicado à mim. O apoio de vocês foi sem sombra de dúvidas essencial para que eu pudesse enfrentar muitos dos obstáculos que me foram impostos. Vocês são parte desta conquista.

À 77ª turma de Odontologia, pelos anos de convívio, por todo aprendizado, pelas amizades e sonhos compartilhados e, em especial, à minha amiga e parceira Juliana Prado por todo apoio e ajuda de sempre, além de minhas amigas Jéssica Brenda e Joelsa Smedo que se fizeram presente em minha caminhada durante todo o curso.

À minha querida orientadora, pelo empenho e dedicação na elaboração deste trabalho. Seu amor ao que faz é um espelho que reflete toda bondade que existe em seu coração. Obrigada pela amizade, confiança,

apoio e incentivo que demonstrou à mim desde o início, a recíproca é verdadeira. As memórias na elaboração deste jamais serão esquecidas, pois, jamais seremos as mesmas, cada família e cada criança visitada ocupou um espaço em nosso coração e com certeza deixou sua marca em nossas vidas.

À toda família e equipe SAD-HC-UFU, em especial, ao Dr. Vinicius Pafume e às enfermeiras Thais Ferreira e Franciele Barbosa, por abrir as portas do serviço e nos acolher tão bem. Obrigada por tudo que nos proporcionaram.

SUMÁRIO

RESUMO	08
ABSTRACT	09
INTRODUÇÃO	10
MÉTODOS	12
RESULTADOS	17
DISCUSSÃO	26
CONCLUSÃO	30
AGRADECIMENTOS	30
REFERÊNCIAS	31
ANEXOS	36

**Avaliação da saúde bucal e sua correlação com fatores sistêmicos e cognitivos em
crianças sob assistência domiciliar**

**Oral health status and its correlation with systemic and cognitive factors in children
under in-home care**

Merielle Rezende Batista¹, Caroline Borges de Sousa¹, Robinson Sabino-Silva², Vinícius
Pafume de Oliveira³, Priscilla Barbosa Ferreira Soares⁴, Ana Paula Turrioni⁵

¹ Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia.

² Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade Federal de Uberlândia.

³ Fundação de Assistência Ensino Fundação de Assistência Ensino Pesquisa de Uberlândia
Pesquisa de Uberlândia.

⁴ Departamento de Periodontia e Implantodontia, Universidade Federal de Uberlândia.

⁵ Departamento de Odontologia Pediátrica, Universidade Federal de Uberlândia, Av. Pará,
1720 Bloco 2G Sala 02, Umuarama. 38400-905. Uberlândia MG Brasil.

apturrioni@gmail.com

RESUMO

O objetivo do estudo foi avaliar as condições de saúde bucal de pacientes pediátricos (0 a 14 anos, n=43) atendidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar da Universidade Federal de Uberlândia e correlacioná-las com fatores sistêmicos e cognitivos. O Índice de Higiene Oral Simplificado, um exame clínico bucal e a avaliação de independência funcional (índice WeeFIM) foram realizados. Além disso, foi aplicado um questionário contendo dados sobre alterações sistêmicas, medicações e hábitos de higiene bucal. A Correlação de Spearman e o Índice de Contingência C foram utilizados para verificar possíveis associações entre as variáveis ($p<0,05$). Observou-se que 81,4% dos pacientes apresentaram nível de dependência total e 58,1% apresentaram higiene bucal deficiente ou ruim. Os problemas bucais mais observados foram hiperplasia gengival (46,5%), cálculo (46,5%) e gengivite (30,2%). O uso de anticonvulsivantes, o tipo de alimentação, alteração gástrica, tipo de ventilação, grau de dependência e dieta foram fatores que apresentaram associação moderada com cálculo, gengivite ou hiperplasia ($p<0,05$). Concluiu-se que os pacientes pediátricos acamados apresentaram alta frequência de problemas de saúde bucal e os fatores sistêmicos e cognitivos estão associados com a ocorrência de gengivite, cálculo e hiperplasia gengival.

Palavras-chave: Consulta a Domicílio, Higiene bucal, Odontopediatria

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the oral health status in pediatric patients (0 to 14 years, $n = 43$) treated by the In-Home Care Service at Federal University of Uberlândia and to correlate it with systemic and cognitive factors. The Simplified Oral Hygiene Index, an oral clinical examination and a functional assessment (WeeFIM index) were performed. In addition, a questionnaire containing data about systemic conditions, use of medications and oral hygiene habits was applied. The Spearman Correlation and the Contingency Index were used to verify possible associations between the variables ($p < 0.05$). It was observed that 81.4% of the patients presented total dependency level and 58.1% presented regular or poor oral hygiene. The most frequent oral problems were gingival hyperplasia (46.5%), calculus (46.5%) and gingivitis (30.2%). The use of anticonvulsants, feeding type, gastric alteration, ventilation type, functional dependence and diet were factors that presented moderate association with calculus, gingivitis or hyperplasia ($p < 0.05$). It was concluded that bedridden pediatric patients presented high frequency of oral health problems and systemic and cognitive factors are associated with the occurrence of gingivitis, gingival calculus and hyperplasia.

Keywords: Home care service, Oral hygiene, Pediatric dentistry

INTRODUÇÃO

A saúde bucal é um estado de equilíbrio ou normalidade do meio oral acompanhado de certa saúde geral do indivíduo¹. Tem ganhado importância nas últimas décadas, pois, é parte integrante da saúde geral e é essencial para o bem-estar físico e psicossocial². Além disso, sabe-se que os cuidados à saúde bucal para pacientes cuja saúde geral encontra-se em desequilíbrio têm sido cada vez mais importante para a qualidade de vida e reestabelecimento dos pacientes, tornando-se grande a necessidade do acompanhamento odontológico e multiprofissional, principalmente em pacientes hospitalizados, acamados, com insuficiência respiratória aguda ou crônica sob uso de suportes respiratórios, que recebem tratamentos sistêmicos periodicamente^{3,4}.

Entre outros fatores, pacientes com problemas sistêmicos, sob uso de medicamentos ou que apresentam problemas nutricionais podem apresentar diminuição do fluxo salivar e consequentemente, a redução da capacidade de proteção na formação de cárie e doença periodontal⁵; ademais, problemas bucais podem ocasionar complicações sistêmicas e têm sido associados às doenças cardiovasculares, endocardite, alteração dos níveis glicêmicos e infecções respiratórias, podendo gerar risco de vida ao paciente⁶.

Estudos demonstram que cuidados diários de higiene oral, em pacientes idosos reduzem o número de agentes patogênicos respiratórios⁷, e que os níveis de funções biológicas e psicossociais, como a quantidade e funcionalidade dos dentes, controle do esfíncter, nutrição, interação social, possibilidade de sentar-se, entre outras, estão intimamente relacionadas com o estado de saúde bucal⁸. O estudo de Maeda e Akagi⁹, mostrou que a higiene bucal promove a diminuição de elevados valores de reflexos de tosse, em pacientes acamados ou com dificuldades para sentar, indicando uma diminuição dos fatores agressores ao organismos destes pacientes.

Na cavidade oral, o sistema de crescimento microbiano é aberto, ou seja, os microrganismos são introduzidos e removidos constantemente, e a sua permanência no meio dependerá de sua capacidade em aderir aos tecidos que compõe o sistema oral, como superfície dos dentes, sulco gengival, dorso da língua, mucosas jugal, palato e orofaringe. Essa adesão está intimamente ligada à condição do hospedeiro quanto à higiene, idade, hormônios, fluxo salivar, imunologia e hábitos¹⁰.

Quando em equilíbrio, a microbiota residente possui funções importantes como: de barreira contra a instalação de microrganismos patogênicos, de modulação do sistema imunológico, de produção de substâncias utilizáveis pelo hospedeiro, além de degradar substâncias tóxicas¹⁰. Segundo Tada e Hanada¹¹, em desequilíbrio, funções da microbiota oral encontram-se alteradas, como no caso dos pacientes comprometidos. Assim, supõe-se que vários eventos incluindo mudanças biológicas e tratamentos medicamentosos podem perturbar esse equilíbrio e alterar a microbiota propiciando o aparecimento de doenças.

Estudos utilizando a biologia molecular^{12,13,14} conseguem comprovar a associação entre os patógenos presentes na placa dental e a incidência de pneumonia, de indivíduos hospitalizados e imunocomprometidos, sendo que os principais patógenos isolados são: *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Enterobacter cloacae*, e *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter spp.* Algumas medidas, a fim de prevenir a colonização de microrganismos patogênicos respiratórios, podem ser aplicadas favorecendo a eliminação desses agentes oportunistas como: a higienização^{15,16,17}, o uso de produtos antimicrobianos tópicos^{5,18,19} e a estimulação gustatória, a fim de promover secreção salivar e manter ativa a imunidade oral¹¹.

Crianças enfermas, assim como nas demais faixas etárias, correm alto risco de desenvolvimento de infecções graves, podendo apresentar comprometimento sistêmico devido à doença ou pelos procedimentos terapêuticos a que foram submetidas²⁰. Apesar de vários

estudos indicando a importância do cuidado bucal a pacientes com saúde debilitada e que requerem cuidados profissionais diários, existem poucos dados a respeito dos pacientes pediátricos que necessitam de atendimento médico domiciliar. É importante a realização de estudos epidemiológicos a fim de identificar e caracterizar os principais problemas bucais encontrados em crianças que necessitam de atendimento domiciliar, para que a atenção e o cuidado, bem como a resolução dos problemas identificados possam ser solucionados dentro das particularidades sistêmicas e orais desses pacientes.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi avaliar as condições de saúde bucal dos pacientes atendidos pelo Serviço de Atendimento Domiciliar do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - SAD-HC-UFU, bem como correlacionar a saúde bucal com os fatores sistêmicos e cognitivos desses pacientes.

MÉTODOS

Breve histórico do Serviço de Atendimento Domiciliar do HC-UFU

O Brasil passa por um debate sobre a questão do hospitalocentrismo, que são sistemas de saúde construídos em torno de hospitais e especialidades. Atualmente mais de dois terços dos gastos do Sistema único de saúde - SUS se destina a hospitais, diante disso, surgem mudanças a fim de reduzir a necessidade por leitos nos hospitais, diminuir a perda de recursos utilizados sem necessidade, captar pacientes que possam ser encaminhados a acompanhamentos ambulatoriais e assim, direcionar mais fundos ao incentivo às políticas públicas de prevenção e promoção de saúde²¹.

O SAD-HC-UFU tem facilitado a desospitalização de pacientes com indicação de assistência domiciliar. O serviço em 2013 passou então a participar do Programa Melhor em

Casa do Ministério da Saúde que visa atender pessoas com dificuldades para se dirigir até uma unidade de saúde ou às pessoas cujo tratamento são indicados em domicílio. Essa assistência domiciliar teve nova Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011²² redefinida no âmbito do SUS que a organiza em três modalidades de Atenção Domiciliar - AD.

Os pacientes com saúde controlada ou taxas compensadas, que necessitam de menos recursos de saúde e que apresentam certa dificuldade para se dirigirem até uma unidade de saúde são classificados como AD1 e são de responsabilidade das equipes de atenção básica (Equipes de Saúde da Família - ESF e Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF). Aqueles que necessitam de acompanhamentos contínuos, periodicidade maior até as unidade de saúde e dificuldades para se dirigirem a elas, são classificado como AD2 e são de responsabilidade das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar - EMADs e das Equipes Multiprofissionais de Apoio - EMAPs. Os incluídos em AD3 são aqueles pacientes que necessitam de acompanhamentos contínuos, periodicidade maior até as unidades de saúde, dificuldades para se dirigirem até elas e que utilizam equipamentos. Esses também são de responsabilidade das EMAPs e EMADs. Tanto AD2 como AD3 devem ter transporte sanitário e assistência 24h no caso de urgências. A EMAD pode estar em qualquer tipo de serviço de atenção à saúde, devendo estar associada administrativamente ao serviço de atenção domiciliar e cada uma deverá atender uma população de no mínimo 40 mil habitantes. Para dar suporte às ações de saúde da atenção domiciliar poderá ser implementada um EMAP. A equipe da EMAD deve ter, no mínimo, 3 médicos, 2 enfermeiros, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista e 4 técnicos/auxiliares de enfermagem. Já a equipe de uma EMAP deve conter, no mínimo, três profissionais de saúde de nível superior das seguintes áreas: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, cirurgião-dentista, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional²³.

A EMAD do HC-UFU atende 120 pacientes domiciliados de nível AD2 e AD3. Desses, 33 são usuários de ventilação mecânica invasiva, necessitando de atendimento domiciliar e ambulatorial. Sua equipe atualmente é composta por 4 médicos, 3 enfermeiros, 3 fisioterapeutas, 1 nutricionista, 7 técnicos em enfermagem, 1 assistente social, 4 assistentes administrativos e não possui cirurgião-dentista - CD. O serviço abrange a cidade de Uberlândia e seus distritos.

Critério de inclusão e exclusão dos participantes na pesquisa

Critérios de inclusão: Pacientes de 0 a 14 anos atendidos pelo SAD-HC-UFU cujos os pais/responsáveis concordassem em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE.

Critérios de exclusão: Pacientes acima de 14 anos, pacientes que não fossem atendidos pelo SAD-HC-UFU ou pacientes cujos pais/responsáveis não concordassem em participar da pesquisa por meio da assinatura do TCLE.

O estudo foi iniciado após a aprovação do CEP - Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos: CAAE – 63903416.0.0000.5152.

Saúde geral e hábitos de higiene oral

Foi elaborada uma ficha clínica com dados referentes ao diagnóstico da doença, história médica, história odontológica, rotina de higiene oral e informações nutricionais. Todos os participantes tiveram a ficha clínica preenchida e receberam orientações quanto aos cuidados de higiene oral em bebês e demais faixas etárias.

Avaliação da independência funcional

A independência funcional da criança foi avaliada utilizando o Índice Pediátrico de Independência Funcional – WeeFIM^{8,24}. Este método teve como objetivo avaliar o desempenho

funcional da criança em 5 domínios: autocuidado, controle esfíncteriano, mobilidade (transferência e locomoção), comunicação e cognição social, por meio de 18 itens:

- Autocuidado (1- Comer, 2- arrumar, 3- tomar banho, 4- vestir parte superior do corpo, 5- vestir parte inferior do corpo, 6- utilização do toalete)
- Controle esfíncteriano (7- vesical e 8- intestinal)
- Transferência (9- cadeira/cama/cadeira de rodas para outros locais, 10- transferência para o toalete, 11- transferência para o banho)
- Locomoção (12- engatinhar/ andar/ cadeira de rodas, 13- subir escadas)
- Comunicação (14- compreensão, 15- expressão)
- Cognição Social (16- interação social, 17- solução de problemas, 18- memória)

Para cada um dos 18 itens, foi atribuído um escore de 1 a 7, sendo o mínimo de pontos 18 e o máximo de pontos 126. Portanto, quanto menor for o escore, menor será o grau de independência funcional da criança.

Avaliação das condições de higiene oral pelo Índice de Higiene Oral Simplificado

A higiene oral foi avaliada utilizando os critérios do Índice de Higiene Oral simplificado (IHO-S)²⁵ definidos com os seguintes escores:

0: Nenhuma placa bacteriana presente.

1: Placa dental cobrindo menos de 1/3 da superfície do dente.

2: Placa dental cobrindo mais de 1/3 e menos de 2/3 da superfície do dente.

3: Placa dental cobrindo mais de 2/3 da superfície do dente exposta.

Onde foram avaliadas as superfícies vestibulares dos elementos 11/ 51, 31/ 71, 16/ 55, 26/ 65 e linguais dos elementos 36/ 75 e 46/ 85. Caso o paciente não apresentasse algum dos elementos a avaliação era feita no elemento anterior ou sucessor a ele. Sendo cada escore anotado para as superfícies determinadas, somados e divididos pelo número de superfícies examinadas. A média entre 0 e 1,5 representa boa higiene bucal, entre 1,6 e 2,5, higiene bucal regular e maior que 2,6, higiene bucal ruim.

Após a avaliação do IHO-S, foi feita higiene oral em cada criança de acordo com a idade e métodos de higiene de escolha. Nos bebês que ainda não apresentavam nenhuma dentição, foi realizada apenas inspeção oral dos tecidos moles e rebordo alveolar. Nos demais, foi realizado exame clínico utilizando espelho bucal Nº 5 (Golgran, São Caetano do Sul, SP, Brasil) e sonda OMS (Golgran, São Caetano do Sul, SP, Brasil), ambos previamente esterilizados.

Análise estatística

Os dados foram computados em planilhas, sendo atribuídos níveis em escores a todas as variáveis-resposta estudadas, para que fosse possível realizar análise quantitativa no programa estatístico SPSS versão 18.0. Além da análise descritiva, o teste Coeficiente de Correlação de Spearman e Coeficiente de contingência C foram utilizados para a correlação entre as variáveis estudadas.

RESULTADOS

Características gerais da população estudada

A Figura 1 a seguir representa a distribuição de frequência das variáveis “Idade”, “Gênero”, “Tipo de deficiência”, “Independência funcional”, “Tipo de ventilação” e “Via de alimentação”.

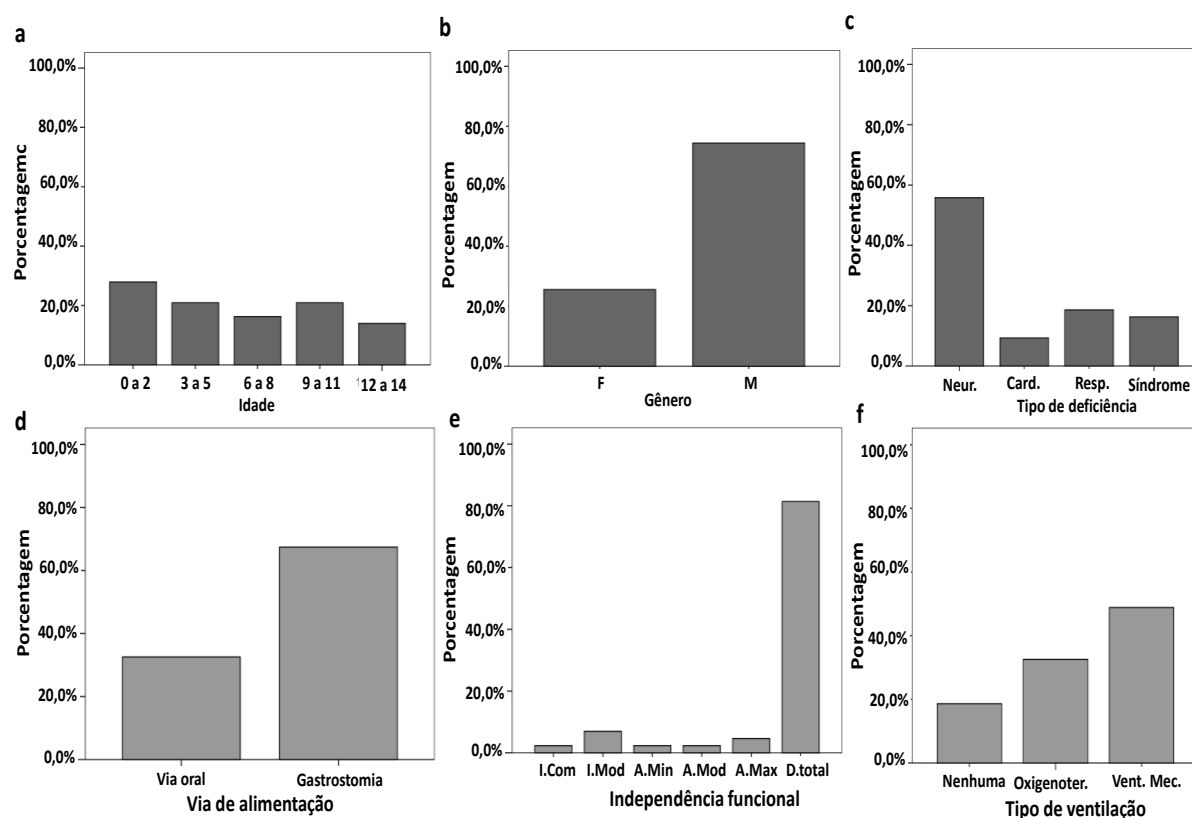


Figura 1 (a,b,c,d,e,f): Gráficos de barras representando a distribuição de frequência das variáveis “Idade” (a), “Gênero” (b), “Tipo de deficiência” (c), “Via de alimentação” (d), “Independência funcional” (e) e “Tipo de ventilação” (f).

A faixa etária mais frequente (n=43) foi de 0 a 2 anos (27,9%), e a menos frequente de 12 ou mais (14%). A amostra foi composta em sua maioria por crianças do gênero masculino (74,4%), sendo o tipo de deficiência mais frequente a neuronal (55,8%). Com relação à via de alimentação, 67,4% se alimentavam via sonda de gastrostomia e 32,6% via oral. A maior parte

das crianças apresentavam nível de dependência total (81,4%) e apenas 9,3% apresentava grau de independência completa ou modificada. Quanto ao tipo de ventilação, 48,8% da amostra fazia o uso de ventilação mecânica invasiva, 32,6% oxigenoterapia e 18,6% não utilizava nenhum tipo de equipamento para ventilação.

Principais alterações de saúde geral e uso de medicamentos

As principais alterações de saúde geral encontradas incluíram as alterações hematológicas, respiratórias, renais, gástricas e otorrinolaringológicas. Como alteração hematológica, observou-se que 18,6% das crianças apresentavam anemia e 4,7% alguma alteração plaquetária. Para as alterações respiratórias, 16,3% apresentavam bronquite, 11,6% asma e 20,9% quadro de pneumonia. Quanto às alterações renais, 7,0 % apresentavam quadro de nefrite e outros 7% mal funcionamento dos rins. Já para as alterações gástricas, 37,2% apresentavam problema de refluxo, 4,7% gastrite e 2,3% úlcera gástrica. Dentre as alterações otorrinolaringológicas, 14,0% apresentavam quadro de sinusite, 4,7% amigdalite e outros 4,7% problemas na adenoide. A tabela 1 demonstra o tipo de medicamento consumido e a frequência da amostra que utilizava o medicamento.

Tabela 1: Tabela indicando o tipo de medicamento consumido e a frequência da amostra que utilizava o medicamento.

Tipo de medicamento	% da amostra que utilizava o medicamento
Anticonvulsivo	53,5
Vitamina	37,2
Laxante	34,9
Antiulcerativo	27,9
Broncodilatador	20,9
Ansiolítico	20,9
Anti hipertensivo	18,6
Relaxante muscular	16,7
Antibiótico	9,3
Anti-inflamatório	9,3
Hormônio	7,0
Analgésico	4,7
Anti histamínico	2,3
Antifúngico	2,3
Antiarrítmico	2,3

O medicamento com maior frequência de consumo foi o anticonvulsivo (53,5%), seguido das vitaminas (37,2%) como, por exemplo, o sulfato ferroso, a vitamina D e o ácido fólico. O laxante e os medicamentos antiulcerativos também apresentaram uma alta frequência (34,9% e 27,9% respectivamente).

Características da dieta

A Tabela 2 demonstra o tipo de alimento, a frequência (%) de crianças que faziam o consumo de cada alimento e a frequência (%) de crianças que apresentavam um consumo baixo/moderado (escore <14) ou alto (escore > 14).

Tabela 2: Tabela indicando o tipo de alimento, a frequência (%) de crianças que faziam o consumo de cada alimento e a frequência (%) de crianças que apresentaram um consumo baixo/moderado (escore <14) e alto (escore > 14) de cada alimento.

Tipo de alimento	% da amostra que consome o alimento	% da amostra que realiza consumo baixo/moderado do alimento (escore<14)	% da amostra que realiza consumo alto do alimento (escore≥14)
Frutas	62,8	51,2	11,6
Arroz/massa/batata	62,8	62,8	0,0
Leite e derivados	58,1	34,8	23,3
Sopa	55,8	55,8	0,0
Feijão/grãos	55,8	51,1	4,7
Suco natural	53,5	53,5	0,0
Vegetais	48,8	41,8	7,0
Dieta pronta	48,8	0,0	48,8
Alimentos açucarados	32,6	30,3	2,3
Bolachas salgadas	25,6	16,3	9,3
Salgados assados	18,6	14	4,6
Pães	14,0	7,0	7,0
Refrigerante	11,6	11,6	0,0
Frituras	9,3	9,3	0,0
Cereais	7,0	7,0	0,0

Pode ser observado que os alimentos consumidos por maior parte da amostra incluem as frutas; carboidratos como arroz, massa ou batata; leite e derivados; sopa; feijão; suco natural e vegetais. O consumo de maior frequência foi observado para as frutas (11,6%) e para o leite/derivados (23,3%). A frequência da amostra que realiza o consumo de alimentos açucarados foi de 32,6%, sendo que 30,3% realizam o consumo baixo ou moderado deste tipo de alimento.

Características de saúde bucal e hábitos de higiene oral

Com relação à frequência de higiene oral (HO), foi observado que 34,9% da amostra fazem a HO duas vezes ao dia, 23,3% realizam uma vez ao dia, 18,6% três vezes ao dia, 11,6% ocasionalmente, 2,3% mais de três vezes ao dia e 9,3% nunca realizam a HO. Quanto ao método de HO, 65,1% utilizam a escova dental manual, 32,6% utilizam gaze e 2,3% utilizam a escova de dedo. No que diz respeito ao uso de dentifrício, 62,8% da amostra fazem o uso de pasta fluoretada adulta (>1000 ppm de flúor), 34,9% não utilizam nenhum dentifrício e apenas 2,3% fazem o uso de dentifrício com baixa concentração de flúor (<1000 ppm de flúor). Um dado importante, foi observado quanto ao uso do fio dental, onde 88,4% nunca utilizam o fio para a HO.

Quanto à frequência de acompanhamento odontológico, 60,5% das crianças nunca foram ao dentista, 16,3% fazem acompanhamento de seis em seis meses, 11,6% acompanhamento mensal, 7% uma vez ao ano, 2,3% semanal e outros 2,3% menos de uma vez ao ano.

Na classificação da HO obtida pelo IHO-S, foi observado que 41,9% apresentaram HO boa, 30,2% HO ruim e 27,9% HO deficiente. Quanto aos achados no exame clínico, a Tabela 3 indica o tipo de diagnóstico clínico encontrado, a frequência de crianças apresentando o diagnóstico, a frequência de crianças que apresentaram o diagnóstico em menos de 6 elementos dentários ou menos de 2 quadrantes e frequência de crianças que apresentaram o diagnóstico em 6 elementos dentários ou mais ou 2 quadrante ou mais.

Tabela 3: Tabela indicando o tipo de diagnóstico clínico, a frequência de crianças apresentando o diagnóstico, a frequência de crianças que apresentaram o diagnóstico em menos de 6 elementos dentários ou menos de 2 quadrantes e a frequência de crianças que apresentaram o diagnóstico em 6 elementos dentários ou mais ou 2 quadrante ou mais.

Diagnóstico clínico	% de crianças que apresentaram o diagnóstico clínico	% de crianças que apresentaram o diagnóstico clínico em menos que 6 elementos ou menos que 2 quadrantes	% de crianças que apresentaram o diagnóstico clínico em 6 ou mais elementos ou em 2 ou mais quadrantes
Cálculo	46,5	16,2	30,3
Hiperplasia gengival	46,5	2,3	42,2
Mancha no esmalte sem cavitação	41,9	27,9	14,0
Gengivite	30,2	0,0	30,2
Mancha branca ativa	11,6	11,6	0,0
Alteração na mucosa	4,6	4,6	0,0
Cárie em dentina	2,3	2,3	0,0
Alteração dentária morfológica	2,3	2,3	0,0

Os diagnósticos clínicos mais frequentes foram: a presença de cálculo e a hiperplasia gengival (46,5% para ambos), sendo que 30,3% da amostra apresentaram a presença de cálculo em 6 elementos dentários ou mais e 42,2% da amostra apresentaram hiperplasia gengival em 2 quadrantes ou mais. Mancha no esmalte sem cavitação e gengivite também foram diagnósticos clínicos frequentes (41,9% e 30,2% respectivamente), sendo que em todas as crianças que apresentaram gengivite, houve sangramento gengival em 6 elementos dentários ou mais. Outros diagnósticos clínicos como mancha branca ativa (11,6%), alteração na mucosa (4,6%), cárie em dentina (2,3%) e alteração dentária morfológica (2,3%) também estiveram presentes.

Correlação

A Tabela 4 representa os valores de correlação entre as variáveis independentes Y e as variáveis dependentes X, após aplicação dos testes coeficiente de contingência C (representado pela letra c) ou correlação de Spearman (representado pela letra s).

Tabela 4: Valores de correlação entre as variáveis independentes Y e as variáveis dependentes X, após aplicação dos testes coeficiente de contingência C (representado pela letra c) ou correlação de Spearman (representado pela letra S).

Y \ X	Coeficiente de Contingência C (c), Correlação de Spearman (s)				
	IHOS	Cálculo	Mancha no esmalte	Hiperplasia	Gengivite
Idade	0,577 s * p=0,004	0,506 c p=0,003	0,418 c p=0,060	0,394 c p=0,099	0,432 c p=0,037
Deficiência neuronal	0,138 c p= 0,682	0,294 c p=0,067	0,439 c p=0,031	0,414 c p=0,005	0,213 c p=0,199
Anticonvulsivo	0,154 c p=0,684	0,474 c p=0,000	0,210 c p=0,233	0,508 c p=0,000	0,430 c p=0,027
Antiulcerativo	0,212 c p=0,394	0,163 c p=0,347	0,280 c p=0,107	0,100 c p=0,540	0,192 c p=0,308
Laxante	0,174 c p=0,519	0,014 c p=1,000	0,162 c p=0,327	0,043 c p=1,000	0,120 c p=0,482
Vitamina	0,231 c p=0,320	0,018 c p=1,000	0,229 c p=0,206	0,054 c p=0,761	0,123 c p=0,512
Tipo de ventilação	0,381 c p=0,123	0,262 c p=0,244	0,071 c p=0,923	0,306 c p=0,119	0,459 c p=0,035
Alteração gástrica	0,385 c p=0,267	0,424 c p=0,024	0,254 c p=0,556	0,391 c p=0,073	0,258 c p=0,430
Frequência de acompanhamento odontológico	0,328 c p=0,235	0,423 c p=0,149	0,240 c p=0,943	0,264 c p=0,226	0,381 c p=0,374
Frequência de higiene bucal	0,413 c p=0,601	0,366 c p=0,178	0,237 c p=0,853	0,336 c p=0,379	0,338 c p=0,687
Uso dentifrício	0,476 c p=0,124	0,277 c p=0,153	0,180 c p=0,633	0,180 c p=0,633	0,148 c p=0,820
Tipo de alimentação	0,309 c p=0,122	0,501 c p=0,000	0,149 c p=0,353	0,481 c p=0,231	0,453 c p=0,016
Independência funcional	0,517 c p=0,029	0,396 c p=0,114	0,287 c p=0,706	0,271 c p=0,858	0,400 c p=0,048
Alteração respiratória	0,362 c p=0,242	0,385 c p=0,049	0,274 c p=0,353	0,257 c p=0,414	0,213 c p=0,625
Consumo de frutas	0,186 s p=0,282	0,477 c p=0,411	0,412 c p=0,897	0,530 c p=0,281	0,513 c p=0,173
Consumo de leite/derivados	0,156 s p=0,316	0,581 c p=0,034	0,473 c p=0,986	0,533 c p=0,372	0,493 c p=0,787
Consumo de dieta pronta	0,056 s p=0,787	0,429 c p=0,034	0,163 c p=0,364	0,114 c p=0,547	0,083 c p=0,747

*Valores em negrito representam correlação estatisticamente significante ($p < 0,05$)

Pôde-se observar que a variável “IHOS” apresentou correlação moderada positiva, estatisticamente significante com a idade (quanto maior a faixa etária, mais deficiente a higiene

oral) e a independência funcional (quanto menor o grau de dependência, mais deficiente a higiene oral). Para a presença de cálculo, houve correlação moderada, com significância estatística, com a idade (quanto maior a faixa etária, maior a presença de cálculo), com o uso de anticonvulsivos (sim para uso de convulsivo = sim para presença de cálculo), com alteração gástrica (sim para refluxo/gastrite = sim para presença de cálculo), com o tipo de alimentação (sim para gastrostomia = sim para presença de cálculo), com alteração respiratória (sim para bronquite/pneumonia = sim para presença de cálculo), com o consumo de leite e derivados (quanto menor o consumo de leite, maior a presença de cálculo) e com o consumo de dietas prontas (quanto maior o consumo de dieta pronta, maior a presença de cálculo).

A mancha em esmalte sem cavitação apresentou correlação moderada estatisticamente significativa apenas com a presença de deficiência neuronal (sim para deficiência neuronal = sim para mancha em esmalte sem cavitação). Hiperplasia gengival apresentou correlação moderada, com significância estatística, com deficiência neuronal (sim para deficiência neuronal = sim para hiperplasia) e com o uso de anticonvulsivos (sim para uso de anticonvulsivos = sim para hiperplasia). Para a gengivite, houve correlação moderada estatisticamente significativa com idade (quanto maior a faixa etária, maior a presença de gengivite), com o uso de anticonvulsivos (sim para o uso de anticonvulsivos = sim para gengivite), com o tipo de ventilação (sim para ventilação mecânica invasiva = sim para gengivite), com o tipo de alimentação (sim para gastrostomia = sim para gengivite) e com o

grau de independência funcional (quanto menor o grau de dependência, maior a presença de gengivite).

DISCUSSÃO

Cuidados com a higiene oral são essenciais para a manutenção da saúde e qualidade de vida do indivíduo^{5,9}. Estudos têm indicado que, especialmente em pacientes hospitalizados ou com doenças sistêmicas importantes, o acompanhamento da saúde bucal traz benefícios à saúde geral do paciente e previne complicações decorrentes de uso de ventilação mecânica ou traqueostomia^{5,9}. A presença do CD na equipe de cuidados à saúde é fundamental para o correto desempenho dessas atividades. Ele é responsável pelo desenvolvimento de protocolos de higiene oral, pela prática regular destes protocolos e pela resolução de problemas bucais que possam surgir⁵. Esta atenção à saúde bucal deve ser voltada, não somente aos pacientes hospitalizados mas também àqueles que recebem cuidados na atenção domiciliar. É importante que estes pacientes sejam acompanhados e os cuidados monitorados, a fim de evitar novas internações causadas por comorbidades adquiridas por falta de cuidados ou má higiene oral que podem acarretar problemas bucais graves ou até mesmo complicações sistêmicas. Este trabalho teve por objetivo colaborar para o aumento de informações relacionadas a pacientes pediátricos que recebem assistência de saúde domiciliar, investigando seus principais problemas, suas necessidades, dificuldades encontradas pelos cuidadores de modo a contribuir para o delineamento de medidas que auxiliem estes pacientes.

No presente estudo, algumas predominâncias foram observadas, como por exemplo a quantidade de crianças do gênero masculino, abrangendo a faixa etária de 0 a 2 anos, de pacientes apresentando deficiência neuronal (principalmente a paralisia cerebral), que fazem uso de suportes de ventilação e que apresentaram um alto grau de dependência funcional.

Algumas destas predominâncias podem ser justificadas pelo tipo de pacientes que o SAD-HC-UFU abrange (AD2 e AD3 da atenção domiciliar), que são pacientes de alta complexidade, necessitando de acompanhamentos contínuos e que fazem uso de equipamentos para ventilação ou alimentação, portanto requerem mais recursos e procedimentos especiais de saúde.

Com relação a faixa etária e à deficiência neuronal, dados na literatura indicam que, apesar de não haver uma idade limite, os primeiros três anos de vida são essenciais para o desenvolvimento de distúrbios que levam à paralisia cerebral (PC), pois, eles ocorrem ainda muito cedo durante a formação fetal, durante o parto ou após o nascimento²⁶. Além disso, dados de levantamento em saúde indicam que a PC possui alta prevalência dentre os tipos de deficiências, principalmente em países subdesenvolvidos²⁷. Quanto à maior frequência para o sexo masculino, outros estudos que incluíram indivíduos com PC observaram o mesmo, relacionado a predominância do gênero^{28,29,30,31}.

Como já comentado anteriormente, pacientes com doenças sistêmicas graves podem apresentar outras comorbidades. As principais observadas no estudo foram pneumonia e refluxo. Ravelli *et al.*³² afirmam que o refluxo pode causar azia, regurgitação de suco gástrico e ser capaz de desencadear o surgimento de infecções respiratórias recorrentes, como as pneumonias, tosse, asma, sinusite, entre outras, que também foram encontradas nesta amostra. Porém, pouco se sabe se o refluxo provoca problemas pulmonares ou se o funcionamento anormal dos pulmões causa o refluxo³³.

Dentre as terapias medicamentosas, a mais utilizada foi o uso de anticonvulsivantes que pode ser explicado, mais uma vez, pela característica da amostra que apresenta indivíduos com distúrbios neuronais e síndromes que podem causar atividade cerebral anormal, como as crises convulsivas e epilépticas. Além disso, a hiperplasia gengival medicamentosa (HGM) está entre os efeitos colaterais indesejáveis dos anticonvulsivantes e bloqueadores de canais de cálcio. A

HGM é caracterizada pela proliferação celular exagerada do tecido gengival que ocasiona aumento volumétrico. No caso desta amostra esse aumento variou entre os graus II (envolvendo as papilas e gengiva marginal) e III (aumento cobrindo 3/4 ou mais da coroa) da classificação de Aas³⁴. Outros fatores relacionados ao aumento gengival são a exposição prolongada ao biofilme que gera um infiltrado inflamatório crônico, a gengivite e a falta de irrigação da região, comum em respiradores bucais e aqueles que fazem uso de suportes de ventilação mecânica invasiva, por não permitir o fechamento da boca e provocar ressecamento da região³⁵. Todos esses fatores foram evidenciados nesta amostra.

Sobre a dieta, houve predomínio do uso de alimentos saudáveis o que pode ser explicado pela presença do nutricionista na equipe multidisciplinar que orienta e acompanha de perto as necessidades nutricionais de cada paciente. Porém, houve consumo de alimentos açucarados, mesmo nos pacientes cuja via de alimentação era apenas a gastrostomia e, segundo justificativa dos cuidadores, o uso seria para auxílio nos momentos de constipação intestinal e/ou manutenção do fluxo intestinal normal. Sobre essas questões, a literatura mostra que a maior causa de constipação intestinal em crianças é o consumo inadequado de fibras^{36,37} e a baixa ingestão de líquidos³⁸, complicação bastante comum nos pacientes que utilizam apenas a sonda de gastrostomia, com fórmulas de baixo teor de fibras e ingestão de água insuficiente, logo, o uso de açúcar não contribui para a melhora do problema, não possui nenhum valor nutricional, embora seja um alimento calórico podendo “auxiliar” o ganho de gordura nos pacientes com baixo peso.

Outro dado importante é que não houve a presença de cárie nos pacientes cuja alimentação era somente via sonda de gastrostomia, mesmo com a utilização de alimentos açucarados. O açúcar que é metabolizado pelos microrganismos presentes no biofilme e, essa metabolização produz ácidos reduzindo bastante o pH do biofilme, resultando na

desmineralização dentária³⁹, o que não ocorreu nos pacientes que não se alimentavam pela boca assim como observado no estudo feito por Kite *et al.*⁴⁰, utilizando ratos que receberam dieta cariogênica através de um tubo direto no estômago e, não houve a formação de cárie nesses ratos. Contudo, nesses pacientes foram observados os maiores índices de acúmulo de biofilme, gengivite e cálculo dental, cuja justificativa pode estar no grau de dependência funcional e complexidade do estado de saúde geral do paciente; o cuidador por dificuldades no cuidado, falta de conhecimento ou orientações acaba não realizando os cuidados com a higiene oral. Apesar de poucos pacientes apresentarem cárie, nestes a nutrição era via oral e havia o uso de alimentos açucarados.

Os resultados sobre a história odontológica e o exame clínico da cavidade bucal revelaram a necessidade e a importância do CD na equipe multidisciplinar, pois, um dado bastante preocupante foi que 60,5% da amostra nunca recebeu cuidados de higiene bucal, o que pode ser explicado pelo baixo nível socioeconômico no qual esses pacientes estão inseridos, demonstrando o baixo grau de instrução/conhecimento dos cuidadores, o que contribuiu para a alta prevalência de gengivite e cálculo dental.

Outro dado importante, foi que 88,4% da amostra não utiliza o fio dental e apesar de 79,1% da amostra receber a HO diariamente, o IHO-S comprovou ineficiência dos cuidados em 58,1% da amostra. Esses dados levam a entender que os problemas bucais encontrados apresentam relação direta com a condição de saúde geral do paciente e grau de dependência funcional. Além disso, o despreparo dos cuidadores e falta de incentivo para aqueles com maior grau de dependência, colabora no aparecimento de problemas bucais que podem evoluir para complicações sistêmicas graves e necessidade de novas internações hospitalares, podendo até levar o paciente a óbito.

Este estudo indicou a importância do CD na equipe multiprofissional, a fim de realizar atividades de promoção de saúde bucal aos cuidadores e às crianças com maior grau de dependência funcional, demonstrando a importância e a necessidade de bons cuidados de HO para a manutenção da saúde bucal e saúde geral. Se faz necessário o acompanhamento periódico do CD para a realização de procedimentos odontológicos que visem a estabilização da saúde bucal desses pacientes e manutenção realizada pelos cuidadores com a supervisão dos profissionais da área da saúde.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que os pacientes pediátricos acamados apresentaram alta frequência de problemas de saúde bucal e os fatores sistêmicos e cognitivos estão associados com a ocorrência de gengivite, cálculo e hiperplasia gengival.

AGRADECIMENTOS

Este estudo contou com apoio da Faculdade de Odontologia - FO-UFU; Instituto de Ciências Biomédicas - ICBIM-UFU; Centro de Pesquisa Odontológico – Cpbio; SAD-HC-UFU e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (Bolsa PIBIC/CNPq/UFU IC: 2017- 0022).

REFERÊNCIAS

1. Chaves MM. Saúde. *Odontologia Social*. Rio de Janeiro: Artes Médicas; 1986. p. 5-7.
2. Nayak SU, Singh R, Kota KP. Periodontal Health among Non-Hospitalized Chronic Psychiatric Patients in Mangaluru City-India. *J Clin Diagn Res*. 2016; 10(8):ZC40–ZC43.
3. da Silva JL, de O El Kadre GD, Kudo GA, Santiago JF Junior, Saraiva PP. Oral Health of Patients Hospitalized in the Intensive Care Unit. *J Contemp Dent Pract*. 2016; 17(2):125-129.
4. Conley P, McKinsey D, Graff J, Ramsey AR. Does an oral care protocol reduce VAP in patients with a tracheostomy? *Nursing*. 2013; 43(7):18-23.
5. Armitage GC. Development of a Classification System for Periodontal Diseases and Conditions. *Ann Periodontol*. 1999; 4(1):1-6.
6. Munro CL. Oral health: something to smile about! *Am J Crit Care*. 2014; 23(4):282-288.
7. Abe S, Ishihara K, Okuda K. Prevalence of potential respiratory pathogens in the mouths of elderly patients and effects of professional oral care. *Arch Gerontol Geriatr*. 2001; 32(1):45-55.
8. Hanada N, Tada A. The relationship between oral health status and biological and psychosocial function in the bedridden elderly. *Arch Gerontol Geriatr*. 2001; 33(2):133-140.
9. Maeda K, Akagi J. Oral Care May Reduce Pneumonia in the Tube-fed Elderly: A Preliminary Study. *Dysphagia*. 2014; 29(5):616–621.
10. Nisengard RJ, Newman MG. *Microbiologia Oral e Imunologia*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.

11. Tada A, Hanada N. Opportunistic respiratory pathogens in the oral cavity of the elderly. *FEMS Immunol Med Microbiol.* 2010; 60(1):1-17.
12. Gosney MA, Preston AJ, Corkhill J, Millns B, Martin MV. *Pseudomonas aeruginosa* septicaemia from an oral source. *Br Dent J.* 1999; 187(12):639-640.
13. El-Solh AA, Pietrantonio C, Bhat A, Okada M, Zambon J, Aquilina A, et al. Colonization of dental plaques: a reservoir of respiratory pathogens for hospital-acquired pneumonia in institutionalized elders. *Chest.* 2004; 126(5):1575-1582.
14. Heo SM, Haase EM, Lesse AJ, Gill SR, Scannapieco FA. Genetic relationships between respiratory pathogens isolated from dental plaque and bronchoalveolar lavage fluid from patients in the intensive care unit undergoing mechanical ventilation. *Clin Infect Dis.* 2008; 47(12):1562-1570.
15. Yusuf H. Toothbrushing may reduce ventilator-associated pneumonia. *Evid Based Dent.* 2013; 14(3):89-90.
16. Hillier B, Wilson C, Chamberlain D, King L. Preventing ventilator-associated pneumonia through oral care, product selection, and application method: a literature review. *AACN Adv Crit Care.* 2013; 24(1):38-58.
17. Oliveira J, Zagalo C, Silva CP. Prevention of ventilator-associated pneumonia. *Rev Port Pneumol.* 2014; 20(3):152-161.
18. Kusahara MD, Pedreira MLG, Peterlini, MAS. Protocolo para higiene oral de crianças submetidas à ventilação pulmonar mecânica. *Rev Soc Bras Enferm Ped.* 2008; 8(1):37-44.

19. Beraldo CC, Andrade D. Higiene bucal com clorexidina na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. *J Bras Pneumol* 2008; 34(9):707-714.
20. dos Santos ML, Matos MO, Santos VEP, de Santana RCB, de Barros AG, Rodrigues JC. Higiene oral em crianças ventiladas mecanicamente na unidade de cuidados intensivos: análise de uma prática. *R Pesq Cuid Fundam Online*. 2011; 3(3):320-328.
21. Vecina Neto G, Malik Ana Maria. Tendências na assistência hospitalar. *Cien Saude Colet*. 2007; 12(4):825-839.
22. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2011; 1(208) Seção 1. p. 44.
23. BRASIL. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes, e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2002; 16 abr.
24. Limperopoulos C, Majnemer A, Shevell MI, Rosenblatt B, Rohlicek C, Tchervenkov C, et al. Functional Limitations in Young Children With Congenital Heart Defects After Cardiac Surgery. *Pediatrics*. 2001; 108(6):1325-1331.
25. Greene JC, Vermillion JR. The simplified oral hygiene index. *J Am Dent Assoc*. 1964; 68:7-13.

26. Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D, Dan B, Jacobsson B. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Dev Med Child Neurol Suppl.* 2007; 109:8-14.
27. Zanini G, Cemin NF, Peralles SN. Paralisia cerebral: causas e prevalências. *Fisioter Mov.* 2009; 22(3):375-381.
28. Guerreiro PO, Garcias GL. Diagnóstico das condições de saúde bucal em portadores de paralisia cerebral do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2009; 14(5):1939-1946.
29. Toledo CAW, Pereira CHCN, Vinhaes MM, Lopes MIR, Nogueira MARJ. Perfil epidemiológico de crianças diagnosticadas com paralisia cerebral atendidas no Centro de Reabilitação Lucy Montoro de São José dos Campos, Brasil. *Acta Fisiatr.* 2015; 22(3):118-122.
30. Maiya A, Shetty YR, Rai K, Padmanabhan V, Hegde and Amitha M. Use of different oral hygiene strategies in children with cerebral palsy: A comparative study. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2015; 5(5):389–393.
31. Akhter R, Hassan NM, Martin EF, Muhit M, Haque MR, Smithers-Sheedy H, et al. Risk factors for dental caries among children with cerebral palsy in a low-resource setting. *Dev Med Child Neurol.* 2017; 59(5):538-543.
32. Ravelli AM, Panarotto MB, Verdoni L, Consolati V, Bolognini S. Pulmonary aspiration shown by scintigraphy in gastroesophageal reflux-related respiratory disease. *Chest.* 2006; 130(5):1520-1526.

33. Pope CE. Respiratory complications of gastro-oesophageal reflux. *Scand J Gastroenterol Suppl.* 1989; 168:67-72.
34. Aas E. hyperplasia gingivae diphenylhydantoinae. *Acta Odontol Scand.* 1963; 21(Supp 34):1-130.
35. Loureiro CCS, Adde CA., Perez FEG, Penha SS. Efeitos adversos de medicamentos tópicos e sistêmicos na mucosa bucal. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2004; 70(1):106-111.
36. Spinelli MGN, Goulart RMM, Santos ALP, Gumiero LDC, Farhud CC, Freitas EB, et al. Consumo alimentar de crianças de 6 a 18 meses em creches. *Rev Nutr.* 2003; 16(4):409-414.
37. Bernaudl FSR, Rodrigues TC. Fibra alimentar – Ingestão adequada e efeitos sobre a saúde do metabolism. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2013; 57(6):397-405.
38. Gomes PB, Melo MCB, Duarte MA, Torres MRF, Xavier AT. Polietilenoglicol na constipação intestinal crônica funcional em crianças. *Rev Paul Pediatr.* 2011; 29(2):245-250.
39. Littleton NW, Carter CH, Kelley RT. Studies of oral health in persons nourished by stomach tube. I. Changes in the pH of plaque material after the addition of sucrose. *J Am Dent Assoc.* 1967; 74(1):119-123.
40. Kite OW, Shaw JH, Sognnaes RF. The prevention of experimental tooth decay by tube feeding. *J Nutr.* 1950; 42(1):89-105.

ANEXOS

ANEXO 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) senhor(a), o(a) menor, pelo qual o(a) senhor(a) é responsável, está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “Avaliação da saúde bucal e sua correlação com fatores biológicos e cognitivos em crianças atendidas pelo Serviço de Atenção Domiciliar da Universidade Federal de Uberlândia”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Profa. Dra. Ana Paula Turrioni, Prof. Dr. Robinson Sabino da Silva e o Fisioterapeuta Vinícius Pafume de Oliveira.

Nesta pesquisa nós estamos buscando avaliar as condições de saúde bucal de crianças atendidas pelo Serviço de Atendimento Domiciliar oferecido pela Universidade Federal de Uberlândia (SAD-UFU), bem como correlacionar fatores biológicos e cognitivos com a saúde bucal destes pacientes.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador Profa. Dra. Ana Paula Turrioni anteriormente a aplicação dos questionários, durante as visitas domiciliares.

Na participação do(a) menor, ele(a) será submetido a exame clínico odontológico para avaliação da higiene bucal e presença de cárie. Durante o exame clínico será realizada a limpeza bucal com escova, pasta dental com flúor e gaze. Também serão dadas orientações quanto aos cuidados de higiene bucal. Anteriormente aos exames clínicos, serão coletados 2 mL de saliva utilizando um sugador portátil de baixa potência. Também será coletado um pequeno conteúdo da placa dental (restos de alimento) localizada na superfície dos dentes.

Em nenhum momento o(a) menor será identificado(a). Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

O(A) menor não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

Os riscos, da participação do(a) menor na pesquisa, consistem na possibilidade de identificação do participante. Com o objetivo de minimizar o risco de identificação, será atribuído um código numérico para cada participante, o qual será utilizado para anotações nos instrumentos de coleta de dados. Além disso, nenhum dado que favoreça a identificação será coletado para uso na pesquisa (ex: nome, número de documento, endereço). Os benefícios serão resultados importantes para a sociedade, pois a partir do estudo, será possível desenvolver estratégias de promoção de saúde que possam favorecer as condições de saúde bucal e geral dos pacientes pediátricos atendidos pelo SAD-UFU, com impacto direto em sua qualidade de vida.

O(A) menor é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o(a) senhor(a), responsável legal pelo(a) menor.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, o(a) senhor(a), responsável legal pelo(a) menor, poderá entrar em contato com: Profa. Dra. Ana Paula Turrioni no telefone (34) 3225-8146, endereço:

Av. Pará, s/ no, Bloco 2G, sala 02, Campus Umuarama – Uberlândia – MG, CEP 38405-320. Poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, ... de de 201.....

Assinatura dos pesquisadores

Eu, responsável legal pelo(a) menor _____
consinto na sua participação no projeto citado acima, caso ele(a) deseje, após ter sido devidamente esclarecido.

Responsável pelo(a) menor participante da pesquisa

FICHA CLÍNICA

Código ID: _____

Prontuário: _____

Data: ____/____/____

Nome: _____ Idade: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Local: _____ Sexo: F () M ()

Responsável pela criança: _____ Parentesco: _____

Cuidador: _____ Parentesco: _____

História Médica

- Diagnóstico da Doença: _____

- Possui alguma síndrome: SIM () NÃO () Qual(is): _____

- Faz uso de alguma medicação: SIM () NÃO () Qual(is): _____

- Faz uso de algum suporte de ventilação: SIM () NÃO () Se **SIM**, preencher o item Técnicas.

Técnicas

() Oxigenoterapia

Dispositivo - Cateter nasal ____ Cânula nasal ____ Máscara Facial ____ Máscara de Venturi ____

() Ventilação Mecânica Não Invasiva

Interfaces - Máscara nasal ____ Máscara Oronasal ____ Pronga nasal ____ Peça bucal ____

() Ventilação Mecânica Invasiva

Próteses endotraqueais - Tubo ____ Traqueostomia ____

- É paciente acamado: Sim () Não () Desde quando: _____

- Desde quando está na Atenção Domiciliar? _____

- Existe possibilidade de ser colocado em uma maca: Sim () Não ()

- Apresenta alteração sensorial: Audição: Sim () Não ()

Visão: Sim () Não ()

Fala: Sim () Não ()

- Apresenta problemas neurológicos: Sim () Não ()

Paralisia cerebral ____ Convulsão ____ Meningite ____ Disritmia cerebral ____

Outro: _____

- **Apresenta Cardiopatias:** Sim () Não () Não sabe ()

Congênita _____ Adquirida _____

Qual(is): _____

Teve febre reumática: Sim () Não ()

Pressão arterial: Normal () Alta () Baixa ()

- **Alterações hematológicas:** Sim () Não () Não sabe ()

Anemia _____ Policitemia _____ Leucopenia _____ Leucemia _____ Alteração plaquetária _____ Distúrbio da coagulação _____

Tipo: _____

- **Distúrbio endócrino-metabólico:** Sim () Não () Não sabe ()

Diabete _____ tipo: _____

Hipertireoidismo _____ Hipotireoidismo _____

Alteração da supra-renal _____

Outro: _____

- **Problemas respiratórios:** Sim () Não () Não sabe ()

Bronquite _____ Asma _____ Tuberculose _____ Pneumonia _____

Outro: _____

- **Problemas renais:** Sim () Não () Não sabe ()

Nefrite _____ Glomerulonefrite _____ Insuficiência renal crônica _____ Síndrome nefrótica _____

Outro: _____

Realiza Diálise: Sim () Tipo e frequência: _____

Não ()

Transplante renal: Sim () Não ()

- **Alteração hepática:** Sim () Não () Não sabe ()

Hepatite _____ Tipo: _____

Outro: _____

Transplante de fígado ()

- **Problemas gástricos:** Sim () Não () Não sabe ()

Refluxo ____ Gastrite ____ Úlcera gástrica ____

Outro: _____

- **Problemas otorrinolaringológicos:** Sim () Não () Não sabe ()

Amigdalite ____ Problema de adenoide ____ Sinusite ____

Outro: _____

História Odontológica

- **Acompanhamento odontológico:** Nunca teve () Teve () Tem () Frequência: _____

- **Abertura de boca:** Normal () Limitada ()

- Hábitos de Higiene

Frequência de higienização: Nunca ____ Ocasionalmente ____ Diariamente ____ nº de vezes por dia: ____

Método utilizado: Gase ____ Escova dental manual ____ Escova dental elétrica ____

Utiliza dentifrício: Sim () Não () É Fluoretado () Qual: _____

Utiliza fio dental: Sim () Não () Frequência: _____

Utiliza algum colutório: Sim () Não ()

Clorexidina ____ Enxaguantes ____ Qual: _____

Dieta

- Alimentação por via oral: Sim () Não ()

Se **NÃO**, qual o tipo: Sonda Nasoenteral ____ Gastrostomia ____ Jejunostomia ____

- **Quantas vezes se alimenta por dia:** _____

	13- subir escadas	
Comunicação	14- compreensão	
	15- expressão	
Cognição Social	16- interação social	
	17- solução de problemas	
	18- memória	
	TOTAL	

SEM ASSISTÊNCIA: Criança desempenha todas as tarefas sem auxílio de outra pessoa		
7	Independência completa	A criança realiza de forma segura todas as tarefas descritas desempenhando a atividade sem ajuda de um assistente, dentro de um tempo razoável e sem modificações, dispositivos de assistência ou ajuda.
6	Independência modificada	A criança realiza todas as tarefas sem ajuda de um assistente e uma das seguintes afirmações é correta: a)A criança requer um dispositivo de assistência ou ajuda para realizar a tarefa. b)A criança requer uma prótese ou órtese para realizar a tarefa. c)A criança requer um tempo maior que o razoável para realizar a tarefa. d)Existe preocupação em relação a segurança da criança quando realiza a tarefa.
COM ASSISTÊNCIA: Criança requer outra pessoa (observação ou ajuda física) para realizar as tarefas, ou não as realiza.		
5	Supervisão ou preparação	A criança realiza todas as tarefas mas requer supervisão (observação, indicações ou persuasão) sem contato físico ou preparação (por exemplo, acomodar os objetos necessários ou ajudar a colocar os dispositivos de assistência/adaptação, ou uma prótese ou órtese).
4	Ajuda mínima	A criança realiza 75% ou mais das tarefas necessitando apenas ajuda de suporte.
3	Ajuda moderada	A criança realiza 50 a 74% das tarefas necessitando ajuda física além de suporte (toque).
2	Ajuda máxima	A criança realiza de 25 a 49% das tarefas
1	Ajuda total	Uma ou ambas das seguintes afirmações é certa: a)A criança realiza menos de 25% das tarefas (inclui tarefas não realizadas). b)A criança requer dois assistentes para realizar as tarefas.

Índice de Placa (GREENE & VERMILION MODIFICADO)

0 – sem placa / **1**- até 1/3 da superfície com placa / **2**- entre 1/3 e 2/3 da superfície com placa / **3** – mais de 2/3 da superfície com placa

Data	16 (V)	21 (V)	26 (V)	36 (L)	41 (V)	46 (L)	IP
__/__/__							

Perfil do paciente: Detalhamento do Odontograma Inicial

() Sem cárie

() Com cárie

Relação dos procedimentos clínicos invasivos a serem realizados (Selantes, Dentística, Endo, Exo)			
Exame Dente-a-Dente			Tratamento Proposto
17			
16			
15	55		
14	54		
13	53		
12	52		
11	51		
21	61		
22	62		
23	63		
24	64		
25	65		
26			
27			
37			
36			
35	75		
34	74		
33	73		
32	72		
31	71		
41	81		
42	82		
43	83		
44	84		
45	85		
46			
47			

ANEXO 2 – Normas de formatação do periódico para qual o artigo será submetido (Revista Ciência & Saúde Coletiva).



Revista Ciência e Saúde Coletiva

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.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

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 interpares 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

Não há taxas e encargos da submissão

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. 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.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

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 e Escalas

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.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

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)
Pelegri ML, 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.

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 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

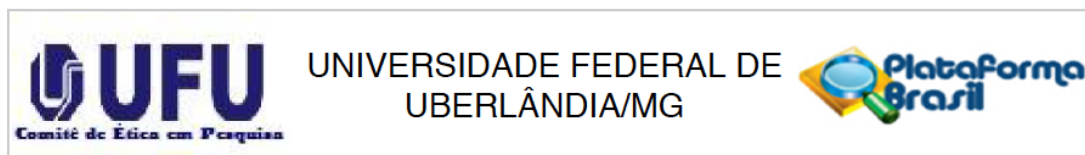
17. Monografia em formato eletrônico

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.

ANEXO 3 – Comprovante de aceite no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da saúde bucal e sua correlação com fatores biológicos e cognitivos em crianças atendidas pelo Serviço de Atenção Domiciliar da Universidade Federal de Uberlândia

Pesquisador: Ana Paula Turrioni Hidalgo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63903416.0.0000.5152

Instituição Proponente: FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.957.124

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos devidamente apresentados. TCLE em linguagem clara e acessível.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no parecer consubstanciado número 1.919.410, de 13 de Fevereiro de 2017, foram atendidas.

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

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