

Maísa Ricardi

**TÍTULO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES QUE REALIZARAM
TRATAMENTO ENDODÔNTICO NO AMBULATÓRIO DE ODONTOLOGIA
ONCOLÓGICA: ONCO-HEMATOLOGIA**

Florianópolis

2019

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Curso de Graduação em Odontologia



Maísa Ricardi

**TÍTULO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES QUE REALIZARAM
TRATAMENTO ENDODÔNTICO NO AMBULATÓRIO DE ODONTOLOGIA
ONCOLÓGICA: ONCO-HEMATOLOGIA**

Trabalho Conclusão do Curso de Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do Título de Cirurgiã Dentista.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Thais Mageste Duque

Coorientador:: Prof.^a Dr.^a Alessandra Rodrigues de Camargo

Florianópolis

2019

Ricardi, Maisa

TÍTULO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES QUE
REALIZARAM TRATAMENTO ENDODÔNTICO NO AMBULATÓRIO DE
ODONTOLOGIA ONCOLÓGICA: ONCO-HEMATOLOGIA / Maisa Ricardi ;
orientadora, Thais Mageste Duque, coorientador,
Alessandra Rodrigues de Camargo, 2019.

49 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Odontologia, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Odontologia. 2. Pacientes oncológicos. 3. Endodontia.
4. Tratamento. 5. Prognóstico. I. Mageste Duque, Thais .
II. Rodrigues de Camargo, Alessandra. III. Universidade
Federal de Santa Catarina. Graduação em Odontologia. IV.
Titulo.

Maísa Ricardi

**TÍTULO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES QUE REALIZARAM
TRATAMENTO ENDODÔNTICO NO AMBULATÓRIO DE ODONTOLOGIA
ONCOLÓGICA: ONCO-HEMATOLOGIA**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Cirurgiã Dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Local, 21 de Maio de 2019.

Prof. Dr. Rubens Rodrigues Filho
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Thais Mageste Duque
Orientadora
Universidade Federal De Santa Catarina

Prof. Dr. Lucas da Fonseca Robert Garcia
Universidade Federal De Santa Catarina

Prof.^a Dr.^a Luísa Machado Barin
Universidade Federal De Santa Catarina

Este trabalho é dedicado aos meus queridos pais e minha irmãs.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por todos os momentos vividos, pelas vitórias e derrotas ao longo desta caminhada. Cada uma delas me fizeram chegar aonde cheguei.

Aos meus queridos pais Carlos Ricardi e Meri Ricardi que tudo fazem sem nada esperar, gratidão por todo amor, carinho, compreensão, por me apoiarem de todas as formas, mesmo com a distância, sempre estiveram presentes. A minha irmã Aline Ricardi por me mostrar que mesmo em situações difíceis deve-se manter a calma, viver um dia de cada vez, é um exemplo de profissional, agradeço imensamente por todo o apoio e por me ensinar a leveza das coisas e Suyane Ricardi, mesmo sendo a irmã caçula sempre tem mais coisas a me ensinar do que eu à ela. Obrigada família sem vocês não teria conseguido chegar até aqui. Amo vocês.

A professora Dra. Thaís M. Duque minha orientadora, a quem admiro como pessoa e profissional, e sem a qual este trabalho não seria possível, sempre muito paciente e disposta a ajudar, obrigada por todas as conversas e ajuda.

Aos meus amigos Petrus, Carla, Luana e Marina obrigada por me ouvirem e estarem presentes nos momentos de alegria e nos momentos de angústia agradeço pela amizade sincera.

A minha eterna dupla Mirian S. Tanabe nos identificamos tanto, desde o primeiro dia de aula, amiga inseparável, obrigada por todo o apoio e por estar presente nas situações boas e ruins, tenho um enorme carinho por ti.

A grande conquista é o resultado de pequenas vitórias que passam despercebidas.
(Paulo Coelho)

RESUMO

Introdução: O Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina desenvolve um projeto de extensão “*Ambulatório de Odontologia Oncológica – Onco-hematologia*, onde bolsistas, voluntários, e docentes do Curso de Odontologia tratam pacientes com doenças malignas do sangue, gânglios ou linfonodos, como linfomas e leucemias. Em alguns desses pacientes, há a necessidade de realizar o tratamento endodôntico que quando realizado previamente ao tratamento oncológico, tem a função de eliminar ou estabilizar as condições bucais a fim de minimizar a infecção local ou sistêmica, durante ou após o tratamento do câncer. **Objetivo:** Avaliar o perfil epidemiológico, através da avaliação de prontuários, dos pacientes onco-hematológicos que realizaram tratamento endodôntico no período de 08-04-2014 até 08-06-2018. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal de natureza descritiva. A amostra foi composta por dados coletados de prontuários dos pacientes que realizaram tratamento endodôntico no Ambulatório de Odontologia Oncológica-Onco –Hematologia. **Resultados e Discussão:** Do total da amostra (15) 50% homens e 50% mulheres, 90% dos dentes com necrose pulpar e 10% pulpíte irreversível. 33% dos tratamentos foram concluídos, sendo 67% dos tratamentos não foram concluídos, 30% dos pacientes foram a óbito. **Conclusão:** Os pacientes não freqüentavam regularmente o cirurgião-dentista, iniciando o tratamento durante ou após o tratamento antineoplásico, devido as condições físicas e psicológicas dos pacientes estes não finalizaram o tratamento.

Palavras Chaves: Neoplasias, Endodontia, Diagnóstico, Tratamento, Prognóstico.

ABSTRACT

Introduction: The University Hospital of the Federal University of Santa Catarina develops an extension project "Ambulatory of Oncology Dentistry - Onco-hematology, where scholars, volunteers and teachers of the Dentistry Course treat patients with malignant blood diseases, lymph nodes and lymphomas. leukemias. In some of these patients, there is a need to perform endodontic treatment, which, when performed prior to cancer treatment, has the function of eliminating or stabilizing oral conditions in order to minimize local or systemic infection during or after cancer treatment. **Objective:** To evaluate the epidemiological profile, through the evaluation of medical records, of onco-hematological patients who underwent endodontic treatment in the period from 04-08-2014 until 08-06-2018. **Methodology:** This is a cross-sectional descriptive study. The sample consisted of data collected from medical records of patients who underwent endodontic treatment at the Ambulatory of Oncological Dentistry-Onco-Hematology. **Results and Discussion:** Of the total sample (15) 50% men and 50% women, 90% of the teeth with pulp necrosis and 10% irreversible pulpitis. 33% of the treatments were completed, 67% of the treatments were not concluded, 30% of the patients died. **Conclusion:** The patients did not regularly attend the dental surgeon, initiating treatment during or after the antineoplastic treatment, due to the physical and psychological conditions of the patients, these patients did not finish the treatment.

Keywords: Neoplasms, Endodontics, Diagnosis, Treatment, Prognosis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição de gênero dos pacientes	28
Figura 2 – Faixa Etária dos pacientes	29
Figura 3 – Momentos que os pacientes se encontravam	29
Figura 4 – Distribuição de radicularidade dos dentes.....	31
Figura 5 – Porcentagem da condição pulpar	31
Figura 6 – Distribuição de sessão	32
Figura 7 – Conclusão de Tratamento Endodôntico	33
Figura 8 – Pacientes que foram á óbito	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Diagnóstico dos Pacientes	30
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ADA – Associação Dental Americana (American Dental Association)
- CFO – Conselho Federal de Odontologia
- CID – Código Internacional de Doenças
- CIV – Cimento de Ionômero de Vidro
- DNA – ácido desoxirribonucleico
- EC- Estadiamento do Câncer de Mama
- HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana
- HU – Hospital Universitário
- IIIB- Estágio IIIB- T4, NO a N2, MO
- IRM – Intermediate Restorative Material (Material Restaurador Intermediário)
- LMA – Leucemia Mieloide Aguda
- LH – Linfoma de Hodgkin
- LMA – Leucemia Mieloide Aguda
- LDGCB – Linfomas Difusos de Grandes Células B
- NaOCI – Hipoclorito de Sódio
- OD – Ocluso-Distal
- UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
- UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1	A ODONTOLOGIA HOSPITALAR.....	18
2.2	ONCO-HEMATOLOGIA.....	20
2.2.1	Linfoma de Hodgkin	21
2.2.2	Leucemia Mieloide Aguda	22
2.3	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS	22
3	JUSTIFICATIVA	24
4	OBJETIVOS	25
4.1	Objetivo Geral	25
4.2	Objetivos Específicos	25
5	MATERIAIS E MÉTODOS.....	26
5.1	Tipo de Estudo.....	26
5.2	Local de realização da pesquisa	26
5.3	População	26
5.4	Coleta de Dados.....	26
5.5	Análise de Dados.....	26
5.5.1	Informações gerais	27
5.5.2	Informações sobre as condições sistêmicas	27
5.5.3	Informações sobre as condições do dente comprometido por doença pulpar	27
5.5.4	Informações sobre o tratamento realizado	27
6	RESULTADOS.....	28
7	DISCUSSÃO	34
8	CONCLUSÃO	37
	REFERÊNCIAS	38
	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	42

ANEXO A – ATA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	46
ANEXO A – PARECER DE CONSUBSTÂNCIADO DO CEP	47

1 INTRODUÇÃO

A Odontologia Hospitalar vem da necessidade de que, no ambiente hospitalar, os pacientes devem receber todo o cuidado e tratamento necessários, incluindo profissionais de outras áreas além da área médica, integrando uma equipe multidisciplinar (GODOI et al., 2009). Dessa forma, a odontologia hospitalar é a área que diagnostica e trata das alterações bucais dos pacientes, onde podem ser necessários procedimentos de alta complexidade (CAMARGO, 2005). Fazendo parte da equipe multidisciplinar, os profissionais da odontologia hospitalar devem também ver o paciente como um todo, não se limitando apenas a cavidade bucal, visto que a saúde bucal só é válida quando acompanhada da saúde geral do indivíduo (GODOI et al., 2009). Na grande maioria dos casos, o atendimento em hospital é realizado quando o paciente apresenta complicações que dificultam ou impossibilitam o atendimento clínico convencional, por motivos como falta de infraestrutura ou de uma equipe devidamente preparada. Por esse motivo, os pacientes com complicações sistêmicas que recebem atendimento em hospitais tem uma recuperação mais efetiva (GODOI et al., 2009).

Os microorganismos presentes na placa bacteriana da cavidade bucal, devido à sua virulência, podem prejudicar tratamentos médicos, em especial se houverem outras alterações na cavidade bucal tanto em dentes (como cárie, necrose pulpar e fraturas) quanto na mucosa (como doença periodontal, lesões e traumas provocados por próteses), de forma que a falta de controle dessa placa bacteriana pode trazer repercussão negativa na saúde sistêmica do paciente (RABELO et al., 2010). Dessa forma, para que seja feito o tratamento adequado dos pacientes, deve haver um cirurgião dentista no ambiente hospitalar, atuando também em situações emergenciais e em procedimentos preventivos para evitar o agravamento da condição sistêmica ou o surgimento de infecções hospitalares, além de realizar procedimentos de adequação do meio bucal, trazendo mais conforto ao paciente (RABELO et al., 2010).

Para que o tratamento do paciente seja efetivo, os profissionais das diferentes áreas devem atuar de forma coordenada em prol da saúde do indivíduo, e não apenas pela área de atuação de cada um. Assim, é possível otimizar o trabalho da equipe, beneficiando os pacientes que precisam de tratamento odontológico, seja ele clínico, cirúrgico, hospitalar ou sob anestesia geral (GODOI et al., 2009). Dentro do grupo de pacientes que recebem

atendimento em hospitais e necessitam da odontologia hospitalar, estão os pacientes oncológicos.

A incidência de casos de câncer tem aumentado de maneira considerável em todo o mundo, sendo hoje um dos principais problemas de saúde pública no mundo (GUERRA et al., 2005), além de ser uma das principais causas de morbidez e mortalidade no Brasil e no mundo (SONIS et al., 1998; SILVA et al., 1996, BRASIL, 2001). Durante as duas últimas décadas, houve um avanço considerável tanto nas técnicas de diagnóstico quanto no tratamento do câncer. Atualmente, as principais formas de tratamento são a radioterapia, quimioterapia, cirurgia, hormonioterapia e imunoterapia, que podem ser usadas de forma isolada ou combinada (SOARES, 2010. SILVA, 2010).

A quimioterapia consiste na aplicação de medicamentos para o tratamento do câncer, e estima-se que aproximadamente 70% dos pacientes diagnosticados terão a quimioterapia inclusa no tratamento, e destes, cerca de 40% apresentarão doenças bucais. Isso ocorre porque os agentes quimioterápicos, por atuarem nas células em proliferação, não distinguem células neoplásicas de células normais. Essas complicações são agravadas pelo tipo, dosagem e frequência de uso dos quimioterápicos e também pela idade do paciente e pela higiene bucal antes e durante a quimioterapia (MARTINS et al., 2002).

A radioterapia consiste na tentativa de eliminar o tumor por meio da administração de uma dose de irradiação definida com base no tamanho da neoplasia, com intuito de causar o mínimo dano possível aos tecidos normais adjacentes, para que seja possível aumentar os índices de sobrevivência e ainda garantir uma melhor qualidade de vida (SALVAJOLI et al., 2002). Essa modalidade de tratamento é aplicada de forma eficaz quando levadas em conta as características histológicas da neoplasia (tecidos de resposta lenta ou rápida), o local e do volume da área que receberá irradiação, dose, ritmo de aplicação, tipo de radiação e condições sistêmicas do paciente (CARDOSO et al., 2005). Nos casos de câncer de cabeça e pescoço, a interação da radiação ionizante com os tecidos bucais e adjacentes traz efeitos colaterais no tratamento, que variam em relação à dose de radiação aplicada, ao tipo de radiação e às características celulares do tecido envolvido (TENCARTE et al., 1997; BORAKS, 1999; HENSON et al., 2001).

Os pacientes com câncer podem ser afetados por outras complicações de origem não infecciosa originadas do próprio tratamento oncológico, independente de qual seja o tratamento escolhido, influenciando as alterações na cavidade bucal (ARAUJO et al., 2007). Tanto a quimioterapia quanto a radioterapia trazem alterações locais e sistêmicas para o organismo. Entre as alterações locais, estão a mucosite, xerostomia, disgeusia,

neurotoxicidade, hipersensibilidade dentinária, predisposição a infecções fúngicas, trismo, cárie de radiação, risco ou ocorrência de osteorradionecrose (PAIVA et al., 2010), perda de paladar, hemorragia (afetando principalmente a mucosa labial, língua e gengiva) e dermatite (NEVILLE, 1998). Durante o tratamento oncológico, algumas características do próprio paciente interferem na manifestação das complicações bucais, como a saúde geral, presença de outras enfermidades, gênero, estado nutricional, faixa etária, fatores psicológicos e sociais, presença de hábitos deletérios, patologias orofaciais preexistentes, os cuidados que dispensa com a higiene oral e a assistência recebida antes, durante e após o tratamento oncológico. (PAIVA et al., 2010).

Na etapa que antecede o tratamento oncológico, o cirurgião-dentista é responsável pela adequação do meio bucal, para remover focos infecciosos e reduzir as complicações no meio bucal decorrentes do tratamento. Nessa etapa, são removidos dentes com perda de estrutura por cárie, com comprometimento pulpar, retidos, próximos ao tumor, com lesão e doença periodontais e remanescentes radiculares. Os dentes com necrose pulpar que não apresentam lesão perirradicular podem receber tratamento endodôntico (RODRIGUES, 2007).

Durante e após o tratamento, quando se usa radioterapia, ocorrem alterações significativas na cavidade bucal, em especial na polpa dental, aumentando a predisposição às infecções. Assim, o diagnóstico de vitalidade pulpar é essencial nos pacientes submetidos à radiação ionizante em cabeça e pescoço, já que as alterações pulpares podem progredir para patologias envolvendo tecido ósseo perirradicular, predispondo o paciente ao desenvolvimento do osteorradionecrose. (RODRIGUES, 2007).

A endodontia, é a área da odontologia destinada a tratar alterações pulpares e perirradiculares, cuidando de aspectos morfológicos, fisiológicos e patológicos. Um tratamento endodôntico é composto basicamente pelas seguintes etapas: abertura coronária preparo e desinfecção químico-mecânica, medicação intracanal e obturação. Entre as possíveis alterações que podem ocorrer na polpa está a inflamação pulpar, que pode ter origem física, por substâncias químicas que agem sobre a dentina, por estimulação elétrica e utilização da irradiação (RODRIGUES, 2007).

Dessa forma, a odontologia hospitalar está presente em todas as fases do tratamento antineoplásico, desde antes do início da terapia, para evitar complicações vindas de focos de infecção ou processos inflamatórios bucais e para prevenir e tratar as complicações bucais que podem surgir durante e após o tratamento (TENCARTE et al., 1997).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A ODONTOLOGIA HOSPITALAR

Segundo o Manual de Odontologia Hospitalar elaborado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (2012), a Odontologia Hospitalar está inserida no contexto da equipe multidisciplinar, com ações preventivas, diagnósticas, terapêuticas e paliativas em saúde bucal exercidas em ambiente hospitalar, fazendo parte da atenção terciária.

Na América do Norte, a Odontologia Hospitalar começou a se desenvolver a partir da metade do século XIX, pelo trabalho dos Drs. Simon Hullihen e James Garretson, voltado para a obtenção de reconhecimento da Odontologia no âmbito hospitalar (CILLO, 1996). Anos depois, a Associação Dental Americana (ADA) estabeleceu, em 1901, o conceito de Odontologia Hospitalar, pela organização do 1º Departamento de Odontologia no Hospital Geral da Filadélfia. Em 1941, foi criado o Manual de cuidados odontológicos para internados em hospitais e, em 1943, foi estabelecido o Council on Hospital Dental Service, creditando os serviços de Odontologia Hospitalar. Essa mesma entidade, anos depois, constatou que diversos hospitais norte-americanos tinham condições e necessidade de instalar um serviço de tratamento odontológico (GIANGREGO, 1987).

No Brasil, os precursores da Odontologia Hospitalar são o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, por ter uma equipe de cirurgiões dentistas atuando desde sua inauguração em 1945 e a Santa Casa da Misericórdia, também em São Paulo, que em 1940 fundou o primeiro serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do país (SANTOS, 2012; SOARES JUNIOR, 2012). Porém apenas em 2004, foi fundada a Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar, para padronizar os procedimentos odontológicos em ambiente hospitalar e incentivar a participação do cirurgião-dentista nas áreas de gestão e pesquisa do tema (ARANEGA et al., 2012).

Em termos de legislação, em 2008 foi apresentado à Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 2.776/2008, que estabelece como obrigatória a presença do cirurgião-dentista nas equipes das unidades de terapia intensiva (UTI) e determina que os demais internados também recebam cuidados odontológicos (LIMA et al., 2008). O projeto ainda aguarda apreciação pelo senado federal. Em 2010, foi elaborada a Resolução nº 7, garante a assistência odontológica nos leitos hospitalares em UTIs, sendo integrada às demais atividades da equipe multiprofissional e, em 2011, foi idealizado o Projeto de Lei 363, que

estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia no ambiente hospitalar para cuidar da saúde bucal do paciente internado (DIB, 2011).

No Código de Ética Odontológico, capítulo IX, que trata da Odontologia hospitalar, os artigos 18, 19 e 20 estabelecem, respectivamente que: compete ao cirurgião-dentista internar e assistir pacientes em hospitais públicos e privados (desde que respeitadas as normas da instituição); as atividades odontológicas exercidas em hospitais obedecerão às normas do Conselho Federal de Odontologia (CFO) e, por fim, constitui infração ética, mesmo em ambiente hospitalar, executar intervenção cirúrgica fora do âmbito da Odontologia. Ainda, a Odontologia Hospitalar, segundo a resolução do CFO - 162/2015, é tida como habilitação (BRASIL, 2015; SANTOS; SOARES JUNIOR, 2012).

Na prática, a Odontologia Hospitalar se baseia no fato de que a saúde e as condições normais da boca só são válidas quando existe também grau razoável de saúde geral do paciente (QUELUZ, 2000), visto que muitos dos pacientes hospitalizados não são capazes de realizar a própria higiene, favorecendo condições bucais precárias e comprometendo ainda mais a saúde geral (GOMES e ESTEVES, 2012). Dessa forma, o cirurgião-dentista atua no ambiente hospitalar pelo diagnóstico e tratamento, no nível ambulatorial ou no regime de internação, ampliando os serviços hospitalares (CAMARGO, 2005), se estendendo também para casos de pacientes com necessidades especiais, com limitações que impedem o tratamento em ambiente de consultório (QUELUZ, 2000; PALUMBRO, 2000).

Ainda, em casos de pacientes com tratamentos médicos previstos ou em andamento, o cirurgião-dentista deve avaliar e tratar alterações e lesões bucais que os pacientes possam apresentar, remover os focos infecciosos através de restaurações, curativos, cirurgias, raspagens e medicações, prevenir sangramentos e, quando necessário, realizar ainda tratamentos paliativos, de forma a auxiliar na recuperação do paciente e na melhora da qualidade de vida (ARAÚJO et al., 2009). Nos casos de doenças sistêmicas, os cirurgiões dentistas podem atuar no diagnóstico e tratamento de lesões bucais que sejam manifestações de doenças sistêmicas (Manual de Odontologia Hospitalar, 2012).

Um dos principais exemplos da relação direta da saúde sistêmica com a saúde bucal é a doença periodontal, que aumenta o risco de patologias como aterosclerose, infarto cardíaco, derrame cerebral e complicações do diabetes, além do risco de nascimentos prematuros e de fetos de baixo peso em gestantes (GODOI et al., 2009).

Ainda, em pacientes que apresentem complicações cardiovasculares, procedimentos dentais onde não há um bom controle de placa podem levar à bacteremia, com conseqüente endocardite bacteriana. (CAMARGO, 2005). Alguns grupos de pacientes, como os que possuem diabetes, imunodeficiências, distúrbios renais e câncer, têm alto risco de desenvolver doenças bucais, tais como cárie, gengivite, periodontite e mucosite, devido a um aumento de suscetibilidade do paciente (CAMARGO, 2005).

Dessa forma, a prevenção e o tratamento das condições bucais são de suma importância em Odontologia, como a melhorias das condições periodontais, a redução dos sintomas e das conseqüências de distúrbios da hemostasia, xerostomia e hipossalivação, manifestações de tratamentos sistêmicos e cuidados com fatores que possam aumentar a placa bacteriana na cavidade bucal, como remoção de cálculo e excessos de restaurações (COSTA et al., 2016).

2.2 ONCO-HEMATOLOGIA

Segundo SANTOS (2014), a formação do câncer se inicia quando os processos de multiplicação e crescimento celular ocorrem de maneira desordenada, invadindo ou não as demais células e tecidos além dos de origem, em virtude da perda do controle dos mecanismos responsáveis pela divisão celular, podendo inclusive se difundir e invadir outras estruturas corporais, em um processo chamado metástase, que se dá a partir do processo de carcinogênese, podendo levar até diversos anos.

Como mencionado anteriormente, o tratamento do câncer é realizado basicamente através de cirurgia, quimioterapia e radioterapia (SENA et al., 2001). A quimioterapia e a radioterapia inibem funções celulares ou causam a destruição celular em um processo que não diferencia as células neoplásicas das células normais do corpo, o que aumenta os efeitos colaterais desses métodos de tratamento (SANTOS, 2014).

A radioterapia, em especial, destrói células tumorais por meio de feixes de radiação ionizante, podendo ser usada de forma isolada, com a finalidade de reduzir o tamanho das neoplasias, após procedimentos cirúrgicos a fim de evitar a recidiva da lesão ou combinada com a quimioterapia (MASELLA et al., 1972). É aplicada de duas formas possíveis: teleterapia e braquiterapia, sendo esta última a mais usada no câncer de boca, por estar em uma região de fácil acesso (GRIMALDI et al., 2005).

A quimioterapia, por sua vez, se faz pelo uso de medicamentos capazes de controlar ou curar essa patologia, destruindo as células malignas por impedir a formação de um novo DNA (ácido desoxirribonucleico), bloquear funções celulares ou induzir a apoptose (SANTOS, 2014).

Como mencionado anteriormente, a relação entre as neoplasias e as manifestações bucais é definida por uma série de variáveis ligadas ao paciente e/ou a terapia oncológica (SANTOS, 2014). Tanto os efeitos terapêuticos quanto os tóxicos de qualquer agente neoplásico dependem do tempo de exposição e da concentração plasmática da droga utilizada (TARTARI et al., 2010). No que diz respeito ao paciente, entre os principais fatores estão a idade, o tipo de câncer e as suas características e as condições orais antes e após a terapia antineoplásica. Já em relação à terapia, os principais fatores são o tipo da droga, a dosagem, frequência de uso e existência de algum outro tratamento concomitante (SANTOS, 2014).

Nesse contexto, a Onco-hematologia é a área que cuida das doenças malignas do sangue e gânglios ou ínguas, tais como linfomas, leucemias, doenças mieloproliferativas (policitemia, trombocitemia e mielofibrose), mielodisplasias e o mieloma múltiplo (ALBERT EINSTEIN, 2017).

2.2.1 Linfoma de Hodgkin

Segundo MACHADO et al., 2004, foi descrito pela primeira vez em 1832, por Thomas Hodgkin, sendo definido como uma neoplasia do tecido linfóide que se caracteriza pela presença de células de Reed Sternberg e/ou células de Hodgkin no meio de um processo inflamatório característico do tumor, formado por estroma, linfócitos, histiócitos, eosinófilos e monócitos. Seu início é quase sempre nos linfonodos, sendo qualquer linfonodo suscetível, em especial, os linfonodos cervicais e supraclaviculares (representando 70% a 75% dos casos), e com a identificação pelo paciente de um leve aumento, indolor, que progride de maneira persistente, fazendo com que os linfonodos, tornem-se emaranhados e fixos nos tecidos ao redor (NEVILLE et al., 2009).

2.2.2 Leucemia Mieloide Aguda

A leucemia é uma proliferação neoplásica generalizada ou acúmulo de células hematopoiéticas, onde na maioria dos casos, atinge também o sangue periférico pelo extravazamento das células leucêmicas, que também podem infiltrar outros tecidos (ROBBINS et al., 1996). A classificação das leucemias é feita de acordo com o tipo celular envolvido e o grau de maturação celular. Nas leucemias agudas, ocorre a proliferação celular seguida de bloqueio maturativo variável, permitindo a existência de diversos subtipos de leucemias, como as leucemias mielóides agudas (LMA) (SILVA et al., 2006). As LMA são, dessa forma, um grupo heterogêneo de neoplasias, com proliferação anormal de células progenitoras da linhagem mielóide (mieloblastos), acarretando na produção insuficiente de células sanguíneas maduras normais, levando a substituição do tecido normal, geralmente acompanhada de neutropenia, anemia e plaquetopenia (PELLOSO et al., 2003).

2.3 TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

Sendo o câncer uma doença complexa que atinge diversos indivíduos, no seu tratamento deve estar presente uma equipe multiprofissional, incluindo o cirurgião dentista, que deve atuar em todas as etapas do tratamento, antes, durante e após a terapia antineoplásica (SANTOS, 2014). Em resumo, existem três modalidades de tratamento aplicadas aos pacientes diagnosticados com câncer, sendo cirurgia, quimioterapia e radioterapia (SENA et al., 2001). Antes do início da terapia antineoplásica, independente da modalidade escolhida, todos os pacientes oncológicos deveriam passar pela avaliação do cirurgião dentista para que o tratamento odontológico anteceda o tratamento oncológico (ALBUQUERQUE et al., 2007), a fim de remover ou estabilizar os focos infecciosos da cavidade bucal para minimizar os prejuízos locais e sistêmicos ao paciente (VIEIRA et al., 2012). A relação entre as neoplasias e as manifestações bucais é complexa e multifatorial, com causas que podem estar ligadas ao paciente e/ou a terapia oncológica (SANTOS, 2014). A parte clínica do tratamento odontológico deve ser realizada o mais rápido possível, de preferência logo após o diagnóstico, visto que o tratamento oncológico não deve ser adiado (SOUZA, 2011).

Nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço que serão submetidos a radioterapia, os procedimentos de exodontia são contraindicados quando não há tempo suficiente para a

cicatrização antes do tratamento radioterápico, por levarem a um aumento no número de casos de osteorradionecrose (ANDREWS e GRIFFITHS, 2001). Dessa forma, sempre que possível, o procedimento usado para substituir a exodontia é o tratamento endodôntico, seguido do selamento coronário definitivo (SUMMA, 2007), com o objetivo de remover o foco infeccioso e manter o dente em função na cavidade bucal (ESPÍNDOLA et al., 2002). Infelizmente, as informações acerca dos cuidados no tratamento endodôntico para esse grupo de pacientes são escassas (RODRIGUES et al., 2006).

As exodontias são realizadas em dentes com grande perda de estrutura por cárie ou de inserção por doença periodontal, com comprometimento pulpar acompanhado de lesão periapical, raízes residuais, dentes retidos e próximos ao tumor. Dentes com necrose pulpar sem lesão periapical podem ser tratados endodonticamente. Em especial, os molares inferiores podem ser tratados por apicectomia com obturação retrógrada, tendo em vista as dificuldades com tratamento endodôntico em dentes multirradiculares e o alto índice de osteorradionecrose na região (SOUZA, 2011).

As causas para inflamações pulpares podem ser físicas, químicas, elétricas e também pelo uso de irradiação (RODRIGUES, 2007). Ainda, um dos principais efeitos colaterais do tratamento antineoplásico é a hipossalivação, fator que auxilia na instalação da doença cárie, podendo progredir para a polpa, de forma que o tratamento endodôntico se faz necessário também após o término do tratamento oncológico (FREITAS et al., 2011).

3 JUSTIFICATIVA

A avaliação odontológica dos pacientes que estão sob terapia antineoplásica é de extrema importância. Esses pacientes necessitam de uma adequação do meio bucal para evitar que qualquer foco de infecção cause danos maiores a esses pacientes.

Pouco se sabe sobre qual a melhor conduta a se tomar no caso de alteração pulpar nos pacientes oncológicos. Ainda há muito questionamento em relação ao momento ideal do atendimento, seja ele antes, durante ou após o tratamento antineoplásico. Dessa forma, este trabalho busca entender o perfil dos pacientes que já foram tratados no ambulatório do Hospital Universitário e assim, entender um pouco sobre a melhor conduta a ser realizada.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

O objetivo desse estudo é avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes que realizaram tratamento endodôntico no Projeto de Extensão “Ambulatório de Odontologia Hematológica – Onco-hematologia” do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina no período de 2014 ao primeiro semestre de 2018. e com isso, avaliar as melhores condutas que podem ser oferecidas para esses pacientes no período pré, trans e pós terapia antineoplásica.

4.2 Objetivos Específicos

- Descrever, nos pacientes que realizaram tratamento endodôntico, dados referentes a idade, sexo;
- Identificar, nos pacientes que realizaram tratamento endodôntico, dados clínicos referentes ao dente a ser tratado como tipo de dente, sinais e sintomas clínicos;
- Conhecer o período em que os pacientes realizaram o tratamento endodôntico (antes, durante ou após o tratamento quimioterápico);
- Identificar, nos pacientes que realizaram tratamento endodôntico, qual é a doença de base desses pacientes antes, durante e após o tratamento endodôntico;
- Entender o papel do Endodontista dentro de um serviço ambulatorial Onco-hematológico;
- Evidenciar a demanda de tratamento endodôntico existente nesse serviço prestado pela equipe de Odontologia no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC).

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Tipo de Estudo

Essa pesquisa é do tipo prospectivo descritivo transversal. Será considerado um estudo transversal, pois todas as coletas são realizadas em um único momento, ou durante curto período de tempo. Em geral tais estudos oferecem informações sobre a prevalência, ou seja, a proporção que uma doença ou uma condição clínica ocorre em um determinado momento.

5.2 Local de realização da pesquisa

O estudo foi realizado no Ambulatório Odontológico do HU UFSC.

5.3 População

Serão avaliados os prontuários dos pacientes que realizaram tratamento endodôntico no período de 08/04/2014 (Início do projeto de Extensão “Ambulatório de Odontologia Hematológica – Onco-hematologia”) até 08/06/2018.

5.4 Coleta de Dados

O trabalho foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e após sua aprovação foi realizado a coleta dos dados. Número do Parecer: 2.651.311.

Quando o paciente é admitido na Clínica Médica 2 do HU/UFSC pela equipe de Oncohematologia, a equipe registra os dados dos pacientes. Este registro também contém dados sobre informações gerais, condições sistêmicas de saúde e condições de saúde bucal.

Após exames clínicos e radiográficos, alguns dentes podem ser indicados para o tratamento endodôntico. Nesse caso, todas as características do dente são anotadas na ficha do paciente e, todo o tratamento é detalhado em uma ficha de evolução do paciente.

5.5 Análise de Dados

Todas as informações dos pacientes que realizaram tratamento endodôntico foram tabuladas no Excel, os dados reunidos foram apresentados na forma de tabelas para melhor visualização e compreensão da importância do tratamento endodôntico nos pacientes Onco-hematológicos que frequentam o Núcleo de Odontologia Hospitalar do HU/UFSC.

Os dados que serão analisados e tabulados estão listados abaixo:

5.5.1 Informações gerais

Sexo;

Idade;

Etnia;

5.5.2 Informações sobre as condições sistêmicas

- Doença de base e comorbidades: código CID de até três morbidades importantes;

5.5.3 Informações sobre as condições do dente comprometido por doença pulpar

Condição Pulpar;

Condição do dente;

Dente envolvido;

Sinais clínicos;

Sintomas clínicos;

Resposta a Percussão e Palpação.

5.5.4 Informações sobre o tratamento realizado

Número de consultas realizadas;

Tipo e quantidade de procedimentos realizados;

Número total de tratamentos concluídos;

Número de óbitos

6 RESULTADOS

Foram avaliados quinze prontuários de pacientes onco-hematológicos que realizaram tratamento endodôntico Núcleo de Odontologia Hospitalar do HU/UFSC.

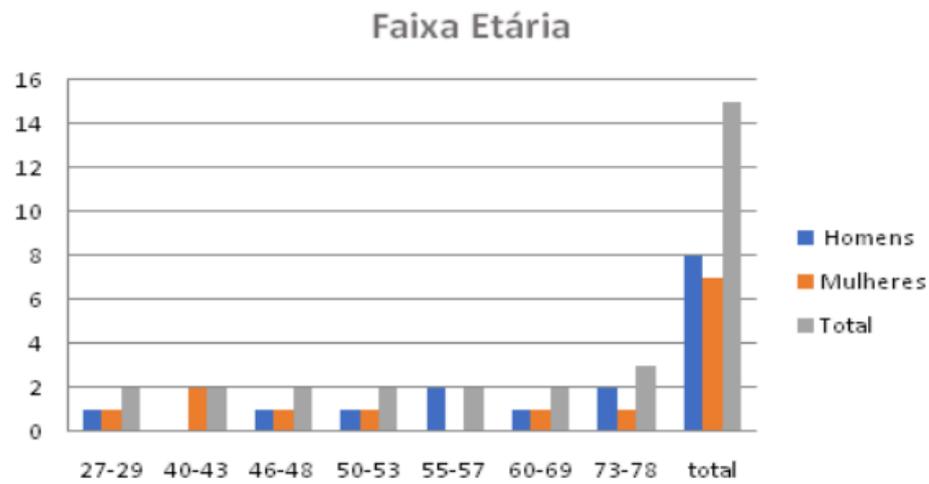
Na grande maioria dos casos analisados os pacientes já estavam em tratamento no Hospital, e procuravam o serviço de Odontologia Hospitalar relatando dor de dente, ardência em tecidos moles, cárie e fratura em dentes, sendo que poucos realizaram uma avaliação prévia a quimioterapia. Os pacientes analisados encontravam-se em três estágios: pré quimioterapia, em quimioterapia e pós quimioterapia.

Os pacientes que estava realizando quimioterapia muitas vezes apresentavam ardência em tecidos moles como por exemplo em bordos laterais de língua, língua despapilada e eritematosa, lábios ressecados, mucosite, mucosas avermelhadas, despapilação, hipossalivação, rebordo alveolar de pacientes portadores de prótese total com aspectos edemaciado e eritematoso, candidíase pseudomembranosa, queilite angular, sendo submetidos à laserterapia (V/1J/100mW).



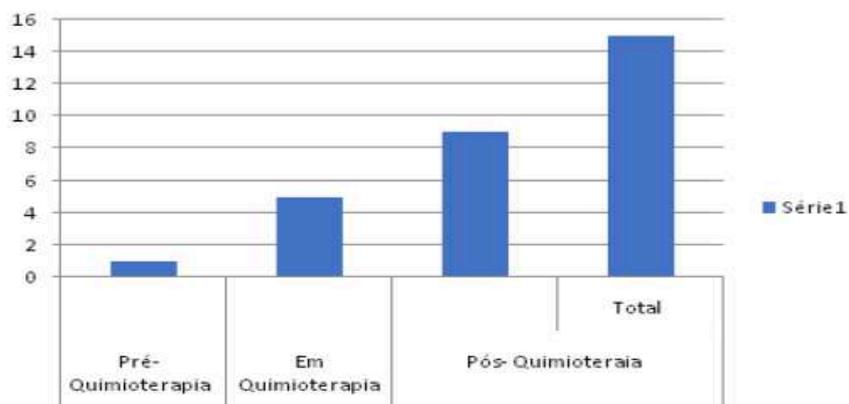
FONTE: Dados da pesquisa

Fig 1. Distribuição de Gênero dos pacientes



FONTE: Dados da pesquisa

Fig 2. Faixa Etária dos pacientes



FONTE: Dados da pesquisa

Fig 3. Momentos em que os pacientes se encontravam

Sexo	Diagnóstico do Paciente
Fem.	Linfoma de Hodgkin
	IVA (pleural)
Masc	TVP (4EM mie)
	TEP
	PSORRIASE
	ECG (ritmo sinusal)
Masc	LDGCB
Masc	Leucemia
	Mielóide
	Crônica
Masc	LNHDGCB-EC
	IVB
	CA DE PROSTOTA
Fem	Liinfoma de Walderstron
	Macroglobulinemia de Waldenstrom
	Hipotiroidismo
Fem	Linfoma de Hodgkin
Fem	LNHDGCB-EC IAX
	HIV
Masc	Linfoma
	Agressivo B Primário intestinal
Fem	LMA
Masc	LMA
Masc	Linfoma Folicular
	EC
	IIIB
Fem	Mieloma Múltiplo
Masc	Linfoma folicular III
	(linfoma não Hodgkin)
Fem	LMA com inersão do 16

FONTE: Dados da pesquisa

Tabela 1. Diagnóstico dos pacientes



FONTE: Dados da pesquisa

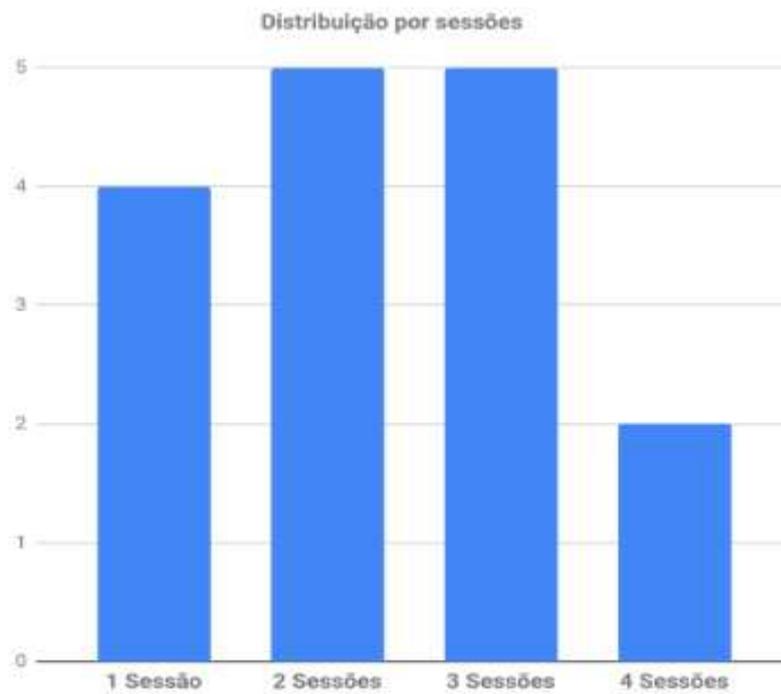
Fig 4. Distribuição de radicularidade dos dentes



FONTE: Dados da pesquisa

Fig 5. Porcentagem da condição pulpar

A queixa principal não estava relacionada a estes dentes, depois de uma anamnese detalhada observava-se a necessidade de vários tipos de procedimentos, demonstrando que a procura pelo profissional ocorria apenas em situações onde a dor já estava instalada. Observaram-se nestas pacientes cáries crônicas extensas, coroas amplamente destruídas, fraturas, lesão periapical em dentes e reabsorção interna em um dente tratado, juntamente com higiene precária, cálculo e eritemas.



FONTE: Dados da pesquisa

Fig 6. Distribuição do número de sessões realizadas por dente



FONTE: Dados da pesquisa

Fig 7. Porcentagem de tratamentos endodônticos concluídos e não concluídos

66% dos tratamentos endodônticos não foram concluídos pois os pacientes já haviam iniciado a quimioterapia, assim optou-se por terminar os tratamentos endodônticos após a finalização da quimioterapia



FONTE: Dados da pesquisa

Fig 8. Porcentagem de pacientes que foram a óbito

7 DISCUSSÃO

O presente estudo constatou a necessidade da realização do tratamento endodôntico em pacientes oncológicos antes do início do tratamento com radioterapia e quimioterapia. Deve-se ter um cuidado no preparo químico mecânico dos canais radiculares, utilizando técnicas e materiais que causem a mínima reação inflamatória em tecidos como periápice e ligamento periodontal. A avaliação odontológica antes da terapia antineoplásica, em especial da radioterapia, permite que se tenha um prognóstico sobre os dentes presentes na cavidade bucal (ANDRADE et al., 2003).

Este estudo demonstrou que apenas um paciente procurou atendimento na Odontologia Hospitalar antes do início do tratamento radioterápico, a grande maioria buscou o serviço após o início desse tratamento, sendo que a procura após tratamento era na maioria das vezes consequência da mucosite, efeito secundário ao tratamento antineoplásico, levando em conta que a magnitude dos efeitos é dada pela relação entre o paciente, o tumor e o tratamento. Entre os fatores determinantes para a severidade das complicações orais estão o tipo e o grau da malignidade, a dose das drogas utilizadas, a duração da quimioterapia, a idade do paciente e o nível de higiene oral que ele apresenta antes e durante a terapia (SONIS et al., 1991, RIBAS e ARAUJO, 2004, SANTOS et al., 2006).

Como a mucosite é uma resposta inflamatória da mucosa bucal, esta possui interferência direta na qualidade de vida pelo comprometimento da alimentação, da higiene oral, do sono e, em alguns casos, comprometendo também a realização de procedimentos mais invasivos como o tratamento endodôntico, pelo desconforto severo causado pela intensa dor (ROSA, HAMMERSCHMITT e SOUZA, 2005). O surgimento da mucosite ocorre entre 5 a 10 dias após a administração da droga antineoplásica, sendo que aproximadamente 90% dos casos são resolvidos em 2 a 3 semanas após o término do tratamento (EPSTEIN et al., 1999).

Através da avaliação observou-se a necessidade de inúmeros procedimentos, classificando assim o perfil destes, como pacientes que não frequentavam regularmente um cirurgião-dentista. Em estudo sobre pacientes com câncer de boca, LIZI (1992) verificou que 68% desses pacientes tinham necessidade de tratamento odontológico e, ainda, apenas 11% daqueles que reportaram visitas regulares ao cirurgião-dentista antes do diagnóstico de câncer de boca estabelecido se apresentavam com condições bucais ideais para dar início a radioterapia.

Na queixa principal estava relatado dor e/ou ardência bucal, no entanto, a maioria dos dentes já estava comprometida por amplas lesões de cárie, sendo necessária a exodontia. Mesmo não existindo um critério específico para esta conduta, nestes casos, é o que se preconiza como tratamento de escolha. Todos os dentes com prognóstico duvidoso devem ser extraídos, assim como dentes com patologia periapical, lesões cariosas com envolvimento pulpar e doença periodontal severa (BEUMER CURTIS e HARRISON, 1979; LOWE, 1986). Em estudo realizado por GALINDO et al., (2006), foram avaliados 88 pacientes oncológicos que seriam submetidos à quimioterapia, comparando-os com indivíduos do grupo controle. Nos pacientes do primeiro grupo, foi observado que os índices de placa, de cárie dental e quantidade de dentes perdidos eram maiores do que os apresentados pelo grupo controle.

O tratamento endodôntico é fundamental, pois elimina focos de infecção presentes, além de ser a principal escolha para pacientes em situações onde não há tempo para realizar uma adequação do meio bucal prévia ao tratamento antineoplásico. Para o diagnóstico e consequente escolha do tratamento endodôntico foram realizados testes clínicos de vitalidade pulpar, palpação do fundo de sulco, teste da condição perirradicular através de percussão vertical e radiografias para verificar a condição do periápice. Nos casos avaliados o diagnóstico em quase todos os dentes foi de necrose pulpar, apenas um de pulpite irreversível, principalmente em pacientes que buscaram tratamento durante o tratamento antineoplásico.

KIELBASSA et al. (1995) realizaram estudos histopatológicos em polpas irradiadas e observaram que houve redução da função odontoblástica, muito provavelmente relacionada à redução do fluxo sanguíneo para a polpa, sendo que esta redução e as cáries de radiação podem ser a causa da maior incidência de necrose pulpar nos pacientes irradiados. A conduta em pacientes que já se encontravam em tratamento antineoplásico era de realização de procedimentos restauradores em dentes onde não havia comprometimento com a polpa, quando existia relação com a polpa, era realizado a abertura, exploração, medicação intracanal e selamento provisório. Clinicamente, entre os efeitos diretos da radiação ionizante sobre os dentes estão o comprometimento das respostas pulpares quando ocorrem infecções e traumas e dor leve na polpa, branda quando existem processos cariosos grandes e exposições pulpares. (BEUMER CURTIS e HARRISON 1979).

No HU-UFSC, nos pacientes que estavam na fase pré-tratamento antineoplásico, foi realizado o tratamento endodôntico em três a quatro sessões, seguido da restauração

definitiva com resina composta. Nos casos onde os pacientes foram submetidos à radioterapia, o hipoclorito de sódio como solução irrigadora era usado em baixas concentrações ou evitado, visto que este pode vir a ter contato com os tecidos periapicais causando dor intensa, uma vez que o trismo ou a ampla destruição coronária por lesão de cárie em pacientes irradiados impossibilitam o isolamento absoluto. A irrigação dos canais foi realizada então com clorexidina na concentração de 2%, tendo como base diversos trabalhos que demonstram que seu potencial antimicrobiano é semelhante ao do hipoclorito de sódio na concentração de 5,25% (FERRAZ et al., 2001; ERCAN et al., 2004).

TANOMARU FILHO et al. (2002) em estudo mostraram que a utilização de clorexidina gel 2% como substância química auxiliar é mais eficaz no reparo das lesões periapicais quando comparados a dentes com lesão irrigados com NaOCI 5,25%. O isolamento absoluto estava presente em todos os casos avaliados. Como foi utilizada medicação intracanal e o tratamento foi executado em mais de uma sessão, houve a necessidade de selamento provisório, que foi realizado com dois tipos de materiais, sendo eles o Coltosol, por ser um material que evita a microinfiltração, e o Cimento de Ionômero de Vidro, para suportar as cargas mastigatórias. ZAIA et al. (2002) avaliaram o desempenho de quatro materiais seladores, e os que obtiveram melhores resultados em relação à infiltração foram o IRM (Dentisply) e o Coltosol. Ao final do tratamento foi realizada a restauração definitiva com resina composta.

A avaliação demonstrou o abandono do tratamento endodôntico após o paciente terminar o tratamento antineoplásico, muitas vezes, consequência do comprometimento sistêmico após as radioterapias. Segundo DIB e CURI (2002), a morbidade tardia se apresenta de forma marcante e pode ser observada com frequência nos casos onde os pacientes não receberam cuidados odontológicos necessários anteriores à radioterapia ou nos casos em que os pacientes que abandonaram o seguimento clínico do tratamento odontológico após o tratamento antineoplásico.

Tem-se demonstrado que os microorganismos orais são fontes comuns de bacteremia nesses pacientes. As infecções sistêmicas são responsáveis por cerca de 70% das mortes em pacientes que recebem quimioterapia mielossupresiva, com os efeitos adversos mais comuns representados por neutropenia, trombocitopenia e anemia (TRAVAGLINI, 2003).

8 CONCLUSÃO

Neste trabalho, foi possível observar que esses pacientes não frequentavam regularmente o cirurgião-dentista. A Odontologia Hospitalar mesmo sendo de extrema importância para o tratamento completo dos pacientes, bem como a presença do Endodontista, principalmente antes do início do tratamento neoplásico o tratamento odontológico não é realizado da forma ideal nesses pacientes, em especial devido ao abandono do tratamento odontológico por esses pacientes. Ainda, mesmo na fase pré-tratamento antineoplásico, os pacientes não se encontram com boas condições bucais para iniciar o tratamento oncológico, o que é agravado pela baixa procura por parte desses pacientes dos serviços de odontologia hospitalar.

Para reverter essa situação, o paciente, o cirurgião-dentista e o restante da equipe hospitalar devem atuar de forma conjunta, garantindo um tratamento integral e de qualidade aos pacientes.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, R. A.; MORAIS, V. L. L.; SOBRAL, A. P. V. Protocolo de atendimento odontológico a pacientes oncológicos pediátricos – revisão da literatura. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 36, n. 3, p. 275-280, 2007.
- ANDRADE, C. R. et al. Tratamento endodôntico em pacientes submetidos a radioterapia na região de cabeça e pescoço. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent**, v. 57, n. 1, p. 43-46, 2003.
- ANDREWS, N.; GRIFFITHS, C. Dental complications of head and neck radiotherapy: Part 1. **Australian Dental Journal**, v. 46, n. 2, p. 88-94, 2001.
- ANDREWS, N.; GRIFFITHS, C. Dental complications of head and neck radiotherapy: Part 2. **Australian Dental Journal**, v. 46, n. 3, p. 174-182, 2001.
- ARANEGA, A. M. et al. Qual a importância da Odontologia Hospitalar? **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 69, n. 1, p. 90, 2012.
- ARAÚJO, S. S. C. et al. Oral Health And Quality Of Life In Head And Neck Cancer Patients. **Revista Faculdade Odontologia Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 48, n. 1/3, p. 73-76, jan./dez.2007.
- ARAÚJO, R.J.G. et al. Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em unidades de tratamento intensivo. **Revista Brasileira Terapia Intensiva** v.21,n.1, p.3844, 2009.
- BEUMER III, J.; CURTIS, T.; HARRISON, R. E. Radiation therapy of the oral cavity: sequelae and management, part 1. **Head & neck surgery**, v. 1, n. 4, p. 301-312, 1979.
- BORAKS S. Diagnóstico Bucal. 2ª ed. São Paulo, SP: Editora Artes Médicas, p. 347-97,1999.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - DATA SUS. *Epidemiologia do Câncer no Brasil* Disponível em: <http://www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa2001/introducao.html>. 2001.
- CAMARGO E. C. Odontologia hospitalar é mais do que cirurgia buco-maxilo-facial. Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/elainecamargo/artelainecamargo98.html>
- CARDOSO M. F. A. et, al. Prevenção e controle das sequelas bucais em pacientes irradiados por tumores de cabeça e pescoço. **Radiologia Brasileira**, v. 38 107-115,2005.
- DE MOOR, R. Influence directe et indirecte de la médication (chimiothérapie y comprise) et de l'irradiation sur la pulpe. **Revue Belge De Medecine Dentaire**, v. 55, n. 4, p. 321-333, 2000.
- ESPÍNDOLA, A. S. et al. Avaliação do grau de sucesso e insucesso no tratamento endodôntico em dentes uni-radulares. **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 50, n. 3, 2002.
- FARIA, S. L. Radioterapia em oncologia. Rio de Janeiro, RJ: Medsi, 1146-57, 1999.

FREITAS, D. A. et al. Sequelas Bucais Da Radioterapia De Cabeça E Pescoço. **Revista CEFAC**, v. 13, n. 6, 2011.

GALINDO, M. P. L. et al. Clinical evaluation of dental and periodontal status in a group of oncological patients before chemotherapy. **Medicina Oral**, v. 17, p.21, 2006.

GODOI, A. P. T et al. Odontologia hospitalar no Brasil. Uma visão geral. *Rev Odontol UNESP*, v. 38, n. 2, p. 105-9, 2009.

GOMES, S. F. ESTEVES, M. C. L. Atuação do cirurgiãodontista na UTI: um novo paradigma. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 69, n. 1, p. 67, 2012.

GRIMALDI, N. et al. Conduta do cirurgião-dentista na prevenção e tratamento da osteorradionecrose: revisão de literatura. **Revista Brasileira Cancerologia**, v. 51, n. 4, p. 319-24, 2005.

GUERRA, . R., GALLO, C. V. M., MENDONÇA G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. The risk of cancer in Brazil: tendencies and recent epidemiologic studies. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2005; 51: 227-234.

HENSON, B. S. et al. Preserved salivary output and xerostomia-related quality of life in head and neck cancer patients receiving parotid-sparing radiotherapy. **Oral oncology**, v.37, n. 1, p. 84-93, 2001.

LIMA, A. A. S. et al. Radioterapia de neoplasias malignas na região da cabeça e pescoço- o que o cirurgião-dentista precisa saber. **Revista Odontociência**, v. 16, n. 33, p. 156-165, 2001.

LIMA, D. C. et al. The importance of oral health in the view of inpatients. **Ciência&SaúdeColetiva**, v. 16, p. 1173-1180, 2011.

LIZI, E. C. A case for a dental surgeon at regional radiotherapy centres. *Br Dent J*. 173 p. :24-6, 1992.

MACHADO, M; CORREIA, A; FALCÃO, L. M; RAVARA, L.P. Linfoma de Hodgkin- Conceitos actuais. **Medicina Interna**, v.11, 2004.

MAGALHÃES, M. G. Enfrentando o câncer bucal. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v. 53, p. 353-60, 1999.

MARTINS, A. C. M.; CAÇADOR, N. P.; GAETI, Walderez. Penteados. Complicações bucais da quimioterapia antineoplásica. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 24, p. 663-670, 2002.

PAIVA, M. D. E. B. et al. Complicações orais decorrentes da terapia antineoplásica. **Arquivos em Odontologia** V. 46 n. 1, 2010.

NEVILLE, B. *et al.*. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PARULEKAR, W. et al. Scoring oral mucositis. **Oral Oncology**, v. 34, n. 1, p. 63-71, 1998.

PELLOSO, L. A. F. et al. Cariótipo em leucemia mieloide aguda: importância e tipo de alteração em 30 pacientes ao diagnóstico. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 49, n. 2, p. 150-5, 2003.

PORTAL ONCOLÓGICA DO BRASIL - CENTRO AVANÇADO DE ENSINO, PESQUISA E TRATAMENTO DO CÂNCER. Onco-hematologia. Disponível em: <http://oncologicadobrasil.com.br/especialidade/onco-hematologia/>

QUELUZ, D. P.; PALUMBRO, A. Integração do odontólogo no serviço de saúde em uma equipe multidisciplinar. **Jornal de Assessoria e Prestação de Serviços ao Odontologista**, v. 3, n. 19, p. 40-6, 2000.

RABELO, G. D.; DE QUEIROZ, C. I.; DA SILVA SANTOS, P. S. Atendimento odontológico ao paciente em unidade de terapia intensiva. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 55, n. 2, p. 67-70, 2018.

RIBAS, M. O.; ARAÚJO, M. R.. Manifestações estomatológicas em pacientes portadores de leucemia. **Archives of Oral Research**, v. 1, n. 1, 2004.

ROBBINS, S. L. et al. Patologia Estrutural e Funcional. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

RODRIGUES, H. M.; FRANZI, J. A; DEDIVITIS, R. A. A radioterapia e suas implicações nos tratamentos endodônticos. **Revista Brasileira Cirurgia Cabeça Pescoço**, v. 35, n1, p. 57-60, 2006.

RODRIGUES, H. M.; FRANZI, J. A. Estudo da resposta pulpar em pacientes portadores de neoplasias malignas de cabeça e pescoço submetidos á radioterapia. **Revista Brasileira Cirurgia Cabeça Pescoço**, v. 36, p. 23-6, 2007.

ROSA, F.M.; HAMMERSCHMITT, T.; SOUZA, H. P. Utilização do laser de baixa potência na prevenção e terapêutica da mucosite oral. **Stomatós**, v. 11, n. 21, 2005.

SALVAJOLI JV, SILVA MLG. Radio-Oncologia. In: KOWALSKI LP. **Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em Oncologia**. São Paulo: Âmbito; 2002. p.86-91.

SANTOS, PAULO S.S.; SOARES JUNIOR, LUIZ A.V. **Medicina Bucal**. A prática na odontologia hospitalar. São Paulo, 2012.

SANTOS, F. C. Tratamento odontológico em pacientes com câncer: revisão sistemática. 2014.

São Paulo. Secretaria de Saúde. Manual de odontologia hospitalar. - São Paulo: Grupo Técnico de Odontologia Hospitalar (2012). Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/areas-tecnicas-da-sessp/saude-bucal/manualde-odontologia-hospitalar>.

SENA, C. M. et al. Protocolo de conduta para tratamento de pacientes portadores de câncer bucal que realizarão radioterapia. **Revista da Faculdade de Odontol.** Anápolis. Jan/Jul, v. 3, n. 1, p. 6266, 2001.

SILVA, G. C. et al. Diagnóstico laboratorial das leucemias mielóides agudas. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, RJ. Vol. 42, n. 2, p. 7784, 2006.

SONIS, S. T. Mucositis as a biological process: a new hypothesis for the development of chemotherapy-induced stomatotoxicity. **Oral Oncology**, v. 34, n. 1, p. 39-43, 1998.

SUMMA FILHO, F. Tratamento Endodôntico em Pacientes Submetidos à Radioterapia na Região de Cabeça e Pescoço: Apresentação de um Caso Clínico. [monografia] Piracicaba - SP: Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas. 2007.

SUNG, E. C. Dental management of patients undergoing chemotherapy. **Journal of the California Dental Association**, v. 23, n. 11, p. 55-59, 1995.

TANOMARU FILHO, M.; LEONARDO, M. R.; DA SILVA, L. A.B.. Effect of irrigating solution and calcium hydroxide root canal dressing on the repair of apical and periapical tissues of teeth with periapical lesion. **Journal of Endodontics**, v. 28, n. 4, p. 295-299, 2002.

TARTARI R. F. B., FM. N., CHA. Perfil Nutricional de Pacientes em Tratamento Quimioterápico em um Ambulatório Especializado em Quimioterapia. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2010; 56(1): 43-50.

TENCARTE, C. R. et al. Tratamento dos efeitos secundários da actinoterapia na esfera bucal: conduta do Centro de Oncologia Bucal. **Revista Brasileira Odontologia**, v. 54, n. 3, p. 146-8, 1997.

VIEIRA, D.. I. et al. Tratamento odontológico em pacientes oncológicos. **Oral Sciences**, p. 37-42, 2012.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Maísa Ricardi, graduanda do curso de Odontologia na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com orientação das Prof.^a Dr.^a Thais Mageste Duque e Prof.^a Dr.^a Alessandra Rodrigues de Camargo convido você a participar da pesquisa intitulada “Perfil epidemiológico dos pacientes que realizaram tratamento endodôntico no ambulatório de odontologia oncológica: Onco-hematologia”. O objetivo deste documento é dar a você informações suficientes sobre a pesquisa ao qual você está sendo convidado (a) a participar:

OBJETIVO DO ESTUDO

Este estudo tem por objetivo levantar o perfil epidemiológico dos pacientes que realizaram tratamento endodôntico no Projeto de Extensão “Ambulatório de Odontologia Hematológica – Onco-hematologia do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina e com isso, avaliar as melhores condutas que podem ser oferecidas para esses pacientes.”

JUSTIFICATIVA

A avaliação odontológica dos pacientes que estão sob terapia antineoplásica é de extrema importância. Esses pacientes necessitam de uma adequação do meio bucal para evitar que qualquer foco de infecção cause danos maiores a esses pacientes. Pouco se sabe sobre qual a melhor conduta a se tomar no caso de alteração pulpar nos pacientes oncológicos. Ainda há muito questionamento em relação ao momento ideal do atendimento, seja ele antes, durante ou após o tratamento antineoplásico. Dessa forma, este trabalho busca entender o perfil dos pacientes que já foram tratados no ambulatório do Hospital Universitário e assim, entender um pouco sobre a melhor conduta a ser realizada.

PROCEDIMENTOS

Serão avaliados os prontuários dos pacientes que realizaram tratamento endodôntico no HU/UFSC pela equipe de Onco-Hematologia no período entre 08/04/2014 e 08/06/2018. As informações coletadas nos prontuários serão: sexo, idade, cor da pele, tipo de doença de base e comorbidades, protocolo quimioterápico, uso de medicações, alterações do dente comprometido endodonticamente e informações sobre o tratamento que foi realizado. Os procedimentos incluídos no presente estudo incluem resgate de dados de prontuários, que são inócuos e não invasivos, não oferecendo riscos físicos aos pacientes participantes. Com relação aos riscos morais e intelectuais, pode haver quebra de sigilo pela busca de informações, contudo o mesmo será evitado pela utilização de um código de referência para cada prontuário analisado. Como benefício indireto, você ajudará na compreensão da importância do tratamento endodôntico na área de Onco-hematologia, possibilitando melhora na qualidade de vida dos pacientes. Além disso, ao final da pesquisa será possível entender melhor a importância das condutas endodônticas durante o tratamento antineoplásico.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

Sua participação neste estudo não é obrigatória e não haverá custos nem pagamentos pela participação. Uma vez que você decidiu participar do estudo, você pode retirar seu consentimento de participação a qualquer momento, sem que esta escolha lhe traga prejuízo ao tratamento odontológico planejado. Você não receberá punição ou prejuízo por essa escolha. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da lei. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

PERMISSÃO PARA REVISÃO DE REGISTROS, CONFIDENCIALIDADE E ACESSO AOS REGISTROS

Durante a realização deste estudo, o pesquisador responsável irá coletar informações sobre você, buscando as mesmas em seu prontuário. Todos esses dados serão analisados e mantidos em sigilo, sem que sua identidade seja identificada em nenhum momento. O(a) Sr(a) tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas.

CONTATO COM OS PESQUISADORES

Se você apresentar alguma dúvida em relação ao estudo, você deverá entrar em contato com as pesquisadoras do estudo Maisa Ricardi, pelo telefone (48) 988073757 ou e-mail: maisahricardi@hotmail.com, Thais Mageste Duque pelo telefone (19) 98183-1889 ou e-mail: thaismadu@hotmail.com e Alessandra Rodrigues de Camargo pelo telefone (48) 3721-9079 ou e-mail:alessandrarcamargo@gmail.com. Esta pesquisa atende a Resolução do CNS 466/2012 e conta com a aprovação do CEPESH/UFSC. Caso você apresente alguma dúvida ética, o contato com o Comitê de ética dessa Instituição pode ser realizado por meio do telefone (48) 37219206, e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br, ou endereço: Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis/SC. Horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira – 10:00 às 12:00h e 16:00 às 18:00h. Equipe da Secretaria: Angélica Puskás – Técnico Administrativo em Educação.

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

As pesquisadoras responsáveis por esta pesquisa, Prof.^a Dr.^a Thais Mageste Duque Munhoz e Prof.^a Dr.^a Alessandra Rodrigues de Camargo, prometem seguir a Resolução CNS no466/12 em todos os seus itens, destacando a garantia de indenização aos pacientes, por meio de suporte clínico odontológico para eventuais danos decorrentes da pesquisa, bem como a isenção de custos dos mesmos com tratamentos odontológicos realizados para promoção de saúde bucal.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO PACIENTE

Estou ciente que me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências durante e depois da minha participação. Declaro ter sido informado e estar devidamente esclarecido sobre os objetivos deste estudo a que opto em participar. Recebi garantias de total sigilo e de obter novos esclarecimentos sempre que desejar. O presente documento visa assegurar seus direitos e deveres como participante da pesquisa. É elaborado em duas vias e será assinado por nós ao final e rubricado nas demais folhas, uma que deverá ficar com o(a) Sr(a) e outra conosco com sua assinatura consentindo a sua participação. Desta forma, concordo em participar voluntariamente deste estudo e sei que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou perda de qualquer benefício.

Florianópolis ____ / ____ / ____

Assinatura da pesquisadora: Maisa Ricardi

Assinatura da Pesquisadora: Thais Mageste Duque

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecimento pelos pesquisadores sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante: _____

Data: ____ / ____ / ____

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do responsável)

ANEXO A – ATA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA
DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE ODONTOLOGIA**

ATA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos 21 dias do mês de maio de 2019, às 14:30 horas, em sessão pública no Auditório do Centro de Ciências da Saúde desta Universidade, na presença da Banca Examinadora presidida pela Professora Thais Mageste Duque e pelos examinadores:

- 1 – Lucas Garcia,
- 2 – Luísa Barin,

A aluna Maisa Ricardi apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação intitulado: Perfil epidemiológico dos pacientes que realizaram tratamento endodôntico no Ambulatório de Odontologia Oncológica: Onco-hematologia como requisito curricular indispensável à aprovação na Disciplina de Defesa do TCC e a integralização do Curso de Graduação em Odontologia. A Banca Examinadora, após reunião em sessão reservada, deliberou e decidiu pela Aprovação do referido Trabalho de Conclusão do Curso, divulgando o resultado formalmente ao aluno e aos demais presentes, e eu, na qualidade de presidente da Banca, lavrei a presente ata que será assinada por mim, pelos demais componentes da Banca Examinadora e pelo aluno orientando.

Thais M. Duque

Presidente da Banca Examinadora: Thais Mageste Duque

Lucas da Fonseca Roberti Garcia

Examinador 1: Lucas da Fonseca Roberti Garcia

Luísa Barin

Examinador 2: Luísa Barin

Maisa Ricardi

Aluna: Maisa Ricardi

ANEXO A – PARECER DE CONSUBSTÂNCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil epidemiológico dos pacientes que realizaram tratamento endodôntico no ambulatório de odontologia oncológica: onco-hematologia

Pesquisador: Thais Mageste Duque

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 87545418.2.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.651.311

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa vinculada ao trabalho de conclusão de curso de graduação em odontologia que pretende realizar um estudo prospectivo descritivo transversal e o objetivo desse estudo é avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes que realizaram tratamento endodôntico no Projeto de Extensão "Ambulatório de Odontologia Hematológica - Onco-hematologia" do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina no período de 2014 ao primeiro semestre de 2018.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo desse estudo é avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes que realizaram tratamento endodôntico no Projeto de Extensão "Ambulatório de Odontologia Hematológica - Onco-hematologia" do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina no período de 2014 ao primeiro semestre de 2018, e com isso, avaliar as melhores condutas que podem ser oferecidas para esses pacientes no período pré, trans e pós terapia antineoplásica.

Objetivo Secundário:

- 1) Descrever, nos pacientes que realizaram tratamento endodôntico, dados referentes a idade, sexo e cor da pele;
- 2) Identificar, nos pacientes que realizaram tratamento endodôntico, dados clínicos referentes ao

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401	
Bairro: Trindade	CEP: 88.040-400
UF: SC	Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094	E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.651.311

- dente a ser tratado como tipo de dente, sinais e sintomas clínicos e aspectos radiográficos;
- 3) Conhecer o período em que os pacientes realizaram o tratamento endodôntico (antes, durante ou após o tratamento quimioterápico);
 - 4) Identificar, nos pacientes que realizaram tratamento endodôntico, qual é a doença de base desses pacientes antes, durante e após o tratamento endodôntico;
 - 5) Entender a importância do correto diagnóstico e tratamento endodôntico nos pacientes onco-hematológicos;
 - 6) Entender o papel do Endodontista dentro de um serviço ambulatorial onco-hematológico.
 - 7) Evidenciar a demanda de tratamento endodôntico existente nesse serviço prestado pela equipe de Odontologia no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os procedimentos incluídos no presente estudo incluem resgate de dados de prontuários, que são inócuos e não invasivos, não oferecendo riscos físicos aos pacientes participantes. Com relação aos riscos morais e intelectuais, pode haver quebra de sigilo pela busca de informações, contudo o mesmo será evitado pela utilização de um código de referência para cada prontuário analisado.

Benefícios:

Como benefício indireto, você ajudará na compreensão da importância do tratamento endodôntico na área de onco-hematologia, possibilitando melhora na qualidade de vida dos pacientes. Além disso, ao final da pesquisa será possível entender melhor a importância das condutas endodônticas durante o tratamento antineoplásico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa encontra-se teoricamente fundamentada, tem relevância teórica. Apresenta a documentação para a tramitação TCLE de acordo com a Resolução 466/2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE apresentado atende as orientações contida na Resolução 466/2012.

Recomendações:

não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclusão: aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Têndade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 2.651.311

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1102843.pdf	12/04/2018 13:51:00		Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	12/04/2018 13:48:59	Thais Mageste Duque	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HU.pdf	12/04/2018 13:46:57	Thais Mageste Duque	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	InstituicaoHU.pdf	12/04/2018 13:46:11	Thais Mageste Duque	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Instituicao.pdf	12/04/2018 13:44:31	Thais Mageste Duque	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/03/2018 00:18:24	Thais Mageste Duque	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	30/03/2018 00:17:25	Thais Mageste Duque	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 11 de Maio de 2018

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** oep.propesq@contato.ufsc.br