



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

PALOMA BIANCA OLIVEIRA DE PAULA

**AVALIAÇÃO DE CÁRIE E DOENÇA PERIODONTAL DOS  
PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE HEMATOLOGIA DO  
HU-UEL**

---

Londrina – PR

2015

PALOMA BIANCA OLIVEIRA DE PAULA

**AVALIAÇÃO DE CÁRIE E DOENÇA PERIODONTAL DOS  
PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE HEMATOLOGIA DO  
HU-UEL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do diploma de graduação em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr, Fabio Augusto Ito

Londrina – PR

2015

PALOMA BIANCA OLIVEIRA DE PAULA

**AVALIAÇÃO DE CÁRIE E DOENÇA PERIODONTAL DOS  
PACIENTES DO AMBULATÓRIO DO HU-UEL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do diploma de graduação em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr, Fabio Augusto Ito.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof. Dr. Fabio Augusto Ito  
Universidade Estadual de Londrina

---

Banca: Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Evelise Ono  
Universidade Estadual de Londrina

Universidade Estadual de Londrina

Londrina, 26 de novembro de 2015.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por me guiar em meio as dificuldades, por firmar meus pés em um caminho seguro e por todas as maravilhas alcançadas.

Aos meus pais, José Carlos e Máisa Miriam, pelos princípios que ensinaram, pelo amor incondicional e por toda força, coragem, e ensinamentos que vou levar para o resto da vida.

Ao meu irmão, Gustavo, pelo exemplo, pela parceria e cumplicidade e que apesar da distância está sempre cuidando para que a família esteja unida.

À minha querida amiga Isabella, pela amizade e companheirismo, por dividir momentos tão especiais e únicos durante a faculdade, por saber que posso contar sempre nas horas difíceis e cuja ajuda foi fundamental na realização deste trabalho.

À minha dupla de clínica Paula, pela força e carinho. Obrigada por fazer parte da minha vida.

A todos aqueles amigos que sempre estiveram ao meu lado, nos momentos de risadas e tristezas, de conversas e silêncio, de festas e estudos e erros e acertos, em especial Fernanda, Greissy, Juliane, Kalynka, Thaynara e Viviane.

Agradeço ao meu namorado, amigo e companheiro Bruno pelas incontáveis vezes que me ofereceu seu ombro para eu rir, chorar ou simplesmente descansar. Foi meu porto seguro nesta etapa da minha vida.

Aos pacientes que participaram do trabalho, por permitirem a realização do mesmo.

À Universidade Estadual de Londrina, instituição pela qual tenho um enorme carinho, por todos os ensinamentos que recebi.

Ao meu orientador Professor Dr. Fabio Augusto Ito, por dividir sua sabedoria e sua experiência, pelo entusiasmo e principalmente pela paciência.

A vocês o meu carinho e admiração.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

**Charles Chaplin**

PAULA, P.B.O. **Avaliação de cárie e doença periodontal dos pacientes do ambulatório de hematologia do HU-UEL.** 2015. 50 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção de diploma de graduação. Londrina, 2015.

### **RESUMO**

Pacientes com desordens hematológicas estão cada vez mais a procura por tratamento odontológico. Esses pacientes possuem falta ou deficiência na coagulação sanguínea e requerem atenção especial, porém, devido a pouca ocorrência destas doenças, a maioria dos Cirurgiões Dentistas sentem-se inseguros em lidar com os problemas odontológicos desta população. Objetivo: Avaliar a condição de saúde bucal de pacientes com desordens hematológicas atendidos no ambulatório de hematologia do HU-UEL. Materiais e métodos: A amostra estudada foi composta por 44 pacientes com doenças hematológicas com idade a partir de 11 anos e que frequentavam o ambulatório de hematologia, sendo dividida em dois grupos: O grupo que realizava terapia com anticoagulante oral (GA) e o que não utilizava anticoagulante oral (GSA). Foram avaliados o Registro Periodontal Simplificado (PSR), a perda óssea alveolar, a profundidade de sondagem e o índice CPO-D,. Resultados: Com relação ao índice PSR, 57,1% dos pacientes foram classificados como código 1 ou 2 e 42,9% como código 3 ou 4. Não houve diferença do índice PSR entre os pacientes que faziam terapia com anticoagulantes e os que não faziam. Dos 22 pacientes que foram avaliados quanto a perda óssea alveolar, 50% tinham perda óssea localizada, 50% generalizada e não houve diferença entre os grupos. Com relação a classificação da doença periodontal, 48% dos pacientes foram diagnosticados com periodontite moderada, 25,71% com periodontite leve e 25,71% com severa. Não houve diferença entre os pacientes que faziam terapia com anticoagulantes e os que não faziam. A maioria dos pacientes (93,2%) apresentava índice CPO-D alto ou muito alto, entretanto, não houve diferença entre os grupos. Conclusões: A grande maioria dos pacientes do ambulatório de hematologia apresentam altos índices de cárie e de doença periodontal, entretanto, não houve diferença desses índices entre os pacientes que faziam ou não terapia com anticoagulantes.

**Palavras-chave:** Patologia Bucal, Epidemiologia, Diagnóstico.

PAULA, P.B.O **Caries and periodontal disease evaluation of patients of HU-UEL.** 2015. 50 pages. Completion of course work submitted to the School of Dentistry, State University of Londrina, as a partial requirement for obtaining a bachelor's degree. Londrina, 2015.

### **ABSTRACT**

Patients with hematologic disorders are increasingly looking for dental treatment. These patients have a lack or deficiency in blood clotting and require special attention; however, due to low occurrence of these diseases, most of Dental Surgeons feel insecure in dealing with dental problems of this population. Objective: To evaluate the oral health status of patients with hematological disorders treated at the hematology clinic at the HU-UEL. Methods: The sample was composed of patients with hematological diseases aged from 11 years and attending the hematology clinic, being divided into two groups: The group that used oral anticoagulant therapy (GA) and what did not use oral anticoagulant (GSA). Were evaluated the Orobinding Depth, the Periodontal Screening and Recording (PSR), Alveolar Bone Loss and the DMFT index,. Results: Regarding the PSR index, 57.1% of patients were classified as code 1 or 2 and 42.9% as code 3 or 4. There was no difference in the PSR among patients who were anticoagulant therapy and those who did not. Of the 22 patients who were evaluated for alveolar bone loss, 50% had localized bone loss, 50% generalized and there was no difference between groups. Regarding the classification of periodontal disease, 48% of patients were diagnosed with moderate periodontitis, 25.71% with mild and 25.71% with severe periodontitis. There was no difference between periodontal disease among patients who were anticoagulant therapy and those who did not. Most patients (93.2%) had high DMFT index or too high, however, there was no difference between groups. Conclusions: The vast majority of hematology clinic patients have high rates of caries and periodontal disease, however, there was no difference in these indices between patients who did or did not anticoagulant therapy.

**Key words:** Pathology Oral, Epidemiology, Diagnosis.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Régua.....	21
Figura 2- PSR .....	26
Figura 3- Classificação da perda óssea.....	27
Figura 4- Classificação da doença periodontal. ....	28
Figura 5-Classificação do índice CPO-D .....	29

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Idade, gênero e raça. ....	23
Tabela 2- Hábitos .....	24
Tabela 3- Condições de higiene em portadores de distúrbios sanguíneos. ....	25
Tabela 4- PSR.....	26
Tabela 5- Classificação da perda óssea. ....	27
Tabela 6- Classificação da doença periodontal.....	28
Tabela 7- Classificação do CPO-D.....	29

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

GSA	Grupo de pacientes que não tomam anticoagulante
GA	Grupo de pacientes que tomam anticoagulante
HU	Hospital Universitário
UEL	Universidade Estadual de Londrina

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	12
2 .OBJETIVOS .....	18
2.1 Objetivo Geral: .....	18
2.2 Objetivos específicos: .....	18
3. METODOLOGIA.....	19
4.RESULTADOS .....	23
5. DISCUSSÃO .....	30
6. CONCLUSÕES .....	35
7.REFERÊNCIAS .....	36
APÊNDICES.....	41
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	41
APÊNDICE B–Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(Menores de 18 anos).....	43
APÊNDICE C – Questionário. ....	45
ANEXO.....	50
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética .....	50

## 1. INTRODUÇÃO

Os distúrbios hemorrágicos são anormalidades de qualquer elemento do sistema hemostático que produzem uma tendência aumentada ao sangramento. A fisiopatologia dessas alterações está relacionada com as plaquetas e com a cascata de coagulação. (POLIDORO et al., 2014)

A hemostasia é um mecanismo de defesa que protege a integridade vascular, evita a perda de sangue, e mantém a sua fluidez em todo o sistema circulatório (CERVERÓ A. et al., 2007). Quando um vaso sanguíneo é danificado, a ruptura do revestimento endotelial expõe proteínas do sangue para dentro do tecido subendotelial; esta por sua vez, aciona três mecanismos diferentes: vasoconstrição, formação do tampão plaquetário e produção de fibrina (CAPP et al., 2001; DANIEL et al., 2002; ISRAELS et al., 2006; CERVERÓ A. et al., 2007; ROMNEY et al., 2009; )

Segundo dados do Ministério da Saúde havia no Brasil em 2005 aproximadamente 9.000 portadores de coagulopatias congênitas (BRASIL, 2005), atualmente o registro é de mais de 15.000 pessoas com distúrbios hemorrágicos, sendo pelo menos 8.800 hemofílicos A, 1.700 hemofílicos B e os demais são portadores de outras coagulopatias.

Pacientes com desordens hematológicas estão cada vez mais à procura por tratamento odontológico, tornando o atendimento destes um desafio para os profissionais de saúde bucal. Esses pacientes possuem falta ou deficiência na coagulação sanguínea e requerem atenção especial, porém, devido a pouca ocorrência destas doenças, a maioria dos Cirurgiões Dentistas sentem-se inseguros em lidar com os problemas odontológicos desta população (ZIEBOLZ et al., 2011; MARQUES et al., 2010; ROMNEY et al., 2009).

Muitos procedimentos odontológicos estão associados com sangramento pós-operatório, o que, na maioria dos casos, é auto-limitado e não problemático. No entanto, um segmento pequeno, mas significativo da população tem um risco aumentado de hemorragia devido a distúrbios hemorrágicos hereditários ou adquiridos, em que procedimentos invasivos, mesmo relativamente menores podem precipitar um episódio de sangramento prolongado. Levando em consideração a grande vascularização da cavidade bucal e a execução de procedimentos que podem desencadear sangramentos, é de extrema importância que os cirurgiões

dentistas tenham conhecimento sobre distúrbios hematológicos e os problemas que tratamentos odontológicos mal conduzidos podem desencadear nos pacientes portadores dessas alterações (ISRAELS et al., 2006; EVANGELISTA et al., 2013).

As desordens sanguíneas podem ser classificadas como distúrbios da coagulação congênitos (Von Willebrand e Hemofilias) e adquiridos (doença hepática, uso de anticoagulantes como a varfarina e por coagulação vascular disseminada), distúrbios da parede dos vasos sanguíneos, distúrbios plaquetários congênitos e adquiridos e desordens fibrinolíticas (GUPTA; EPSTEIN; CABAY, 2007; PATTON et al., 2003).

A doença de Von Willebrand é a doença hemorrágica hereditária mais comum. Ela afeta até 2% da população, porém, a sua verdadeira incidência é desconhecida, já que as formas leves passam despercebidas. . A doença ocorre com mais frequência em mulheres; a sua forma mais grave tem uma incidência menor. (CHEN et al., 2011; ZIEBOLZ et al., 2011; FACENDA et al., 2013). Ela ocorre em razão da mutação no cromossomo 12 e é caracterizada por deficiência qualitativa ou quantitativa do fator de Von Willebrand, com prejuízo na formação do fator de Von Willebrand (FvW), além de ser acompanhada por diminuição dos níveis do fator VIII coagulante (F VIII:C)(FACENDA et al., 2013) A deficiência deste fator resultará em defeito na formação do tampão plaquetário e na formação de fibrina (CHEN et al., 2011; MARQUES et al., 2010; CERVERÓ et al.,2007; GÓMEZ-MORENO et al., 2005; ISRAELS et al., 2006; ZIV; RAGNE, 2004; SCHARDT-SACCO et al., 2000). A diversidade de mutações leva ao aparecimento das mais variadas manifestações clínicas, possibilitando a divisão dos pacientes em vários tipos e subtipos clínicos. O indivíduo pode apresentar sangramentos de leve à moderada intensidade, acompanhado de hematomas, sangramentos menstruais prolongados, sangramentos nasais, após pequenos cortes, extração dentária ou cirurgias em geral. (CHEN et al., 2011; MARQUES et al., 2010; ISRAELS et al., 2006; FACENDA et al., 2013).

Pequenas hemorragias, tais como pequenos hematomas ou uma breve epistaxe, não requerem tratamento específico. Em eventos hemorrágicos mais severos, podem ser utilizados medicamentos capazes de elevar os níveis do fator vW e, assim, limitar o sangramento. Atualmente, a desmopressina é o principal fármaco empregado para pacientes com DvW leve. Os concentrados do fator FVIII

são indicados para tratar todas as formas hereditárias da doença de vW inclusive as formas mais severas. (MARQUES et al., 2010).

Outra doença hematológica congênita é a hemofilia, que compreende um grupo de doenças hereditárias causadas pela deficiência de um ou mais fatores de coagulação, que levam a sangramentos excessivos, podendo ser fatal (SHASTRY et al., 2014). A doença, causada pela deficiência do gene que modifica a habilidade do organismo para produzir fatores suficientes que gerem a coagulação, afeta, aproximadamente, em uma a cada dez mil pessoas e afeta principalmente indivíduos do gênero masculino. (MARQUES et al., 2010; EVANGELISTA et al., 2013).

A hemofilia é dividida em hemofilia A (deficiência do fator VIII), hemofilia B ou doença de Christmas (deficiência do fator IX), e hemofilia C ou síndrome de Rosenthal (deficiência do fator XI). Existe ainda a hemofilia adquirida. O tipo A (também conhecida como hemofilia clássica) é mais comum representando 80-85% do total de hemofilia (HITCHINGS et al., 2011; ZIEBOLZ et al., 2011; MARQUES et al., 2010; EVANGELISTA et al., 2013; SHASTRY et al., 2014).

O uso de medicamentos anticoagulantes para morbidade e mortalidade por doença vascular pode desencadear também deficiências na hemostasia (LOCKHART et al., 2003).

O ácido acetilsalicílico (AAS) é um destes medicamentos, ele pertence ao grupo dos anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) – O AAS tem como um dos seus efeitos inibir essa agregação das plaquetas, tornando o processo inicial da coagulação mais difícil de ocorrer, por isso seu uso contínuo aumenta o risco de hemorragia pós-operatória porque faz com que aumente o tempo de sangramento. A Ticlopidina e o Clopidogreu utilizados na prevenção secundária de doenças tromboembólicas em pacientes resistentes ou intolerantes ao AAS também ocasionam um aumento significativo da hemorragia pós-operatória em pacientes que tenham sido submetidos a cirurgias cardiovasculares (DANIEL et al., 2002).

A Varfarina, derivado cumarínico, é um medicamento amplamente utilizado na profilaxia e no tratamento de distúrbios tromboembólicos. Destaca-se como fármaco de alto risco devido ao índice terapêutico estreito, ampla variabilidade dose-reposta e potencial de Interações medicamentosas. A varfarina é um anticoagulante

eficaz quando administrado adequadamente, porém seu uso requer um acompanhamento sistemático do paciente. (KIM et al., 2009, WYSOWSKI ; NOURJAH; SWARTZ, 2007; NUTESCU et al., 2011; MENEZES et al., 2014).Atualmente é o anticoagulante mais prescrito no mundo (DALPIAZ et al., 2014).

Os pacientes em terapia anticoagulante de longo prazo estão em maior risco de sangramento diante de procedimentos cirúrgico ou trauma. O risco de hemorragia é relativo à intensidade da anticoagulação (ISRAELS et al., 2006;)

A heparina é um anticoagulante amplamente utilizado no ambiente hospitalar. Pode ser encontrada sob duas formas: heparina não-fracionada e de baixo peso molecular. (LOCKHART et.al., 2003; PAVANELLI et al., 2011). Ela é um polissacarídeo ácido que pertence à família dos glicosaminoglicanos utilizada há mais de 50 anos como fármaco anticoagulante que resulta da ligação dela com um inibidor da serino protease, a antitrombina (AT). Tal ligação acarreta alteração conformacional na molécula de AT resultando no aumento da inibição da trombina (fator IIa) e de outras serino proteases envolvidas na cascata da coagulação sanguínea. Como a trombina estimula a conversão de fibrinogênio em fibrina, estando inibida, conseqüentemente, gera diminuição na formação de fibrina.( PAVANELLI et al., 2011). A heparina não fracionada (HNF) é derivada da mistura heterogênea de diversas espécies de heparina de pesos moleculares variando de 3.000 a 30.000 daltons (Da) e, também, é o tipo de heparina utilizada atualmente no âmbito hospitalar. A heparina de baixo peso molecular (HBPM) é utilizada em pacientes não hospitalizados com risco de trombose endovenosa. Exercem seus fatores anticoagulantes especialmente no fator Xa, é aplicada por via subcutânea uma a duas vezes ao dia em dose baseada no peso corporal. Quando o uso deste medicamento é de tempo prolongado deve-se fazer teste laboratorial para monitoramento como o teste anti-Xa e o TTPA (ISRAELS, 2006; LOCKHART, 2003).

Algumas doenças sistêmicas, como a disfunção hepática e renal, podem predispor coagulopatias adquiridas através de diferentes mecanismos, pois o fígado sintetiza a maior parte dos fatores coagulação e é a fonte necessária para os fatores vitamina K-dependentes. Além disso, a insuficiência renal crônica causa um esgotamento dos sítios receptores para fibronectina e fator de von Willebrand, que

são necessários para a hemostasia (CERVERÓ et al., 2007; LOCKHART et al., 2003).

Conhecer as necessidades do paciente para o correto atendimento é primordial. Anamnese minuciosa do paciente auxilia especialmente em casos nos quais um procedimento invasivo é planejado, pois os distúrbios hemorrágicos podem dificultar a realização do tratamento (GUPTA; EPSTEIN; CABAY, 2007).

Distúrbios hematológicos desafiam as habilidades de especialistas dentais, induzindo o sangramento durante o tratamento, o que pode ser fatal em alguns casos. A alta incidência de problemas dentários nesses indivíduos dificulta a sua gestão dental, tanto emocional quanto psicologicamente. Mas, com a devida atenção e precauções, o tratamento para essas pessoas pode ser possível. (ISRAELS et al., 2006; SHASTRY et al., 2014).

Muitos cirurgiões-dentistas desconhecem os cuidados necessários durante o tratamento odontológico em pacientes com desordens sanguíneas, procedimentos profiláticos, restauradores e cirúrgicos desses pacientes são mais bem realizados quando há o conhecimento sobre a doença, as complicações e as opções de tratamento associadas a estas circunstâncias, evitando assim, que o paciente vá a óbito. (MARQUES et al., 2010; ROMNEY et al., 2009).

A elevada incidência de problemas dentários em pacientes com distúrbios hematológicos é provavelmente causada pelo medo e apreensão não só por parte dos pacientes, mas também pelos dentistas que têm medo de induzir hemorragia durante o tratamento, o que pode ser fatal em alguns casos. Com o devido cuidado e planejamento de cada caso não existe um tratamento dentário que não pode ser realizada em tais pacientes (DUDEJA et al., 2014).

Os pacientes com coagulopatias podem negligenciar sua saúde bucal devido ao medo de sangrar durante a escovação dental e o uso do fio dental. Tal negligência pode aumentar o risco de gengivite, periodontite e cárie (GUPTA; EPSTEIN; CABAY, 2007).

A deficiência na higiene oral aliada à carência de atenção odontológica adequada pode agravar a situação de saúde bucal destes pacientes, resultando em necessidade de tratamento endodôntico ou até mesmo a perda do dente. Sempre que possível, em portadores de desordens hematológicas, o tratamento endodôntico é preferível em relação às exodontias, porque geralmente não apresenta risco

significativo de sangramento, podendo ser realizado rotineiramente (GUPTA; EPSTEIN; CABAY, 2007).

## **2 .OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral:**

Esse trabalho tem como objetivo avaliar a saúde bucal de pacientes com coagulopatias atendidos no ambulatório de hematologia do Hospital Universitário de Londrina – UEL.

### **2.2 Objetivos específicos:**

- Avaliar o Registro Periodontal Simplificado (PSR);
- Avaliar a Perda óssea alveolar;
- Avaliar a Profundidade de Sondagem
- Avaliar o Índice CPO-D;

### 3. METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada com pacientes que frequentavam o ambulatório de hematologia para tratamento e acompanhamento de coagulopatias. A primeira etapa da pesquisa foi realizada com um grupo de 58 pacientes que concordaram em participar do estudo. Durante a realização da segunda etapa permaneceram apenas 44 participantes, sendo 14 pacientes descartados da amostra por não aceitarem continuar com a pesquisa ou não comparecerem às avaliações.

O presente estudo foi composto por 44 pacientes com doenças hematológicas, em controle ambulatorial no Hospital Universitário de Londrina-PR (HU-UEL), no período entre julho e dezembro de 2012. O consentimento de cada participante foi obtido através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices A e B), conforme regulamenta a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina - Paraná – Brasil, aprovou o estudo mediante o parecer nº 060/2012 (Anexo A).

Esta pesquisa caracteriza-se como estudo descritivo, transversal, observacional, que comparou a prevalência e severidade da doença periodontal e índice de cárie entre dois grupos: 29 Pacientes que fazem uso de anticoagulantes orais (GA), neste caso, o ácido acetilsalicílico (AAS) e varfarina e 15 pacientes que não fazem uso de anticoagulantes orais (GSA). Os pacientes de ambos os grupos apresentavam algum tipo de doença hematológica congênita ou adquirida. Os critérios de inclusão para o grupo GA foi fazer uso de anticoagulante oral, apresentar idade maior ou igual a 7 anos e frequentar o ambulatório de hematologia. Os pacientes do grupo GSA apresentaram os mesmos critérios de inclusão, porém estes não faziam uso de anticoagulante oral.

Para a coleta dos dados clínicos somente um examinador (cirurgião-dentista), realizou a anamnese e exame físico desses pacientes. A avaliação foi realizada em duas etapas: na primeira etapa, anamnese e fotografias intrabucais; e na segunda etapa, o exame físico e radiografia periapical. Foi elaborado um questionário com dados demográficos, história médica, história odontológica, inspeção intra e extrabucal, avaliação periodontal e avaliação da higiene oral (Apêndice C).

A avaliação da condição periodontal foi realizada utilizando-se três critérios: o índice PSR (Periodontal Screening and Recording), desenvolvido pela American Dental Association juntamente com a American Academy of Periodontology em 1992, profundidade de sondagem e avaliação da perda óssea em radiografias. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997; SCHEI et al., 1999).

O exame periodontal foi realizado com uma sonda Hu-Fried percorrendo-se o sulco gengival com a mesma em uma posição paralela ao longo eixo dos dentes, sondando seis pontos ao redor de todos os dentes (mésiovestibular, vestibular, disto-vestibular, disto-palatino/lingual, palatino/lingual, mésiopalatino/lingual). Em pacientes acima de 10 anos de idade foram sondados todos os elementos dentários presentes, e em pacientes com idade entre 7 a 10 anos, assim como em pacientes portadores de doenças hematológicas severas, foi realizada a sondagem de dentes referência (16, 11, 26, 36, 31 e 46).

Para a avaliação do índice PSR a arcada dentária dos pacientes foi dividida em seis sextantes (17-14; 13-23; 24-27; 37-34; 33-43 e 44-47), sendo o maior escore encontrado anotado em ficha individual conforme os códigos abaixo:

- código 0 - ausência de sangramento/faixa colorida totalmente visível;
- código 1 - sangramento à sondagem/faixa colorida totalmente visível;
- código 2 - presença de cálculo e/ou fatores retentivos de placa/faixa colorida totalmente visível;
- código 3 - faixa colorida parcialmente visível, representando bolsas periodontais entre 4 e 5 mm;
- código 4 - faixa colorida não mais visível, representando bolsas periodontais >6mm;
- código \* - juntamente com os outros códigos, se houver anormalidades clínicas, como envolvimento de furca, mobilidade, problemas mucogengivais e recessão gengival acima de 3,5mm (AMERICAN DENTAL ASSOCIATION AND THE AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY, 1992).

Para avaliar a perda óssea, foram tiradas radiografias periapicais de todas as arcadas de cada paciente e nelas a altura óssea foi medida em porcentagem da altura máxima de osso. A porcentagem de perda óssea alveolar das superfícies mesial e distal de cada dente da amostra foi analisada nas radiografias. Considerou-se a proporção perda óssea/comprimento da raiz, com base nos trabalhos de Schei

et al. Foram usadas como referência as imagens da junção esmaltecimento (JEC), da crista óssea alveolar (COA) e do ápice dentário (A).

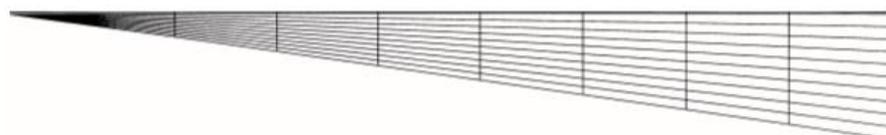
Seguem-se algumas considerações que foram levadas em conta sobre esses pontos de referência:

- a) junção esmalte-cimento: Não foi incluída a superfície proximal em que a junção esmalte-cimento mostrou-se difícil de ser visualizada por causa da presença de cárie, restaurações, próteses ou ainda quando havia sobreposição das imagens dentárias;
- b) ápice dentário: dentes que foram submetidos à apicetomia ou que apresentavam reabsorção radicular no terço apical foram excluídos do estudo;
- c) crista óssea alveolar: considerou-se sempre o ponto mais coronário ao longo da superfície proximal na qual o espaço do ligamento periodontal apresentava sua largura normal, de acordo com Papapanou & Wennström.

Três examinadores calibrados, com concordância nos resultados, realizaram as medidas da perda óssea e após a medida foi feita uma média dos resultados dos três examinadores e colocados em uma planilha no Excel.

Para realizar as medidas de perdas ósseas foi desenvolvido um equipamento especial: uma régua plástica transparente. Nessa régua uma linha foi feita a partir de 1mm da margem correspondente a distância normal da JEC à crista alveolar. Perto do final o ponto da linha base foi escolhido como centro e a partir deste centro foram feitas 10 linhas com exatamente a mesma distância entre cada uma delas. A linha base também formou a primeira linha.

**Figura 1-** Régua



Durante mensuração a régua foi posicionada sobre as radiografias de tal maneira que a margem da régua cobrisse a junção cimento-esmalte. A régua foi movimentada até a última linha cobrindo o ápice. Através da transparência da régua a crista alveolar pôde ser vista sob uma das linhas ou entre duas delas, dessa

forma, foi possível avaliar a altura do osso. A crista alveolar foi considerada o ponto em que o espaço da membrana periodontal foi considerado normal ou aproximadamente normal, entretanto em muitos casos um ponto definitivo não pôde ser encontrado, por isso não foi feita mensuração.

A mensuração foi feita em um ambiente com boa iluminação e com auxílio de negastoscópio e algumas vezes lupa. Foi considerado perda de inserção acima de 10% da régua. Após a coleta de todos esses dados foi feita uma planilha no Excel com todas as porcentagens de perda óssea e foi feita uma classificação entre (segundo Carranza): periodontite localizada: <30% dos sítios envolvidos e generalizada: >30% dos sítios envolvidos.

Para o registro das medidas de profundidade de sondagem e nível de inserção clínica, foi adotada a classificação internacional de doenças periodontais:

- Periodontite leve (1-2 mm de perda de inserção clínica);
- Periodontite moderada (3-4 mm de perda de inserção clínica);
- Periodontite severa (> 5 mm de perda de inserção clínica) (ANNALS OF PERIODONTOLOGY, 1999; TRENTIN et al.,2007).

A prevalência de cárie foi identificada por meio do índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) e classificada segundo seu grau de severidade, em muito baixo (0,0 a 1,1), baixo (1,2 a 2,6), médio (2,7 a 4,4), alto (4,5 a 6,5) e muito alto (> ou = a 6,6) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997).

Todos os dados foram agrupados em planilhas. Para tal, empregou-se o programa de computador Excel, os dados com distribuição paramétrica foram expressos em média e desvio-padrão. A análise de frequência com dados categóricos foi avaliada com teste de Qui quadrado e teste Exato de Fisher. Valor de  $P=0,05$ . O programa estatístico utilizado foi o IBM SPSS Statistics para windows v 20.0.

#### 4.RESULTADOS

O grupo GA foi composto por 29 pacientes com idade entre 11 e 67 anos e a média de idade de 43 anos  $\pm$  17 anos, sendo a maioria do gênero feminino (62,07%) e leucoderma (48,27%). O grupo GSA foi composto por 15 pacientes com idade entre 14 e 58 anos e a média de idade de 29,47 anos  $\pm$  15 anos, a maioria do gênero masculino (53,33%) e leucoderma (60,00%). Com relação ao gênero e etnia houve distribuição homogênea entre os grupos ( $P=0,255$  e  $P=0,593$  respectivamente) o que também ocorreu com a média de idade dos pacientes ( $P = 0,092$ ). (Tabela 1)

**Tabela 1** - Idade, gênero e raça.

Variável	Categoria	N	Grupos		P	
			GA	GSA		
Idade	<18 anos	2	6,90	4	26,67	0,092
	>40 anos	27	93,10	11	73,33	
Gênero	Feminino	18	62,07	7	46,67	0,255
	Masculino	11	37,93	8	53,33	
Etnia	Leucoderma	14	48,27	9	60,00	0,593
	Melanoderma	10	34,48	6	40,00	
	N/F*	5	17,24	0	0,00	

Fonte: dados da pesquisa. \*N/F: Não Fornecido. **GA**: grupo que toma anticoagulante e **GSA**: grupo que não toma anticoagulante.

Avaliando a presença de hábitos nesses pacientes foi possível verificar que no grupo GSA apenas 3,45% dos voluntários relataram consumir álcool diariamente e fumar, a maioria (41,38%) relatou escovar os dentes 2 vezes por dia e 48,28% relatou fazer uso regular do fio dental. No grupo GA 6,67% dos pacientes relataram consumir álcool e fumar e 66,67% relatou escovar os dentes 2 vezes ao dia e 60,00% diz fazer uso regular do fio dental.(Tabela 2).

**Tabela 2- Hábitos**

Variável	Categoria	N	Grupos		P	
			GA	GSA		
Consumo de álcool	Não	28	96,55	14	93,33	0.571
	Sim	1	3,45	1	6,67	
Freq. de escovação	1 vez/dia	4	13,79	1	6,67	0.268
	2vezes/dia	12	41,38	4	26,67	
	3 vezes/dia	11	37,93	10	66,67	
	N/F*	2	6,90	0	0,00	
Fumante	Não	28	96,55	14	93,33	0.571
	Sim	1	3,45	1	6,67	
Uso do fio dental	Não	12	41,38	6	40,00	0.479
	Sim	14	48,28	9	60,00	
	N/F*	3	10,34	0	0,00	

Fonte: dados da pesquisa. \*N/F: Não Fornecido. . **GA**: grupo que toma anticoagulante e **GSA**: grupo que não toma anticoagulante.

Os pacientes de ambos os grupos apresentaram algum problema bucal, com predomínio de recessão gengival e cálculo dentário. Constatou-se ainda que tanto no grupo GA quanto no grupo GSA a maioria dos pacientes não apresentou presença de mobilidade dentária, sangramento gengival e lesões bucais. As lesões bucais diagnosticadas foram presença de úlceras em um paciente GA e presença de úlceras em toda a mucosa da cavidade bucal em um paciente do grupo GSA. Com relação à higiene oral, em ambos os grupos houve um número considerável de pacientes com uma higiene oral ruim (Tabela 3).

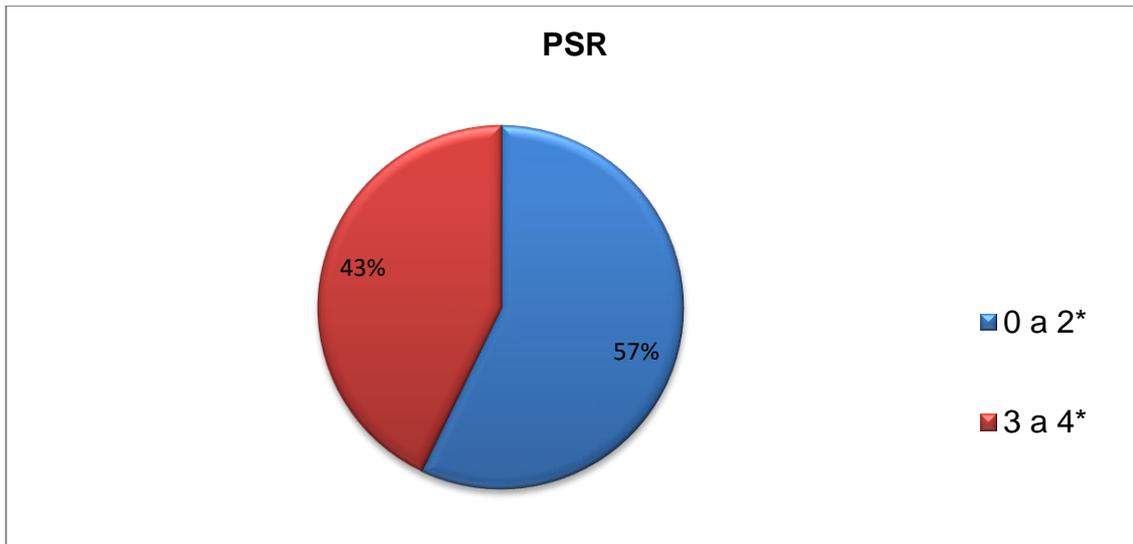
**Tabela 3-** Condições de higiene em portadores de distúrbios sanguíneos.

Variável	Categoria	Grupos				P
		GA		GSA		
		N	%	N	%	
Cálculo dental	Não	3	10,34	2	13,33	0.564
	Sim	24	82,76	12	80,00	
	N/F*	2	6,90	1	6,67	
Dentes ausentes	Não	3	10,34	5	33,33	0.073
	Sim	24	82,76	9	60,00	
	N/F*	2	6,90	1	6,67	
Dor	Não	20	68,97	11	73,33	0.525
	Sim	9	31,03	4	26,67	
	N/F*	0	0	0	0,00	
Higiene Oral	Boa	21	72,41	8	53,33	0.203
	Ruim	7	24,14	6	40,00	
	N/F*	1	3,45	1	6,66	
Lesões	Não	28	96,55	14	93,33	0.659
	Úlceras	1	3,45	1	6,67	
	Não	21	72,41	11	73,33	
Mobilidade dental	Sim	8	27,59	4	26,67	0.565
	N/F*	0	0	0	0,00	
	Não	2	6,90	2	13,33	
Recessão	Sim	25	86,20	12	80,00	0.422
	N/F*	2	6,90	1	6,67	
	Não	14	48,27	8	53,33	
Sangramento gengival	Sim	14	48,27	7	46,67	0.381
	N/F*	1	3,45	0	0,00	

Fonte: dados da pesquisa. \*N/F: Não Fornecido. . **GA**: grupo que toma anticoagulante e **GSA**: grupo que não toma anticoagulante.

Com relação ao índice PSR, 57,1% dos pacientes foram classificados como código 0 ou 2 e 42,9% como código 3 ou 4 (Figura1). Não houve diferença do índice PSR entre os pacientes que faziam terapia com anticoagulantes e os que não faziam (Tabela 4).

**Figura 2- PSR**



**Tabela 4- PSR**

PSR	Grupos				P
	GA		GSA		
	N	%	N	%	
0 a 2*	14	48,28	6	40,00	0,560
3 a 4*	10	34,48	5	33,33	
N/F*	5	17,24	4	26,67	

Fonte: dados da pesquisa. \*N/F: Não Fornecido. . **GA**: grupo que toma anticoagulante e **GSA**: grupo que não toma anticoagulante.

Dos 22 pacientes que foram avaliados quanto a perda óssea alveolar, 50% tinham perda óssea localizada, 50% generalizada (figura 2) e não houve diferença entre os grupos (Tabela 5).

**Figura 3-** Classificação da perda óssea**Tabela 5-** Classificação da perda óssea.

Perda óssea	N	%	Grupos		P
			GA	GSA	
Localizada	6	20,69	5	33,33	0.330
Generalizada	8	27,59	3	20,00	
N/F*	15	51,72	7	46,66	

Fonte: dados da pesquisa. \*N/F: Não Fornecido. . **GA**: grupo que toma anticoagulante e **GSA**: grupo que não toma anticoagulante.

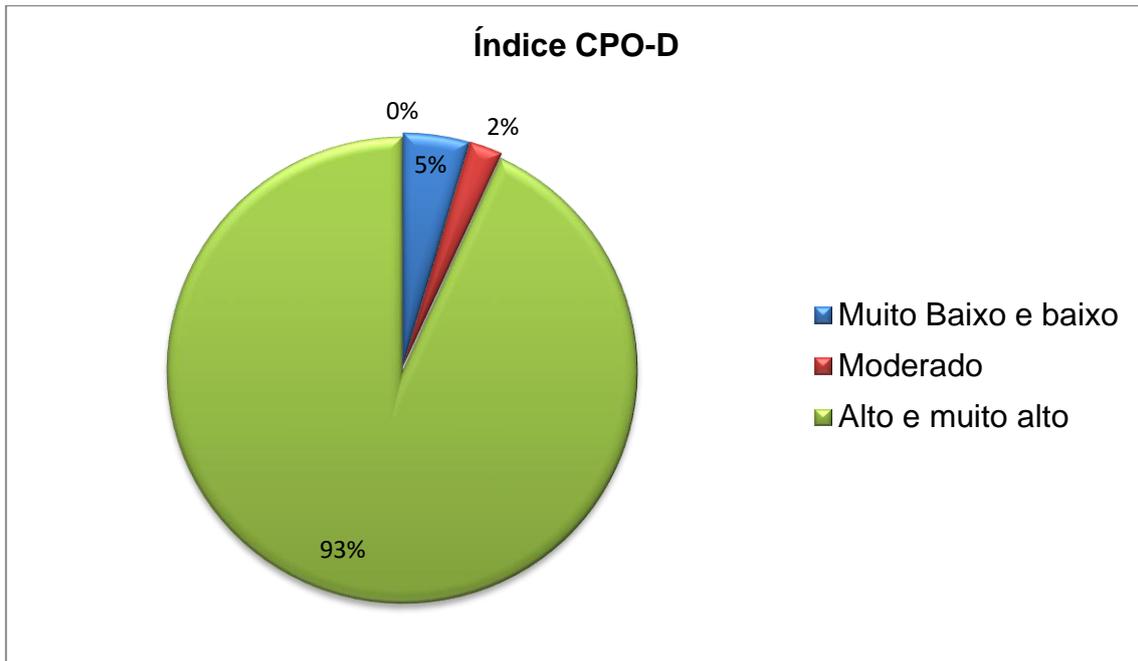
Com relação a classificação da doença periodontal, 48% dos pacientes foram classificados com periodontite moderada e 25,71% como leve e 25,71% como severa (Figura 3). Não houve diferença da classificação da doença periodontal entre os pacientes que faziam terapia com anticoagulantes e os que não faziam (Tabela 6).

**Figura 4-** Classificação da doença periodontal.**Tabela 6-** Classificação da doença periodontal.

	Grupos				p
	GA		GSA		
Periodontite	N	%	N	%	
Leve	6	20,69	3	20,00	0,175
Moderada	11	37,93	6	40,00	
Severa	7	24,13	2	13,33	
N/F*	5	17,24	4	26,67	

Fonte: dados da pesquisa. \*N/F: Não Fornecido. . **GA**: grupo que toma anticoagulante e **GSA**: grupo que não toma anticoagulante.

A maioria dos pacientes (93,2%) apresentava índice CPO-D alto ou muito alto (figura 4), entretanto, não houve diferença entre os grupos (Tabela 7).

**Figura 5-**Classificação do índice CPO-D**Tabela 7-** Classificação do CPO-D.

Grupos	CPO-D						p
	Muito baixo, baixo		Médio		Alto, muito alto		
	N	%	N	%	N	%	
<b>GA</b>	2	6,90	0	0,00	27	93,10	0,227
<b>GSA</b>	0	0,00	1	6,67	14	93,33	

Fonte: dados da pesquisa. **GA**: grupo que toma anticoagulante e **GSA**: grupo que não toma anticoagulante.

## 5. DISCUSSÃO

A periodontite é definida como uma doença inflamatória dos tecidos de suporte dos dentes, causada por microorganismos específicos, resultando em uma destruição progressiva do ligamento periodontal e osso alveolar, com formação de bolsa, retração ou ambas (NOVAK, 2007).

A doença periodontal é uma das doenças bucais mais frequentes em pacientes adultos. Caracteriza-se por uma reação inflamatória com presença de placas bacterianas, destruição periodontal e perda óssea alveolar nos casos graves da doença. Em pacientes com distúrbios hematológicos pode levar a hemorragia grave após o tratamento odontológico (CORREA et al., 2006). A escassez de pesquisas sobre a saúde bucal em pacientes com coagulopatias se reflete na deficiência do atendimento odontológico que é ofertado a esta população. Neste sentido, conhecer as necessidades odontológicas destes pacientes é primordial para que se atue nos pontos em que há maior déficit (CORACIN; 2008).

Segundo a revisão literária de Michael J. Wahl, (WAHL et al., 2015) que buscaram artigos de 1998 a 2000, demonstraram que complicações hemorrágicas que requerem mais que medidas hemostáticas locais, após procedimentos odontológicos são muito raras e por outro lado algumas vezes, complicações embólicas fatais podem acontecer devido a pausa, redução ou substituição de anticoagulantes para realização de procedimentos odontológicos. Essa revisão mostrou que de mais de 5.431 pacientes submetidos a mais de 11.381 procedimentos cirúrgicos, apenas 31 (0.6% dos pacientes) necessitaram de mais que hemostasia local para controlar a hemorragia; nenhum morreu devido à hemorragia. Entre pelo menos 2.673 pacientes cuja dose de varfarina foi reduzida ou retirada para pelo menos 2.775 procedimentos odontológicos, havia 22 embolias (0,8% de cessações), incluindo seis eventos fatais (0,2% de cessações). O risco de morbidade embólico em pacientes cuja anticoagulação é interrompida para a cirurgia dental excede a de complicações hemorrágicas significativas em pacientes cujos anticoagulação é contínua, mesmo quando a cirurgia é extensa. Anticoagulantes, portanto, não devem mais ser interrompidos para realização de cirurgia dentária.

Através da avaliação periodontal com o índice PSR foi observado que em ambos os grupos a maioria dos pacientes foi inserida no código 0 ou 2. Foi encontrado um alto percentual de pacientes com recessão gengival, o que pode ter influenciado no resultado. Através da avaliação de perda óssea foi avaliada uma grande quantidade de perda óssea em ambos os grupos, sejam elas localizadas ou generalizadas e foi encontrado um grande número de pacientes com cálculo e recessão marginal o que pode ter levado a esse resultado de perda óssea.

Silva Filho et al. em 2007, avaliaram em seu estudo a interferência da doença periodontal na anticoagulação oral. Em um dos grupos avaliados pelos autores os pacientes receberam uma terapia inicial e corretiva para a doença periodontal, estes alcançaram o alvo terapêutico sem necessitar do aumento da dose de anticoagulante, relatando que a doença periodontal pode afetar na anticoagulação oral. A presença da doença periodontal também pode ocorrer e ser agravada devido escovação dentária deficiente e pela insegurança do cirurgião dentista em realizar o atendimento destes pacientes, ambos por receio de sangramento (GUPTA; EPSTEIN; CABAY, 2007).

Em estudo realizado por Santos et al. em 2006 foram avaliadas as complicações da terapia com o anticoagulante oral varfarina. A presença de sangramento gengival foi uma das intercorrências avaliadas, porém os autores não encontraram esta condição em nenhum dos pacientes. No entanto, este estudo não foi realizado por cirurgiões dentistas e o foco não foi avaliar a saúde bucal, o que pode ter contribuído para este resultado.

A saúde periodontal é de grande importância nos pacientes com desordens sanguíneas, pois os tecidos gengivais inflamados e hiperêmicos apresentam maior risco de sangramento. Periodontites podem causar mobilidade dentária e necessidade de extração, que pode ser um procedimento complicado nestes pacientes. A sondagem periodontal, raspagem e alisamento supragengival podem ser feitos normalmente sem o risco de sangramento significativo. A recolocação do fator é raramente necessária para a raspagem e alisamento radicular subgengival, caso estes procedimentos sejam feitos com cuidado, sendo que a instrumentação ultra-sônica pode resultar em menos trauma do tecido periodontal (HATIPOGLU; KANSU; BUYUKASIK, 2011).

Se a higiene bucal for deficiente, o tratamento deve começar o mais cedo possível, para impedir danos adicionais aos tecidos periodontais. Nos casos de doença periodontal severa, é recomendado realizar inicialmente uma raspagem supragengival juntamente com instrução de higiene bucal. A raspagem subgengival pode ser feita assim que a inflamação tiver diminuído. A cirurgia periodontal só deve ser indicada quando tratamento conservador não obtiver sucesso, pois este procedimento deve ser cuidadosamente planejado e os riscos inteiramente explicados ao paciente (GUPTA; EPSTEIN; CABAY, 2007; MARQUES et al., 2010).

Eventuais sangramentos causados por raspagem podem ser controlados localmente com compressão de gaze embebida em antifibrinolíticos, bolinhas de algodão embebidas em ácido tricloroacético (ATA) a 10%, cimento cirúrgico e, se necessário, a administração de antifibrinolítico via oral. Os procedimentos cirúrgicos periodontais em pacientes portadores de coagulopatias devem ser considerados como procedimentos com elevado risco de sangramento. Portanto, há necessidade do preparo prévio do paciente, com indicação de reposição dos fatores de coagulação e da associação de antifibrinolíticos. Nesses casos, meios hemostáticos locais, tal como cimento cirúrgico e outros devem ser indicados (GUPTA; EPSTEIN; CABAY, 2007; MARQUES et al., 2010).

No momento do nosso estudo a população avaliada não recebia acompanhamento ou qualquer tipo de atendimento odontológico especializado, fato que pode ter contribuído para os altos índices de CPO-D encontrados. Em países desenvolvidos, tem ocorrido a redução no CPO-D em pacientes com doenças hematológicas, quando comparados com os países em desenvolvimento. Esse fato ocorre devido à existência de centros especializados que promovem avaliações dentárias periódicas e programas de prevenção e educação desde idades precoces, que incluem aplicações tópicas de flúor, selamento de fissuras, rigorosa dieta e instruções de higiene oral (KABIL; ALFY; METWALLI, 2007).

No estudo realizado por Fiske et al. em 2002, em pacientes com doenças hematológicas atendidos no Centro de Referência para Hemofílicos em Londres, que estavam em acompanhamento odontológico, a média de CPO-D encontrada foi menor do que em nossa pesquisa. Diferentemente da avaliação realizada por Basso, 2009 e Hottz, 2009, no Brasil, ambos com pacientes sob terapia anticoagulante oral, em que os resultados apresentados mostraram-se ligeiramente superiores aos

encontrados em nosso estudo. Ziebolz et al. em 2011, avaliaram pacientes com desordens hematológicas congênitas atendidos na Faculdade de Medicina de Hannover na Alemanha, e a média de CPO-D encontrada pelos autores foi semelhante ao nosso estudo.

A média de dentes perdidos, no nosso estudo, no grupo GA foi de 10,03 e mostrou-se superior ao grupo GSA onde a média foi de 7. O grupo GA apresentou idade superior ao grupo GSA o que pode ter colaborado para o alto índice de perda dentária.

Em 1986, cerca de 10% da população brasileira aos 34 anos apresentava ausência total de dentes. Aos 41 e 48 anos de idade, esse problema atingia, respectivamente, 20 e 30% dos brasileiros e a partir dessa idade, a proporção foi cada vez maior (PINTO, 1997). Em estudo realizado por Barbato et al., 2007, os autores avaliaram causas da perda dentária na população brasileira entre os anos de 2002 e 2003 e encontraram alta prevalência de edentulismo e alta média de CPO-D na população adulta brasileira. Hottz em 2009 avaliou pacientes que faziam uso de anticoagulante oral, foi encontrado o valor de 15,3 para média de dentes perdidos. O autor sugere que o alto número de dentes perdidos pode ter sido ocasionado por um histórico de periodontite anterior.

Outra importante causa para perda dentária é a cárie, doença crônica e infecciosa que quando não tratada leva a necrose pulpar em seus estágios mais avançados (FRAZÃO; ANTUNES; NARVAI, 2003), conseqüentemente há a necessidade do tratamento endodôntico ou a perda do dente (exodontia). O tratamento endodôntico é geralmente de baixo risco para portadores de desordens hematológicas (GUPTA; EPSTEIN; CABAY, 2007; BREWER; CORREA, 2006; BREWER et al., 2003), porém é importante que o procedimento seja realizado de forma cuidadosa para evitar que os instrumentos ultrapassem o ápice do canal radicular (BREWER; CORREA, 2006). A presença de tecido pulpar remanescente pode levar a sangramentos durante o procedimento que pode ser facilmente controlado através da irrigação com hipoclorito de sódio e pasta de hidróxido de cálcio (BREWER; CORREA, 2006; BREWER et al., 2003).

Apesar de haver pouco relato de dor dentária pelos pacientes, foram encontrados como resultados altos índices de CPO-D em ambos os grupos mostrando uma saúde bucal comprometida.

Melhora da qualidade de saúde bucal ocorreria se estes pacientes tivessem maior acesso a informações sobre higiene oral, doenças bucais e suas consequências, e acompanhamento odontológico contínuo. Além disso, esta população poderia ser inserida numa equipe multidisciplinar de saúde, que salientaria a importância da prevenção como um todo, inclusive a saúde bucal. Há ainda necessidade de cirurgiões dentistas capacitados para o atendimento desta população e até mesmo a implantação de centros especializados para atendimento e acompanhamento destes pacientes.

O comprometimento do cirurgião dentista e do paciente é fundamental para melhora na qualidade de saúde bucal. Estratégias simples como instrução sobre dieta alimentar, informações sobre higiene oral, doenças bucais e suas consequências, e um acompanhamento odontológico contínuo podem ser realizadas. Além disso, deveriam ser implantados centros especializados no atendimento e acompanhamento destes pacientes, e a inserção dos mesmos numa equipe multidisciplinar de saúde, que salientaria a importância da prevenção como um todo.

## **6. CONCLUSÕES**

A grande maioria dos pacientes do ambulatório de hematologia apresentam altos índices de cárie e de doença periodontal, entretanto, não houve diferença desses índices entre os pacientes que faziam ou não terapia com anticoagulantes.

O comprometimento do cirurgião dentista e do paciente é fundamental para melhora na qualidade de saúde bucal. Estratégias simples podem ser realizadas, como instrução sobre dieta alimentar, informações sobre higiene oral, doenças bucais e suas consequências.

## 7.REFERÊNCIAS

AINAMO, J.; BAY, I. **Problems and proposals for recording gingivitis and plaque.**Int. Dent J., v.25, n.4, p.229-235, 1975.

AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY.**Epidemiology of periodontal diseases.**J. Periodontol., v.76, n.8, p.1406-1419, 2005.

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION AND THEAMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY.**Introduce dentist to new time saving periodontal evaluation system.** Va. Dent. J., v.64, p. 16-17, 1992.

BARBATO, P.R. et al. **Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003).** Cad.Saúde Pública, v.23, n.8, p.1803-1814, 2007.

BASSO, F.C. **Avaliação da atividade fibrinolítica oral em pacientes sob anticoagulação oral** [Tese de Mestrado]. Piracicaba (Brasil): Programa de PósGraduação em Estomatopatologia da Universidade Estadual de Campinas; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde - Conselho Nacional de Saúde. **Hemofilia.** Brasília (DF); 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde - Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília (DF); 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria da Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2010.** Brasília (DF), 2011.

BREWER, A.; CORREA, M.E. **Guidelines for dental treatment of patients with inherited bleeding disorders.**World Federation of Hemophilia, n. 40, p.1-9, 2006.

BREWER, A.K. et al. **The dental management of adult patients with haemophilia and other congenital bleeding disorders.**Haemophilia, v.9, p.673-677, 2003.

CALIXTO, N.G.V. **Relato de caso: Atendimento odontológico ao portador de hemofilia.** [Tese de Especialização]. Jardim (Brasil): Programa de Pós-Graduação em nível de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul; 2011.

CAPP, P.L. et al. **Anestesia em pacientes hemofílicos sem necessidade de reposição de hemoderivados,** RGO, v.49, n.1, p.23-29, jan/fev/març. 2001.

- CARCAO, M.D. et al. **Dental disease in type 3 von Willebrand disease: A neglected problem.** Haemophilia, v.16, p.943-948, 2010.
- CERVERÓ, A.J. et al. **Dental treatment of patients with coagulation factor alterations: An update.** Med. Oral. Patol. Oral. Cir. Bucal, v.12, p.380-387, 2007.
- CHEN, Y.C. et al. **Von Willebrand disease: A clinical and laboratory study of sixty-five patients.** Ann Hematol., v.90, p.1183-1190, 2011.
- CORACIN, F.L. **Importância da condição de saúde bucal em hemofílicos.** Rev. Bras. Hematol. Hemoter., v.30, n.2, p.85-88, 2008.
- CORREA M.E.P. et al. **Clinical impact of oral health indexes in dental extraction of hemophilic patients.** J. Oral Maxillofac. Surg., v.64, p.785-788, 2006.
- CUNHA, F.A. **Decisão Quanto à Escolha da Técnica de Recobrimento Radicular: Relato de Caso Clínico.** UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde. v. 16, n. 4 p. 321-327, 2014.
- DANIEL, N.G. et al. **Antiplatelet drugs: Is there a surgical risk?** J. Can. Dent. Assoc., v.68, n.11, p.683-687, dez. 2002.
- DUDEJA, P.G. et al. **Endodontic Management of a Haemophilic Patient- A Clinical Perspective.** Journal of Clinical & Diagnostic Research v8, p. 17-18, 2014.
- EVANGELISTA, L.M. et al. **Saúde Bucal de Crianças e Adolescentes Hemofílicos.** Anais da 11ª Jornada Acadêmica de Odontologia UFPI.
- FISKE, J. et al. **The treatment needs of adults with inherited bleeding disorders.** Journal of Disability and Oral Health, v.3, n.2, p.59-61, 2002.
- FRAZÃO, P.; ANTUNES, J.L.F.; NARVAI, P.C. **Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade.** Estado de São Paulo, Brasil, 1998. Rev. Bras. Epidemiol., v.6, n.1, p.49-57, 2003.
- GÓMEZ-MORENO, G. et al. **Hereditary blood coagulation disorders: Management and dental treatment.** J. Dent. Res., v.84, n.11, p.978-985, 2005.
- GUIMARÃES, S.P. et al. **Mutações predisponentes à trombofilia em indivíduos de Minas Gerais – Brasil com suspeita clínica de trombose.** Rev. Bras. Hematol. Hemoter., v.31, n.1, p.19-24, 2008.
- GUPTA, A.; EPSTEIN, J.B.; CABAY, R.J. **Bleeding disorders of importance in dental care and related patient management.** J. Can. Dent. Assoc., v.73, n.1, p.77-83, 2007.
- HATIPOGLU, M.G.; KANSU, O.; BUYUKASIK, Y. **Clinical investigation of oral findings in inherited disorders of platelet function.** Turk. J. Hematol, v.28, p. 294-298, 2011.

- HITCHINGS, E.J. **The oral health of individuals with haemophilia:**a review of the literature. *New Zealand Dental Journal*, v.107, n.1, p.4-11, 2011.
- HOTTZ, E.M.A. **Relação da doença periodontal com a anticoagulação oral e os benefícios do tratamento periodontal em pacientes anticoagulados** [Tese de Mestrado]. Rio de Janeiro (Brasil): Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2009.
- HUGOSON, A.; JORDAN, T. **Frequency distribution of individuals aged 20-70 years according to severity of periodontal disease.** *Community Dem. Oral. Epidemiol.*,v.10, p.187-192, 1982.
- ISRAELS, S. et al. **Bleeding disorders:** Characterization, dental considerations and management. *J. Can. Dent. Assoc.*,v.72, n.9, p.827-838, 2006.
- KABIL, N.; EL ALFY, M.; METWALLI, N. **Evaluation of the oral health situation of a group of Egyptian haemophilic children and their re-evaluation following a oral hygiene and diet education programme.** *Haemophilia*, v.13, p.287-292, 2007.
- KALIL, J.A. et al. **Investigação da trombose venosa na gravidez.** *J. Vasc. Bras.*, v.7, n.1, p. 2837, 2008.
- KIM, M.J. et al. **A regulatory science perspective on warfarin therapy:** a pharmacogenetic opportunity. *J. Clin. Pharmacol.*, v.49, p.138–146, 2009.
- LOCKHART, P.B. et al. **Dental management considerations for the patient with an acquired coagulopathy.**Part2: Coagulopathies from drugs. *British Dental Journal*, v.195, p.495–501, 2003.
- MARQUES, M.A. et al. **Pesquisa de marcadores de trombofilia em eventos trombóticos arteriais e venosos:** Registro de 6 anos de investigação. *J. Vasc. Bras.*, v.8, n.3, 225-231, 2009.
- MARQUES, R.V.C.F. et al. **Atendimento odontológico em pacientes com Hemofilia e Doença de von Willebrand.** *Arquivos em Odontologia*, v.46, n.3, p.176-180, 2010.
- MIELNIK-BLASZCZAK, M. **Evaluation of dentition status and oral hygiene in Polish children and adolescents with congenital haemorrhagic diatheses.***International Journal of Paediatric Dentistry*, v.9, p.99-103, 1999.
- MOTA, F.; GOLÇALVES, L.R.; MANSILHA, A. **Rastreo de trombofilia hereditária no contexto de trombose venosa profunda.** *Angiologia e Cirurgia Vasc.*, v.7, n.3, p.126-137, 2011.
- NOVAK, John, M. **Classificação das doenças e condições que afetam o periodonto.** In: CARRANZA, Fermin A. *Periodontia clínica*. 10 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. p.100-109.

PAVANELLIA, M.F; SPITZNERB, F.L. **Trombocitopenia Induzida por Heparina:** Revisão da Literatura. UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde, p.13325-32325, 2011.

PATTON, L.L. **Bleeding and Clotting Disorders.** In: GREENBERG, M.S.; GLICK, M. *Burket's Oral Medicine – Diagnosis and Treatment.* ed.10. São Paulo: Editora Santos, 2003. p. 454- 477.

PINTO, V.G. **Epidemiologia das doenças bucais no Brasil.** In: Kriger L. (Org.) *Promoção da saúde bucal.* São Paulo: Artes Médicas-Aboprev; 1997.

POLIDORO, K.P. et al. **Prevalência de distúrbios hemorrágicos em pacientes atendidos na disciplina Clínica Integral II do Curso de Odontologia da ULBRA – Canoas, RS.** *Revista de Ciências Médicas e Biológicas.*, v. 13 n.1, p. 49-54, jan./abr. 2014.

RAMOS, C.P.S. et al. **Protrombina mutante em indivíduos sob investigação de trombofilia.** *J. Bras. Patol. Med. Lab.*, v. 44, n.2, p.79-82, 2008.

REZENDE, S.M. **Distúrbios da hemostasia:** Doenças hemorrágicas. *Rev. Med. Minas Gerais*, v.20, n.4, p.534-553, 2010.

ROMNEY, G.B.A.; GLICK, M.A. **Updated concept of coagulation with clinical implications.** *Journal American Dental Association*, v.140, p.567-574, 2009.

SANTOS, F.C. et al. **Complicações da terapia anticoagulante com warfarina em pacientes com doença vascular periférica:** estudo coorte prospectivo. *J. Vasc. Bras.*, v.5, n.3, p.194-202, 2006.

SCHARDT-SACCO, D.; HILL, C. **Update on coagulopathies.** *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.Oral Radiol.Endod.*, v.90, p.559-563, 2000.

SELIGSHON, U.; LUBETSKY, A. **Genetic susceptibility to venous thrombosis.** *New England Journal of Medicine*, v.344, n.16, p.1222-1231, 2001.

SHASTRY, S. et al. **Hemophilia A:** Dental considerations and management. *J Int Soc Prev Community Dent.* ; 4(Suppl 3): S147–S152, dec 2014.

SILVA FILHO, P.M. et al. **Interferência da doença periodontal na anticoagulação oral em pacientes cardiopatas:** Efeito do tratamento periodontal na anticoagulação oral. *Rev. Port. Cardiol.*, v.26, n.10, p.977-989, 2007.

SIMONATO, L.E.; MIYAHARA, G.I.; BIAZOLLA, E.R. **Púrpura trombocitopênica idiopática:** Importância do cirurgião dentista no diagnóstico. *Arquivos em odontologia*, v.46, n.1, p. 43-47, 2010.

SOLLECITO, T.P. et al. **Condiciones sistémicas asociadas con periodontitis en la infancia y la adolescencia.** Una revisión de las posibilidades diagnósticas. *Med. Oral. Patol. Oral. Cir. Bucal*, v.10, p.142-150, 2005.

SONBOL, H. et al. **Dental health indices and caries-related microflora in children with severe haemophilia.** Haemophilia, v.7, p.468-474, 2001.

STEFANO, V et al. **Different circumstances of the first venous thromboembolism among younger or older heterozygous carriers of the G20210A polymorphism in the prothrombin gene.** Haematologica Journal of Hematology, v.88, n1, p.61-66, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Oral health survey: **basic methods.** 4th ed. Geneva: ORH/EPID; 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Oral Health Report 2003. **Continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme.** Geneva: WHO; 2003.

WYSOWSKI, D.K.; NOURJA, P.; SWARTZ, L. **Bleeding complications with warfarin use:** a prevalent adverse effect resulting in regulatory action. Arch Intern Med., v.167, p.1414–1419, 2007.

ZIEBOLZ, D. et al. **Oral health in adult patients with congenital coagulation disorders** – a case control study. Haemophilia, v.17, p.527-531, 2011.

ZIV, O.; RAGNI, M.V. **Bleeding manifestations in males with von Willebrand disease.** Haemophilia, v.10, p.162-168, 2004.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa:

“ Avaliação de cárie e doença periodontal dos pacientes do ambulatório de hematologia do hu-uel.”

Prezado (a) Senhor (a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa “Avaliação bucal de pacientes com doenças hematológicas do Hospital Universitário de Londrina, realizada no “Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná – Universidade Estadual de Londrina (UEL)”. O objetivo da pesquisa é —Avaliar as necessidades bucais de pacientes com doenças hematológicas visando um correto atendimento desses pacientes”. A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma (Responder um questionário sobre seus dados gerais, história médica e odontológica. Após será feitos um exame clínico para ver as necessidades odontológicas e uma radiografia panorâmica para auxiliar no diagnóstico). Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Os benefícios esperados são avaliar as principais necessidades dos pacientes com doenças hematológicas para que um correto tratamento odontológico dos mesmos possa ser realizado. Informamos que o senhor não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar (Valéria Campos Mariano, Rua Pernambuco nº 540, telefone (44)99284927, valeriamariano1@hotmail.com), ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone

33712490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

**Fabio Augusto Ito**

RG:

\_\_\_\_\_ (nome por extenso do sujeito de pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ .

APÊNDICE B–Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(Menores de 18 anos).

“ Avaliação de cárie e doença periodontal dos pacientes do ambulatório de hematologia do hu-uel.”

Seu (Sua) filho (a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós.

Eu ..... , RG ..... , abaixo assinado (a), concordo de livre e espontânea vontade que meu (minha) filho (a) ..... nascido (a) em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ , participe do estudo —Avaliação bucal de pacientes com doenças hematológicas do Hospital Universitário de Londrina, e esclareço que obtive todas informações necessárias. O objetivo da pesquisa é —Avaliar as necessidades bucais de pacientes com doenças hematológicas visando um correto atendimento desses pacientes”. A participação de seu filho (a) é muito importante e ela se dará da seguinte forma (Responder um questionário sobre seus dados gerais, história médica e odontológica. Após será feitos um exame clínico para ver as necessidades odontológicas e uma documentação radiográfica’ para auxiliar no diagnóstico). Gostaríamos de esclarecer que a participação é totalmente voluntária, podendo: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à seu filho (a). Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a identidade do paciente. Os benefícios esperados são avaliar as principais necessidades dos pacientes com doenças hematológicas para que um correto tratamento odontológico dos mesmos possa ser realizado.

Informamos que o senhor não pagará nem será remunerado pela participação de seu filho (a). Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente da participação de seu filho (a) na pesquisa. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar (Valéria Campos Mariano, Rua Pernambuco nº 540, telefone (44)99284927, valeriamariano1@hotmail.com), ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da

Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone 33712490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

**Fabio Augusto Ito**

RG:

\_\_\_\_\_ (nome por extenso do responsável),  
tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo  
com a participação do menor \_\_\_\_\_  
(nome extenso do menor) na pesquisa descrita acima.

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_.

## APÊNDICE C – Questionário.

### Ficha de Anamnese

#### Dados Gerais

Nome \_\_\_\_\_ Gênero \_\_\_\_\_ Data  
 de Nascimento \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Estado  
 Civil \_\_\_\_\_ Ocupação \_\_\_\_\_ CPF/RG \_\_\_\_\_  
 Naturalidade \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_  
 Telefone \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

#### Saúde Geral

1. Qual Doença Hematológica possui? \_\_\_\_\_
2. Durante os últimos 2 anos recebeu algum tratamento médico? \_\_\_ Em que especialidade? \_\_\_\_\_ Nome do médico? \_\_\_\_\_
3. Já teve hospitalizado? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_ Quanto tempo? \_\_\_\_\_ Por quê? \_\_\_\_\_
4. Toma medicamentos anticoagulantes? \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_
5. Tem alergia a algum medicamento ou anestésico? \_\_\_\_\_
6. Já fez cirurgias? \_\_\_ Cirurgias bucais? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_
7. Costuma sangrar muito quando se machuca? \_\_\_ Demora a cicatrizar? \_\_\_\_\_
8. Tem história de sangramento pós cirurgia odontológica? \_\_\_\_\_
9. Já fez transfusão de sangue? \_\_\_\_\_
10. Você fuma? \_\_\_\_\_ Quantos cigarros/dia? \_\_\_\_\_
11. Toma bebidas alcoólicas frequentemente? \_\_\_\_\_
12. Já teve tontura ou desmaio? \_\_\_\_\_
13. Tem ou teve alguma das doenças abaixo: Problemas cardíacos? \_\_\_ Pressão alta? \_\_\_ Anemia? \_\_\_ Hepatite? \_\_\_ Diabetes? \_\_\_ Epilepsia? \_\_\_ Febre reumática? \_\_\_ Icterícia? \_\_\_ Reumatismo? \_\_\_ Problemas nervosos? \_\_\_ Hepático? \_\_\_ Renal \_\_\_\_\_
- Respiratório? \_\_\_ Tuberculose? \_\_\_ Depressão \_\_\_ HIV? \_\_\_ Outras? \_\_\_\_\_
15. Está grávida? \_\_\_ Quanto tempo? \_\_\_\_\_

## Odontológico

1. Sente mobilidade nos dentes? \_\_\_\_\_
2. Mastiga dos 2 lados da boca? \_\_\_\_\_
3. Seus dentes doem? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_
4. Sente maugosto? \_\_\_\_ Mauhálito? \_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_
5. Os alimentos se prendem entre os dentes? \_\_\_\_ Usa fio dental? \_\_\_\_\_
6. Que tipo de escova usa? \_\_\_\_\_ Quantas vezes escova por dia? \_\_\_\_\_  
Aprendeu escovar com? \_\_\_\_\_
7. Sua gengiva sangra com facilidade? \_\_\_\_ Já tratou? \_\_\_\_\_
8. Morde lábios? \_\_\_\_ Objetos? \_\_\_\_\_ Roe unhas? \_\_\_\_\_
9. Respira normalmente pelo nariz? \_\_\_\_\_ Pela boca? \_\_\_\_\_
10. Range os dentes quando dorme? \_\_\_\_ Costuma apertar os dentes? \_\_\_\_\_
11. Ao abrir a boca sente dificuldade? \_\_\_\_ Dor? \_\_\_\_ Ruído? \_\_\_\_\_
12. Sente dor na articulação, face, ouvido? \_\_\_\_\_
13. Periodicidade que faz consultas odontológicas \_\_\_\_\_
14. Tem ou teve algum outro problema de saúde não mencionado neste questionário ou alguma outra informação que julgue importante? \_\_\_\_\_

## EXAME CLÍNICO

## 1) INSPEÇÃO EXTRA ORAL

Erupções

Nódulos

Musculatura

Manchas

Cadeia ganglionar

Cicatrizes

Assimetria face e pescoço

Glândulas salivares

Outros

## 2) INSPEÇÃO BUCO-DENTÁRIA (intra oral)

Lábios

Bochechas

Gengivas

Língua

Assoalho bucal  
 Palato  
 Dentes ausentes  
 Dentes supra numerários  
 Dentes retidos  
 Atrição/abrasão/erosão  
 Hipoplasia de esmalte  
 Manchas  
 Cálculo/tártaro  
 Retração gengival  
 Mobilidade dental  
 Oclusão  
 Higiene oral  
 Fluxo salivar  
 Outros

#### FICHA ENDODÔNTICA

##### HISTÓRIA DENTAL DE INTERESSE ENDODÔNTICO

(o dente foi submetido a:)  Cirurgia parendodôntica  Retratamento endodôntico  
 Tratamento endodôntico  Trauma  Urgência ou emergência – se já houve  
 atendimento  Outros :

\_\_\_\_\_.

DOR(obter as respostas do paciente)

Nunca sentiu dor  Já houve episódio de dor : \_\_\_\_\_

SITUAÇÃO ATUAL Ausência de dor  Presença de dor:(  Espontânea  
 Provocada  Contínua  Frio / Quente  Intermitente  Sal /  
 Açúcar  Difusa / Reflexa  Mastigação  Localizada

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

##### TESTES PARA O DIAGNÓSTICO

VERIFICAÇÃO PERIODONTAL LATERAL E APICAL  Sondagem  
 gengival/periodontal \_\_\_\_\_mm (anotar a maior medida)  Exposição clínica da  
 furca  Percussão vertical (positivo / negativo)  Percussão lateral

sentido V>>L (positivo / negativo) ( ) sentido L>>V (positivo / negativo) ( )  
 Palpação apical (positivo / negativo)

VERIFICAÇÃO PULPAR Teste(s) utilizado(s):

Ausência de dor ( ) Presença de dor: a) Intensidade( ) semelhante ao padrão  
 ( ) mais intensa que o padrão ( ) menos intensa que o padrão b) Duração(  
 ) semelhante ao padrão ( ) maior que o padrão ( ) menor que o padrão

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

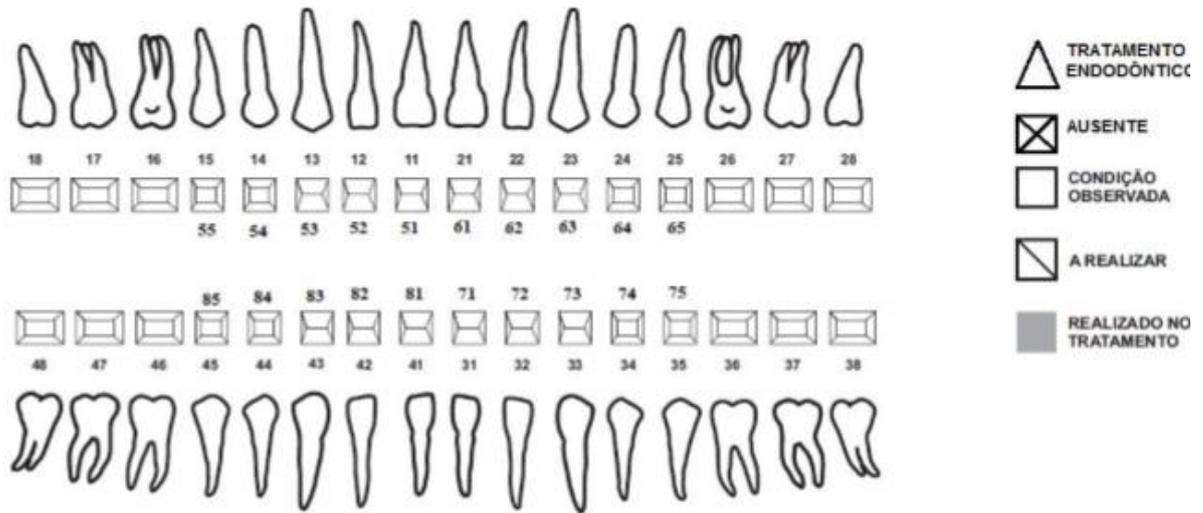
#### SINAIS CLÍNICOS

( ) Aumento volumétrico intra-bucal( ) Exposição pulpar ( ) Mobilidade  
 dental ( ) Aumento volumétrico face ( ) Fístula ( ) Restauração ( ) Cárie ( )  
 ) Fratura coroa ( ) Trauma oclusal ( ) Cor coroa alterada ( ) Luxação  
 dental ( ) Outros\_ ( ) Coroa protética ( ) Linfadenite regional

#### SINAIS RADIOGRÁFICOS

( ) calcificação canal ( ) hiper cementose ( ) reabsorção externa  
 ( ) canais obturados ( ) instrumento fraturado ( ) reabsorção interna  
 ( ) capeamento ( ) lesão furca ( ) raiz curta  
 ( ) cárie ( ) lesão periodontal lateral ( ) raiz curva ( ) cárie raiz  
 ( ) raiz delgada ( ) dens in dente ( ) núcleo metálico  
 ( ) rareficiência óssea ( ) dente restaurado ( ) osteosclerose  
 ( ) rizogênese incompleta ( ) perfuração radicular ( ) sobreobturação  
 ( ) fratura raiz ( ) pulpotomia  
 ( ) outros\_\_\_\_\_.

## ODONTOGRAMA



## PERIOGRAMA:

Jovens entre 7 e 10 anos ou pacientes com deficiência sanguínea grave.

S1: 16	S2: 11	S3: 26
S3: 46	S5: 31	S6: 36

Superiores					Inferiores				
Dentes	Face	Sondagem	Face	Sondagem	Dentes	Face	Sondagem	Face	Sondagem
18	V		P		38	V		L	
17	V		P		37	V		L	
16	V		P		36	V		L	
15	V		P		35	V		L	
14	V		P		34	V		L	
13	V		P		33	V		L	
12	V		P		32	V		L	
11	V		P		31	V		L	
21	V		P		41	V		L	
22	V		P		42	V		L	
23	V		P		43	V		L	
24	V		P		44	V		L	
25	V		P		45	V		L	
26	V		P		46	V		L	
27	V		P		47	V		L	
28	V		P		48	V		L	

## ANEXO

## ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética

 UNIVERSIDADE Estadual de Londrina		 PARANÁ ESTADO DO PARANÁ
<b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS</b> Universidade Estadual de Londrina Registro CONEP 5231		
Parecer CEPUEL:	060/2012	
CAAE:	01609612.2.0000.5231	
Processo:	7358/2012	
Pesquisador(a):	Fábio Augusto Ito	
Unidade/Órgão:	CCS – Centro Odontológico Universitário	
Prezado(a) Senhor(a):  O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina" (Registro CONEP 5231) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:  <b>"Avaliação da saúde bucal dos pacientes com doenças hematológicas do Hospital Universitário de Londrina"</b>		
Situação do Projeto: <b>Aprovado</b>  Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá ser encaminhado ao CEP/UEL relatório final da pesquisa, conforme prevê a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares.		
Londrina, 09 de julho de 2012.		
 <b>Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli</b> Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos Universidade Estadual de Londrina		