

Trabalho de Conclusão de Curso

Lesões bucomaxilofaciais tratadas através de procedimentos cirúrgicos sob anestesia geral:

Serviço de Cirurgia e Traumatologia
Bucamaxilofacial Pediátrica do Hospital Infantil
Joana de Gusmão.



Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA**

Isabela Maria Vasconcelos Silva

**Lesões bucomaxilofaciais tratadas através de
procedimentos cirúrgicos sob anestesia
geral:**

Serviço de Cirurgia e Traumatologia
Bucamaxilofacial Pediátrica do Hospital Infantil
Joana de Gusmão

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito para a conclusão do Curso de
Graduação em Odontologia.
Orientador: Profa. Dra. Liliane Janete
Grando, Depto de Patologia, CCS.

Florianópolis - SC

2014

Isabela Maria Vasconcelos Silva

Lesões bucomaxilofaciais tratadas através de procedimentos cirúrgicos sob anestesia geral:

**Serviço de Cirurgia e Traumatologia
Bucamaxilofacial Pediátrica do Hospital Infantil
Joana de Gusmão**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 11 de Novembro de 2014.

Banca Examinadora:

Prof.^a, Dr.^a Liliane Janete Grando
Depto de Patologia, CCS, UFSC
Orientadora

Prof.^a, Dr.^a Elena Riet Correa Rivero
Depto de Patologia, CCS, UFSC

CD Levy Hermes Rau
Cirurgião Bucamaxilofacial
Chefe do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial
Pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão.

Aos meus pais, que sempre priorizaram a minha educação, conferindo todo o suporte necessário ao longo desses anos de graduação.

AGRADECIMENTOS

À **Universidade Federal de Santa Catarina**, em especial ao curso de **Odontologia, professores e servidores**, pelos conhecimentos proporcionados e oportunidade de crescimento.

À direção do **Hospital Infantil Joana de Gusmão** pela confiança na realização deste trabalho.

Ao Serviço de **Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão**, em especial ao chefe do serviço Dr. Levy Hermes Rau, cirurgião bucomaxilofacial e ao cirurgião dentista Dr. Josemael de Oliveira Ribas Filho, bem como aos demais membros da equipe de odontologia, enfermagem e servidores, pela atenção e paciência que me dedicaram.

Aos pacientes e seus responsáveis, que são o motivo de nosso trabalho.

À Profa Dra. Liliane Janete Grando pela orientação, paciência, dedicação e exemplo profissional, por possibilitar a concretização de mais uma etapa na realização dos meus sonhos.

Aos meus pais, Francisco e Francisca pelo amor incondicional e pelas oportunidades proporcionadas. Todas as minhas conquistas são suas.

Aos meus irmãos, Iara e Francisco Júnior, pela compreensão e paciência.

À minha sobrinha Cler Juliani por sempre me receber de braços abertos quando volto ao lar.

Aos meus amigos, que compartilharam comigo a experiência da graduação e contribuíram para a minha formação pessoal e profissional.

“Nenhum sucesso na vida compensa o fracasso no
lar”.
(David O. McKay)

RESUMO

Este trabalho relata a atuação de um Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial de referência, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento de pacientes de 0 a 14 anos e 11 meses de idade. Foram levantadas as patologias bucomaxilofaciais atendidas no referido serviço, diagnosticadas e tratadas com abordagem cirúrgica, ao longo dos 10 anos de existência do mesmo. A partir dos relatórios de cirurgia foram revisados os prontuários médicos dos pacientes em busca dos dados pessoais, diagnóstico e conduta adotada. As lesões diagnosticadas foram classificadas com base em Neville *et al.* (2009). Os dados foram organizados em planilha Excel e tabulados. A análise utilizada foi do tipo descritiva. Um total de 94 procedimentos cirúrgicos de patologias foram realizados no período estudado. A maioria dos pacientes da amostra era do gênero masculino (61,42%), procedentes da macrorregião estadual da Grande Florianópolis (58,57%), na faixa etária de 9 a 12 anos (35,71%). Os resultados obtidos apontaram lesões em maior número nas seguintes categorias: tumores dos tecidos moles (17,72%), cistos odontogênicos (17,72%), tumores odontogênicos mistos (13,92%) e patologia de glândulas salivares (12,65%). Os diagnósticos clínicos e histopatológicos foram compatíveis em 75% dos casos. Em 65,71% dos casos o paciente teve controle realizado em conjunto com outra(s) especialidade(s) da área da saúde do mesmo hospital ou fora dele. Ressalta-se a importância do diagnóstico de lesões bucomaxilofaciais em crianças, bem como o correto tratamento das lesões e a continuidade do trabalho de um serviço odontológico com este perfil em um hospital público.

Palavras-chave: Criança, Cirurgia Bucal, Patologia Bucal.

ABSTRACT

This paper aims to reports the actions of a referral service in the area of oral and maxillofacial surgery, by public assistance of health, in the care of patients from 0 to 14 years and 11 months of age. The paper raised oral and maxillofacial pathologies attended by the service, diagnosed and treated with surgery through the 10 years of the service's existence. Based on the surgery's reports, the medical records of the patients were reviewed in search of personal data, diagnostic and the management adopted. The diagnosed injuries were classified based on Neville *et al.* (2009). The data were organized and tabulated in Excel, and the statistics analysis was descriptive. Ninety-four pathologic surgical procedures were performed in the studied period. The majority of the patients were male (61,42%), from the state macro-region, Grande Florianópolis (58,57%), 9 to 12 age group (35,71%). The results pointed injuries in greater numbers in the categories: tumors of soft tissues (17,72%) and odontogenic cysts (17,72%). The clinical and histopathological diagnostics were compatible in 75% of the cases. In 65,71% of the cases, the patient had control carried out in conjunction with others specialties in the health area of the same hospital or outside it. Furthermore, it is important the diagnostic of oral and maxillofacial injuries in children, as well as the proper treatment of the injuries and the continuity of the work of a dental services in a public hospital.

Key words: Child, Oral Surgery, Oral Pathology.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS:	Sistema Único de Saúde.
CTBMF- HIJG:	Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão.
CEP-HIJG:	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Infantil Joana de Gusmão.
TCLE:	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
TO:	Tumores Odontogênicos.

SUMÁRIO

1.CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	21
1.1 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
1.2 JUSTIFICATIVA.....	27
1.3 OBJETIVOS.....	27
1.3.1 OBJETIVO GERAL.....	27
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
2.ARTIGO.....	28
3.REFERÊNCIAS.....	41
4.APÊNDICE.....	43
5.ANEXOS.....	45

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

De acordo com o Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (2014) a Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial é a especialidade da Odontologia que tem como objetivos o diagnóstico e o tratamento das doenças, traumatismos, lesões e anomalias, congêntas e adquiridas, do sistema mastigatório e anexos, e estruturas crânio-faciais associadas. Em 2003 tiveram início as atividades do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão (CTBMF-HIJG), atuando como referência no atendimento de crianças de 0 a 14 anos de todo o estado de Santa Catarina, pelo SUS. Para o referido serviço são encaminhados pacientes que apresentam lesões e traumatismos bucomaxilofaciais. O estudo das lesões que acometem a cavidade bucal é um tema importante dentro da Odontologia, devido à relevância do cirurgião dentista no diagnóstico e tratamento dessas lesões (SILVA *et al.*, 2007), apesar da vasta literatura que relatam a prevalência de doenças orais e maxilofaciais, nas últimas décadas, poucos estudos têm-se centrado em lesões biopsiadas na população pediátrica (LIMA *et al.*, 2008). Algumas dessas condições podem desaparecer espontaneamente, outras permanecem, podem evoluir, debilitar o indivíduo e levar o paciente à óbito (ÜSTUNDAG *et al.*, 2002).

Existem levantamentos de casos de lesões bucomaxilofaciais em crianças (SILVA *et al.*, 2007; MAJORANA *et al.*, 2010; MOUCHREK *et al.*, 2011). Para esclarecer o diagnóstico da lesão e planejar o tratamento, pode ser necessário um procedimento cirúrgico conhecido como biópsia. Posteriormente faz-se o estudo histopatológico do tecido removido, como estratégia de planejamento do tratamento, geralmente cirúrgico. Todos os pacientes submetidos a tratamento cirúrgico com lesões bucomaxilofaciais atendidos no CTBMF-HIJG foram estudados quanto aos dados pessoais, diagnóstico clínico e histopatológico e conduta adotada.

1.1 REVISÃO DE LITERATURA

AROTIBA (1996) estudou durante 13 anos, uma população que apresentou 863 tumores orofaciais, sendo que 174 destes encontravam-se em crianças. Nos pacientes infantis, a idade variou entre 7 dias e 15

anos, com um pico nas idades de 11 a 15 anos. A relação masculino: feminino foi de 1,4:1. Dos 174 tumores em crianças, 104 localizavam-se na mandíbula (68,8%), sendo o ameloblastoma o tumor odontogênico mais comum (6,3%). Dos ameloblastomas estudados, seis eram uniloculares e cinco multiloculares. A ressecção ampla (com 1,0-1,5 cm de margem de segurança) foi a abordagem cirúrgica mais utilizada (81,8%). Dois dos ameloblastomas uniloculares foram enucleados, recidivando como lesões multiloculares que necessitaram de um segundo momento cirúrgico. Dois ameloblastomas foram do tipo maligno (1,2%). Foram ainda identificados cinco tumores odontogênicos adenomatóides (2,9%), todos situadas na maxila. Três desses tumores foram associados com caninos impactados e dentes decíduos retidos, tratados com enucleação e sem histórico de recidiva.

SATO *et al.* (1997) realizaram estudo retrospectivo de 28 anos (de 1965 a 1992), avaliando 250 crianças com idade inferior a 15 anos, variando de 4 meses a 15 anos. A maioria (36%) pertencia a faixa etária de 6-11 anos. Em partes moles, a língua foi mais afetada; a mandíbula foi o osso mais afetado. Os tumores benignos foram os mais encontrados (93%); dentre eles 142 eram tumores de tecidos moles, com mais frequência de hemangiomas; dentre os 90 tumores mandibulares, 79 eram tumores odontogênicos e 11 não odontogênicos. O odontoma foi o tumor odontogênico mais comum e o fibroma ossificante central foi o tumor não odontogênico mais comum. Os tumores malignos foram responsáveis por apenas 7% dos casos: o Sarcoma foi o mais comum, não houve casos de carcinomas epidermóide e três pacientes apresentaram carcinomas mucoepidermóides. Os autores ainda apresentaram um comparativo entre a população pediátrica e outros grupos etários, sendo as crianças responsáveis por 9% dos 2.747 tumores orais e maxilo-faciais diagnosticados histopatologicamente no período supracitado. As crianças apresentaram, ainda, 55% dos casos de linfangiomas, 41% de odontomas, e 22% de hemangiomas.

ADEBAYO *et al.* (2002), estudaram os tumores odontogênicos em crianças e adolescentes (0-18 anos) no período de janeiro/1979 a dezembro/1998. Dos 252 casos de tumores orais registrados 78 (31%) eram tumores odontogênicos. Trinta e oito pacientes eram do gênero masculino e quarenta femininos, estabelecendo uma relação masculino-feminino de 1:1. Dentre os tumores odontogênicos, o ameloblastoma (42) foi o mais frequente, seguido do mixoma odontogênico (15), odontoma (7), tumor odontogênico adenomatóide (7), fibroma ameloblástico (6), cisto odontogênico calcificante (1) e tumor odontogênico escamoso (1). As lesões ocorreram mais frequentemente

na mandíbula (59) do que na maxila (20) e uma das lesões foi maxilomandibular. Ameloblastoma foi diagnosticado em 42 pacientes, representando 54% dos tumores odontogênicos. A idade dos pacientes acometidos por ameloblastoma variou entre 6 e 18 anos (média de 14,8 anos). Quarenta casos eram de tumores primários (94 %), e duas recidivas (6%). As características clínicas para ameloblastoma foram estudadas, sendo o aumento de volume mandibular (100%), dor (30%), e o deslocamento dos dentes (5%) os sinais/sintomas mais frequentes.

Assim como AROTIBA (1996), ADEBAYO *et al.* (2002) apresentaram as principais características radiográficas para o ameloblastoma (tumor odontogênico mais frequente nos dois estudos): 27 eram radiolúcidas e multiloculares e 8 radiolúcidas uniloculares. A principal apresentação histopatológica do ameloblastoma foi plexiforme (n=28), seguida da folicular (n=14). Os tratamentos cirúrgicos foram ressecção segmentar (25), enucleação (8) e ressecção do segmento dento-alveolar com a preservação da borda inferior (4). A ressecção foi feito com uma margem de segurança mínima de 1,0 cm, em todos os lados da lesão. Registros de acompanhamento de todos os casos tratados estavam disponíveis entre 3 meses e 9 anos. Recidivas tumorais não foram observadas.

TROBS *et al.* (2003) realizaram estudo retrospectivo de 30 anos, sobre os tumores bucomaxilofaciais tratados em uma unidade cirúrgica pediátrica e encontraram 95 casos. A idade de apresentação variou de um dia de vida a 16 anos, com média de idade no momento do diagnóstico de 2,3 anos; 75% dos pacientes encontravam-se na faixa etária de até 6 anos de idade. A razão entre os gêneros masculino:feminino foi de 0,7:1 (39 homens: 56 mulheres). O estudo apontou 83 (87%) lesões benignas e 12 (13%) lesões malignas. As lesões foram predominantemente localizadas nos lábios (n=21, 22%), língua (n=20, 21%), face (n=18, 19%), assoalho da boca (n=12, 13%), e glândulas salivares maiores (n =12, 13 %). Lesões no rebordo alveolar (n=5, 5%), maxilar (n=4, 4%), e do palato (n=3, 3%) foram menos comuns. Quarenta e uma lesões benignas foram consideradas tumores genuínos, 36 deles eram de origem mesenquimal e 05 de origem epitelial. Os tumores de origem vascular foram predominantes, sendo a maioria hemangiomas. Tumores de origem conjuntiva foram diagnosticados em 06 casos. Os hamartomas mais comuns foram linfangioma, hemangio-linfangioma e malformações venosas (hemangioma cavernoso). Granuloma eosinofílico foi diagnosticado em dois casos. Além de casos de processos inflamatórios e infecciosos, cistos, incluindo cistos de retenção das pequenas glândulas salivares e

rânulas, foram diagnosticados um cisto do ducto tireoglossal na língua e um grande cisto dermóide em assoalho bucal. O grupo de tumores malignos compreendeu 09 tumores mesenquimais e 03 tumores de origem epitelial. Sarcomas de tecidos moles ocorreram em 07 crianças. Um paciente com retinoblastoma desenvolveu um osteossarcoma do osso maxilar, com a idade de 11 anos. Os tumores malignos de origem epitelial afetaram exclusivamente a glândula parótida. No momento da reavaliação, a maioria dos pacientes encontrava-se bem, sendo que um total de 8 pacientes tinham ido á óbito e em 6 casos a morte foi associada as lesões bucomaxilofaciais.

GUERRISI *et al.* (2007), analisaram os arquivos de um serviço especializado em diagnóstico bucal, em estudo retrospectivo de 15 anos (1990-2004). Selecionaram, em sua amostra, pacientes com até 20 anos de idade e que foram acometidos por tumores odontogênicos (TO). A idade média de toda a população foi de 12,7 anos (3-20 anos). Os 153 casos de TO foram responsáveis por 7% do total de casos diagnosticados em crianças e adolescentes (n = 2250) durante todo o período estudado. Considerando-se as lesões localizadas exclusivamente na mandíbula (n = 1228), a frequência de TO chegou a 12%, o que representou 78,4% das lesões (n = 195). Os resultados obtidos mostraram que 50,9% dos TO eram odontomas; 18,3% ameloblastomas, e 8,5% mixomas. Tumor odontogênico adenomatóide e fibro-odontoma ameloblástico apresentaram uma frequência semelhante entre si, alcançando 5,2 e 4,6%, respectivamente. O tumor odontogênico cístico calcificante foi responsáveis por 3,9% dos casos e o fibroma odontogênico por 3,2%. Os tumores menos frequentes foram o cementoblastoma e o fibroma ameloblástico (1,9% dos tumores cada), e o tumor odontogênico epitelial calcificante representou 1,3% dos casos. Quanto à localização, ameloblastoma, mixoma, fibro-odontoma ameloblástico, cementoblastoma, fibroma ameloblástico e tumor odontogênico epitelial calcificante foram mais frequentemente localizados na região posterior da mandíbula. Odontoma e tumor odontogênico adenomatóide foram mais frequentemente localizados na região anterior da maxila, enquanto que o tumor odontogênico cístico calcificante foi mais frequente no setor posterior da maxila e a distribuição de fibroma odontogênico em ambos maxilares foi semelhante.

MORRIS (2010) estudou carcinomas epidermóides bucais em pacientes pediátricos entre 1973 e 2006, encontrando um total de 54 pacientes pediátricos identificados no registro do Instituto Nacional do Câncer (SEER). O paciente mais jovem tinha menos de 01 ano de idade,

e 05 pacientes com menos de 10 anos de idade. O seguimento médio foi de 53 meses (variação: 2-391 meses). Subsítios tumorais foram diagnosticados em 35 casos: (63,6%) de carcinoma epidermóide de língua oral, seguidos por lábios (8 casos, 14,5%), alvéolo superior (4 casos, 7,2%), alvéolo inferior (3 casos, 5,4%), mucosa bucal 2 casos (3,6%) e 1 caso (1,9%) cada um do palato duro, trígono retromolar, e assoalho da boca. Um paciente apresentou dois cânceres primários de cabeça e pescoço separadamente, de língua e lábios, nas idades de 11 e 13 anos. Um corte de adultos de 22.162 casos, também foi identificado, elaborado a partir de diagnósticos realizados nos mesmos anos. Acompanhamento médio no grupo adulto foi de 30 meses (variação: 1-407 meses). Na análise, a porção pediátrica diferiu do grupo de adultos em vários aspectos. Os pacientes pediátricos foram predominantemente do sexo feminino (37,0% x 31,7%) e significativamente mais propensos a receber a terapia cirúrgica (87,0% x 68,6%). Pacientes pediátricos foram menos propensos a apresentar metástases cervicais (31,3% x 43,7%), e mais propensos a ter lesões bem diferenciadas histopatologicamente (33,3% x 21,0%).

MOUCHREK *et al.* (2011), realizaram levantamento de lesões orais e maxilo-faciais, biopsiadas, em pacientes com até 16 anos de idade. Estudaram o período entre 1992-2008 (16 anos). De um total de 3.550 biópsias em pacientes pediátricos, 88 casos (2,48%) estavam localizados na região oral ou maxilofacial. A prevalência dessas lesões foi maior na dentição permanente (38%), seguido pela dentição mista (34%) e os períodos de dentição decídua (28%). Observou-se prevalência semelhante entre os pacientes de gênero feminino (54,5%) e masculino (45,5%). As condições mais comuns diagnosticados individualmente foram hiperplasia fibrosa inflamatória (10,1%), mucocela (10,1%), odontoma (8,9%) e cisto dentífero (7,6%). Foram diagnosticadas ainda lesões reacionais (27,3%), lesões de glândulas salivares (13,6%) e neoplasias benignas de tecidos moles. A hiperplasia fibrosa inflamatória também foi uma condição frequente na categoria reativo/hiperplásico (37,5%), seguida pelo granuloma piogênico (25%), e lesão periférica de células gigantes (16,6%). O mucocela foi a condição mais frequente no grupo de lesão de glândula salivar (75%). O hemangioma foi o mais prevalente no grupo de neoplasia benigna de tecidos moles (45,5%), seguido de papiloma escamoso (18,2%), e fibroma (18,2%). Os odontomas representaram 80% dos tumores odontogênicos. As lesões malignas foram raramente diagnosticadas, o que correspondeu a 8,9% da amostra.

KOLOMVOS *et al.* (2013) estudaram as lesões fibro-ósseas benignas dos maxilares, em crianças, durante o período de 12 anos. Vinte e seis pacientes caucasianos com idade média de 8,5 anos (variação de 4 meses a 17 anos), foram incluídos no estudo. A média de idade para o gênero masculino foi de 8 anos (4 meses-17 anos), enquanto que a média de idade para pacientes do gênero feminino foi de 9,5 anos (6 meses-16 anos). Houve uma predileção das lesões pelo gênero masculino (61,5%). Lesões fibro-ósseas representaram 12,6% de todas as lesões benignas dos maxilares. Houve sete casos de displasia monostótica fibrosa, um caso de Síndrome McCuneAlbright, um fibroma ossificante juvenil agressivo, três fibromas ossificantes centrais, três lesões fibro-ósseas não classificadas, um caso de osteblastoma, um fibroma desmoplásico, cinco cistos aneurismáticos e quatro casos com miofibromatose. A localização mais frequente foi a mandíbula (20 casos, 76,9%); em 15 casos, o corpo mandibular, em 3 casos o ângulo da mandíbula e em 2 casos do ramo. Em 16 casos as lesões tiveram localização inicial em corpo da mandíbula, enquanto que em 4 casos de miofibromatose a mandíbula foi afetada pela expansão da lesão dos tecidos moles adjacentes. A maxila foi afetada em 5 casos de displasia fibrosa e um caso de cisto ósseo aneurismático onde toda a maxila foi destruída e a lesão tinha expansão para o complexo naso-etmoidal. O tratamento foi cirúrgico em todos os casos, variando de conservador a ressecções extensas. Mais especificamente, em relação às lesões mandibulares, sete casos foram tratados por ostectomia marginal, três por osteotomia parcial, nove por enucleação e curetagem e um caso de remodelação do osso afetado. Em sete casos (26,9%) a abordagem extra-oral foi necessária (3 casos de cistos ósseos aneurismáticos, e 4 casos de miofibromatose), enquanto que em 3 casos o defeito mandibular restante foi reconstruído com enxerto ósseo da crista ilíaca. A cicatrização pós-operatório transcorreu sem intercorrências em todos os casos. Todos os pacientes foram acompanhados regularmente por uma média de 5,5 anos sem recidiva, exceto em um caso de displasia fibrosa maxilar em que o alargamento do osso continuou após a cirurgia e exigiu nova intervenção cirúrgica.

Assim como ADEBAYO *et al.* (2002), KOLOMVOS *et al.* (2013) também relataram as características clínicas sendo aumento de volume e alargamento mandibular o principal sinal clínico relatado, em 4 casos (15,4%) a dor foi relatada, mobilidade e/ou deslocamento dental foram observados em alguns casos, em que a parte dentada da mandíbula estava afetada. Tomografias computadorizadas e radiografias convencionais estavam disponíveis em todos os casos. O

acompanhamento até pelo menos o fim da puberdade foi previsto para todos os casos.

1.2. JUSTIFICATIVA

Acreditamos que apresentar e conhecer a realidade do atendimento prestado pelo Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão, possa ajudar no planejamento de suas futuras ações, bem como ajude a mostrar a necessidade de mais serviços com o mesmo perfil em outras cidades do estado de Santa Catarina.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

- Levantar os casos de lesões bucomaxilofacial tratadas com abordagem cirúrgica bucomaxilofacial, em pacientes pediátricos atendidos no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Classificar a amostra quanto ao gênero, procedência e idade.
- Classificar as lesões bucomaxilofaciais tratadas no período, de acordo com a classificação apresentada por NEVILLE *et al.* (2009).
- Correlacionar os diagnósticos clínicos com os diagnósticos histopatológicos das lesões tratadas.
- Relatar a conduta adotada com os pacientes após a realização dos procedimentos cirúrgicos.

2. Artigo

Artigo formatado conforme normas da Revista *Special Care in Dentistry* (acessadas em 10 de Outubro de 2014) (ANEXO A).

Lesões bucomaxilofaciais tratadas através de procedimentos cirúrgicos sob anestesia geral, num serviço público de referência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Pediátrica.

Autores:

Isabela Maria Vasconcelos SILVA*

Liliane Janete GRANDO **

Levy Hermes RAU***

Josimari Telino de LACERDA ****

*Acadêmica de Odontologia, UFSC.

**Estomatologista, Professora do Depto de Patologia, Coordenadora do Ambulatório de Estomatologia do HU, UFSC.

***Cirurgião Bucomaxilofacial, Chefe do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão.

****Epidemiologista, Professora do Depto de Saúde Pública, UFSC.

Resumo

Este trabalho relata a atuação de um Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial de referência, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento de pacientes de 0 a 14 anos e 11 meses de idade. Foram levantadas as patologias bucomaxilofaciais atendidas no referido serviço, diagnosticadas e tratadas com abordagem cirúrgica, ao longo dos 10 anos de existência do mesmo. A partir dos relatórios de cirurgia foram revisados os prontuários médicos dos pacientes em busca dos dados pessoais, diagnóstico e conduta adotada. As lesões diagnosticadas foram classificadas com base em Neville *et al.* (2009). Os dados foram organizados em planilha Excel e tabulados. A análise utilizada foi do tipo descritiva. Um total de 94 procedimentos cirúrgicos de patologias foram realizados no período estudado. A maioria dos pacientes da amostra era do gênero masculino (61,42%), procedentes da macrorregião estadual da Grande Florianópolis (58,57%), na faixa etária de 9 a 12 anos (35,71%). Os resultados obtidos apontaram lesões em maior número nas seguintes categorias: tumores dos tecidos moles (17,72%), cistos odontogênicos (17,72%), tumores odontogênicos mistos (13,92%) e patologia de glândulas salivares (12,65%). Os diagnósticos clínicos e histopatológicos foram compatíveis em 75% dos casos. Em 65,71% dos casos o paciente teve controle realizado em conjunto com outra(s) especialidade(s) da área da saúde do mesmo hospital ou fora dele. Ressalta-se a importância do diagnóstico de lesões bucomaxilofaciais em crianças, bem como o correto tratamento das lesões e a continuidade do trabalho de um serviço odontológico com este perfil em um hospital público.

Palavras-chave: Criança, Cirurgia Bucal, Patologia Bucal.

Abstract

This paper aims to reports the actions of a referral service in the area of oral and maxillofacial surgery, by public assistance of health, in the care of patients from 0 to 14 years and 11 months of age. The paper raised oral and maxillofacial pathologies attended by the service, diagnosed and treated with surgery through the 10 years of the service's existence. Based on the surgery's reports, the medical records of the patients were reviewed in search of personal data, diagnostic and the management adopted. The diagnosed injuries were classified based on Neville *et al.* (2009). The data were organized and tabulated in Excel, and the statistics analysis was descriptive. Ninety-four pathologic surgical procedures were performed in the studied period. The majority of the patients were male (61,42%), from the state macro-region, Grande Florianópolis (58,57%), 9 to 12 age group (35,71%). The results pointed injuries in greater numbers in the categories: tumors of soft tissues (17,72%) and odontogenic cysts (17,72%). The clinical and histopathological diagnostics were compatible in 75% of the cases. In 65,71% of the cases, the patient had control carried out in conjunction with others specialties in the health area of the same hospital or outside it. Furthermore, it is important the diagnostic of oral and maxillofacial injuries in children, as well as the proper treatment of the injuries and the continuity of the work of a dental services in a public hospital.

Key words: Child, Oral Surgery, Oral Pathology.

INTRODUÇÃO

O estudo das lesões que acometem a cavidade bucal é um tema importante dentro da Odontologia, devido à relevância do cirurgião dentista no diagnóstico e tratamento das mesmas¹.

Existem inúmeras diferenças entre as populações de adultos e crianças. As crianças diferem da população em geral, não só por causa de seu pequeno tamanho, mas também porque certas lesões têm predileção por esse grupo populacional².

Ao comparar a ocorrência de lesões, orais e maxilofaciais, na população pediátrica, as variações em relação à idade, prevalência e a distribuição geográfica foram encontrados³. Apesar de um volume considerável de literatura escrita sobre lesões orais e maxilo-faciais pediátricas em diferentes países¹⁻⁹, este ainda não foi completamente documentada em crianças brasileiras^{6,10,11}.

Uma vez que a distribuição geográfica é uma das fontes de variação, a ocorrência e prevalência deste tipo de lesões em áreas geográficas diferentes pode ser um tema relevante para investigar.

Este trabalho teve como objetivo levantar e classificar os casos de lesões bucomaxilofacial tratadas com abordagem cirúrgica, em pacientes pediátricos atendidos no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão (CTBM – HIJG), Florianópolis, Santa Catarina.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho foi submetido à apreciação do Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Infantil Joana de Gusmão (ANEXO B) e obteve aprovação na data de 14 de Agosto de 2014, parecer número 753.075, com dispensa da utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C)

O estudo foi do tipo observacional, descritivo e retrospectivo. Foram incluídos na pesquisa pacientes atendidos no CTBM – HIJG, no período de dez/2003 a dez/2013, de ambos os sexos, de zero (0) a quatorze (14) anos e onze (11) meses de idade, que apresentaram patologia bucomaxilofacial com abordagem cirúrgica em alguma etapa do tratamento. Pacientes com dados incompletos de prontuário foram excluídos da amostra.

A partir dos relatórios de cirurgia, foram selecionados os pacientes de acordo com os critérios supracitados, e acessados os prontuários médicos em busca dos dados pessoais: gênero, idade e procedência, diagnósticos clínico e histopatológico, tipo de abordagem cirúrgica utilizada e conduta adotada.

As lesões diagnosticadas foram agrupadas segundo a classificação de NEVILLE *et al.* (2009)¹² nas seguintes categorias: cistos odontogênicos; tumores dos tecidos moles; patologia de glândulas salivares; tumores odontogênicos mistos; doenças da polpa e do periápice; patologia óssea; lesões fibro-ósseas dos ossos gnáticos; patologia epitelial; anomalias de desenvolvimento dental; distúrbios hematológicos; doenças periodontais; tumores de ectomesênquima odontogênicos; cistos do desenvolvimento; lesões físicas e químicas.

As abordagens cirúrgicas revisadas foram classificadas em: (1) biópsia incisional; (2) enucleação; (3) exérese; (4) marsupialização; (5) outros.

E a conduta adotada para como paciente após a abordagem cirúrgica foram: (1) Posteriormente a consulta de pós-operatório e entrega do laudo histopatológico, o paciente não apresentava necessidade de retorno para novos procedimentos na mesma lesão abordada; (2) Controle realizado exclusivamente pelo CTBMF-HIJG; (3) Controle conjunto com outra(s) especialidade(s) da área da saúde do mesmo hospital ou fora dele.

A fim de determinar a origem territorial dos pacientes optou-se por utilizar as macrorregiões estaduais que são: (1) extremo oeste; (2) grande Florianópolis; (3), meio oeste; (4) nordeste; (5), planalto norte; (6) planalto serrano (7) sul e (8) vale do Itajaí.

Quanto a idade os grupos foram de 0-2 anos, 3-5 anos, 6-8 anos, 9-11 anos e 12-15 anos. A compatibilidade entre os diagnósticos clínicos, no momento do planejamento cirúrgico, e os diagnósticos histopatológicos das lesões removidas foram agrupados nas seguintes categorias: (1) Diagnóstico clínico foi compatível com o diagnóstico histopatológico; (2) Diagnóstico clínico não compatível com o diagnóstico histopatológico; (3) Não se aplica: lesões que não necessitavam de análise histopatológica para conclusão do diagnóstico; (4) Não informado: diagnóstico histopatológico não foi informado para comparação com o diagnóstico clínico.

Resultados e Discussão

Dos 70 pacientes, acometidos por lesões bucomaxilofaciais e assistidos cirurgicamente no período da pesquisa, 43 (61,42%) eram do gênero masculino, e 27 feminino (38,57%), KOLOMIVOS *et al.*(2013)¹³ também encontraram predileção das lesões bucomaxilofaciais pelo gênero masculino (61,5%). A maioria (58,57%) dos pacientes eram oriundos da macrorregião estadual da Grande Florianópolis (n=41) (gráfico1).

A idade da amostra variou de 1 ano e dois meses a 14 anos e dois meses, com um pico no grupo de 9-12 anos (n=25, 35,71%), seguido do grupo de 6-9 anos (n=15, 21,42%), 12-15 anos (n=12, 17,14%), 3-5 anos (n=9, 12,85%) e 0-3 anos (n=9, 12,85%)(gráfico 2). Existem relatos de maior concentração de pacientes acometidos por patologias bucomaxilofaciais na faixa etária de 5-9 anos^{5,14} e 12-16 anos¹⁵.

Um total de 79 lesões foram incluídas neste estudo (APÊNDICE A). As condições mais comuns diagnosticados individualmente foram cisto dentífero (n=9, 11,39%), rânula e odontoma, que tiveram frequência semelhante (n=8, 10,12%), seguidos de granuloma periférico de células gigantes (n=4, 5,06%). MOUCHREK *et al.*(2011)¹⁵ também encontraram odontoma (8,9%) e cisto dentífero (7,6%) como lesões frequentes individualmente.

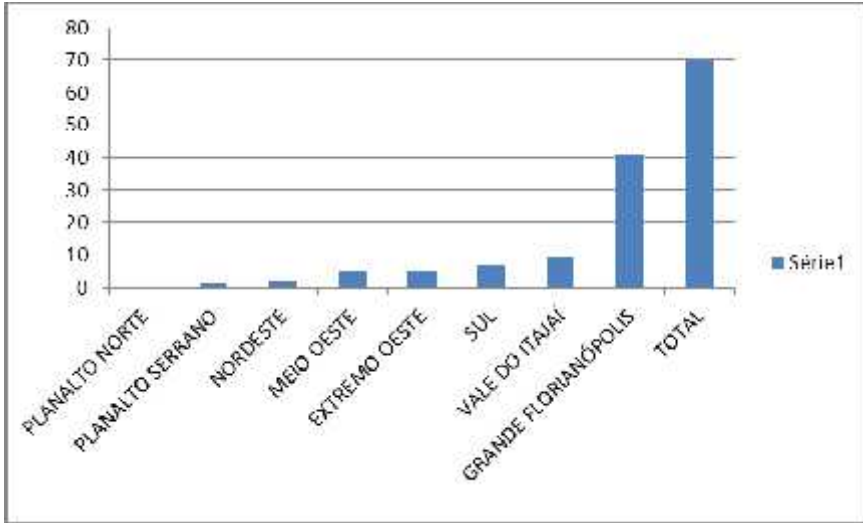
No que diz respeito às categorias diagnósticas, o maior número de casos ocorreu nos grupos: tumores dos tecidos moles (n=14, 17,72%), cistos odontogênicos (n=14, 17,72%), que tiveram frequência semelhante, tumores odontogênicos mistos (n=11, 13,92%) e patologia de glândulas salivares (n=10, 12,65%). Também estavam presentes, doenças da polpa e do periápice (8,86%), patologia óssea (7,59%), lesões fibro-ósseas dos ossos gnáticos (5,06%), patologia epitelial (5,06%), anomalias de desenvolvimento dental (3,79%), distúrbios hematológicos (2,53%), doenças periodontais (2,53%), cistos do desenvolvimento (1,26%) e lesões físicas e químicas (1,26%) (gráfico 3).

Granuloma periférico de células gigantes (n=4) foi a lesão mais comum (28,57%) dentre os tumores dos tecidos moles. Também foram diagnosticados linfangioma (n=2, 14,28%) e granuloma piogênico (n=2, 14,28%) entre outros.

Cisto dentífero também foi a condição mais comum entre os cistos odontogênicos (68,28%), e dois ceratocistos odontogênicos

(14,28%) estavam presentes, representando os tumores benignos de origem odontogênica.

Gráfico 1: Procedência dos pacientes da amostra, de acordo com a macrorregião estadual de origem. Florianópolis, SC, 2014



Odontomas representaram a maior parte (88,88%) dos tumores odontogênicos, assim como relatado por SATO *et al.*(1997)⁵, MOUCHREK *et al.*(2011).¹⁵ e GUERRISI *et al.*(2007)¹⁶.

Em discordância com estudo de MOUCHREK *et al.*(2011)¹⁵, que relataram mucocele como a condição mais frequente no grupo de lesão de glândula salivar (75%), a rânula (n=8, 80%) foi mais encontrada em nosso trabalho.

Foram realizados 94 procedimentos cirúrgicos relacionados à patologia. Quanto às abordagens cirúrgicas, a maior número de lesões teve remoção total, exérese, (n=33, 35,10%), seguido de marsupialização (n=18, 19,14%), biópsia incisional (n=14, 14,89%) e enucleação (n=9, 9,57%). Outras abordagens, não especificadas, compuseram 21,27% da amostra. KOLOMIVOS *et al.*(2013)¹³ também encontraram uma variedade de tipos de abordagem cirúrgica no tratamento de lesões bucomaxilofaciais, citou ostectomia marginal, osteotomia parcial, enucleação e curetagem e remodelação do osso.

Gráfico 2: Variação da idade na amostra.
Florianópolis, SC, 2014

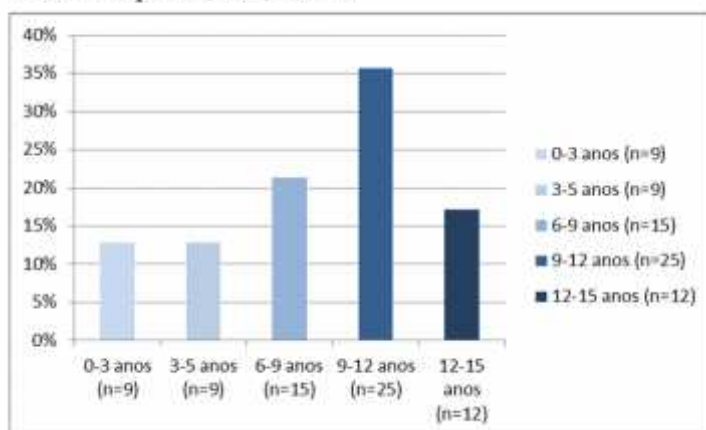


Gráfico 3: Distribuições das lesões da amostra por categorias diagnósticas. Florianópolis, SC, 2014.



A compatibilidade do diagnóstico clínico, no momento da cirurgia, com o diagnóstico emitido no laudo histopatológico (APÊNDICE A) foi de 75% (n=39). Treze diagnósticos clínicos foram incompatíveis com o histopatológico (25%). Vinte e duas lesões não necessitavam de análise histopatológica para conclusão diagnóstica e outras vinte lesões tiveram laudo histopatológico não informado no prontuário do paciente.

A conduta clínica após procedimento cirúrgico foi estudada e em 65% dos casos (n=46) o paciente necessitou de acompanhamento conjunto com outra(s) especialidade(s) da área da saúde do mesmo hospital ou fora dele. Podemos citar como colaboradores no acompanhamento destes pacientes os médicos e residentes do HIJG, fonoaudiólogos, ortodontistas e centros de referência como o Ambulatório de Estomatologia do Hospital Universitário, Núcleo de Atendimento a Pacientes com Deformidade Facial (NAPADF) e o Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON). Ressalta-se a importância de uma equipe multidisciplinar no tratamento desses pacientes.

Vinte e um pacientes (30%) receberam alta, posteriormente a consulta pós-operatória e entrega do laudo histopatológico, pois não apresentaram necessidade de retorno para novos procedimentos cirúrgicos na mesma lesão abordada e três deles (4,28%) permaneceram em controle ambulatorial realizado exclusivamente pelo CTBMF-HIJG.

As lesões malignas foram raramente diagnosticadas, o que corresponde a 7,5% do tamanho total da amostra, achado compatível com outros estudos ^{8,9}. Um paciente com diagnóstico de xeroderma pigmentoso apresentou três carcinomas de células basais (n=3) na região da face. Também estavam presentes: linfoma de Burkitt (n=1), mioossarcoma (n=1) e sarcoma de Ewing (n=1).

Conclusões

O perfil dos pacientes da amostra foi pertencer ao gênero masculino, ter idade entre 9 e 12 anos, e ter como procedência a Grande Florianópolis. As lesões foram em sua maioria de natureza benigna e dos grupos de lesões tumores benignos dos tecidos moles e cistos odontogênicos. O diagnóstico clínico foi compatível com o diagnóstico histopatológico na maioria dos casos e os pacientes do CTBMF- HIJG tiveram o acompanhamento clínico realizado juntamente com outras especialidades da área da saúde quando necessário.

O conhecimento da realidade do atendimento prestado por Serviços de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pediátricos mostrou a necessidade da criação de mais serviços com o mesmo perfil em outras cidades do estado de Santa Catarina. O presente estudo mostrou ainda, a importância de realizar o planejamento de ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento das lesões bucomaxilofaciais da população infantil.

Referências do artigo

1. SILVA, F.W.G.P.; ARNEZ, M.F.M.; QUEIROZ, A.M.; BORSATTO, M.C. Principais tumores não-odontogênicos que acometem a cavidade bucal de crianças. *Rev. Odontol. USP*, v 22(2): p.138-46, 2010.
2. DHANUTHAI, K.; BANRAI, M.; LIMPANAPUTTAJAK, S. A retrospective study of paediatric oral lesions from Thailand. *Int J Paed Dent*, v 17: p.248–253, 2007.
3. LIMA, G.S.; FONTES, S.T.; ARAÚJO, L.M.A.; ETGES, A.; TARQUINIO, S.B.C.; GOMES, A.P. A survey of oral and maxillofacial biopsies in children: a single-center retrospective study of 20 years in Pelotas-Brasil. *J Applied Oral Science*, v16 (6): p.397-402, 2008.
4. AL-KHATEEB, T.; HAMASHA, A.A.; ALMASRI, N.M. Oral and maxillofacial tumours in North Jordanian children and adolescents: a retrospective analysis over 10 years. *Int J Oral Maxillofacial Surg*, v 32: p.78–83, 2003.
5. SATO, M.; Tanaka N.; Sato T.; Amagasa T. Oral and maxillofacial tumours in children: a review. *British J Oral Maxillofacial Surg*, v 35: p.92-95, 1997.
6. MAIA, D.M.; MERLY, F.; CASTRO, W.H.; GOMEZ, R.S.A. Survey of oral biopsies in Brazilian pediatric patients. *J Dent Child*, v 67: p.128-31, 2000.
7. JONES, A.V.; FRANKLIN, C.D. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in children over a 30-year period. *Int J Paediatric Dent*, v 16: p. 19-30, 2006.
8. BESSA, C.F.N.; SANTOS, P.J.B.; AGUIAR, M.C.F.; DO CARMO, M.A.V. Prevalence of oral mucosal alterations in children from 0 to 12 years old. *J Oral PatholMed*, v 33: p. 17-22, 2004.
9. CRIVELLI, M.R.; AGUAS, S.; ADLER, I.; QUARRACINO, C.; BAZERQUE, P. Influence of socioeconomic status on oral

- mucosa lesion prevalence in schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol*, v 16: p. 58-60, 1988.
10. SOUSA, F.B.; ETGES A.; CORRÊA, L.; MESQUITA, R.A.; DE ARAÚJO, N.S. Pediatric oral lesions: a 15-year review from São Paulo, Brazil. *J Clin Ped Dent*, v 26: p. 413-8, 2002.
 11. PEREZA, D.E.C.; PIRES, F.R.; ALVES, F.A.; ALMEIDA, O.P.; KOWALSKIB, L.P. Salivary gland tumors in children and adolescents: a clinicopathologic and immunohistochemical study of fifty-three cases. *Int J Pediatric Otorhinolaryngology*, v 68: p. 895-902, 2004.
 12. NEVILLE, B.W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J.E. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 3.ed . Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
 13. KOLOMIVOS, N.; THEOLOGIE-LYGIDAKIS, N.; CHRISTOPOULOS, P.; IATROU, I. Benign fibro-osseous lesions of the jaws in children: A 12-year retrospective study. *JCraniomaxillofacial Surg*, v 41: p. 574-580, 2013.
 14. BHASKAR, S.N. Oral tumors of infancy and childhood. *J Pediatric*, v 63: p.195-210, 1963.
 15. MOUCHREK, M.M.M.; GONÇALVES, L.M.; BEZERRE-JUNIOR, J.R.S.; MAIA, E.C.S.; SILVA, R.A.; CRUZ, M.C.F.N. Oral and maxillofacial biopsied lesions in Brazilian pediatric patients: A 16-year retrospective study. *Rev Odontol Ciênc*, v 26(3):p.222-226, 2011.
 16. GUERRISI, M.; PILONI, M.; KESZLER, A. Odontogenic tumors in children and adolescents. A 15-year retrospective study in Argentina. *Med Oral Patol Oral Cirurgia Bucal*, v 12: p. 180-185, 2007.

REFERÊNCIAS

1. ADEBAYO, Ezekiel Taiwo; AJIKE, Sunday Olusegun; ADEKEYE, Emmanuel Oladepo. Odontogenic tumours in children and adolescents: a study of 78 Nigerian cases. **Journal Of Cranio-maxillofacial Surgery**. Kaduna, p. 267-272. jun. 2002.
2. AROTIBA, Godwin T. A study of orofacial tumors in Nigerian children. **Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery**. Lagos, p. 34-38. jan. 1996.
3. COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL (Brasil) (Org.). O QUE É CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL. Disponível em: <<http://www.bucomaxilo.org.br/site/o-que-e-cirurgia-bmf.php>>. Acesso em: 16 set. 2014.
4. GUERRISI, Marcela; PILONI, María Julia; KESZLER, Alicia. Odontogenic tumors in children and adolescents. A 15-year retrospective study in Argentina: A 15-year retrospective study in Argentina. **Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal**. Buenos Aires, p. 180-185. mar. 2007.
5. KOLOMVOS, Nikolaos et al. Benign fibro-osseous lesions of the jaws in children: A 12-year retrospective study. **Journal Cranio-Maxillo-Facial Surgery**, Athenas, v 41: p. 574-580. nov. 2013.
6. LIMA, Giana da Silveira et al. A survey of oral and maxillofacial biopsies in children: a single-center retrospective study of 20 years in Pelotas – Brazil. **Journal Of Applied Oral Science**. Pelotas, p. 397-402. jun. 2008.
7. MAJORANA, Alessandra et al. Oral mucosal lesions in children from 0 to 12 years old: ten years' experience. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, And Endodontology**. Milan, p. 13-18. dez. 2010.

8. MORRIS, Ian Ganly. Outcomes of oral cavity squamous cell carcinoma in pediatric patients. **Oral Oncology**. New York, p. 292–296. jan. 2010.
9. MOUCHREK, Monique Maria Melo et al. Oral and maxillofacial biopsied lesions in Brazilian pediatric patients: A 16-year retrospective study. **Revista Odonto Ciência**, São Luís, v. 26, n. 3, p.222-226, set. 2011.
10. SATO, Miki et al. Oral and maxillofacial tumours in children: a review. **British Journal Oral Maxillofacial Surgery**. Tóquio, v 35: p.92-95. fev. 1997.
11. SILVA, Francisco Wanderley Garcia de Paula e et al. Principais tumores não-odontogênicos que acometem a cavidade bucal de crianças. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 2, n. 22, p.138-146, maio 2007.
12. TROBS, Ralf-bodo et al. Oral tumors and tumor-like lesions in infants and children. **Pediatric Surgical International**. Leipzig, p. 639-645. nov. 2003.
13. ÜSTÜNDAG, Emre et al. Central giant cell granuloma. **International Journal Of Pediatric Otorhinolaryngology**. Kocaeli, p. 143-146. set. 2002.

APÊNDICE A – Tabela 1: Compatibilidade dos diagnósticos clínicos e diagnósticos histopatológicos.

Tabela 1: Relação de compatibilidade entre os diagnósticos clínicos e histopatológicos (1-38).

Paciente	Diagnóstico clínico	Diagnóstico histopatológico	Compatibilidade
1	ABCESSO SUBCUTÂNEO SUPRACILIÁRIO	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA
2	OSTEOBLASTE MÚLTIPLO	NÃO INFORMADO	NÃO INFORMADO
3	OSTEOBLASTE DE GARRE	OBSERVA-SE TIPO DE GRANULAÇÃO SUGESTIVO DE OSTEOBLASTE CRÔNICA	COMPATÍVEL
4	LESÃO INFECCIOSA ODONTÓGENICA	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA
5	OSTEOBLASTE MÚLTIPLO	NÃO INFORMADO	NÃO INFORMADO
6	ESBOÇOTAS MÚLTIPLAS	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA
7	CISTO PERIAPICAL	SI	NÃO INFORMADO
8	SUPRACILIÁRIO	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA
9	DENTE SUPRACILIÁRIO	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA
10	MENODENTE	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA
11	BÁBULA	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA
12	BÁBULA E MARGEMINANTE	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA
13	RECIPIVA DE BÁBULA	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA
14	MIXOCELÉ	MIXOCELÉ	COMPATÍVEL
15	MIXOCELÉ	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA
16	BÁBULA	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA
17	BÁBULA	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA
18	BÁBULA	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA
19	BÁBULA	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA
20	BÁBULA	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA
21	HEMANGIOMA / LINFANGIOMA	COMPATÍVEL COM LINFANGIOMA	COMPATÍVEL
22	GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES	LESÃO DE CÉLULAS GIGANTES TUMOR BIFÁSICO DE CÉLULAS GIGANTES	COMPATÍVEL
23	LINFANGIOMA	LINFANGIOMA	COMPATÍVEL
24	CISTO DO RECIPIVA NASCIDO	TUMOR MELANOCITÓCITO MELANOCÍTICO DA ÍRIS	NÃO COMPATÍVEL
25	GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES	TUMOR DO GRANULOMA REATIVO DE CÉLULAS GIGANTES	COMPATÍVEL
26	GRANULOMA PÓS-GENÉICO	PROCESSO INFLAMATÓRIO CRÔNICO, COM HIPERPLASIA ESCAMOSA E DENSO INFILTRADO INFLAMATÓRIO LINFÓCITOPLASMOCITÁRIO.	COMPATÍVEL
27	GRANULOMA CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES	FRAGMENTOS DE TISSUO CONSISTENTE COM ÁREAS DE REFORMAÇÃO ÓSSEA	NÃO COMPATÍVEL
28	PERIAPICALITOMA	NÃO INFORMADO	NÃO INFORMADO
29	GRANULOMA PÓS-GENÉICO	COMPATÍVEL COM GRANULOMA PÓS-GENÉICO	COMPATÍVEL
30	MARGEMINANTE	QUADRO HISTOLÓGICO CONSISTENTE COM DIAGNÓSTICO ANTERIOR DE MARGEMINANTE (BARR) E MARGEMINANTE COM INFILTRAÇÃO ATÉ LIMITE ÓSSEO	COMPATÍVEL
31	HEBERPLASIA FIBROSA	POLÍPE FIBROSO INFLAMATÓRIO ULCERADO	COMPATÍVEL
32	TUMOR DE WOODS	1. ACHADOS HISTOLÓGICOS SUGEREM FIBROMATOSE TIPO DE MARGEMINANTE (BARR) 2. TUMOR DE WOODS 3. TUMOR DE WOODS	COMPATÍVEL
33	CISTO SEROSO	MIXOBLASTOMA DE CÉLULAS GRANULOSAS	NÃO COMPATÍVEL
34	GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES	NÃO INFORMADO	NÃO INFORMADO
35	TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES LESÃO CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES	TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES COM ESTROMA FIBROSO (BARR)	COMPATÍVEL
36	LESÃO CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES	GRANULOMA CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES	COMPATÍVEL
37	LESÃO CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES	NÃO INFORMADO	NÃO INFORMADO
38	CISTO ÓSSEO TRAUMÁTICO	NÃO INFORMADO	NÃO INFORMADO

APÊNDICE A – Tabela 1: Compatibilidade dos diagnósticos clínicos e diagnósticos histopatológicos.

Tabela 1: Relação de compatibilidade entre os diagnósticos clínicos e histopatológicos (39-79).

Revisão	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Histopatológico	Compatibilidade
40	CRISTOBIOS TRUJAMCO	DE CRISTOBIOS TRUJAMCO E OUTROS CRISTOBIOS	COMPATÍVEL
40	ABRERTO DE VILLARI MAKERELLA, LAGO TABIFLO	NECROTIÇO DE CRISTOBIOS MAKERELLA, LAGO E TABIFLO (CRISTOBIOS)	NÃO COMPATÍVEL
41	MICRIMA DE JIMINI	MICRIMA DE JIMINI	COMPATÍVEL
42	EPIDILAMA MORFOTÉTICO	EPIDILAMA FURCOSA	COMPATÍVEL
43	MICRIMA OCOSOTAMCO DEPRASA, OZETA PBRICA MORFOTÉTICA	MICRIMA OCOSOTAMCO (MIRINI)	NÃO COMPATÍVEL
44	EPIDILAMA MORFOTÉTICO	EPIDILAMA OCOSOTAMCO, OZETA E MORFOTÉTICA	COMPATÍVEL
45	EPIDILAMA MORFOTÉTICO	DETECÇÃO DE EPIDILAMA OCOSOTAMCO OU MORFOTÉTICO POR EPIDILAMA OCOSOTAMCO OU MORFOTÉTICO (EPIDILAMA OCOSOTAMCO- MORFOTÉTICO)	COMPATÍVEL
46	EPIDILAMA MORFOTÉTICO	DETECÇÃO DE EPIDILAMA OCOSOTAMCO OU MORFOTÉTICO POR EPIDILAMA OCOSOTAMCO OU MORFOTÉTICO (EPIDILAMA OCOSOTAMCO- MORFOTÉTICO)	COMPATÍVEL
47	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
48	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
49	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
50	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
51	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
52	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
53	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
54	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
55	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
56	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
57	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
58	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
59	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
60	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
61	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
62	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
63	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
64	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
65	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
66	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
67	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
68	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
69	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
70	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
71	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
72	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
73	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
74	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
75	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
76	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
77	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
78	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL
79	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	CRISTOBIOS MORFOTÉTICO	COMPATÍVEL

ANEXO A - Normas da Revista *Special Care in Dentistry*.

Author Guidelines

The mission of *Special Care in Dentistry* (SCID) is to provide a forum for research findings, case reports, clinical techniques and scholarly discussion relevant to the oral health and oral health care of "special care patients." The designation of the special care patient is not limited to hospitalized, disabled or older individuals, but includes all patients for whom oral health and oral health care are complicated by physical, emotional, financial and/or access factors.

Effective with the 2018 volume, this journal will be published in an online-only format.

Manuscripts

Original articles are considered and accepted for publication on the condition that they have not been published or are not simultaneously submitted for publication elsewhere. A letter signed by all authors stating that the submission is an original article, not previously published or simultaneously being considered for publication elsewhere, must accompany the submission.

All manuscripts should be submitted through the online submission system at <http://mc.manuscriptcentral.com/scid>.

The manuscript should be submitted with all material double-spaced, flush left (preferably in Courier typeface), with at least a 1" margin all around. All pages should be systematically numbered. The editor reserves the right to edit manuscripts to fit available space and to ensure conciseness, clarity and stylistic consistency.

Title page: Titles of articles should be descriptive but concise. Long titles discourage reading, present typographic and layout problems and create difficulties in indexing.

Include with the manuscript an abbreviated title (no more than 50 characters including punctuation and spaces) to be used on the journal cover. On the title page please include no more than 5 keywords for the article. The corresponding author should include his or her e-mail address, daytime telephone and FAX numbers, as well as current address. Positions and professional degrees should be provided along with each author's full first and last names.

Abstract: A brief structured abstract not to exceed 160 words must be included with each article and should state the following: purpose/objective of the article, the method and materials used, results and conclusions of clinical relevance.

Scientific Article Content

A critical review of the manuscript topic, the rationale and significance of the study and as appropriate study aims and/or hypotheses should be presented in the introduction.

Methods: All methods used must be detailed, referenced adequately and include a description of the statistical data analysis methods.

Results: Results must be presented in a logical order with references to appropriate tables, figures and illustrations.

Discussion: Important findings from the study should be discussed and compared with the published literature on the topic. Limitations of the study and any future research implications of the study findings must be discussed.

Conclusions: Conclusions should be presented in sentence form and not as a numerical list or dot points. Conclusions should parallel those presented in the structured abstract.

ANEXO A - Normas da Revista *Special Care in Dentistry*.

Ethics in Science

In all reports of original studies with humans, authors should specifically state the nature of the ethical review and clearance of the study protocol. Informed consent must be obtained from human subjects participating in research studies. Some reports, such as those dealing with intellectually disabled persons or institutionalized children and other adults, will need additional description of ethical clearance.

References

All references must be typed and double-spaced on a separate sheet. Authors must be listed if there are six or fewer; for seven or more authors, list the first three and add "et al." All references given must be cited in the text and in numerical order. Bibliographies and readings lists are not used.

For journal references, give the author's name, title of article, abbreviated journal name, volume number, inclusive pagination and year:

1. Olsen RA, Olsen LB. Hospital protocol for inpatients and outpatients. *Spec Care Dentist* 1987; 6257-80.

For books, give the author's name, book title, edition (if known), location and name of publisher, inclusive pagination and year of publication:

1. Little JW, Little HA. Dental management of the medically compromised patient. 2nd ed. St. Louis: Mosby, 1984: 120-6.

For agency publications, give author, title, place of publication, publisher, year and publication and series numbers:

1. Jones WJ III. Dental clinics. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, Public Health Service, National Institutes of Health, 1978. DHEW publication (PHS)-79-1785.

For references from the web, give the source or author of the document, the title of the document, when it's available (the web site or link), and when the web site was accessed:

Social Care Dentistry Association. Who is SEDA? <http://www.scdonline.org/displaycommon.htm?an=1&subaction=73>. Accessed November 27, 2007.

ANEXO B - Certificado de aprovação do projeto de pesquisa emitido pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Infantil Joana de Gusmão.

HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO SCS S/C	
FUNÇÃO DO BENEFAICENTE RESPONSÁVEL	
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA	
<p>Nome completo do(a) autor(a) do(a) projeto de pesquisa: Carolina de Fátima de Aguiar Pinheiro de Aguiar e Renata de Aguiar Pinheiro de Aguiar</p> <p>Prontuário: 1174/2014</p> <p>Nome: Carolina de Fátima de Aguiar Pinheiro de Aguiar</p> <p>CPF: 020.422.104-11</p> <p>Endereço: Rua Manoel de Barros, 100 - Jd. Santa Helena - Foz de Iguaçu - PR - 81.120-000</p> <p>Telefone: (41) 3333-1111</p> <p>E-mail: carolina@ufpr.br</p>	
TIPO DE PROJETO DE PESQUISA	
<p>Nome do projeto de pesquisa: USO DE BARRAS E TUBOS</p> <p>Justificativa do Projeto: Este projeto tem como finalidade avaliar o uso de barras e tubos em pacientes com síndrome de Down, com o objetivo de avaliar a eficácia e a segurança do uso de barras e tubos em pacientes com síndrome de Down. O estudo será realizado em um hospital de referência em Foz de Iguaçu, PR, com a participação de 20 pacientes com síndrome de Down, com idade entre 10 e 18 anos, que estejam em uso de barras e tubos. Os dados serão coletados por meio de questionários e entrevistas com os pacientes e seus familiares. Os resultados serão analisados e publicados em uma revista científica de alto impacto. Este projeto é importante para a comunidade científica e para os pacientes com síndrome de Down, pois pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida e da segurança do uso de barras e tubos em pacientes com síndrome de Down.</p>	
RESUMO DO PROJETO DE PESQUISA	
<p>Objetivo do Projeto: Este projeto tem como objetivo avaliar o uso de barras e tubos em pacientes com síndrome de Down, com o objetivo de avaliar a eficácia e a segurança do uso de barras e tubos em pacientes com síndrome de Down.</p> <p>Justificativa do Projeto: Este projeto é importante para a comunidade científica e para os pacientes com síndrome de Down, pois pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida e da segurança do uso de barras e tubos em pacientes com síndrome de Down.</p>	

Assessor: Carolina de Fátima de Aguiar Pinheiro de Aguiar	CPF: 020.422.104-11
E-mail: carolina@ufpr.br	Telefone: (41) 3333-1111
Assessor: Renata de Aguiar Pinheiro de Aguiar	CPF: 020.422.104-11
E-mail: renata@ufpr.br	Telefone: (41) 3333-1111

HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO SCS S/C	
COMISSÃO DE ÉTICA E PESQUISA	
COMISSÃO DE ÉTICA E PESQUISA	
<p>Nome: Carolina de Fátima de Aguiar Pinheiro de Aguiar</p> <p>CPF: 020.422.104-11</p> <p>E-mail: carolina@ufpr.br</p> <p>Telefone: (41) 3333-1111</p>	
COMISSÃO DE ÉTICA E PESQUISA	
<p>Nome: Renata de Aguiar Pinheiro de Aguiar</p> <p>CPF: 020.422.104-11</p> <p>E-mail: renata@ufpr.br</p> <p>Telefone: (41) 3333-1111</p>	
COMISSÃO DE ÉTICA E PESQUISA	
<p>Nome: Carolina de Fátima de Aguiar Pinheiro de Aguiar</p> <p>CPF: 020.422.104-11</p> <p>E-mail: carolina@ufpr.br</p> <p>Telefone: (41) 3333-1111</p>	
COMISSÃO DE ÉTICA E PESQUISA	
<p>Nome: Renata de Aguiar Pinheiro de Aguiar</p> <p>CPF: 020.422.104-11</p> <p>E-mail: renata@ufpr.br</p> <p>Telefone: (41) 3333-1111</p>	

Assessor: Carolina de Fátima de Aguiar Pinheiro de Aguiar	CPF: 020.422.104-11
E-mail: carolina@ufpr.br	Telefone: (41) 3333-1111
Assessor: Renata de Aguiar Pinheiro de Aguiar	CPF: 020.422.104-11
E-mail: renata@ufpr.br	Telefone: (41) 3333-1111

HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO SCS S/C	
FUNÇÃO DO BENEFAICENTE RESPONSÁVEL	
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA	
<p>Nome completo do(a) autor(a) do(a) projeto de pesquisa: Carolina de Fátima de Aguiar Pinheiro de Aguiar e Renata de Aguiar Pinheiro de Aguiar</p> <p>Prontuário: 1174/2014</p> <p>Nome: Carolina de Fátima de Aguiar Pinheiro de Aguiar</p> <p>CPF: 020.422.104-11</p> <p>Endereço: Rua Manoel de Barros, 100 - Jd. Santa Helena - Foz de Iguaçu - PR - 81.120-000</p> <p>Telefone: (41) 3333-1111</p> <p>E-mail: carolina@ufpr.br</p>	
TIPO DE PROJETO DE PESQUISA	
<p>Nome do projeto de pesquisa: USO DE BARRAS E TUBOS</p> <p>Justificativa do Projeto: Este projeto tem como finalidade avaliar o uso de barras e tubos em pacientes com síndrome de Down, com o objetivo de avaliar a eficácia e a segurança do uso de barras e tubos em pacientes com síndrome de Down. O estudo será realizado em um hospital de referência em Foz de Iguaçu, PR, com a participação de 20 pacientes com síndrome de Down, com idade entre 10 e 18 anos, que estejam em uso de barras e tubos. Os dados serão coletados por meio de questionários e entrevistas com os pacientes e seus familiares. Os resultados serão analisados e publicados em uma revista científica de alto impacto. Este projeto é importante para a comunidade científica e para os pacientes com síndrome de Down, pois pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida e da segurança do uso de barras e tubos em pacientes com síndrome de Down.</p>	
RESUMO DO PROJETO DE PESQUISA	
<p>Objetivo do Projeto: Este projeto tem como objetivo avaliar o uso de barras e tubos em pacientes com síndrome de Down, com o objetivo de avaliar a eficácia e a segurança do uso de barras e tubos em pacientes com síndrome de Down.</p> <p>Justificativa do Projeto: Este projeto é importante para a comunidade científica e para os pacientes com síndrome de Down, pois pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida e da segurança do uso de barras e tubos em pacientes com síndrome de Down.</p>	

Assessor: Carolina de Fátima de Aguiar Pinheiro de Aguiar	CPF: 020.422.104-11
E-mail: carolina@ufpr.br	Telefone: (41) 3333-1111
Assessor: Renata de Aguiar Pinheiro de Aguiar	CPF: 020.422.104-11
E-mail: renata@ufpr.br	Telefone: (41) 3333-1111

HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO SCS S/C	
COMISSÃO DE ÉTICA E PESQUISA	
COMISSÃO DE ÉTICA E PESQUISA	
<p>Nome: Carolina de Fátima de Aguiar Pinheiro de Aguiar</p> <p>CPF: 020.422.104-11</p> <p>E-mail: carolina@ufpr.br</p> <p>Telefone: (41) 3333-1111</p>	
COMISSÃO DE ÉTICA E PESQUISA	
<p>Nome: Renata de Aguiar Pinheiro de Aguiar</p> <p>CPF: 020.422.104-11</p> <p>E-mail: renata@ufpr.br</p> <p>Telefone: (41) 3333-1111</p>	
COMISSÃO DE ÉTICA E PESQUISA	
<p>Nome: Carolina de Fátima de Aguiar Pinheiro de Aguiar</p> <p>CPF: 020.422.104-11</p> <p>E-mail: carolina@ufpr.br</p> <p>Telefone: (41) 3333-1111</p>	
COMISSÃO DE ÉTICA E PESQUISA	
<p>Nome: Renata de Aguiar Pinheiro de Aguiar</p> <p>CPF: 020.422.104-11</p> <p>E-mail: renata@ufpr.br</p> <p>Telefone: (41) 3333-1111</p>	

Assessor: Carolina de Fátima de Aguiar Pinheiro de Aguiar	CPF: 020.422.104-11
E-mail: carolina@ufpr.br	Telefone: (41) 3333-1111
Assessor: Renata de Aguiar Pinheiro de Aguiar	CPF: 020.422.104-11
E-mail: renata@ufpr.br	Telefone: (41) 3333-1111

ANEXO C– Justificativa para a não obtenção de TCLE.



HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Justificativa da Ausência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

"Lesões orais e maxilofaciais diagnosticadas em pacientes pediátricos, atendidos no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Maxilofacial do Hospital Infantil Joana de Gusmão."

Pesquisador Responsável: Levy Hermes Ritz - Grupo de Maxilofacial, Criador do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Maxilofacial Pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão

Pesquisadora: Fabes Maria Vaccaroza Siva - Acadêmica de graduação do curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina

Título e Objetivo

Estudo observacional, com ênfase nas descrições observacionais e diagnósticas, sobre as lesões e reações de origem traumática e maxilofaciais pediátricas ocorridas em situações clínicas pelo equipe de CTMO-HIJ nos seus meses de existência de serviço.

Os dados encontrados serão tabulados em planilha Excel e analisados estatisticamente, de forma descritiva, quanto possível.

Regulamento Resolução nº 466/2012 em seu capítulo III: "O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa de processo sob consentimento livre e esclarecido dos participantes, instaurada em grupos que, por si só ou por seus representantes legais manifestam o seu interesse à participação na pesquisa". Entretanto o presente trabalho encontra-se entre as situações especiais citadas no capítulo IV.1 - Nos casos em que seja inviável a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de que esta pesquisa classifica como submissão à pesquisa e participação voluntária dos sujeitos de pesquisa em razão do tempo de duração entre a aquisição e a realização, a pesquisa OUTCE deve ser

autorizada no presente processo de submissão.

Dr. Levy Hermes Ritz
 Cirurgião - Maxilofacial
 C-ÉTIC - HIJC 888
 CRECISO 4030
 CPF 002.200.004-00
 Mail: levy@hijc.com.br

06/08/11

ANEXO C - Justificativa para a não obtenção de TCLE.



HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Apresentação da justificativa:

- 1) O presente trabalho analisará informações coletadas previamente agrupadas em bancos de dados de peso do Hospital Infantil Joana de Gusmão, mediante autorização do responsável;
- 2) A impossibilidade de obtenção de TCLE se dá pelo amplo espaço de tempo entre o momento da coleta dos dados e a análise dos mesmos, pois o planejamento da pesquisa prevê a análise de dados coletados nos últimos dez anos (dez de 2003 e até de 2013), e a amplitude da área de abrangência territorial de atuação do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Ortopédica e Pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão, servindo de referência estadual;
- 3) Ressaldando que em nenhuma das propostas não se foi solicitado ou seja impossível a obtenção de TCLE, a mesma respectivamente sendo de caráter compromissada.

Mediante conhecimento de responsabilidade pela instituição que leva guarda do material, o pesquisador assume responsabilidade pelas informações apresentadas bem como eliminação e/ou inutilização dos dados, salvaguardando os interesses dos doadores de material, sua imagem e sua privacidade.

Dr. Levy HERNANDES ARAÚJO
 Cirurgião-Ortopedista
 CHEFE - H.U.J.G.
 CRÉDITO 4423
 C.P.F. Nº0 285.889-00
 Matr. RES-38023-10-1

Levy HERNANDES ARAÚJO
 Levy HERNANDES ARAÚJO

Isabela Maria Vaccorcellos Silva
 Isabela Maria Vaccorcellos Silva

Data: 06/08/14

