

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - UFPR

LAÍS BIAZOTTO FERREIRA

**ALTERAÇÕES BUCAIS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS SUBMETIDOS AO
TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**

Curitiba, PR

2019

LAÍS BIAZOTTO FERREIRA

**ALTERAÇÕES BUCAIS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS SUBMETIDOS AO
TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao Curso de Pós-graduação em Odontologia, como requisito obrigatório para a obtenção do título de especialista em Odontopediatria.

Orientadores: Prof. Dra. Juliana Feltrin de Souza;
Prof. Dr. Laurindo Moacir Sassi

Curitiba, PR

2019

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos que de alguma forma contribuíram para a construção desse trabalho.

Em especial aos orientadores, Prof. Dra. Juliana Feltrin de Souza; Prof. Dr. Laurindo Moacir Sassi, pela confiança, auxílio e respeito.

Aos meus pais Claudenir Freschi Ferreira e Sandra Regina Biazotto Ferreira, e ao meu esposo Salmo Cortiglio, por sempre me auxiliarem dando suporte emocional durante todo esse período do curso e sempre me apoiarem. Aos amigos que acompanharam toda a minha trajetória durante esse curso.

A Universidade Federal do Paraná de Odontologia, pela formação baseada em valores éticos e ensino de qualidade.

RESUMO

O objetivo do presente estudo transversal foi avaliar as condições bucais em pacientes pediátricos atendidos no Hospital Erasto Gaertner que se encontravam em tratamento quimioterápico. Para a pesquisa, um exame oral foi realizado em pacientes pediátricos com idade de 2 a 19 anos em ambiente ambulatorial a fim de avaliar a experiência de cárie e mucosite. Para o exame oral, os pacientes foram examinados sob luz artificial, com o auxílio espátulas de madeira em ambiente hospitalar. Os critérios para a avaliação de cárie seguiram o índice de CPOD/ceod de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2013). A mucosite foi avaliada e classificada de acordo com o índice/critério da OMS e Organização Mundial de Saúde. Os pais ou responsáveis preencheram um questionário com informações socioeconômicas e de saúde da criança. Os dados foram anotados em fichas apropriadas e analisados estatisticamente. A mucosite foi encontrada em 4 crianças. Sobre a experiência de cárie, a frequência foi de 6 na dentição decídua e 8 na dentição permanente. Das 25 crianças avaliadas, 3 nunca foram ao cirurgião dentista para atendimento odontológico, essa visita e acompanhamento deve ser imprescindível para todos, inclusive para as crianças e adolescentes em tratamento quimioterápico, pois isso faz com que alterações bucais sejam tratadas e/ou evitadas trazendo uma qualidade de vida para todas elas.

Palavras-chave: Quimioterapia. Manifestações bucais. Odontopediatria.

ABSTRACT

The objective of the present cross-sectional study was to evaluate the oral conditions in pediatric patients treated at Erasto Gaertner Hospital who were undergoing chemotherapy. For the research, an oral examination was performed on pediatric patients aged 2 to 19 years in an outpatient setting to assess the experience of caries and mucositis. For the oral examination, the patients were examined under artificial light, with the aid of wooden spatulas in a hospital environment. The criteria for caries evaluation followed the DMFT / CEOD index according to WHO (2013). Mucositis was assessed and classified according to the WHO / World Health Organization index / criteria. Parents or guardians completed a questionnaire with socioeconomic and health information of the child. Data were recorded on appropriate records and statistically analyzed. Mucositis was found in 4 children. Regarding the experience of caries, the frequency was 6 in deciduous dentition and 8 in permanent dentition. Of the 25 children evaluated 3 have never been to the dentist for dental care, and this visit and follow-up should be essential for everyone including children and adolescents undergoing chemotherapy treatment, as this causes oral changes to be treated and / or avoided bringing quality of life for all of them.

Keywords: Chemotherapy. Oral manifestations. Pediatric dentistry.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	07
2. METODOLOGIA	09
3. RESULTADOS.....	11
4. DISCUSSÃO.....	15
5. CONCLUSÃO	17
REFERÊNCIAS BIBLIORÁFICAS.....	18
ANEXOS.....	20

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, no Brasil são estimados mais de 9 mil casos novos de câncer infanto-juvenil, por ano, representando a segunda causa de mortalidade entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos¹. Estima-se que em torno de 70% das crianças acometidas com câncer podem ser curadas, se diagnosticadas precocemente e tratadas em centros especializados².

O quimioterápico pode ser diretamente tóxico e afetar a mucosa oral através da circulação sistêmica³, e também por ser secretado pela saliva. Entre as drogas mais relacionadas a efeitos adversos orais estão o teniposídeo, paclitaxel, metotrexato, idarubicina, epirubicina, doxorubicina, cisplatina, citarabina, principalmente associadas ao aparecimento de mucosite oral (MO), xerostomia e sangramento gengival⁴.

Dentre as alterações em mucosa oral provocadas pela quimioterapia, pode-se mencionar a MO e infecções oportunistas como candidíase. A MO apresenta-se como uma das alterações mais comuns e consiste em uma inflamação e ulceração da mucosa da cavidade oral com surgimento de lesões aftosas extensas, as quais podem causar grande morbidade, inclusive impedindo a alimentação via oral⁵.

A severidade da MO está intimamente relacionada a fatores como tipo de tumor, dose do medicamento, frequência de administração e grau de supressão medular⁵. Estudos mostram uma taxa de 40% de MO nas terapias com dose-padrão e 50% em altas doses, podendo subir para 90% nos casos de associação de quimioterápicos⁶. A literatura destaca uma prevalência três vezes maior de MO em crianças do que em adultos. Os primeiros sinais e sintomas surgem no segundo e terceiro dias após a infusão da quimioterapia, com picos no sétimo e décimo quarto dia, evoluindo para cicatrização após esse período, se não houverem infecções secundárias nas lesões⁵.

As ulcerações da mucosa oral podem ser colonizadas secundariamente por infecções oportunistas como herpes simples e cândida albicans, podendo em alguns casos, levar a septicemia e aumentar o risco de morte⁷. Estudos mostraram que em pacientes recebendo quimioterapia convencional para

tumores sólidos ou linfoma, a taxa de infecção durante os ciclos do tratamento foi duas vezes maior quando o paciente apresentava MO, além de ser proporcional a severidade das lesões de boca. Também se observou na literatura um aumento do número de mortes durante ciclos de quimioterapia com MO associada⁸.

Outro aspecto fundamental é o controle de saúde bucal em pacientes oncológicos, visto que observa-se uma maior exposição a fatores de risco para doenças bucais como cárie e doença periodontal ^{9,10}, uma vez que suas famílias podem compensar o sofrimento vivenciado pelo paciente com dieta rica em açúcares, menor controle de placa bacteriana e hábito prolongado de sucção.¹¹

Diante do exposto, observa-se uma alta incidência de manifestações orais em crianças submetidas a tratamento oncológico com quimioterápicos, o que pode complicar o tratamento e aumentar a morbidade e mortalidade. Além das alterações bucais, crianças submetidas ao tratamento oncológico podem apresentar comportamentos que aumentam o risco a doenças bucais como cárie dentária e doença periodontal. Portanto, é essencial a realização de estudos caracterizando as alterações de mucosa oral e condição bucal em crianças submetidas ao tratamento oncológico.

2. METODOLOGIA

Amostra

Foram incluídas no estudo crianças e adolescentes de 2 a 19 anos submetidas ao tratamento quimioterápico hospitalizadas no setor pediátrico do Hospital Erasto Gaertner, cujos responsáveis consentiram na participação, e estiveram aptas para o exame bucal de acordo com a autorização prévia da equipe médica responsável. Foram excluídas, crianças que não permitiram o exame clínico, crianças com síndromes, e/ou com uso de aparelho ortodôntico e que não tiveram disponíveis fisicamente para o exame.

Avaliação da condição bucal

Experiência de Cárie

Uma examinadora calibrada realizou um exame oral a fim de avaliar a condição bucal por meio da experiência de cárie e alterações na mucosa bucal. A experiência de cárie foi avaliada usando os critérios dos índices ceo-d (dentes cariados, perdidos e obturados na dentição decídua) e CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados na dentição permanente) de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997).

Para o exame oral, as crianças foram examinadas sob luz artificial, com o auxílio de espátula de madeira no ambiente hospitalar, em horários adequados de acordo com a autorização prévia da equipe médica e de enfermagem. As superfícies dentárias foram secas com gaze para melhorar as condições diagnósticas.

Mucosite

A avaliação da mucosite foi realizada de acordo com o critério preconizado pela Organização Mundial de Saúde¹². Abaixo segue o quadro com a classificação:

Graus	Descrição clinica
0 (nada)	Nenhuma alteração
I (Leve)	Dor, presença de eritema
II (moderada)	Eritema, úlceras e alimentação solida tolerável
III (severa)	Presença de úlceras e dieta líquida
IV (risco de vida)	Impossível alimentação oral

Análise estatística

Todos os dados foram tabulados e analisados estatisticamente em software SPSS (versão 20, IBM, EUA) e STATA (STATAcorp, EUA).

3. RESULTADOS

Foram avaliados 25 pacientes, dos quais 15 (60%) eram do sexo masculino e 10 (40%) feminino e a média de idade é de 10,3 anos. Em relação à etnia 73,3 % branco, 20% negro/pardo, 6,7% asiático. Leucemia foi o tumor mais prevalente, sendo 15 (60%) casos, seguido de carcinoma (8%), neuroblastoma (8%), osteossarcoma (8%) e sarcoma de Ewing (8%), sendo 02 casos cada, 01 (um) retinoblastoma (4%) e 01 (um) tumor de Wilms (4%), como descrito na Tabela 1.

Todos os pacientes foram submetidos a quimioterapia e 01 (um) submetido a tratamento combinado com radioterapia. Em três pacientes foi observado alimentação reduzida.

Tabela 01- Características da população de estudo (N=25, Curitiba, Paraná, Brasil).

CARACTERÍSTICAS		N (%)	
Sexo	Masculino	15 (60,0%)	
	Feminino	10 (40,0%)	
Idade média (DP)	Mínimo 02 anos	10,32 (5,2)	
	Máximo 19 anos		
Etnia	Branco	11 (73,3%)	
	Negro/Pardo	3 (20,0%)	
	Asiático	1 (6,7%)	
	Indígena	0 (0,0%)	
Diagnóstico	Carcinoma	2 (8,0%)	
	Leucemia	15 (60,0%)	
	Neuroblastoma	2 (8,0%)	
	Osteossarcoma	2 (8,0%)	
	Retinoblastoma	1 (4,0%)	
	Sarcoma de Ewing	2 (8,0%)	
	Tumor de Wilms	1 (4,0%)	
Tratamento	Quimioterapia	25 (100,0%)	
	Radioterapia	Sim	1 (4,0%)
		Não	24 (96,0%)
Alimentação	Normal	22 (88,0%)	
	Reduzida	3 (12,0%)	

Fonte: dados da pesquisa

Na Tabela 2, nota-se as condições bucais das crianças avaliadas. Nenhum paciente apresentou lesões oportunistas e nem alteração de paladar, 02 (dois) casos com gengivite. Quanto a experiência de cárie, a frequência de pelo menos um dente cariado, restaurado ou perdido foi de 47,1% na dentição permanente e 42,9% na dentição decídua.

Tabela 2 – Condição bucal na população de estudo(N=25, Curitiba, Paraná, Brasil).

Condição Bucal		N(%)
Lesões oportunistas	Sim	0 (0,0%)
	Não	25 (100,0%)
Paladar	Alterado	0 (0,0%)
	Normal	25 (100,0%)
Alteração Periodontal	Gengivite	2 (8,0%)
	Normal	23 (92,0%)
Experiência de cárie (dentição permanente)	Presente	8 (47,1%)
	Ausente	9 (52,9%)
Experiência de cárie (dentição decídua)	Presente	6 (42,9%)
	Ausente	8 (57,1%)

Fonte: dados da pesquisa

Na Figura1 observa-se a frequência de Mucosite de acordo com o critério da Organização mundial de Saúde (OMS). Observou-se 03 casos de mucosite grau II, 01 (um) caso de mucosite grau IV e 21 grau 0.

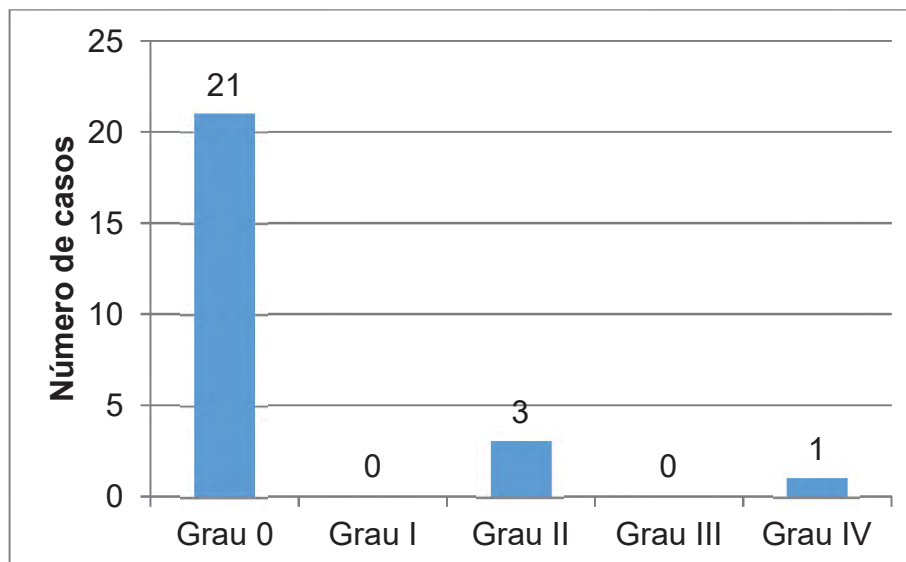


Figura 1 – Frequência de Mucosite na amostra estudada

Na tabela 03 consta a percepção de saúde bucal relatada pelos responsáveis, bem como acesso ao atendimento odontológico, ansiedade odontológica, histórico de dor de origem dentária, frequência de escovação, e o motivo da última consulta ao dentista. Dez participantes (40%) relataram ter ido ao dentista há menos de um ano, enquanto 60% há mais de um ano. A frequência de ansiedade odontológica foi de 60%, que relataram algum grau de medo ao consultar com o dentista. Quanto à percepção de saúde bucal, 48% dos responsáveis relata manter saúde bucal ruim/ razoável, enquanto 40% diz apresentar boa saúde bucal. Dentre os participantes, 32% tiveram histórico de dor de origem dentária.

Tabela 03- Percepção de saúde bucal e demais características (N=25, Curitiba, Paraná, Brasil).

Percepção de saúde bucal		N(%)
Visita ao Cirurgião Dentista	Menos de 1 ano	10(40,0%)
	Entre 1 e 3 anos	8(32,0%)
	Mais que 3 anos	2(8,0%)
	Nunca foi	3(12,0%)
	Não respondeu	2(8,0%)

Medo de ir ao Cirurgião Dentista	Não	9(36,0%)
	Pouco	10(40,0%)
	Tem medo	4(16,0%)
	Muito medo	1(4,0%)
	Não respondeu	1(4,0%)
Condição da saúde bucal	Ruim	2(8,0%)
	Razoável	10(40,0%)
	Boa	10(40,0%)
	Não soube	1(4,0%)
	Não respondeu	2(8,0%)
Escovação	Nenhuma	0(0,0%)
	Uma	3(12,0%)
	Duas	16(64,0%)
	Mais de duas	5(20,0%)
	Não respondeu	1(4,0%)
Dor de dente	Sim	2(8,0%)
	Não	22(88,0%)
	Não lembro	0(0,0%)
	Não respondeu	1(4,0%)
Motivo de ter ido ao cirurgião dentista	Preventivo	12(48,0%)
	Dor	8(32,0%)
	Nunca foi ao cirurgião dentista	3(12,0%)
	Não respondeu	2(8,0%)

Fonte: dados da pesquisa

4. DISCUSSÃO

O presente estudo buscou avaliar as manifestações orais em pacientes pediátricos portadores de neoplasias malignas, submetidos a tratamento quimioterápico. Em relação as características epidemiológicas, observou-se maior número de casos do sexo masculino^{13,14}, etnia branca, com uma média de idade 10 anos, variando entre 2 e 19 anos. Em relação á etnia de maioria caucasiana, um possível fator é o fato de o hospital em que foi realizado o estudo estar situado na região sul do país. Sobre a grande variabilidade das idades, importante ressaltar que o Hospital Erasto Gaertner recebe os pacientes em atendimento na ala pediátrica até os 19 anos, o que faz com que pacientes de idades maiores sejam incluídos, diferente de outros estudos em outras instituições que apresentam políticas de idade diferentes.

A leucemia foi o câncer mais encontrado nas crianças, com 15 casos (60%). A literatura mostra que a leucemia é o câncer que mais afeta a população pediátrica^{13,15}, com aproximadamente 30% dos casos, sendo uma das principais causas de morte. Estudo semelhante realizado por Lopes *et al*¹³ em um centro oncológico de Teresina-Pi com uma amostra de 18 crianças mostrou resultados semelhantes, com 50% dos casos de leucemia. Os mesmos autores relataram presença de linfomas, tumores renais, oftálmicos, ósseos e de sistema nervoso central, os mesmos tipos encontrados no presente estudo, com exceção dos linfomas, que não foram observados nessa amostra. Esse fator pode ser explicado pela alta rotatividade dos pacientes e pela pequena amostra, que pode não ter incluído casos de linfoma.

Em relação as manifestações bucais, na amostra estudada, poucas alterações foram observadas. Mucosite acometeu apenas 4 pacientes, porém com um caso mais grave, grau IV. Não foram relatadas alteração de paladar nem lesões oportunistas. Gengivite foi observada em apenas 2 crianças. Esses dados abaixo do comumente encontrado na literatura^{13,15,16,17} podem ser justificados pela presença constante de equipe de odontologia e engajamento da equipe médica, o que favorece início de laserterapia precoce e em muitos casos preventiva, diminuindo a incidência da mucosite e incentivando o hábito

de higiene oral, além da padronização do uso da clorexidina 0,12% durante os internamentos¹⁸ ou devido a pequena amostragem.

Por outro lado, observou-se que quase metade das crianças possuíam experiência de cárie nas dentições decídua e permanente, o que pode revelar ainda uma das dificuldades que é realizar a adequação do meio bucal previamente ao tratamento. Na maioria dos casos, assim que a criança possui seu diagnóstico definido já é iniciado o tratamento em curto espaço de tempo, o que dificulta essa abordagem odontológica^{13,14}. Dos pacientes avaliados, 40% relataram que tiveram consulta com cirurgião-dentista à mais de 01 ano e 12% nunca foram ao cirurgião-dentista, o que pode justificar a presença de lesões cáries. A literatura mostra que os pacientes com saúde bucal deficiente apresentam maior risco de complicações bucais.^{13,15,17} Uma vez iniciado o tratamento antineoplásico, depende-se do estado geral de saúde, momento do ciclo quimioterápico¹³, questões de logística da família como transporte e acesso ao dentista, visto que muitas vêm de municípios do interior e permanecem fora de seus domicílios durante o tratamento. A avaliação e intervenção odontológica bem como orientação de higienização bucal aos pacientes e responsáveis antes ao início do tratamento antineoplásico é eficaz na redução de complicações infecciosas durante o tratamento.^{13,14,15,16}

A Odontologia desempenha um papel fundamental nas diferentes fases terapêuticas contra o câncer e as complicações bucais decorrentes desse tratamento podem ser evitadas ou minimizadas, fornecendo um conforto e melhora da qualidade de vida.^{13,15,16,19} Cada vez mais os recursos terapêuticos para o tratamento oncológico na infância estão sendo promissores, indicando que a maiorias das crianças acometidas por câncer podem ser curadas, quando diagnosticadas precocemente e tratadas de modo adequado em centros especializados.¹⁶ Isso significa que haverão mais crianças pós tratamento oncológico chegando à vida adulta, trocando a dentição e convivendo com possíveis alterações bucais tardias, o que indica ainda mais a importância do cirurgião-dentista envolvido na equipe multiprofissional, dando suporte durante o tratamento e orientações/intervenções que possam minimizar os efeitos deletérios.

5. CONCLUSÃO

O perfil predominante na amostra foram pacientes com idade de 02 a 19 anos, sendo a Leucemia o tipo de câncer mais recorrente. Em decorrência dos tratamentos antineoplásicos, algumas complicações na cavidade bucal são passíveis de serem observadas, entre elas mucosite, gengivite e cárie.

Quase a metade dos pacientes apresentaram lesões de cárie, o que mostra a importância do paciente ser submetido à avaliação odontológica antes do início do tratamento.

Apenas 04 casos de mucosite foram observados, o que pode ser consequência ao tratamento com laserterapia preventiva e higienização com gluconato de clorexidina 0,12% ou decorrente da pequena amostragem.

Essas alterações bucais podem ser evitadas ou principalmente minimizadas, através da participação do odontopediatra antes, durante e após o tratamento antineoplásico, assim torna-se essencial a presença do odontopediatra na equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional Do Câncer (INCA). **Particularidades do Câncer Infantil**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=343>. Acesso em: 16 abril 2017.
2. MARTINS, A.C.M.; CAÇADOR, N.P.; GAETI, W.P. **Complicações bucais da quimioterapia antineoplásica**. Acta Scientiarum 2002; 4(3):663-70.
3. EPSTEIN, J.B.; TSANG, A.H.; WARKENTIN, D.; SHIP, J.A. **The role of salivary function in modulating chemotherapy-induced oropharyngealmucositis: a review of the literature**. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 2002;94:39-44.
4. MILLER, D. **Quimioterapia**. In: **Administração de medicamentos**. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso; 2002; 369-82.
5. CAVUSOGLU, H. **Evidence-based nursing management of oral mucositis**. Turkey Clinics. J Med Sci. 2007;27:398–406.
6. SCULLY, C.; SONIS, S.; DIZ, P.D. **Mucosal diseases series: oral mucositis**. Oral Dis. 2006;12:229–241.
7. WESTBROOK, S.D.; et al. **Candida krusei sepsis secondary to oral colonization in a hemopoietic stem cell transplant recipient**. Med Mycol 2007;45(2):187–90.
8. ELTING, L.S.; et al. **The burdens of cancer therapy. Clinical and economic outcomes of chemotherapy-induced mucositis**. Cancer 2003; 98(7):1531–9.
9. BRADT, J.; DILEO, C.; SHIM, M. **Music interventions for preoperative anxiety (Review)**. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013; 6(6). Art. No.: CD006908. <www.cochranelibrary.com>
10. Urszula, K.K.; et al. **Oral health Condition and hygiene habits among adulto patients with respect to their level of dental anxiety**. Oral Health and preventive Dentistry. 2014; 12(13): 233-239
11. SILVA, P.L.; et al. **Gingivitis Psychological factors and quality of life in children**. Oral Health and preventive Dentistry. 2015; 13(3): 277

12. World Health, Organization. **Handbook for reporting results of cancer treatment**. Geneve: World Health Organization. 1979:15–22.
13. LOPES, I.A.; NOGUEIRA, D.N.; LOPES, I.A.; **Oral Manifestation of Chemotherapy in Children from a Cancer Treatment Center**. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa. 2012; 12(1):113-19.
14. ALBUQUERQUE, R.A.; MORAIS, V.L.L.L.; SOBRAL, A.P.V. **Avaliação clínica da frequência de complicações orais e sua relação com a qualidade de higiene bucal em pacientes pediátricos submetidos a tratamento antineoplásico**. *Arq. Odontol* 2007; 43(2):9-16.
15. ROSSO, M.L.P.; et al. **Analysis of oral health of pediatric and teenagers patients with neoplasms in guido home institution in the city of Criciúma (sc)**. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo* 2015; 27(3): 202-9.
16. KROETZ, F.; CZLUSNIAK, D. **Alterações bucais e condutas terapêuticas em pacientes infanto-juvenis submetidos a tratamentos anti-neoplásicos**. *Publ. UEPG Biol. Health Sci* 2003; 9(2):41-8.
17. MORAIS, E.F.; et al. **Oral manifestations resulting from chemotherapy in children with acute lymphoblastic leukemia**. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2014;80(1):78-85
18. SASSI, L.M.; MACHADO, R.A. **Head and neck pre-radiotherapy protocol**. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*. 2009; 38(3): 208-210.
19. CAMPOS, F.A.T.; et al. **Manifestações bucais decorrentes da quimioterapia em crianças**. *Revista Campo do Saber*. 2018; 4(5): 136.

ANEXOS

FICHA PARA COLETA DE DADOS

Dados gerais

Iniciais do paciente: _____

Prontuário: _____

Data de Nascimento: ___/___/____.

Idade: _____ anos.

Gênero: () Feminino () Masculino.

Raça: () Leucoderma () Feoderma () Melanoderma () Xantoderma.

Idade ao diagnóstico:

Diagnóstico: _____

Tratamento: () quimioterapia () radioterapia

Quimioterápicos: _____

Ciclo QT: _____

Exame físico

IHO: () I () II () III

Saliva: () Hipossalivação c/ xerostomia () Hipossalivação s/ xerostomia

() Hipersalivação () Normal

Mucosite: () grau I () grau II () grau III () grau IV () íntegra

Dentição: () Decídua () Mista () Permanente

Lesões oportunistas: () Candidose () Herpes Labial

Periodonto: () Gengivite () Sangramento espontâneo () Palidez de mucosa
() Hiperplasia gengival

Alimentação: () Normal () Reduzida

Paladar: () Hipogeusia () Disfagia () Normal

CONFIDENCIALIDADE

O pesquisador assegura que o caráter anônimo dos pacientes será mantido e que suas identidades serão protegidas. As fichas clínicas ou outros documentos submetidos ao patrocinador, se houver, não serão identificados pelo nome, mas por um código. O pesquisador manterá um registro de inclusão dos pacientes mostrando códigos, nomes e endereços para controle e uso próprio.

Atenciosamente,

Laís Biazotto

**DECLARAÇÃO DE USO ESPECÍFICO DO MATERIAL E /OU DADOS
COLETADOS**

Declaro que os dados coletados serão de uso específico para o desenvolvimento da pesquisa em questão.

Atenciosamente,

Laís Biazotto

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR

Eu, Laís Biazotto, autor da pesquisa "**ALTERAÇÕES BUCAIS DO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO EM PACIENTES PEDIÁTRICOS**", responsabilizo-me em dar continuidade a este estudo de acordo com os Direitos Humanos, a Resolução 466/12 MS e complementares, bem como informar a este Comitê de Ética qualquer alteração, efeitos adversos, inclusões ou exclusões de sujeitos de pesquisa, emendas e conclusão. Comprometo-me também, ao final do estudo, enviar relatório do mesmo ou cópia de comunicação científica.

Atenciosamente,

Laís Biazotto

QUALIFICAÇÃO DOS PESQUISADORES

Laís Biazotto

Juliana Feltrin de Souza

Laurindo Moacir Sassi

<http://lattes.cnpq.br/0724482007131919>