

Ana do Sameiro Senra Cruz

Estudo qualitativo da informação clínica de Imunohemoterapia para procedimentos
terapêuticos de clínica estomatológica

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2018

Ana do Sameiro Senra Cruz

Estudo qualitativo da informação clínica de Imunohemoterapia para procedimentos
terapêuticos de clínica estomatológica

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2018

Ana do Sameiro Senra Cruz

“Trabalho apresentado à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos requisitos
Para obtenção do grau de Mestre em
Medicina Dentária

Porto, 2018

Agradecimentos

Especialmente ao meu orientador, Professor José Frias Bulhosa, que sempre acreditou em mim. Agradeço a sua amizade, orientação exemplar pautada por um elevado e rigoroso nível científico, um empenho inexcedível e saudavelmente exigente, os quais contribuíram para enriquecer, com grande dedicação, passo por passo, todas as etapas subjacentes ao trabalho realizado.

Aos meus Pais, irmãos e cunhadas, que foram a minha base e ancora de todo este caminho trilhado durante o curso.

Ao enfermeiro Costa, colega e SEMPRE amigo, sem ele talvez esta jornada não fosse possível.

À Elisabete, que durante estes anos esteve diariamente ao meu lado nas minhas viagens e momentos.

À Dra. Maria José, que foi a minha amiga e “coach” durante este caminho.

À Dra. Célia, pela amizade e partilha de saberes.

Ao meu serviço de Imunohemoterapia e ao Conselho de administração do hospital de Barcelos para disponibilidade e apoio.

Aos meus amigos de todas as horas, que proporcionaram com que o caminho fosse mais fácil e desanuviado.

Muito obrigada

Resumo

Nos últimos anos o número de pacientes anticoagulados e antiagregados têm aumentado significativamente. Dado que, na maioria dos casos seja um tratamento crónico, é de esperar que ao longo da vida estes pacientes necessitem de realizar procedimentos estomatológicos.

Este estudo foi desenvolvido no serviço de Imunohemoterapia, do Hospital Santa Maria Maior, Barcelos. Tem como objetivo principal a caracterização qualitativa, a análise da informação clínica enviada pelos médicos dentistas ou estomatologistas ao serviço e o enquadramento teórico das solicitações ao serviço.

A amostra é constituída por 33 adultos, voluntários, pacientes da consulta de Imunohemoterapia do Hospital Santa Maria Maior, Barcelos, medicados com terapêutica hipocoagulante oral. Os dados foram recolhidos numa recolha da informação clínica de conveniência.

A pesquisa bibliográfica foi realizada recorrendo a leitura de artigos publicados *online* em plataformas como a Pubmed; B-on; Google Scholar; Scielo e no repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. Foi feita ainda uma pesquisa em índices nas revistas científicas da área. Analisou-se o “estado da arte” e a relação com os procedimentos médico-dentários. Organizou-se a informação na forma de base de dados, por forma a registar e catalogar a informação trocada. Foi realizada uma análise de conteúdo dos dados qualitativos. Posteriormente procedeu-se a interpretação determinista da informação proveniente do tratamento de dados.

Conclui-se que, num número significativo de pacientes (N=14) não foi fornecido qualquer informação clínica. Quando esta foi fornecida, observa-se uma desadequação teórica entre o que está preconizado na *Guidelines* e a prática clínica corrente, em clínicas dentárias, e também a nível hospitalar. A análise dos dados demonstra uma tendência de desresponsabilização do clínico na tomada de decisão, relativamente aos riscos trombóticos e/ou hemorrágicos. Propõe-se formação específica dos clínicos nesta área tão importante na qualidade de vida do paciente e à necessidade de consensos nacionais na área da Medicina Dentária/Estomatologia.

Palavras-chave: *Hipocoagulação; procedimentos dentários; tomada de decisão; estudo qualitativo.*

Abstract

In the past years, the number of patients that use antiagregation and anticoagulation drugs has significantly increased. Due to the fact that the majority of these patients are on chronic treatment, it is expected that at a certain point they will need a dental procedure.

The current investigation was conducted in the Immunohematology service, in the Hospital Santa Maria Maior, in Barcelos. It is a qualitative study, with the main objective of studying the clinical information exchanged with the service and the dental clinics of the hospital's area, and to assess the suitability of the information exchanged and the theoretical framework.

This study is based in a content analysis. The sample is composed of 33 volunteers, adults that are patients in the Immunohematology service, of the Barcelos's Hospital, that are on anticoagulation. The collect of clinical information to support this paper was done by convenience. The bibliographic research used online resources such as Pubmed, B-on, Google Scholar, Scielo and the institutional Repository of the Fernando Pessoa University. The subject was also researched using other medical and scientific magazines. The data was assembled in a database, to register and catalogue the information exchanged between the different parties. Statistical analysis was done using a deterministic analysis of the clinical information exchanged.

In this study, we can observe that a significant number of request to de Immunohematology service (N=14) there wasn't any kind of information exchanged. It was the patient who had to transmit the need to a dental procedure. When there was clinical information provided to the Immunohematology service, it showed that the suitability of the dental procedure doesn't follow the different international society's guidelines. This is observed not only in private offices but also in general hospital practice. The analysis of the clinical information supplied shows an evident unaccountability in the dentist's practice in relation to thrombotic or hemorrhagic risks and a lack of theoretical knowledge of the anticoagulation subject. So we propose specific formation for the dentist's and the generation of consensus papers between the professional societies involved in the care-chain of the anticoagulated patients.

Key-Words: *Anticoagulation, dental procedure, decision making, qualitative study.*

Índice

I.	Introdução	1
II.	Materiais e Métodos	7
III.	Resultados.....	8
IV.	Discussão	10
V.	Conclusão	15
VI.	Bibliografia.....	15
VII.	Anexos.....	20

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Patologias com indicação clínica para terapêutica anticoagulante.....	2
Tabela 2 - Valores de referência para o INR conforme a patologia	5
Tabela 3 - Recomendações para o tratamento de pacientes anticoagulados que requerem cirurgia oral.....	14

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Representação visual de intervalo terapêutico e de risco trombótico e hemorrágico, para valores infra e supra terapêuticos, respetivamente	5
Gráfico 2 - Distribuição por tipo de hipocoagulação.....	9
Gráfico 3 - Correlação do valor da hipocoagulação com o valor histórico da hipocoagulação	9
Gráfico 4 - Distribuição dos tipos de procedimentos indicados e que solicitavam informação sobre controlo da coagulação	10

Abreviaturas e Siglas

ACO – Anticoagulantes Orais

ADA- Associação Americana Dentária

aPTT - activated Partial Thromboplastin Time (Tempo de Tromboplastina Parcial activada)

AVKs – Antagonistas da Vitamina K

CH - Coagulopatias Hereditárias

dTT – diluted Thrombin Time (Tempo de Trombina Diluído)

ECT – Ecarin Clotting Time (Tempo de Coagulação de Ecarina)

EMA – European Medicines Agency (Agência Europeia do Medicamento)

FA – Fibrilhação Auricular

HSMM - Hospital Santa Maria Maior

INR – International Normalized Rate

ISTH – International Society on Thrombosis and Haemostasis

MD – Médico Dentista

NACO's – “Novos AntiCoagulantes Orais” (Anticoagulantes Orais de Ação Direta)

OMS – Organização Mundial de Saúde

PMA – Prótese Mecânica Aórtica

SI – Serviço de Imunohemoterapia

TEP – Tromboembolismo Pulmonar

TEV – Tromboembolismo Venoso

TP – Tempo de Protrombina

TT – Tempo de Trombina

TVP – Trombose Venosa Profunda

I. Introdução

A sociedade contemporânea caracteriza-se por uma melhoria na qualidade de vida das suas populações levando a um aumento da esperança de vida.

O aumento da população idosa e da esperança média de vida leva a um incremento da prevalência de doenças crónicas nomeadamente doenças cardíacas e Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC). (WHO, 2011)

Atualmente, as doenças cardiovasculares são uma das principais causas de mortalidade e morbidade nos países desenvolvidos. (Ribeiro,2015)

Como consequência cada vez mais indivíduos polimedicados existem na sociedade atual e cujas patologias e/ou terapêuticas podem, de alguma forma, interferir com o tratamento médico dentário e ou a forma como este é aplicado.

Atualmente, o Médico Dentista (MD) tem cada vez maior probabilidade de ter de efetuar tratamentos em pacientes que padeçam de uma qualquer doença crónica, em consequência do aumento do número de população idosa. (Little,2002)

As doenças cardiovasculares requerem, na maioria das vezes, terapêutica antitrombótica, como por exemplo, Anticoagulantes Orais (ACO). (Fakhri,2013) e (Navarro,2007). Os fármacos antiagregantes plaquetários, incluídos no grupo dos agentes antitrombóticos- juntamente com os anticoagulantes e fibrinolíticos- constituem a primeira barreira, uma espécie de ponto de partida no combate à formação do trombo. A terapêutica com estes fármacos deve ser sempre questionada num doente hipocoagulado, avaliando a sua adequação devido ao aumento do risco hemorrágico, visto alguns pacientes o fazerem apenas como “adjuvante da sua hipertensão”. Têm um uso muito amplo na clínica para a prevenção primária e secundária dos eventos cardiovasculares isquémicos, a nível cerebral, coronário e sistema arterial periférico. (Ortega, 2018)

O equilíbrio entre o risco hemorrágico, o que mais preocupa o clínico e o risco trombótico- aquele que mais preocupa o imunohemoterapeuta está na informação partilhada pelos dois especialistas/ serviços. O doente hipocoagulado não é menos

importante, visto ser ele o portador de informação subjetiva do próprio e da informação objetiva dos dois especialistas. Torna-se particularmente importante assim, a responsabilização do doente hipocoagulado e eventuais cuidadores, de forma a garantir toda e qualquer intervenção por parte da Clínica Estomatológica. (Pototski,2007)

Os ACO são utilizados amplamente na profilaxia e tratamento de trombose em numerosas doenças e condições. (Branislav,2015)

O tratamento anticoagulante tem por finalidade opor-se ao desenvolvimento de trombose, à sua extensão ou recidiva. O seu objetivo passa por manter os níveis de coagulação capazes de prevenir eventos tromboembólicos sem aumentar significativamente as complicações hemorrágicas. (Pelicano,2005).

Patologia
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento de Tromboembolismo Venoso (TEV). O TEV compreende a trombose venosa profunda e o embolismo pulmonar (1º episódio).
Tratamento de TEV Recorrente: <ul style="list-style-type: none"> • TEV após suspensão de ACO • TEV em tratamento com ACO
Prevenção embolismo sistémico: <ul style="list-style-type: none"> • Valvulopatia • Fibrilação Auricular • Prótese Valvular Biológica ou Mecânica • Miocardiopatia dilatada
<ul style="list-style-type: none"> • Trombofilia Hereditária sintomática
<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome Antifosfolípídico • Síndrome Antifosfolípídico com TEV durante ACO

Tabela 1 Patologias com indicação clínica para terapêutica anticoagulante

Este tipo de terapêutica é útil na prevenção secundária do Tromboembolismo Venoso (TEV), na prevenção das complicações tromboembólicas em doentes com próteses valvulares cardíacas ou com Fibrilhação Auricular (FA) permanente e na prevenção e tratamento de AVC's. (António,2008)

A importância do tratamento antitrombótico, nomeadamente a anticoagulação preventiva, em muito terá contribuído para o decréscimo da mortalidade por patologia cardiovascular, referido da última publicação do *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. (DGS,2017)

Os Antagonistas da Vitamina K ou antivitamínicos K (AVK's/Dicumarínicos), são compostos orgânicos com uma estrutura semelhante à da vitamina K. São classificados em função da sua estrutura química, em derivados cumarínicos (*varfarina*, *acenocumarol* e *tiocloमारol*) ou derivados da indanodiona (fenidiona e fluindiona). Destes compostos, a *varfarina* é o mais utilizado, porque tem início e duração de ação previsível e biodisponibilidade excelente. Outro derivado cumarínico também bastante utilizado é o *acenocumarol*. (António,2008).

A eficácia deste grupo de medicamentos, disponível há mais de 60 anos, está bem estabelecida, com base em ensaios clínicos bem desenhados, na prevenção primária ou secundária do TEV, na prevenção do embolismo sistémico em doentes com FA ou com próteses valvulares cardíacas, como adjuvante na prevenção das embolias sistémicas ou na redução da recorrência do enfarte do miocárdio. (Bonhorst,2010). Estes fármacos têm limitações que condicionam a sua eficácia, como a sua segurança e o seu estreito intervalo terapêutico, a necessidade de monitorização e a sua interação com alimentos e fármacos. (Ortega,2018)

Os AVKs disponíveis em Portugal são a *varfarina* (Varfine[®]) e o *acenocumarol* (Sintrom[®]). O *Pentoxifilina* (Previscam[®]) e o *Femprocumona* (Macumar[®]) não se encontram disponíveis em Portugal, pelo Infarmed.

A introdução nos últimos anos de anticoagulantes orais, de ação direta (NACO's) que atuam sobre alvos específicos na cascata de coagulação, como o factor X activado (anti-FXa) *rivaroxaban*, *apixaban*, ou *edoxaban*, ou a nível da trombina (anti-FIIa) *dabigatran*, estão a modificar a prática clínica. Os inibidores diretos da trombina e os inibidores diretos do fator Xa, são os novos fármacos de anticoagulação oral. Os NACO's com propriedades farmacológicas mais favoráveis que permitem o uso de doses fixas, resolveram muitos dos problemas associados aos AVK's como a necessidade de monitorização e ajustes de dose, a eliminação das restrições alimentares e redução significativa das interações com outros medicamentos. Ademais, reduziram substancialmente a hemorragia intracraniana, mitigando assim a complicação mais temida do tratamento anticoagulante. Contudo, existem limitações para o seu uso generalizado, como o custo do fármaco, e o medo da má adesão a fármacos que não necessitem de monitorização. (Ortega,2018)

Os inibidores diretos da trombina exercem o seu efeito por ligação direta ao local ativo da trombina, inibindo os efeitos decorrentes deste fator de coagulação, sendo o *etexilato dabigatran* o único fármaco comercializado em Portugal.

O *etexilato dabigatran* (Pradaxa[®]) é um pró-fármaco sem atividade farmacológica sendo atualmente o mais avançado inibidor direto da trombina para uso oral em desenvolvimento clínico. O *etexilato dabigatran* inibe também a trombina livre, a trombina ligada à fibrina e a agregação plaquetar induzida pela trombina. (Silva,2012) e (Mateo,2013)

Os novos inibidores diretos do fator Xa independentes da antitrombina são o *rivaroxaban* (Xarelto[®]) e o *apixaban* (Eliquis[®]). Existe um inibidor direto do fator Xa ainda mais recente, o *edoxaban* (Lixiana[®]), o qual foi aprovado pela Agência Europeia do Medicamento (EMA) em abril de 2015. (EMA,2015)

A definição das zonas terapêuticas e da padronização da monitorização laboratorial dos ACO é importante porque estes fármacos não estão isentos de complicações, nomeadamente hemorrágicas e tromboembólicas, consequência muitas vezes de um efeito anticoagulante excessivo e de um efeito anticoagulante, insuficiente. Sendo a margem terapêutica da *varfarina* estreita e a variabilidade da resposta à terapêutica muito elevada, torna-se necessário recorrer a um controlo regular e cuidado, no sentido de assegurar que níveis de anticoagulação são adequados. Esta monitorização é obtida por meio do *International Normalized Rate* (INR). (Silva,2007)

A padronização do INR proposta inicialmente por Pooler, no início da década 70, inicialmente na Inglaterra e depois na maioria dos países da Europa, foi endossada no final da década de 80 pelo Comité Internacional de Hemostase e Trombose (ISTH) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo amplamente aceite a nível mundial, especialmente após a sua adopção pela OMS. Trata-se de um sistema de padronização que permite o estabelecimento de uma analogia entre diversas tromboplastinas utilizadas nos diversos laboratórios e uma tromboplastina padrão. (Hirsh,2001)

O INR está apenas calibrado e validado para os cumarínicos e não pode ser usado para nenhum outro anticoagulante. Assim, a quantidade de *varfarina* ou o *acenocumarol* deverão ser mensuráveis através da realização do INR. (António,2008)

No indivíduo que não está a fazer terapêutica anticoagulante o valor de INR é ≤ 1 . Os níveis desejáveis de INR variam com o motivo da hipocoagulação oral e história clínica procurando-se em cada caso o melhor compromisso entre uma proteção eficaz do tromboembolismo e um risco o mais baixo possível de complicações hemorrágicas. Dependendo da indicação para a qual foi prescrito o anticoagulante, foram estabelecidos valores de referência para o INR, como demonstra a tabela seguinte:

Patologia	INR
Tratamento de Tromboembolismo Venoso (1º episódio)	2,0-3,0
Tratamento de Tromboembolismo Venoso	2,0-3,0
Enfarte Agudo Miocárdio	2,0-3,0
Trombofilia Hereditária sintomática	2,0-3,0
Prótese Valvular Mecânica	2,5-3,5
Prótese Valvular Biológica	2,0-3,0
Fibrilhação Auricular	2,0-3,0
Valvulopatia	2,0-3,0
Enfarte Agudo do Miocárdio	2,0-3,0
Síndrome Antifosfolípídico	2,0-3,0

Tabela 2 Valores de referência para o INR conforme a patologia

O risco de hemorragia aumenta quando o INR é superior a 5, neste caso e dependendo da sintomatologia apresentada pelo paciente e do valor de INR, devem ser adotados vários procedimentos, entre os quais: suspender temporariamente a terapêutica com o anticoagulante e/ou administrar o antídoto (vitamina K), ou um concentrado de fatores II, VII, IX e X. (Campos, 2010).

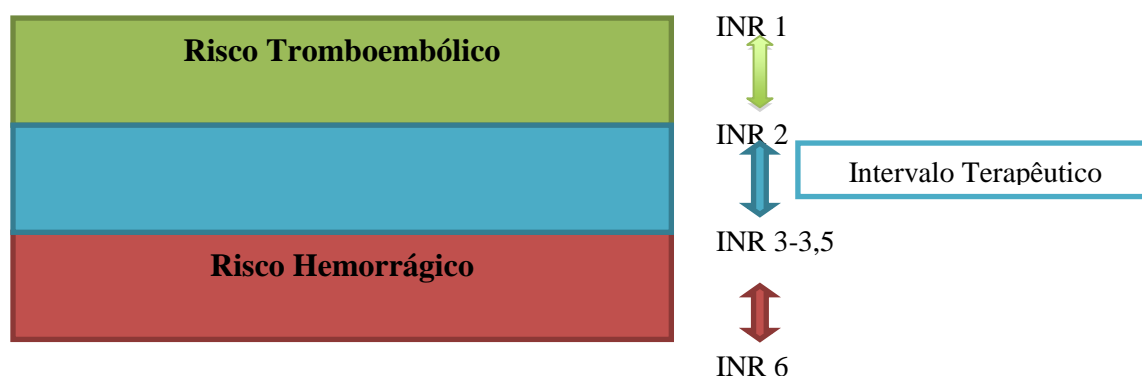


Gráfico 1 - Representação visual de intervalo terapêutico e de risco trombótico e hemorrágico, para valores infra e supra terapêuticos, respetivamente

Os NACO's não requerem monitorização da anticoagulação de rotina ao contrário dos AVK's. O teste do INR não é fiável em doentes medicados com NACO's, e têm sido encontrados INR's com valores díspares, não devendo assim, este teste ser realizado. (EMA, 2015a) e (EMA, 2015b)

O *dabigatran* prolonga o Tempo de Trombina (TT), o Tempo de Coagulação de Ecarina (ECT) e o Tempo de Tromboplastina Parcial ativada (aPTT). O teste do INR não é fiável em doentes a tomar *dabigatran* e têm sido notificados INR's elevados falsos positivos. O Tempo de Trombina Diluído (dT_T), o ECT e o aPTT podem fornecer informação útil, mas os testes não são padronizados e os resultados devem ser interpretados com precaução. (EMA,2015c)

Os efeitos farmacodinâmicos do *apixaban*, do *rivaroxaban* e do *edoxaban* refletem a inibição do FXa. Como resultado dessa inibição prolongam os testes de coagulação tais como, o tempo de protrombina (TP), INR ou tempo de aPTT. As alterações observadas nestes testes de coagulação, na dose terapêutica esperada, são pequenas e sujeitas a um grau elevado de variabilidade, não sendo úteis na monitorização do efeito de anticoagulação. (EMA,2015a), (EMA,2015b) e (EMA,2009).

O objetivo desta dissertação é recolher, caracterizar e analisar a adequação do tipo de informação clínica solicitada ao Serviço de Imunohemoterapia (SI) do Hospital Santa Maria Maior (HSM), Barcelos pelos MD's/Estomatologistas para procedimentos de saúde oral, através da realização de um estudo de natureza qualitativo transversal.

A pesquisa qualitativa é importante para a ampliação do conhecimento clínico e melhoria da qualidade dos cuidados. Pode revelar *insights* críticos que ajudam a lidar com as dificuldades em saúde. Procura insistentemente compreender e interpretar da forma mais fiel possível a lógica interna dos sujeitos que estuda e dá conhecimento da sua "verdade". (Taquette,2016). A análise qualitativa dos dados foi realizada através da análise de conteúdo. É uma técnica de pesquisa que visa uma descrição do conteúdo manifesto de comunicação de maneira objetiva, sistemática e quantitativa. (Campos, 2004)

Atendendo as limitações, pretende-se que esta investigação possa assumir um papel relevante como gerador de novos conhecimentos e reforço de saber científico para uma melhor adequação de todos os procedimentos a realizar a pacientes com terapêutica antitrombótica na Medicina Dentária/Estomatologia.

II. Materiais e Métodos

O presente estudo de investigação foi desenvolvido no SI do HSMM, Barcelos.

Na base deste trabalho foi realizada uma revisão bibliográfica da literatura existente relacionada com o tema nas seguintes bases de dados: Pubmed, B-on, Google Scholar, Scielo e no repositório institucional da Universidade Fernando Pessoa, bem como, através da pesquisa em índices nas revistas científicas da área.

As palavras-chave para a pesquisa foram: *hipocoagulação; consulta de medicina dentária; tomada de decisão; estudo qualitativo; terapia anticoagulante, interrupção; cirurgia dentária; INR*. Foram ainda realizadas combinações entre si utilizando os seguintes operadores booleanos “AND” e “OR” no idioma português e inglês.

Foi realizado um estudo qualitativo com base na consulta de documentos de informações trocadas entre o SI do HSMM e as clínicas de medicina dentária ou hospitais em que os doentes hipocoagulados foram observados em consulta de medicina dentária ou estomatologia. A maioria dos estudos desenvolvidos na área das ciências da saúde utiliza o método quantitativo que é lógico, experimental e matemático, com predileção pelo fenómeno extenso, que cultiva o desejo da objetividade e neutralidade, é hipotético-dedutivo, replicável e generalizável.

Os dados de pesquisa qualitativa em sua maioria são textuais. A fase de análise de dados tem como finalidade compreensão, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa, responder às questões formuladas e assim ampliar o conhecimento sobre o tema investigado. Existem diversas técnicas de análise de dados qualitativos que podem ser utilizadas. Em qualquer técnica de análise de dados qualitativos, a interpretação é a principal ação da pesquisa, está presente em todo o seu processo e constitui a parte essencial da análise. (Taquette,2016)

No universo das pesquisas qualitativas, a escolha de método e técnicas para a análise de dados, deve obrigatoriamente proporcionar um olhar multifacetado sobre a totalidade dos dados recolhidos no período da recolha de dados, devido à, pluralidade de significados atribuídos pelos investigados, ou seja, seu caráter polissémico numa abordagem naturalística. (Campos,2004)

A forma de análise dos dados qualitativos nesta investigação foi a análise de conteúdo, por ser a análise mais utilizada na análise de dados qualitativos, compreendida como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento. É baseada na contagem da frequência da aparição de características nos conteúdos das mensagens, como método de pesquisa qualitativa como a estatística está para a quantitativa. (Taquette,2016)

A amostra caracteriza-se por informação clínica de conveniência de adultos voluntários, em que são utentes da consulta de Imunohemoterapia do HSMM medicados com terapêutica anticoagulante.

Foi criada uma base de dados para registar e catalogar a informação trocada entre os Médicos Dentista/Estomatologistas com o SI do HSMM, e a informação presente no boletim terapêutico da medicação anticoagulante do utente para posteriormente proceder a uma interpretação determinista da informação clínica proveniente do tratamento da informação. Os sistemas operativos Microsoft Excel® e NVivo® v.12.0, para Mac, foram os programas utilizados para catalogar os dados recolhidos em folha de cálculo e para se efetuar a análise dos dados qualitativos adequado à organização e análise de dados não numéricos ou não estruturados, permitindo que sejam classificadas e organizadas as informações de texto; se examine eventuais relações nos dados; e combinar a análise com recurso a técnicas de pesquisa qualitativa, tais como, a vinculação, modelação e pesquisa determinística.

III. Resultados

A amostra é composta por 33 adultos voluntários utentes da consulta de Imunohemoterapia do HSMM, Barcelos, sendo 61% do género feminino, com uma média de idade de 66,2 anos, com um desvio padrão de 11,6 anos.

São todos pacientes hipocoagulados por via oral, 88% com AVK's, nomeadamente com *varfarina* e os restantes 12% com NACO's, em que 75% estão hipocoagulados com *apixaban* (os restantes 25% com *edoxaban*).

Os motivos da hipocoagulação (gráfico 2) foram maioritariamente profiláticos: FA (15 pacientes), Prótese Mecânica Aórtica (PMA) (5 pacientes), Coagulopatias Hereditárias (CH) (5 pacientes). O Tromboembolismo Pulmonar (TEP), Trombose Venosa Profunda (TVP) e TVP/TEP concomitante também foram diagnósticos presentes.

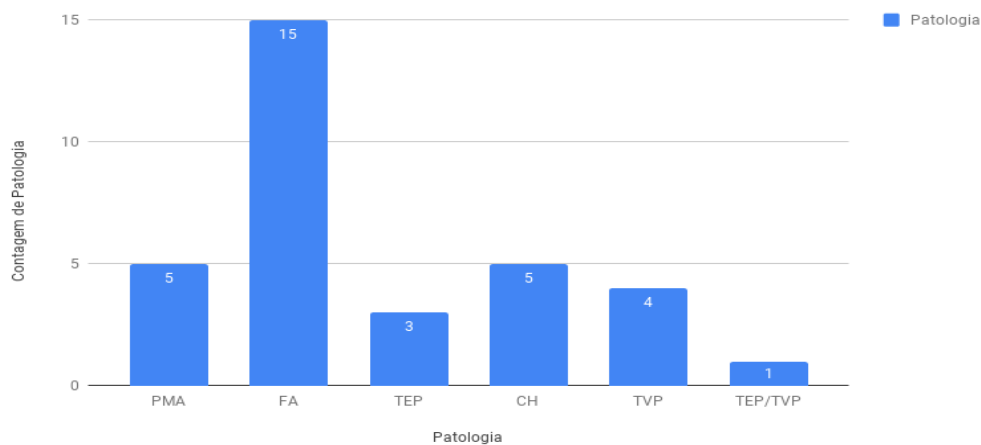


Gráfico 2 - Distribuição por tipo de hipocoagulação

Em relação ao intervalo terapêutico, dos pacientes medicados com AVK's e portadores de informação escrita ou verbal do MD ou do Médico Estomatologista: 71,4% encontravam-se dentro do intervalo terapêutico para a sua patologia; 82% apresentavam históricos de valores de hipocoagulação dentro do intervalo terapêutico pretendido, em que foi considerada a média dos últimos cinco controlos.

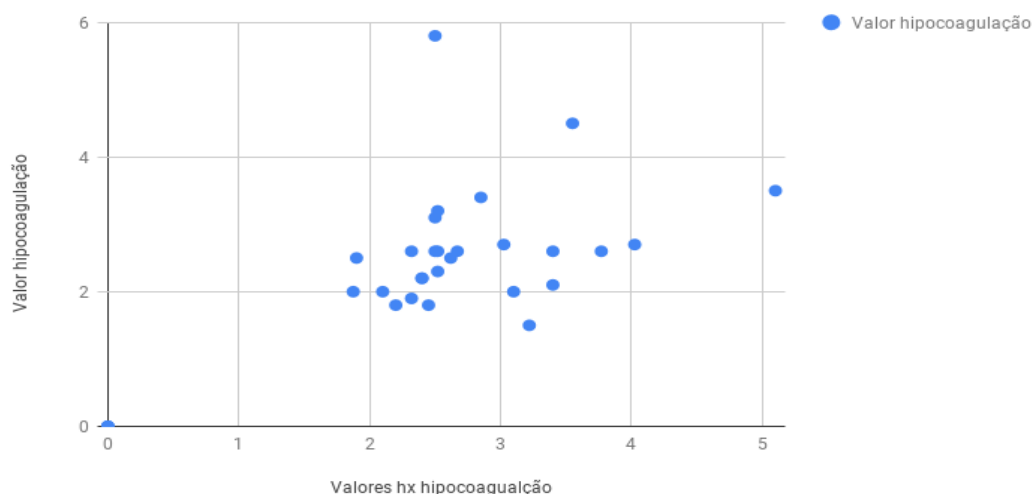


Gráfico 3 - Correlação do valor da hipocoagulação com o valor histórico da hipocoagulação

A informação clínica solicitada ao SI do HSMM de Barcelos pelos MD's ou Estomatologistas para procedimentos de saúde oral, é proveniente 75,8% de clínica privada.

O tipo de procedimentos clínicos estão descritos no gráfico 4:

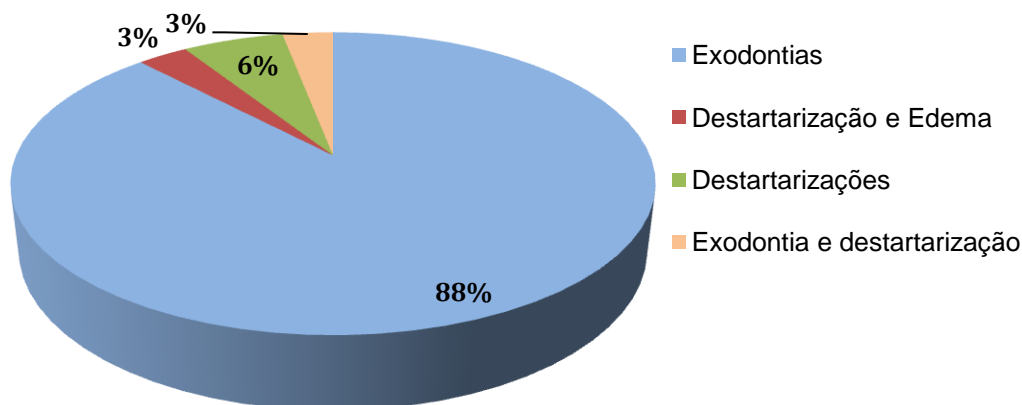


Gráfico 4- Distribuição dos tipos de procedimentos indicados e que solicitavam informação sobre controlo da coagulação

Sendo que em 51,5% dos casos não continha a data do procedimento; 75,8% continha a identificação do paciente; 76% continha o nome do clínico, em que 54,5% não colocavam o número da ordem profissional.

IV. Discussão

Os doentes que não foram portadores de qualquer informação escrita dirigida ao SI foram maioritariamente provenientes das clínicas dentárias (N=11 num total de 14 doentes sem informação numa amostra de 33 doentes).

Dos cerca de 45 % (N=19) de doentes que constituíram a amostra e que apresentaram informação clínica proveniente do clínico, em 10 casos (30% da amostra) a informação estava errada ou incompleta, condicionando assim a orientação por parte do SI. Foram evidenciadas informações várias que não correspondiam ao “estado da arte”, maioritariamente das clínicas dentárias, mas também foi evidente nalguns hospitais, uma prática na orientação de cirurgias e/ou intervenções dentárias *minor* que não seguiam as orientações das mais conceituados e comprovadas *Guidelines* Nacionais e

Internacionais. Algumas situações demonstraram ainda uma orientação da Medicina Dentária não focada no paciente específico em causa. Para análise dessa desadequação da informação, citam-se alguns exemplos:

“...O mais seguro para o paciente será realizar a extração no dia seguinte de manhã ao controlo de INR e se este se encontrar inferior a 3 e efectuar um regime profilático com 2,0 g de Amoxicilina 1h antes da intervenção cirúrgica.” - paciente hipocagulado por FA, intervalo terapêutico 2-3, pelo que a intervenção poderia ser efetuada com um INR das últimas 24-48 h nesse intervalo; a profilaxia é desajustada nesta patologia.

“...o paciente necessita de reabilitação oral de 3 peças dentárias...agradeço a vossa orientação no controlo de INR, bem como a profilaxia da endocardite bacteriana...” - paciente hipocagulado por FA, a orientação a ser solicitada ao SI deve ser dirigida, a profilaxia para a Endocardite Bacteriana é da competência do MD;

“...venho solicitar ao colega que faculte ao utente um esquema terapêutico de redução ou suspensão da dose que possibilite a realização da intervenção cirúrgica nesse dia...” - prática não recomendada, devido ao risco tromboembólico associado;

“...trata-se de uma paciente hipocagulada a tomar varfine...venho solicitar a vossa colaboração por forma a tomar a atitude mais correta e segura para realização das extrações, referindo se há necessidade de suspender ou substituir a medicação actual e qual o melhor protocolo terapêutico a seguir” - informação que poderá ser interpretada como “fica ao critério do SI a orientação da hipocoagulação para a extração, havendo uma “desresponsabilização do MD;

“...em virtude do paciente ter necessidade de fazer a exodontia a uma peça dentária...venho solicitar que faculte ao utente um esquema terapêutico de redução ou suspensão da dose para realizar a exodontia, bem como a indicação de qual o analgésico/ anti-inflamatório mais adequado, por escrito, para a nossa consulta de arquivo.” - por um lado, trata-se de uma prática não recomendada (risco tromboembólico), por outro, o MD parece querer responsabilizar o SI por possível interação medicamentosa com o AVK associado;

“... uma vez que o paciente toma varfine necessito do valor de INR ate 48h antes de realizar a extração dentária” - paciente hipocagulado com Eliquis®, demonstra algum desconhecimento do doente em causa, relativo a um ponto importante para o MD que é a medicação habitual do seu paciente, com a agravante de ser um anticoagulante;

“... a paciente tem necessidade de realizar várias extrações dentárias e como tal venho pedir o seu controlo analítico para se controlar a medicação que a paciente toma para realizar as extrações em segurança.” - medicado com Eliquis®, abordagem não adequada, tendo em conta o medicamento em causa não ter necessidade de controlo analítico, denota-se um desconhecimento das *Guidelines*;

“... na nossa prática clínica acompanhamos vários pacientes hipocagulados por varfina e estamos orientados pelo INR. Peço a orientação e os cuidados a ter com o Eliquis.” - evidente desconhecimento das *Guidelines*, nesta situação, o MD não precisa de recorrer ao SI para a sua intervenção;

“... aconselhar um antibiotico uma vez que a paciente tem um edema no dente 37 e a paciente refer não poder tomar antibiotico . Tambem é necessário fazer uma destartarização total, neste tratamento comvinha saber como estava o INR, e saber se existe qualquer contra indicação.” -

o MD aparenta não ter prática a tratar doentes hipocoagulados pelo aparente desconhecimento das *Guidelines*; apesar do dever relativamente à necessidade do MD estar atualizado na terapêutica adequada ou que menos possa induzir interação farmacológica num doente hipocoagulado, deve ser valorizado um pedido de sugestão antibiótico mais adequado, segundo o ponto de vista da Imunohemoterapia.

“ ... o paciente necessita de fazer extração dentária pelo que peço a avaliação do INR; e se necessário prescrever o protocolo da heparina. ” - Pressupõe-se neste caso, um pedido de suspensão da anticoagulação oral para Heparina de Baixo Peso Molecular, orientação essa que não segue as *Guidelines*;

“gostaria de saber o tempo de paragem do Eliquis porque alguns colegas dizem 2 dias e outros 5 dias.”- Neste caso, não só é evidente que o MD não segue as orientações das *Guidelines*, mas também demonstra que o grupo de colegas de Medicina Dentária com quem interage também não as segue, visto que num doente a fazer um NACO não é necessário suspender a hipocoagulação e também não requer controlo analítico e consequente colaboração da IH nas intervenções *minor*.

À semelhança do que acontece na rotina do SI, também nesta amostra, houve um pedido de orientação de um doente hipocoagulado com AVK por embolia pulmonar e que iria fazer uma destararização num Hospital Central, que também não segue as *Guidelines*.

Portanto, a informação clínica fornecida ao serviço de IH, demonstra por um lado uma orientação do clínico para intervenções cirúrgicas minor no doente hipocoagulado que não segue as *Guidelines*, prática corrente quer em clínicas dentárias, mas também a nível hospitalar. Por outro lado, a análise da informação clínica demonstrou alguma desresponsabilização do clínico relativa a possíveis riscos trombóticos e/ou hemorrágicos e alguma falta de conhecimento do seu paciente.

Na avaliação da amostra, relativamente ao risco tromboembólico, dos 9 doentes mais idosos (idade ≥ 75 anos), 8 tinham como motivo de hipocoagulação uma FA, conferindo assim um risco importante, com aumento de 2 pontos no *Score* CHA₂DS₂-VASc. Acrescenta-se a inexistência de informação pelo clínico em 5 casos. Nessas situações específicas, em que pode haver a necessidade de intervenções estomatológicas, maioritariamente exodontias, o SI viu-se limitado na sua orientação para a intervenção. Não sendo portador de informação pelo MD e muitas vezes sem orientação de um cuidador, os mais idosos vêm-se perante uma situação de necessidade de adiamento da sua intervenção estomatológica, tanto pela ausência de informação, como informação escassa, errada ou contraditória.

Não deve ainda ser desprezada a ausência de orientações por parte do clínico com base nas *Guidelines* Nacionais e/ou Internacionais, sendo uma situação verificada quer nas

clínicas dentárias, quer a nível dos serviços de Estomatologia hospitalar, predominando a utilização da sua experiência e prática clínica. De referir ainda, alguma desadequação contida em muita da informação clínica, nomeadamente, um pedido para profilaxia de endocardite e a indicação de qual o analgésico/ anti-inflamatório mais adequado.

Diermen, (2013) realizou uma revisão sistemática de *Guidelines*, recomendações e protocolos publicados entre 2007-2012, concluindo que não se deve interromper medicação anticoagulante antes de procedimentos cirúrgicos simples, que estejam medicados com AVK's, (desde que INR <3,5) ou NACO's. Ele considerou como procedimentos simples: extrações simples, extrações até 3 dentes, colocação até 3 implantes, raspagem e alisamento radicular, cirurgia com levantamento de retalho, apicectomia e alveoloplastia. Refere ainda que se o INR $\geq 3,5$ e se os procedimentos forem mais invasivos deverá consultar-se o médico que acompanha o paciente para, em conjunto, chegar a uma tomada de decisão terapêutica. No seu estudo pode também constatar-se que pacientes submetidos a cirurgia dentária e com necessidade de profilaxia para a endocardite, a toma única do antibiótico não tem efeito significativo no valor de INR. (valor C, nível IV). Em pacientes hipocoagulados há um longo período de tempo e que apresentem valores estáveis de INR, será adequado unicamente a monitorização do INR 72h antes do procedimento cirúrgico dentário. Caso seja necessário um bloqueio do nervo alveolar inferior o INR recomendado deverá ser INR <3,0, uma vez que podem provocar hemorragias ou hematomas nos espaços faciais do pescoço.

Existem fortes evidências de que a cirurgia dentária é segura nesses pacientes e que a interrupção da anticoagulação aumenta o risco de um evento lesivo podendo ser permanente ou em situações mais severas menos fatal. Pelo menos 10 revisões sistemáticas (Perry, 2007) e pelo menos 7 declarações nacionais de grupos médicos ou dentários de 9 associações nacionais (incluindo a Academia Americana de Medicina Oral) concluindo que a cirurgia dentária pode ser realizada com segurança sem interromper a terapia de anticoagulação. (Douketis,2010)

Ano	Grupo	Medicação	Recomendação
2016	American Academy of Oral Medicine	<i>varfarina</i>	Continuar hipocoagulação oral, usar o RNI dias antes do procedimento
2015	American Dental Association	AVK's e NACO's	Continuar, para a maioria dos pacientes
2014	The Society for Neuroscience in Anesthesiology and Critical Care; American Society of Anesthesiologists	<i>varfarina</i>	Continuar, para extrações individuais
2013	American Academy of Neurology	<i>varfarina</i>	Continuar
2012	American College of Chest Physicians	<i>varfarina</i>	Continuar, usar agente pró-hemostático oral ou suspender 2 ou 3 dias antes do cirurgia dentária
2007	The Haemostasis and Thrombosis Task Force of the British Committee for Standards in Haematology	<i>varfarina</i>	Continuar, o INR deverá ser monitorizado 72h antes da cirurgia dentária
2003	American Heart Association and American College of Cardiology	<i>varfarina</i>	Continuar, usar solução oral antifibrinolítica para bochechar

Tabela 3 Recomendações para o tratamento de pacientes anticoagulados que requerem cirurgia oral

Após mais de 60 anos de estudo, existe um consenso quase universal que a terapêutica de anticoagulação oral incluindo os AVK's e os NACO's não deverá ser interrompida para a maioria dos procedimentos cirúrgicos dentários porque o risco de desenvolverem complicações hemorrágicas que geralmente são de fácil resolução e nunca se mostram fatais, é superado pelo risco aumentado de desenvolver complicações embólicas. (Wahl, 2015)

V. Conclusão

Atualmente, o MD tem cada vez maior probabilidade de ter de efetuar tratamentos em pacientes que padeçam de uma qualquer doença crónica, em consequência do aumento do número de população idosa. A hipocoagulação é, por conseguinte, uma realidade cada vez mais presente do paciente que recorre ao consultório de medicina dentária. É imperativo que o MD esteja capacitado para intervir perante esta problemática.

Dos dados recolhidos percebe-se que a prática clínica real é bastante díspar. Sendo que a maioria dos pedidos de intervenção não acompanham as mais recentes *Guidelines*. Colocando em perigo o paciente e em última instancia o próprio clínico por prática negligente. Observa-se ainda que na origem desta problemática estará uma deficiente preparação teórica dos clínicos e uma desresponsabilização dos pacientes e familiares da condição especial que é o paciente hipocoagulado.

Torna-se, portanto, fundamental para a melhoria da prestação de cuidados ao paciente uma melhor preparação teórica dos profissionais em formação e a elaboração de consensos entre as diferentes sociedades profissionais que gerem as doenças em torno da temática aqui discutida, nomeadamente Imunohemoterapia, Cardiologia, Estomatologia e Medicina Dentária.

O foco deve estar centrado no paciente hipocoagulado e deve ser trabalhado o equilíbrio entre o risco hemorrágico e trombótico, como parte integrante da partilha de informação clínica disponibilizada entre os diferentes intervenientes.

Desta forma, penso que caminharemos para um melhor cuidado do paciente que temos sentado na nossa cadeira, numa perspetiva holística e integrada das suas patologias e idiosincrasias.

Bibliografia

Al Shatrat, SM, Shuman, D, Darby, ML, et al. (2013). Jordanian dentists' knowledge and implementation of eco-friendly dental office strategies, *International Dental Journal*, 63(3), pp. 161-168.

António, N, Castro, G, Ramos, D, et al. (2008). Controvérsias na Anticoagulação Oral: Continuar ou Interromper os Anticoagulantes Oraís durante a Intervenção Estomatológica, *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 27 (4) pp. 531-544.

Bajkin, BV, Popovic, SL, Selakovic, SDJ. (2009). Randomized, Prospective Trial Comparing Bridging Therapy Using Low-Molecular-Weight Heparin With Maintenance of Oral Anticoagulation During Extraction of Teeth, *Journal Oral Maxillofacial Surgery*, 67(5), pp. 990-5.

Bajkin, BV, Vujkov, SB, Milekic, BR, et al. (2015). Risk factors for bleeding after oral surgery in patients who continued using oral anticoagulant therapy, *Journal American Dental Association*, 146(6), pp. 375-81

Bonhorst, D. (2010). Regras práticas no doente hipocoagulado, *Revista Factores de Risco*, 16 (1), pp. 20.

Costantinides, F, Rizzo, R, Pascazio, L. et al. (2016). Managing patients taking novel oral anticoagulants in dentistry: a discussion paper on clinical implications *BMC Oral Health*, 16 (1), pp. 1-9

Diermen, DV, Waal, I, Hoogstraten, J. (2013). Management recommendations for invasive dental treatment in patients using oral antithrombotic medication, including novel oral anticoagulants, *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology*, 116(6), pp. 709-16.

European Medicines Agency (2009) Relatório Público Europeu de Avaliação, Xarelto, INN -*rivaroxaban*- EMA ed., relatório EMEA/H/C/91, (acedido a 10/5/2018) em http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR_-_Summary_for_the_public/human/000091/WC500020682.pdf

European Medicines Agency. (2015a) Eliquis, INN-*apixaban*-EMA,2103, Relatório Público Europeu de Avaliação, (acedido a 10/5/2018) https://ec.europa.eu/health/documents/community_register/2015/20150820132554/anx_132554_en.pdf

European Medicines Agency (2015b). Assessment report: Lixiana. International non-proprietary name: *edoxaban*. April 2015. (acedido a 10/5/2018) http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Public_assessment_report/human/002629/WC500189047.pdf

European Medicines Agency (2015c) Pradaxa,INN-*dabigatran etexilate*-EMA,2105, Relatório Público Europeu de Avaliação, (acedido a 10/5/2018) em

http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR_-_Summary_for_the_public/human/002629/WC500189048.pdf

Fakhri, HR, Janket, SJ, Jackson, EA, et al. (2013). Tutorial in Oral Antithrombotic Therapy: Biology and Dental Implications, *Medicina Oral Patologia Oral Cirurgia Bucal*, 18(3), pp. 461-72.

Fonseca, C, Alves, J, Araújo, F. (2014). Manuseio Peri-Operatório dos Doentes Medicados com Anticoagulantes e Antiagregantes Plaquetários, *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 23(3), pp. 76-93.

Hirsh, J, Bates, SM. (2001). Clinical trials that have influenced the treatment of venous thromboembolism: a historical perspective, *Annals Intern Medicine*, pp. 134, 409-17.

Little, JW, Miller, CS, Henry, RG, et al. (2002). Antithrombotic agents: implications in dentistry, *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology*, 93 (5), pp. 544-551.

Madrid, C, Sanz, M. (2009). What influence do anticoagulants have on oral implant therapy? A systematic review, *Clinical Oral Implants Research*, 20(4), pp. 96-106.

Marques da Silva, P. (2012). Old and new oral anticoagulants. Pharmacological perspective, *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 31 (1), pp. 6-16.

Mendis, S, Puska, P, Norrving, B. (2011). Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control, *World Health Organization ed.* Geneve

Navarro, JL, Cesar. JM, Fernandez, MA, et al. (2007). Morbidity and mortality in patients treated with oral anticoagulants, *Revista Espanola de Cardiologia*, 60(12), pp. 1226-32.

Nuevos, MJ. (2003). Anticoagulantes orales y su papel en la práctica clínica, *Revista Espanola de Cardiologia*, 13, pp. 33-41.

Ortega, IS, Román, MTA. (2018). Hemostasia y Trombosis en la Práctica Clínica, *Sociedade Espanola de Trombosis y Hemostasia*, pp. 355-409.

Pelicano, N, Branco, LM, Pinto, A, et al. (2005). Complicações Hemorrágicas e /ou Tromboembólicas em Doentes sob Anticoagulação Oral, Regularmente Seguidos em Consulta Diferenciada. Revista portuguesa de cardiologia, *Revista Portuguesa de Cardiologia*,y, 24(8), pp.957-68

Perry, DJ, Noakes, TJC, Helliwell, PS. (2007). Guidelines for the management of patients on oral anticoagulants requiring dental surgery, *British Dental Journal*, 203(7), pp. 389-393.

Pototski, M, Amenabar, JM. (2007). Dental management of patients receiving anticoagulation or antiplatelet treatment, *Journal Oral Science*, 49(1), pp. 253–258.

Pradaxa, INN-*dabigatran* etxilate-EMA,2105,Relatório Público Europeu de Avaliação, European Medicines Agency.

Ribeiro, J. (2015). Educação para a Saúde. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 16 (1), pp. 3-9.

Silva, MCD, Sousa, E, Marques, F, et al. (2013). Estado da Arte na Terapêutica Anticoagulante: Novas abordagens, *Acta Farmacêutica Portuguesa*, 2(2), pp. 67-78.

Silva, R, Sousa, J, Calisto, C. (2007). Terapêutica Hipocoagulante Oral. Fundamentos, Orientação Clínica e Recomendações, *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 26(7-8), pp. 769-788.

Shi Q, Xu J, Zhang T, Zhang B, et al. (2017) Post-operative Bleeding Risk in Dental Surgery for Patients on Oral Anticoagulant Therapy: A Meta-analysis of Observational Studies. *Frontiers in Pharmacology*.8:58. doi:10.3389/fphar.2017.00058

Thean, D, Alberghini, M. (2016). Anticoagulant therapy and its impact on dental patients: a review, *Australian Dental Journal*, 61(2), pp. 149–56.

Vivas, D, et al. (2018). Manejo perioperatorio y periprocedimiento del tratamiento antitrombotico: documento de consenso de SEC, SEDAR, SEACV, SECTCV, AEC, SECPRE, SEPD, SEGO, SEHH, SETH, SEMERGEN, SEMFYC, SEMG, SEMICYUC, SEMI, SEMI, SEMES, SEPAR, SENEC, SEO, SEPA, SERVEI, SECOT y AEU, *Revista Espanola de Cardiologia*, 3(1) pp. 1-12.

Wahl, MJ, Miller, CS, Rhodus, NL. et al. (2017). Anticoagulants are dental friendly, *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology*, 125(2), pp. 103-106.

Wahl, MJ, Pinto, A, Kilham, J. (2015). Dental surgery in anticoagulated patients: stop the interruption, *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology*, 119(2), pp.139-157.

Wahl, MJ. (2000). Myths of dental surgery in patients receiving anticoagulant therapy. *Journal American Dental Association*, 131 (1), pp.77-81.

Wahl, MJ. (2016). Anticoagulation in dental surgery: Is it rude to interrupt, *Cleveland Clinic Journal Medicine*, 83 (6), pp.409-413.

Wahl, MJ. (2017). Antithrombotic drugs in dentistry: stop the interruption, *Academy of General Dentistry*, pp. 1-13.

Zanon, E, Martinelli, F, Bacci, C, Cordioli, G, Girolami, A. (2003). Safety of dental extraction among consecutive patients on oral anticoagulant treatment managed using a specific dental management protocolo, *Blood Coagul. Fibrinolysis* 14(1), pp. 27–30.

vi. Anexos

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concordar com a proposta que lhe foi feita, queira rubricar e assinar este documento.

Título do estudo: Caracterização da informação clínica solicitada ao Serviço de Imunohemoterapia do Hospital Santa Maria Maior, EPE, Barcelos (HSMM).

Enquadramento: Estudo Qualitativo Transversal no Serviço de Imunohemoterapia do HSMM, no âmbito da dissertação do mestrado em Medicina Dentária, da Universidade Fernando Pessoa, com orientação do Dr.º José Frias Bulhosa.

Explicação do estudo: O estudo realiza-se no Serviço de Imunohemoterapia do HSMM através da recolha de dados da correspondência clínica dos Médicos Dentista/Estomatologistas e do boletim da terapêutica anticoagulante do utente.

Procede-se à análise de conteúdo através da interpretação determinista da informação clínica proveniente da correspondência clínica. A seleção do participante é aleatória. A investigadora encontra-se com o participante uma vez durante 10 minutos.

Condições e financiamento: Não existe pagamento de deslocações ou contrapartidas; a investigadora é quem financia o estudo. Os participantes são adultos voluntários que estão a ser submetidos ao tratamento de hipocoagulação oral no Serviço de Imunohemoterapia do HSMM. Ausência de prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar. O estudo mereceu parecer favorável a comissão de Ética do HSMM.

Confidencialidade: confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o estudo. Foi pedida e obtida autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados, garantido, em qualquer caso, que a identificação dos participantes nunca será tornada pública; assegurar que os contactos serão feitos em ambiente de privacidade.

Assinatura: _____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ___/___/___

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR INCAPACIDADE

Nome: _____

BI/CD N°: _____ Data de validade: ___/___/___

Grau de Parentesco ou tipo de Representação: _____

Assinatura: _____

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração do Hospital Santa Maria Maior. EPE

Ana do Sameiro Senra Cruz, na qualidade de aluna da Universidade Fernando Pessoa, do curso de Medicina Dentária vem solicitar a V. Ex.^a autorização para realizar no Hospital Santa Maria Maior, EPE, o estudo de investigação intitulado: Caracterização da informação clínica solicitada ao Serviço de Imunohemoterpia do Hospital Santa Maria Maior, EPE para atos de Medicina Dentária.

Objetivos do estudo (gerais e específicos): Caracterizar o tipo de informação solicitada ao Serviço de Imunohemoterpia do Hospital Santa Maria Maior, EPE pelos Médicos Dentista/Estomatologistas.

Tipo de Estudo: Estudo Qualitativo Transversal

População e amostra: Adultos voluntários que estão a ser submetidos ao tratamento de hipocoagulação oral no Serviço de Imunohemoterpia do Hospital Santa Maria Maior, EPE

Fontes de informação: Correspondência clínica dos Médicos Dentista/Estomatologistas; boletim terapêutico do utente.

Processo de recolha da informação: Interpretação determinista da informação clínica proveniente do tratamento da informação; lançamento em base de dados.

Fontes de financiamento: Não aplicável

Período de tempo para a recolha da informação: Data de início: 01/05/2018

Data de fim: 31/05/2018

Data:

Contactos: 963149029 ou 31526@ufp.edu.pt

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações contantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação e que anexarei ao relatório final a esta Comissão de Ética nomeadamente efeitos adversos graves que ocorram no decurso da investigação.

Declaro, ainda, que os dados são confidenciais e serão utilizados, apenas, para a finalidade do presente estudo e comprometo-me a remeter à comissão de Ética para a Saúde do HSMM o Trabalho/Relatório final.

Data: