FACULDADE INTEGRADA DE PERNAMBUCO

GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES PORTADORES DE LÚPUS: REVISÃO DE LITERATURA.

CARLA PATRICIA VASCONCELOS DA SILVA
SANDRIELLE MARIA DA SILVA OLIVEIRA

RECIFE, 2018.

CARLA PATRICIA VASCONCELOS DA SILVA
SANDRIELLE MARIA DA SILVA OLIVEIRA

MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES PORTADORES DE LÚPUS: REVISÃO DE LITERATURA.

Monografia apresentada ao Curso de Odontologia da Faculdade Integrada de Pernambuco, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia. Orientador: Dr. Adelmo Cavalcanti Aragão Neto

RECIFE, 2018.

Dedicamos esse trabalho a nossos familiares, amigos e nosso orientador que contribuíram direta ou indiretamente em nossa formação acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus pelas forças a nós concedidas diariamente para superar as dificuldades e a saúde que não nos faltou.

A esta faculdade e seu corpo docente ao nosso professor e orientador Adelmo Aragão por sua paciência e dedicação em suporte no pouco tempo que lhe coube.

Aos nossos pais pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Aos nossos amores que tanto nos ajudaram nessa caminhada.

E a todos aqueles que direta ou indiretamente fizeram parte da nossa formação.

O nosso muitíssimo obrigado!

Avalia-se a inteligência de um indivíduo
pela quantidade de incertezas que
ele é capaz de suportar.

Immanuel Kant

RESUMO

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica, de causa desconhecida e de natureza autoimune. O uso de diversos medicamentos e a presença das múltiplas alterações sistêmicas pode comprometer o atendimento odontológico desses pacientes principalmente quando se encontram descompensados e debilitados. É imperativo que o Cirurgião-Dentista esteja familiarizado com o amplo leque de implicações gerais e bucais, incluindo os aspectos clínicos e laboratoriais. O paciente com a doença pode apresentar eritema malar, lesão discoide, fotossensibilidade, úlceras orais e nasais, artrite, serosite, comprometendo sistema cardiovascular, pulmonar, alterações renais, alterações neuropsiquiátricas, alterações hematológicas e alterações imunológicas. Este estudo trata-se de uma revisão da literatura, com caráter descritivo e exploratório. Foram pesquisados trabalhos nos principais sítios de busca como Scielo, Bireme, Lilacs, Medline, e PubMed. Tem como objetivo propor uma revisão de literatura visando auxiliar o processo de descoberta agregando conhecimento direcionado ao diagnostico e tratamento específico desses pacientes no atendimento odontológico. Conclui-se que a preparação do cirurgião dentista trás consigo a agilidade no atendimento, menor chance de apresentação de complicações e preparo para contorno das complicações caso se apresentem durante ou após a consulta odontológica, assim também como complicações após o atendimento.

Palavras-chave: Lúpus eritematoso sistêmico; Doença autoimune; Manifestações bucais.

.

MANEJO DE PACIENTES ODONTOLÓGICOS PORTADORES DE LÚPUS: UMA REVISÃO.

Carla Patricia Vasconcelos da Silva[1] Sandrielle Maria da Silva Oliveira[1]; Adelmo Cavalcanti Aragão Neto [2]

1- Aluna do curso de graduação em Odontologia da Faculdade Integrada de Pernambuco - FACIPE
2- Professor adjunto do curso de graduação em Odontologia da FACIPE

RESUMO

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica, de causa desconhecida e de natureza autoimune. O uso de diversos medicamentos e a presença das múltiplas alterações sistêmicas pode comprometer o atendimento odontológico desses pacientes principalmente quando se encontram descompensados e debilitados. É imperativo que o Cirurgião-Dentista esteja familiarizado com o amplo leque de implicações gerais e bucais, incluindo os aspectos clínicos e laboratoriais. O paciente com a doença pode apresentar eritema malar, lesão discoide, fotossensibilidade, úlceras orais e nasais, artrite, serosite, comprometendo sistema cardiovascular, pulmonar, alterações renais, alterações neuropsiquiátricas, alterações hematológicas e alterações imunológicas. Este estudo trata-se de uma revisão da literatura, com caráter descritivo e exploratório. Foram pesquisados trabalhos nos principais sítios de busca como Scielo, Bireme, Lilacs, Medline, e PubMed. Tem como objetivo propor uma revisão de literatura visando auxiliar o processo de descoberta agregando conhecimento direcionado ao diagnostico e tratamento específico desses pacientes no atendimento odontológico. Conclui-se que a preparação do cirurgião dentista trás consigo a agilidade no atendimento, menor chance de apresentação de complicações e preparo para contorno das complicações caso se apresentem durante ou após a consulta odontológica, assim também como complicações após o atendimento.

Palavras-chave: Lúpus eritematoso sistêmico; Doença autoimune; Manifestações bucais.

ABSTRACT

Systemic lupus erythematosus (SLE) is a chronic inflammatory disease of unknown cause and autoimmune in nature. The use of several medications and the presence of multiple systemic alterations can compromise the dental care of these patients, especially when they are decompensated and debilitated. It is imperative that the Surgeon-Dentist is familiar with the wide range of general and oral implications, including clinical and laboratory aspects. The patient with the disease may present erythema malar, discoid lesion, photosensitivity, oral and nasal ulcers, arthritis, serositis, compromising cardiovascular system, pulmonary, renal alterations, neuropsychiatric alterations, hematological alterations and immunological alterations. This study is a review of the literature, with a descriptive and exploratory character. We searched papers in the main search sites such as Scielo, Bireme, Lilacs, Medline, and PubMed. It aims to propose a literature review aiming to assist the discovery process by adding knowledge directed to the diagnosis and specific treatment of these patients in dental care. It is concluded that the preparation of the dental surgeon brings with it the agility in the attendance, less chance of presenting complications and preparation to contour the complications if they present during or after the dental consultation, as well as complications after the care.

Keywords: Systemic lupus erythematosus; Autoimmune disease; Oral manifestations.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 9

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA 10

2.1 Diagnósticos do LES 10

2.2 A Prevalência dos pacientes com LES 10

2.3 Controles terapêuticos 11

2.4 A gravidez em pacientes com LES 11

2.5 Achados odontológicos 12

3. TRATAMENTO 13

3.1 Tratamentos Odontológico 14

4. DISCUSSÃO 15

5. CONCLUSÕES 17

REFERÊNCIAS 17

ANEXO 23

1. INTRODUÇÃO

> O lúpus é uma inflamação crônica da pele, caracterizada por ulceração ou machas conforme os tipos especificam. Existem três tipos de Lúpus: o Lúpus Eritematoso Discoide (LED), o Lúpus Induzido por Drogas (LID) e o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). O LED é sempre limitado à pele identificado por inflamações cutâneas que aparecem na face, nuca e couro cabeludo. O LID ocorre como consequência do uso de certos medicamentos principalmente a procainamida (antiarrítmico) e a hidralazina (Vasodilatador). ("LURDES, 2014; SALDANHA, 2015").

O LES consiste numa doença autoimune crônica inflamatória, que apresenta variadas manifestações clínicas, caracterizando-se por períodos de exacerbações e remissões, com curso e prognóstica variável. A doença afeta principalmente mulheres nas segunda e terceira décadas de vida ("RUS et al, 2007").

Com relação à etiologia do LES, os imunocomplexos, anticorpos e fatores genéticos do meio ambiente e endócrino desempenham papel significativo no surgimento e no desenvolvimento da doença ("MUNOZ et al, 2008"). Este estudo abordará o LES, o mais grave, que pode afetar quase todos os órgãos e sistemas, é uma doença inflamatória crônica, evolui com manifestações clínicas polimórficas, com períodos de exacerbações e remissões. Seu desenvolvimento está ligado à predisposição genética e fatores ambientais ("TSAO et al, 2001").

A inflamação causada nas membranas serosas resulta em sintomas nas articulações, peritônio e pleura cardíaca. Ressalta-se que não existe um padrão típico, um paciente pode demonstrar sinais e sintomas distintos aos de outro paciente, devido à possibilidade de envolvimento de múltiplos órgãos ("MUNOZ et al, 2008").

> Uma das principais concepções da patogênese do LES é baseada na produção de auto-anticorpos por meio do mecanismo de apoptose celular. Esta teoria explica que fragmentos celulares ao serem fagocitados pelo macrófago e apresentados posteriormente ao linfócitos T e B, podem induzir o sistema imunológico a reconhecer algumas proteínas do próprio ser humano como um corpo estranho (auto-antigenos), dando início à produção de auto-anticorpos ('TAN et al, 1982")

A hiperativação dos linfócitos B tem sido o principal mecanismo proposto para a geração de anticorpos antinucleares no LES ("LÓPEZ et al,2007"). Diante da importância temática, este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica com base no tratamento, capaz de lidar com grandes bases de informações textual visando auxiliar o processo de descoberta agregando conhecimento direcionado ao diagnostico e tratamento específico desses pacientes no atendimento odontológico.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Diagnósticos do LES

> O diagnóstico do LES segue os 11 critérios classificatórios do Colégio Americano de Reumatologia, conforme demonstra. Os 11 critérios são: eritema malar ou rash malar (área avermelhada que afeta as bochechas e o nariz, que lembram a forma das asas de uma borboleta), erupção discoide (lesões descamativas em forma de disco), fotossensibilidade, presença de úlceras orais, artrite (inflamação nas articulações), serosite (inflamação de uma membrana serosa, podendo ser expressa como uma pleurite e / ou derrame pleural, pericardite e/ou derrame pericárdio, peritonite e/ ou ascite), distúrbio renal, distúrbio neurológico, distúrbio hematológico, distúrbio imunológico e presença de anticorpo antinuclear ("GONÇALVES, 2010")

O LES pode atingir várias partes do corpo e principalmente articulações, pois ocorre uma desorganização do sistema imunológico onde o organismo deixa de distinguir corretamente entre os antígenos e as células do corpo e com isso poderá causar inflamações articulares, lesões e dores ("KOBAYASH et al, 2003") .

Várias condições são causadas pela produção inadequada de anticorpos contra o próprio organismo, caracterizando o processo de autoimunidade. Nesse contexto, as doenças mais expressivas são o líquen plano, pênfigo vulgar, penfigóide, lúpus eritematoso e eritema multiforme ("BRENNAN et. al, 2005"). Essa doença de caráter inflamatório crônico e autoimune apresenta hiperatividade de linfócitos B, a elevada produção de anticorpos IgG ("LAU et al, 2006").

2.2 A Prevalência dos pacientes com LES

Manifestam lesões bucais é variável entre 6,5% e 21%, acometendo principalmente língua, mucosa julga, lábios e palato, apresentando-se como úlceras crônicas ou eritema, de dimensões variadas, com períodos de exacerbação e remissão. ("LOURENÇO et al, 2006; RAMAKRISHNA et al, 2009; ROUQUETTE, et al, 2006; BOSCH et al, 2006; KARIM, et al, 2006").

É a deposição de complexos imunes em várias células, o que leva a um processo inflamatório e a um eventual dano patológico ao tecido/órgão. Infecções, trauma tecidual, desequilíbrio na resposta humoral e excessiva exposição a raios UV são reconhecidos por precipitar o desenvolvimento de LES ("BERNARTSKY, et al, 2006")

A inflamação de células endoteliais e depósitos de complexos imunes estimulam a inflamação em veias, ocasionando trombose venosa e arterial. Além disso, autoanticorpos, como anticardiolipina e antifosfolipídio podem estimular respostas coagulopáticas ("BEZERRA et al, 2005; CARRON et al, 1999").

2.3 Controles terapêuticos

O controle das manifestações do LES nos pacientes baseia-se na administração de imunossupressores, visando atenuar a resposta do sistema imune e prevenindo complicações futuras ("LÓPEZ et al, 2007"). Há diversas medicações que visam atenuar a inflamação no paciente com LES. As opções variam de tradicionais anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) até agentes citotóxicos que promovem também um efeito anti-inflamatório ("CARREÑ et al, 2002"). As medicações são prescritas baseadas na forma de expressão clinica da doença. Manifestações leves, como a presença de sintoma de artrite, rash malar e serosite usualmente respondem a baixas doses de corticosteroides ("CARRON et al,1999").

Em casos com manifestações mais graves do LES, que colocam o paciente em maior risco de mortalidade, como envolvimento renal, cardiopulmonar, hematológico e desordens neurológicas, o tratamento requer uma terapêutica mais intensiva ("PESSOA, et al, 2011"). Normalmente, manifestações severas do LES estão associadas à formação e depósitos de imunocomplexos nos tecidos ("CHATHAM et a., 2001").

Os corticosteroides são as principais medicações prescritas aos pacientes com LES, pois promovem inibição da resposta imunológica mediada por linfócitos e suprimem a função celular dos monócitos, neutrófilos polimorfonucleares e de células endoteliais. Além disso, promovem a inibição da fosfolipase A2 e estão entre as mais potentes drogas antiinflamatórias ("JAYAKUMAR et al, 2006").

Pacientes com LES podem ter uma síndrome do anticorpo antifosfolípide, sobreposto que as predispõem a eventos tromboembólicos, tais como a trombose arterial e venosa pulmonar embolia, acidente vascular cerebral e infarto. É importante durante a anamnese dos pacientes com LES perguntar sobre o uso continuo de anticoagulantes e antiagregante orais, pois são medicamentos que devem ser observados para um bom planejamento das cirurgias odontológicas. Exames laboratoriais como o coagulograma e hemogramas devem ser indicados no pré-operatório para determinar a condição hematológica dos pacientes com LES, principalmente o INR (Internacional Normalizado Ratio) para os pacientes anticoagulados ("MCCAULIFFE et al, 2001").

2.4 A gravidez em pacientes com LES

Gravidez em doentes com LES associa-se, de forma variável, a um maior risco de consequências adverso materno fetal, pelo que no passado eram aconselhadas a não engravidar ("CLOWSE, 2008").

No entanto, a maior acuidade diagnostica, monitorização e recursos terapêuticos melhoraram drasticamente nas ultimas décadas, sendo hoje a gravidez exequível para estas doentes. Deste modo, tem sido progressivamente crescente o número de gravidezes em doentes com esta patologia ("CERVERAA, 2002").

Ainda assim, são consideradas gestações de alto risco e requerem equipas multidisciplinares que assegurem uma adequada vigilância da atividade da doença e desenvolvimento da gestação ("RUIZ et al, 2011").

A gravidez pode implicar o aumento da atividade da doença lúpica e causar agudizações, na sua maioria de gravidade ligeira a moderada, que se apresentam essencialmente por manifestações cutâneas, articulares, hematológicas e renais ("BERTSIAS et al., 2008; TINCANI et al, 2006; TINCANI et al, 2006"). Os períodos de maior atividade de doença podem surgir em qualquer trimestre da gravidez, bem como no período pós-parto ("DHAR, 2006"). Para minimizar o risco de agudização durante a gravidez, a doença deve estar inativa pelo menos nos 6 meses prévios a conceção ("KEELING, 2009").

O Lúpus neonatal – É transmitido da mãe para o filho na altura do nascimento, e embora bastante raro, requer acompanhamento e cuidados especiais. Adquirido durante a gestação resulta da passagem através da placenta, de anticorpos específicos da mãe, que irão ser deletérios para o bebê. Esses anticorpos desaparecem espontaneamente quando o bebe atinge os 3 a 6 meses de idade, não deixando, na maioria dos casos, qualquer sequela ("SALES, 2010").

Mulheres sem sinais ou sintomas de LES ativo não requerem terapêutica especifica ("CERVERAA et al, 2002"). O tratamento das agudizações do LES durante a gravidez deve ser individualizado e depende da severidade e do tipo de órgão acometido ("KEELING, 2009"). Hidroxicloroquina não deve ser descontinuada caso já fosse tomada anteriormente a gravidez e geralmente usada nas agudizações com manifestações mucocutaneas ou musculoesqueléticas ligeiras ("CERVERAA, 2002; RUIZ, 2011").

Os AINEs são especialmente úteis na sintomatologia musculoesquelética e são seguros até as 32 semanas de gestação, altura em que deve preferir-se o uso de baixas doses de corticosteroides ou acetaminofeno ("KEELING, 2009").

2.5 Achados odontológicos

O paciente com a doença pode apresentar eritema malar, lesão discoide, fotossensibilidade, úlceras orais e nasais, artrite, serosite, comprometendo sistema

cardiovascular, pulmonar, alterações renais, alterações neuropsiquiátricas, alterações hematológicas e alterações imunológicas (“LOUIS et al, 2001”) .

Os sintomas extra e intra bucais são comuns em pacientes com LES, sendo afetados por uma variedade de problemas orofaciais, incluindo ardência bucal, xerostomia, doenças das glândulas salivares, como necrose focal da glândula parótida, problemas nas articulações têmporomandibulares, gengivite descamativa e doença periodontal (“RAMAKRISHNA et al ,2009; UMBELINO et al., 2010”). Manifestações bucais são mais comuns no lúpus eritematoso discoide (LED) do que no LES (‘COSTA et a., 2009)**.** Estas lesões podem se apresentar como uma erosão da mucosa, placas de superfície descamativa ou fissuras com tendência hemorrágica, ulcerações ou erosões no interior de placas ou estrias brancas irradiadas (“UMBELINO et al, 2010; LOUIS, 2001; IOZZA et al., 2010”).

Os pacientes com LES são afetados por uma variedade de perturbações orofaciais, que incluem lesões orais, ulcerações inespecíficas, envolvimento de glândulas salivares e problemas na articulação temporomadibular (ATM). Cabe, então, ao cirurgião dentista conhecer a patologia e suas manifestações orais, a fim de auxiliar no diagnóstico e uma vez que o LES pode se mostrar uma afecção amplamente disseminada, acometendo muitos sistemas e órgãos, o controle e o tratamento odontológico de um paciente com LES requer uma boa compreensão da medicina geral (“MUNOZ et al, 2008”).

Os pacientes lúpicos necessitam de cuidados bucais especiais, principalmente devido ao fato de estarem mais susceptíveis às infecções, de uma maneira geral. É necessário o acompanhamento periódico do paciente pelo cirurgião-dentista a fim de que o diagnóstico precoce de doença periodontal e de lesões bucais de LES seja realizado (“STOJAN, 2012”).

3. TRATAMENTO

O tratamento para o paciente com LES depende do tipo de manifestação apresentada. Medicamentos para regular as alterações imunológicas (corticóides, antimaláricos e imunossupressores); e medicamentos gerais. Uso de fotoprotetores diariamente, nas áreas expostas à claridade. (“ORTEU et al, 2001”). Tratamento medicamentoso deve ser individualizado para cada paciente e dependerá dos órgãos ou sistemas acometidos e da gravidade desses acometimentos. Independente do órgão ou sistema afetado, o uso contínuo de antimaláricos (difosfato de cloroquina ou sulfato de hidroxicloroquina) é indicado com a finalidade de reduzir a atividade da doença e tentar poupar corticoide em todos os pacientes com LES.(“HOCHBERG, 1997; CANADIAN et al, 1991”).

Além dos antimaláricos, os glicocorticoides são as drogas mais utilizadas no tratamento do LES. A dose de glicocorticoide varia de acordo com a gravidade de cada caso. ("KIROU., 2002"). Em virtude dos múltiplos efeitos colaterais, os glicocorticoides devem ser utilizados na dose efetiva para o controle da atividade da doença, e, assim que possível, fazer a redução gradual de sua dose ("BOUMPAS, et al, 1993"). Como parte importante da abordagem terapêutica, algumas medidas gerais são recomendadas, dentre elas ("SATO et al,2002").

> Educação: informar ao paciente e aos familiares o que é a doença, sua evolução, seus riscos e recursos disponíveis para o diagnóstico e o tratamento. Recomenda-se a necessidade de cumprimento das medidas estabelecidas pelo médico; Apoio psicológico: transmitir ao paciente otimismo e motivação para o tratamento, além de estimular os projetos de vida; Atividade física: repouso nos períodos de atividade sistêmica da doença e medidas visando à melhora do condicionamento físico (estimular atividade física regular); Dieta: Não há evidência científica de que os alimentos possam influenciar desencadeamento ou evolução da doença. Recomenda-se a adoção de uma dieta balanceada, evitando-se excessos de sal, carboidratos e lipídios; Proteção contra luz solar e outras formas de irradiação ultravioleta. Evitar tabagismo. Quanto ao tempo de tratamento, é necessário saber que o LES é uma doença crônica, em que o paciente deve ter acompanhamento médico pelo resto da vida.("CARNEIRO, 2013").

3.1 Tratamento Odontológico

Pacientes com lúpus têm problemas dentários específicos em consequência do processo da doença e das medicações necessárias para controlar os sintomas do lúpus. Comunicação entre paciente, médico e dentista é essencial. Pacientes com lúpus deveriam visitar o dentista em intervalos regulares, geralmente a cada 3 a 6 meses ("DIAS, 2013").

Recomendações úteis: Durante uma crise, tratamentos dentários devem ser adiados a não ser que sejam absolutamente necessários; Pacientes com lúpus estão frequentemente sob tratamento de corticosteroides que podem baixar a resistência e predispor a infecções de vários tipos. Portanto, check-up regulares deve ser feito e meticulosa higiene bucal deve ser mantida pelo paciente entre cada check-up; Onde úlceras orais são presentes, pasta de dente deveria ser evitada ("DIAS, 2013").

Um pouco de bicarbonato de sódio numa escova bem macia limpará os dentes perfeitamente; Em certos casos o dentista poderá receitar ao paciente uma dose pré-determinada de antibiótico ("DIAS, 2013").

Geralmente, isto é recomendado quando da realização de um tratamento odontológico mais extenso visando à prevenção da endocardite bacteriana. O dentista deverá avaliar cada caso individualmente e decidir, se haverá a necessidade do uso de antibióticos, principalmente no caso da penicilina, pois pode agravar o lúpus; Cirurgias também podem temporariamente exacerbar o lúpus. Portanto, cirurgias eletivas deveriam ser evitadas e extrações dentais deveriam ser realizadas, apenas quando absolutamente necessárias; Caso os dentes devam ser

extraídos como consequência de uma higiene oral fraca e inadequada, a dentadura resultante poderá irritar as feridas e ulceras na boca, causando algum desconforto (“DIAS, 2013”).

Ao usar prótese total não se devem usar substâncias adesivas, e ao usar limpadores de dentaduras, estas devem ser muito bem enxaguadas antes de serem recolocadas na boca; Para uma escovação eficiente, a escova deve limpar as cinco faces de cada dente. A área mais critica e difícil de limpar é aquela adjacente ou próxima às gengivas. Deveria levar aproximadamente 10 minutos para escovar seus dentes completamente. Placas de tártaro que causam cáries e doenças periodontais, acumulam na superfície de cada dente e devem ser removidas diariamente (“DIAS, 2013”).

Caso a gengiva machuca ou sangra, deveria ser escovada mais; Pacientes com lúpus deveriam checar a parte interior de sua boca regularmente procurando por áreas vermelhas ou irritações. Se estas áreas foram constatadas, deverão ser informadas ao médico e ao dentista. (“DIAS, 2013”).

Os pacientes com LES necessitam de cuidados bucais especiais, principalmente devido ao fato de estarem mais susceptíveis às infecções, de uma maneira geral. É necessário o acompanhamento periódico do paciente pelo cirurgião dentista a fim de que o diagnóstico precoce da doença periodontal e de lesões bucais de LES seja realizado. O cirurgião dentista desempenha papel fundamental no diagnóstico das lesões de LES, uma vez que a cavidade bucal pode ser o local primário de manifestações da doença. Em última análise, este profissional deve estar atento aos cuidados bucais neste grupo de pacientes, bem como ao que se refere à profilaxia antibiótica nos procedimentos odontológicos indicados (“UMBELLINO et al, 2010”).

4. DISCUSSÃO

Uso de medicação e fatores psicológicos, tais como ansiedade e estresse desempenha um papel significativo na redução do fluxo de salivar e podem contribuir para uma sensação de boca seca. Os sintomas, tais como ardência bucal, sede, dificuldade em articular as palavras, lábios secos e mucosos ulcerada têm sido associados com a hipossalivação (“SCULLY et al., 2004; BARDOW et al, 2001).

Com relação ao uso de medicamentos que é um fator que complica a saúde geral desses pacientes, encontramos o uso continuo de Glucocorticosteróides em 88% dos pacientes com LES. Os efeitos dos corticosteroides além da imunossupressão orgânica, este medicamento pode provocar osteoporose e osteonecrose, aumento do risco de fratura óssea, no sistema

cardiovascular provoca hipertensão arterial sistêmica e aterosclerose, sendo importantes causas de morbimortalidades no LES (“ GUARIZE,2004”).

Autores ressaltam que, com a maior duração da doença, existe menor número de lesões orais. Isso ocorre porque a maioria das lesões é encontrada no período ativo e à medida que o tempo passa desde o diagnóstico, o controle e o tratamento levam a uma maior estabilidade da doença, que passa para uma fase inativa e tem assim a um menor número de lesões orais (“KHATIBI, et al., 2012”).

Ainda em relação ao uso dos corticoides, este pode provocar: cicatrização prejudicada, friabilidade aumentada de vasos sanguíneos, diabete melito, infecção, hemorragia gastrointestinal ou úlcera.(“GOMES, 2012”). Esta anamnese deve incluir dados sobre doenças, condição sistêmica e seu respectivo tratamento medicamentoso, seguido por um exame clínico detalhado de tecidos duros e moles da cavidade bucal, além da articulação temporomandibular e eventualmente, devem estabelecer um plano de tratamento apenas baseado nas necessidades clínicas do paciente, mas considerando as medidas preventivas necessárias para evitar complicações (“LÓPEZ et al., 2007”).

Vários autores avaliaram a gravidade da DP em pacientes com LES em relação a voluntários saudáveis ou pacientes com DP sem LES e seus resultados foram conflitantes. Houve parâmetros periodontais que foram semelhantes (“MUTLU et al, 1993; MEYER et al, 2000; KOBAYASHI et al, 2003; KOBAYASHI et al, 2007”), menos graves ou mais graves (“JÚNIOR et al, 2010; FERNANDES et al, 2007”). Há também estudos que sugerem maior gravidade da DP nos pacientes com LES, sobretudo quando a doença está em atividade (“JÚNIOR et al., 2010; FERNANDES et al., 2007”). Outros Autores afirmam que o tratamento periodontal não cirúrgico reflete diretamente na atividade da doença (“FABBRI et al,2014; CALDERARO et al, 2015”).

Em relação à associação entre o LES e doenças periodontais, a divergência encontrada entre estudos pode ser explicada, em parte, pela influência das medicações. O uso contínuo da medicação talvez possa mascarar ou atenuar a severidade da doença periodontal (LEHMAN , 1995). O uso de diferentes medicações e em diferentes doses dificulta a na analise desses pacientes, já que apresentam diferentes manifestações clínicas e, por isso, tratamentos distintos(“LEHMAN, 1995”).

Sabe-se que o corticoide atua sobre os tecidos periodontais e pode reduzir o processo inflamatório da doença periodontal (“MUTLU et al, 1993”). A controvérsia é se a melhoria observada nos pacientes se dá pelo tratamento periodontal em si ou pelo uso da medicação imunossupressora. Sabe-se que o uso de corticoides pode apresentar funções antagônicas, uma

vez que predispõe à infecção e, ao mesmo tempo, pode mascarar características clínicas da infecção, como um resultado dos seus efeitos imunossupressores e anti-inflamatórios (“LEHMAN , 1995”).

Por outro lado, há afirmação de que a terapia sistêmica com esteroides usada no tratamento do LES contribua para o agravamento da gengivite necrosante (“JAWORSKI et al, 1985”). A combinação com imunodesregulação complexa associada à terapia imunossupressora empregada no tratamento do LES podem ser responsáveis pela alta taxa de lesões periodontais. Por tal fato é que nesses pacientes são encontrados maiores perdas dentárias e inflamação gengival frequente (“CERVERA . et al, 2003”).

5. CONCLUSÕES

É cada vez mais comum a presença de pacientes com patologias sistêmicas em consultórios odontológicos, assim para um atendimento com riscos minimizados é de grande importância a realização da anamnese como princípio.

A realização do atendimento odontológico com base no conhecimento prévio da situação clínica do paciente tem como finalidade o planejamento correto das condutas odontológicas, para que os procedimentos a serem realizados obtenham sucesso assim como a eleição de medicamentos e anestésicos.

Levando em consideração as questões sistêmicas e neurológicas dos pacientes com LES, devemos oferecer a esses pacientes consultas rápidas e com toda segurança ao qual podemos oferecer, cuidados como verificação de sinais vitais, conhecimento sobre o quadro clínico que o mesmo apresenta, nos trás a possibilita de identificar e prevenir complicações.

A preparação do cirurgião dentista trás consigo a agilidade no atendimento, menor chance de apresentação de complicações e preparo para contorno das complicações caso se apresentem durante ou após a consulta odontológica, assim também como complicações após o atendimento.

REFERÊNCIAS

ALIKO A, ALUSHI A, TAFAJ A, LELA F. **Oral mucosa involvement in rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus and systemic sclerosis. International** dental journal. 2010; 60(5):353-8.

AL-RAYES H., AL-SWAILEM R., ARFIN M. et al. **Lupus Around the World: Systemic lupus erythematosus and infections: retrospective study in Saudis. Lupus**, v. 16, n. 9, p.755-63, 2007.

BARDOW A, NYVAD B, NAUNTOFTE B. RELATIONSHIPS **between medication intake, complaints of dry mouth, salivary flow rate and composition, and the rate of tooth demineralization in situ**. Archives of oral biology. 2001;46(5):413-23.

BERNARTSKY, S., CLARKE**,** A., GLADMAN, D. D. et al. **Mortality related to cerebrovascular disease in systemic lupus erythematosus.** Lupus, v. 15, n. 12, p. 835-9, 2006.

BERTSIAS G, IOANNIDIS JP, BOLETIS J, BOMBARDIERI S, CERVERA R, DOSTAL C, FONT J, GILBOE IM, HOUSSIAU F, HUIZINGA T, ISENBERG D, KALLENBERG CG, KHAMASHTA M, PIETTE JC, SCHNEIDER M, SMOLEN J, STURFELT G, TINCANI A, VAN VOLLENHOVEN R, GORDON C, BOUMPAS DT. **EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus**. **Report of a Task Force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics**. Ann Rheum Dis 2008;67(2):195-205.

BEZERRA ELM, VILAR MJP, BARBOSA OFC. **Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES): Perfil Clínico- Laboratorial dos Pacientes do Hospital Universitário Onofre Lopes (UFRN-Natal/ Brasil) e Índice de Dano nos Pacientes com Diagnóstico Recente.** Rev Bras Reumatol, 2005;45(6):339-342.

BRENNAN, M. T., VALERIN, M. A., NAPEÑAS**,** J. J. et al**. Oral manifestations in patients with lupus erythematosus.** Dent. Clin. N. Am., v. 49, n. 1, p. 127-41, 2005.

BOUMPAS, D. T. et al. **Glucocorticoid therapy for immune mediated diseases**: basic and clinical correlates. Ann. Inter. Med., v. 119, n. 12, p. 1198-1208, 1993.

BOSCH, X., GUILABERT, A., PALLARÉS, L. et al. **Infections in systemic lupus erythematosus: a prospective and controlled study of 110 patients. Lupus,** v. 15, n. 9, p. 584-9, 2006.

CALDERARO DC, FERREIRA GA, DE MENDONÇA SMS, CORRÊA JD, SANTOS FX, SANÇÃO JGC, ET AL. **Há associação entre o lúpus eritematoso sistêmico e a doença periodontal?** Revista Brasileira de Reumatologia. 2015.

CANADIAN HYDROXICHLOROQUINE STUDY GROUP**. A randomized study of the effect of withdrawing hydroxychloroquine sulfate in systemic lupus erythematosus**. N. Eng. J. Med., v. 324, n. 3, p. 150-154, 1991.

CARREÑO, L. et al. **Tretment options for juvenile-onset sytemic lúpus erythematosus**.Paediatr Drugs New York, V4, p.241-256, Dec.2002

CARRON, J. D., KARAKLA, D. W., WATKINS, D. V. **Focal parotid necrosis in systemic lupus erythematosus. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.,** v. 88, n.4, p. 445-60, 1999.

CARNEIRO, A. C. Á. **Considerações sobre Lúpus Eritematoso Sistêmico** Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". ARAÇATUBA – SP 2013

CERVERAA R, FONTA J, CARMONAB F, BALASCHB J. **Pregnancy outcome in systemic lupus erythematosus: good news for the new millennium.** Autoimmun Rev 2002;1(6):354-9.

CERVERA R, KHAMASHTA MA, FONT J, SEBASTIANI GD, GIL A, LAVILLA P, et al. **Morbidity and mortality in systemic lupus erythematosus during a 10-year period: a comparison of early and late manifestations in a cohort of 1,000 patients. Medicine**. 2003;82(5):299-308.

COSTA JL, SOARES MSM, Komatsu AA, ALBUQUERQUE ACL. **Pacientes de doenças sistêmicas de origem autoimune/dermatológicas. Incidência das manifestações bucais e revisão de literatura.** Rev Bras Ciências da Saúde. 2009;13(3):49-54.

CHILDS, S. G. **The pathogenesis of systemic lupus erythematosus. Orthopaedic nursing,** v. 25, n. 2, p.

CHATHAM, W. W.; KIMBERLY, R P. SLE: **Treatment of lupus with corticosteroids.Lupus, Houndmills**, v.10, n. 3, p. 140-147, May 2001

CLOWSE ME, JAMISON M, MYERS E, JAMES AH . **A national study of the complications of lupus in pregnancy.** Am J Obstet Gynecol 2008;199(2):127 e1-6.

DHAR JP, SOKOL RJ. **Lupus and pregnancy: complex yet manageable**. Clin Med Res 2006;4(4):310-21.

DIAS, N. S. L. **Dental care and lúpus**. 1997. Disponível em: <http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/11526>. Acesso em 3 set. 2013.

FABBRI C, FULLER R, BONFÁ E, GUEDES LK, D'ALLEVA PSR, BORBA EF. **Periodontitis treatment improves systemic lupus erythematosus response to immunosuppressive therapy.** Clinical rheumatology. 2014;33(4):505-9.

FERNANDES E, SAVIOLI C, SIQUEIRA J, SILVA C**. Oral health and the masticatory system in juvenile systemic lupus erythematosus**. Lupus. 2007;16(9):713-9.

GIORGIO E, D ORONZO MA , POLITI S. **Update on systemic lupus erythematosus pregnancy**. J Prenat Med 2010;4(4):67-73.

GONÇALVES LM, BEZERRA JUNIOR JRS, CRUZ MCFN. **Avaliação clínica das lesões orais associadas à doenças dermatológicas**. An Bras Dermatol. 2010;85 (2):150-6.

GOMES SM, MEDEIROS FC, FAÇANHA JR. **Protocolo pré-operatório em paciente com Lúpus Eritematoso Sistêmico**. 2012.

GUARIZE J, APPENZELLER S, COSTALLAT LTL. Avaliação do índice de danos permanentes através do SLICC/ACR-DI em pacientes brasileiros com lúpus eritematoso sistêmico. Rev Bras Reumatol 2004;44:109-14.

HOCHBERG, M. C. **Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus.** Arthritis. Rheum., v. 40, n. 9, p. 1725, 1997.

IOZZA I, CIANCI S, DI NATALE A, GAROFALO G, GIACOBBE AM , RUIZ-IRASTORZA G, KHAMASHTA MA . **Lupus and pregnancy: integrating clues from the bench and bedside**. Eur J Clin Invest 2011;41(6):672-8.

JAWORSKI CP, KOUDELKA BM, ROTH NA, MARSHALL KJ. **Acute necrotizing ulcerative gingivitis in a case of systemic lupus erythematosus. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**. 1985;43(1):43-6.

JÚNIOR AAU, CANTISANO MH, KLUMB EM, **Dias EP, Silva A. Achados bucais e laboratoriais em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico**. J Bras Patol Med Lab. 2010;46(6):479-86.

JAYAKUMAR, N. D., JAIGANESH, R., PADMALATHA, O. et al. **Systemic lupus erythematosus. Ind. J.** Dent. Res. , v. 17, n. 2, p. 91-3, 2006**.**

KARIM, M. Y. **Immunodeficiency in the lupus clinic. Lupus,** v. 15, n. 3, p. 127-31, 2006.

KEELING SO, OSWALD AE. **Pregnancy and rheumatic disease: "by the book" or "by the doc"**. Clin Rheumatol 2009;28(1):1-9.

KIROU, K. A.; BOUMPAS, D. T. **Systemic glucocorticoid therapy in systemic lupus erythematosus.** In: WALLACE, D. J.; HAHN, B. H. (Ed.). Dubois lupus erythematosus. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002. p. 1173-1194.

KOBAYASH I, T. et al. **Risk of periodontitis in systemic lúpus erythematosus in associated with Fcg receptor polymorphisms.** Journal of Periodontology, Indianapolis, v. 74, n. 3, p. 378-384, mar. 2003.

KOBAYASHI T, ITO S, YAMAMOTO K, HASEGAWA H, SUGITA N, KURODA T, ET AL. RISK of **periodontitis in systemic lupus erythematosus is associated with Fcγ** receptor polymorphisms. Journal of periodontology. 2003;74(3):378-84.

KOBAYASHI T, ITO S, YASUDA K, KURODA T, YAMAMOTO K, SUGITA N, et al. **The combined genotypes of stimulatory and inhibitory Fcγ receptors associated with systemic lupus erythematosus and periodontitis in Japanese adults**. Journal of periodontology. 2007;78(3):467-74.

KHATIBI M, SHAKOORPOUR A, JAHROMI ZM, AHMADZADEH A. The **prevalence of oral mucosal lesions and related factors in 188 patients with systemic lupus erythematosus.** Lupus. 2012;21(12):1312-5.

LAU, C. S., YIN, G., MOK, M. Y. **Ethnic and geographical differences in systemic lupus erythematosus: an overview. Lupus**, v. 15, n. 11, p. 715-9, 2006.LEHMAN T. A PRACTICAL GUIDE TO SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS. **Pediatric clinics of** North America. 1995; 42(5):1223-38.

LÓPEZ-LABADY J, DORREGO MV, GONZÁLEZ N, PÉREZ R, HENNING MM. **Manejo odontológico del paciente con lupus eritematoso Acta Odontológica Venezolana** - Facultad de de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. J Oral Pathol Med. 2007; 36: 524–7

LOUIS, P. J., FERNANDES, R. **Review of systemic lupus erythematosus. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.,** v. 91, n. 5, p. 512-6, 2001.

LOURENÇO, S. V., SOTTO, M. N., VILELA, M. A. C. et al. **Lupus erythematous clinical and histopathological study of oral manifestations and immunohistochemical profile of epithelial maturations. J. Cutan. Pathol.,** v. 33, n. 10, p. 657-62, 2006.

LURDES NARCISO. **Manual informativo para o doente com LÚPUS** 2014

SALDANHA, K. ; COSTA, D. **Lúpus eritematoso sistêmico em Odontologia: relato de caso.** *Arch Health Invest (2015) 4(6): 21-24 © 2015 - ISSN 2317-3009.*

ORTEU, C. H. et al. **Systemic lupus erythematosus presenting with oral mucosal lesions:** easily missed? **Br. J. Dermatol.**, v. 144, n. 6, p. 1219-1223, 2001.

PESSOA, L. C., **Análise dos níveis de proteina C- reativa ultra-sensível e de doença periodontal em pacientes com lupus eritematoso sistêmico**.Dissertação apresentada à faculdade de medicina da Universidade de Brasília para obtenção de título de mestre em ciência Médicas. Brasília 2011.

MEYER U, KLEINHEINZ J, HANDSCHEL J, KRUSE-LÖSLER B, WEINGART D, JOOS U. **Oral findings in three different groups of immunocompromised patients.** Journal of oral pathology & medicine. 2000;29(4):153-8.

MERONI P. **Impact of in utero environment on the offspring of lupupatients. Lupus** 2006;15:801-7.

MUNOZ. L. E. et al. **Apoptosis in the pathogenesis of systemic lúpus erythematosus. Lúpus, Houndmills,** V.17, n. 5, p. 371-375, May 2008.

MUTLU S, RICHARDS A, MADDISON P, SCULLY C. **Gingival and periodontal health in systemic lupus erythematosus. Community dentistry and oral epidemiology**. 1993;21(3):158-61.

MCCAULIFFE, D. P. **Cutaneous lupus erythematosus.** Sem Cut. Med. Surg., v. 20, n. 1, p. 14-26, 2001.

TAN, E.; COHEN, M. A. S; FRIEN, J. F. The 1982 **revised criteria for the classification of systemic lúpus erythematosus** (SLE). Arthritis Rheum, Atlanta, V. 25, p. 1271-1277, Nov. 1982.

TSAO, P. B.; GROSSMAN, J. M. **The genetics of human systemic lúpus erythemtosus**. Curr Rheumatol Rep, Philadelphia, v.3, n.3,p. 183-190, jun. 2001.

RAMAKRISHNA, Y., REDDY, J. S. **Systemic lupus erythematosus presenting with oral mucosal lesions - a case report. J. Clin. Pediatr. Dent.,** v. 33, n. 3, p. 255-8, 2009.

ROUQUETTE, A. M., DESGRUELLES, C. **Detection of Antibodies to dsDNA: An Oerview of Laboratory Assays. Lupus**, v. 15, n. 7, p. 403-7, 2006.

RUS V, Maury EE, Hochberg MC. The **epidemiology of systemic lupus erythematosus.** In: Wallace DJ, Hahn BH, editors. Dubois lupus erythematosus. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007 34-44.

SALES, L.; CHAVES, M. **Efeito do tratamento periodontal na condição do periodonto e na atividade inflamatória sistêmica em portadores de lúpus eritematoso sistêmico**. Minas Gerais, 2010.SÁNDOR GKB, ALBILIA DMD, DAVID KL,CAMERON ML, JONATHAN B. **Systemic Lupus Erythematosus**. A Review for Dentists. 2007 November;73(9):823-SATO, E. I. et al. Consenso brasileiro para o tratamento do lúpus eritematoso sistêmico (LES). **Rev. Bras. Reumatol**., v. 42, n. 6, p. 362-370, 2002. SCULLY C, BAGAN J-V. **Adverse drug reactions in the orofacial region**. Critical Reviews in Oral Biology & Medicine. 2004;15(4):221-39.

STOJAN G, BAER AN . **Flares of systemic lupus erythematosus during pregnancy and the puerperium: prevention, diagnosis and management**. Expert Rev Clin Immunol 2012;8(5):439-53.

TINCANI A, DANIELI E, NUZZO M, SCARSI M, MOTTA M, CIMAZ R, LOJACONO A, NACINOVICH R, TADDEI F, DORIA A, BRUCATO A, TINCANI A, BOMPANE D, DANIELI E, DORIA A. **Pregnancy, lupus and antiphospholipid syndrome (Hughes syndrome). Lupus** 2006;15:156-60.

UMBELINO JÚNIOR AA, CANTISANO MH, KLUMB EM, DIAS EP, SILVA AA. **Achados bucais e laboratoriais em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico**. J Bras Patol Med Lab. 2010; 46(6):479-86.

UMBELLINO JÚNIOR, A. A. et al. Achados bucais no lúpus eritematoso sistêmico. **Rev. Bras. Odontol**., v. 67, n. 2, p.183-187, 2010.

UMBELINO JÚNIOR, ANTONIO AUGUSTO et al. **Achados bucais no lúpus eritematoso sistêmico** Rev. bras. odontol., Rio de Janeiro, v. 67, n. 2, p.183-7, jul./dez. 2010

VARELLIS MLZ. **O paciente com necessidades especiais na odontologia**- Manual Prático. 1ed. Santos, São Paulo; 2005. p.301-13.

ANEXO

cadernos de graduação | GRUPO TIRADENTES Portal de Periódicos | Unit | Unit | FACIPE

DIRETRIZES PARA AUTORES

NORMAS DE SUBMISSÃO

A apreciação de diferentes modalidades de texto com vistas à publicação nos Cadernos de Graduação fica condicionada aos seguintes critérios:

a) autorização documentada do professor orientador para que o aluno-autor possa submeter o trabalho à apreciação do Conselheiro Editorial do Caderno de Graduação;

b) assinatura do termo de responsabilidade pelos alunos, sobre a autenticidade do trabalho submetido a parecer com vistas à publicação;

c) enquadramento do trabalho que será submetido à publicação em relação às normas que seguem abaixo.

Os trabalhos devem ser redigidos em português e corresponder a uma das seguintes categorias e volume de texto

Modalidades de texto	Nº de palavras
Artigos: tornam pública parte de um trabalho de pesquisa, produzida segundo referencial teórico e metodologia científica.	de três mil a sete mil palavras
Comunicações temáticas: textos relativos a comunicações em eventos temáticos	até duas mil palavras
Revisão de literatura: revisão retrospectiva de literatura já publicada	até cinco mil palavras
Resenhas: apresentação e análise crítica de obras publicadas	atémilpalavras
Documentos históricos: resgate, recuperação, reprodução e edição crítica de textos de valor histórico.	até cinco mil palavras
Relatos de pesquisa: relato parcial ou total de pesquisa	até quatro mil palavras
Conferências, debates e entrevistas	de três mil a cinco mil palavras

O texto proposto deverá ser enviado pelo(s) autor (es) para o endereço: http://periodicos.set.edu.br; com a finalidade de apreciação do Conselheiro Editorial do Caderno de Graduação. Após a avaliação, o Conselheiro Editorial emitirá parecer técnico e Registro de Aceite de Trabalho Científico pontuando por escrito as alterações necessárias (se houver), definindo prazo para que estas sejam realizadas (se for o caso). O atendimento integral ao que é descrito no parecer técnico é condição para submissão à nova apreciação do trabalho, respeitando as datas informadas pelo Conselheiro Editorial.

OBS.: Informamos que não aceitaremos artigos de outras instituições e nem artigos onde não configure entre os autores professores e alunos da Faculdade Integrada de Pernambuco - FACIPE.

NORMAS DE SUBMISSÃO

A apreciação de diferentes modalidades de texto com vistas à publicação nos Cadernos de Graduação fica condicionada aos seguintes critérios:

a) autorização documentada do professor orientador para que o aluno-autor possa submeter o trabalho à apreciação do Conselheiro Editorial do Caderno de Graduação;

b) assinatura do termo de responsabilidade pelos alunos, sobre a autenticidade do trabalho submetido a parecer com vistas à publicação;

c) enquadramento do trabalho que será submetido à publicação em relação às normas que seguem abaixo.

Os trabalhos devem ser redigidos em português e corresponder a uma das seguintes categorias e volume de texto.

Artigos: tornam pública parte de um trabalho de pesquisa, produzida segundo referencial teórico e metodologia científica (de três mil a sete mil palavras).

Comunicações temáticas: textos relativos a comunicações em eventos temáticos (até duas mil palavras).

Revisão de literatura: revisão retrospectiva de literatura já publicada (até cinco mil palavras).

Resenhas: apresentação e análise crítica de obras publicadas (até mil palavras).

Documentos históricos: resgate, recuperação, reprodução e edição crítica de textos de valor histórico (até cinco mil palavras).

Relatos de pesquisa: relato parcial ou total de pesquisa (até quatro mil palavras).

Conferências, debates e entrevistas (de três mil a cinco mil palavras).

NORMAS PARA FORMATAÇÃO DO TRABALHO

O trabalho deverá ser digitado exclusivamente em fonte Arial, tamanho 12, em espaçamento 1,5 entrelinhas, em parágrafo justificado, inclusive quando se tratar de elementos não textuais (ilustrações, quadros e tabelas), na digitação de legenda e na indicação de fontes referenciais. A marca de parágrafo deverá contemplar apenas com um espaço vertical de <enter> entre os parágrafos, sem nenhum espaço horizontal entre a margem esquerda e a primeira palavra do parágrafo.

Exemplo:

Maslow defende as primeiras necessidades como as fisiológicas e as de segurança (GADE, 1998). Após a realização das mesmas, surgem as necessidades de afeto e as de status e, assim que satisfeitas, o indivíduo chegaria ao seu último nível, o da autorrealização.

Segundo Gade (1998), as necessidades fisiológicas são as básicas para sobrevivência, como alimentação, água, sono, entre outras, e é a partir delas que o indivíduo passa a se preocupar com o nível seguinte. [...]

Os elementos não textuais (ilustrações, quadros e tabelas) e quaisquer outros elementos não textuais terão sua reprodutibilidade garantida na publicação após avaliação e orientação do núcleo técnico de edição. Além disso, imagens (fotografia, infográficos, imagem eletrônica a partir de escaneamento, fotografias de amostras microscópicas) deverão/poderão ser apresentadas em cor; ressalta-se, entretanto, que no suporte impresso não há publicação em cor; somente no suporte web. Assim, os elementos não textuais do trabalho terão que ser produzidos considerando que na versão impressa as cores serão alteradas para escalas de cinza e/ou texturas. A posição do título e da fonte dos elementos não textuais deverá ser padronizada conforme exemplos abaixo. Recomenda-se atenção para inclusão de fotografias e/ou imagens, uma vez que as mesmas só podem ser publicadas com autorização da utilização da imagem.

TABELA (ABERTA): Título em fonte 12, em negrito, na mesma linha, espaçamento simples nas entrelinhas.

Fonte:(tamanho 12) tudo em negrito

QUADRO (FECHADO): Título em fonte 12, em negrito, na mesma linha, espaçamento simples nas entrelinhas.

Fonte: (tamanho 12) tudo em negrito

Para fotos/desenhos ou quaisquer outros recursos não textuais que não sejam tabela, quadro e gráfico: nomear o tipo de recurso, numerando-o também com 1, 2 (sequencial), com os mesmos critérios indicados para tabela e quadro.

Qualquer que seja o trabalho proposto, o título deve vir em caixa alta e negrito justificado à esquerda. Citar apenas o nome e sobrenome do autor e coautores, seguido do nome do curso,

com a indicação de até oito autores, e considera-se como autor principal o primeiro a constar na relação. Para o caso do artigo científico, utilizar resumo na língua vernácula e traduzido para o idioma inglês, entre 150 e 200 palavras, ambos seguidos de palavras chave nos idiomas que as precedem, respeitando-se os limites mínimo e máximo do número de palavras. As palavras-chave devem ser grafadas em espaço simples e sem negrito; apenas a primeira palavra com inicial maiúscula, as demais em minúsculas, a não ser em nomes próprios, separados por vírgula e com ponto final. Se aceita até cinco palavras-chave, postadas na linha seguinte após o término de cada resumo.

No texto do artigo, utilizar texto sem a quebra de página, observando: Introdução (maiúsculas e negrito); seções de divisão primária (maiúsculas e negrito); seções de divisão secundária (maiúsculas sem negrito); Seções de divisão terciária (em negrito, com maiúscula apenas na primeira letra do título da seção, à exceção de nomes próprios) e conclusões (maiúsculas e negrito).

Logo em seguida, apresentar o item: sobre o trabalho (maiúsculas e negrito) em que deve ser contextualizada a produção do trabalho no âmbito da academia (origem do trabalho, bolsa, financiamento, parcerias), indicando apenas um e-mail para contato. Quando for o caso,

informar o nome completo do orientador do trabalho, bem como titulação e e-mail, até o máximo de 100 palavras.

Finalizar o trabalho com a indicação das referências e quando for o caso, acrescentar apêndice(s) (matérias de própria autoria) e anexo(s) (materiais de autoria de terceiros). Na numeração das seções, usar números arábicos, deixando apenas um espaço de caractere entre o número final da seção e a primeira palavra que nomeia a seção. Não há nem ponto nem traço entre o número e a primeira palavra.

Os textos enviados em Língua Portuguesa devem estar escritos conforme o Novo Acordo Ortográfico que passou a vigorar em janeiro de 2009.

NORMAS ABNT

ABNT. NBR 6022: informação e documentação – artigo em publicação periódica científica impressa – apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

ABNT. NBR 6023: informação e documentação (referências – Elaboração)

ABNT. NBR 6028: resumos. Rio de Janeiro, 1990.

ABNT. NBR 14724: informação e documentação – trabalhos acadêmicos – apresentação. Rio de Janeiro, 2002.(informações pré-textuais, informações textuais e informações pós-textuais)

ABNT. NBR 10520: informações e documentação – citações em documentos – apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".

2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word.

3. URLs para as referências foram informadas quando possível.

4. O texto está em fonte Arial, tamanho 12, em espaçamento 1,5 entrelinhas, em parágrafo justificado, inclusive quando se tratar de elementos não textuais (ilustrações, quadros e tabelas), na digitação de legenda e na indicação de fontes referenciais.

5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.

6. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.

Declaração de Direito Autoral

Oferece acesso livre e imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico contribui para a democratização do saber. Assume-se que, ao submeter os originais os autores cedem os direitos de publicação para a revista. O autor(a) reconhece esta como detentor(a) do direito autoral e ele autoriza seu livre uso pelos leitores, podendo ser, além de lido, baixado, copiado, distribuído e impresso, desde quando citada a fonte.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.