

UNIVERSIDADE PAULISTA

**“ESTUDO DA OCORRÊNCIA DAS LESÕES BUCAIS
NA CLÍNICA DE ESTOMATOLOGIA DA FACULDADE
DE ODONTOLOGIA DA UNIP – CAMPUS
INDIANÓPOLIS, POR MEIO DE UM MÉTODO
DESENVOLVIDO PARA COLETA E
PROCESSAMENTO DE DADOS”**

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Odontologia da
Universidade Paulista – UNIP para a
Obtenção do Título de Mestre.

Fernanda Maria Pirozelli de Oliveira

SÃO PAULO

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE PAULISTA

**“ESTUDO DA OCORRÊNCIA DAS LESÕES BUCAIS
NA CLÍNICA DE ESTOMATOLOGIA DA FACULDADE
DE ODONTOLOGIA DA UNIP – CAMPUS
INDIANÓPOLIS, POR MEIO DE UM MÉTODO
DESENVOLVIDO PARA COLETA E
PROCESSAMENTO DE DADOS”**

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Odontologia da
Universidade Paulista – UNIP para a
Obtenção do Título de Mestre.
Área de concentração: Diagnóstico Bucal
Orientador: Prof.Dr. Luciano Lauria Dib

Fernanda Maria Pirozelli de Oliveira

SÃO PAULO

2007

Ficha Catalográfica

Oliveira, Fernanda Maria Pirozelli de

Estudo da Ocorrência das Lesões Bucais na Clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da UNIP – Campus Indianópolis, por meio de um método desenvolvido para coleta e processamento de dados.

p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Instituto de Ciências da Saúde (ICS) São Paulo, 2002.

Área de concentração: Diagnóstico Bucal

Orientador: Luciano Lauria Dib.

1. Epidemiologia 2. Metodologia de Diagnóstico 3. Lesões Orais

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais, Thimóteo e Juciara, por me apoiarem mais uma vez, sempre acreditando em mim,

Ao meu marido, André, pela insistência em dizer para eu nunca desistir dos meus sonhos e ao mesmo tempo me apoiar num novo caminho,

Ao Prof. Luciano Lauria Dib, pela paciência, atenção e por me ensinar o verdadeiro significado da palavra MESTRE,

Ao Dr. Moacyr Ely Menendez Castellero, por sua contribuição imensurável, sem a qual, a realização desse trabalho jamais teria sido alcançada,

Ao Prof. Luiz Felipe Scabar, pela amizade e pelo suporte sempre.

Ao Prof. Mendel, que através de suas aulas, estórias e conversas proporcionou momentos agradáveis e de descontração.

Aos funcionários da Clínica da UNIP, que sempre muito simpáticos, estavam dispostos a ajudar a todo instante.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas e Quadro

Lista de Gráficos

Lista de Abreviações

Resumo

Abstract

1. Introdução	pg 01
2. Revisão de Literatura	pg 03
2.1. Epidemiologia	pg 03
2.2. Organização Mundial da Saúde	pg 06
2.3. Levantamentos Epidemiológicos	pg 07
3. Proposição	pg 35
4. Pacientes e Métodos	pg 36
4.1. Pacientes	pg 36
4.2. Métodos	pg 36
4.2.1. Exame Clínico	pg 36
4.2.2. Ficha de Coleta de Dados	pg 38
4.2.2. Análise Estatística	pg 46
5. Resultados	pg 47
6. Discussão	pg 60
7. Conclusões	pg 69
Anexos	
Referências Bibliográficas	pg 70

UNIVERSIDADE PAULISTA

**“ESTUDO DA OCORRÊNCIA DAS LESÕES BUCAIS
NA CLÍNICA DE ESTOMATOLOGIA DA FACULDADE
DE ODONTOLOGIA DA UNIP – CAMPUS
INDIANÓPOLIS, POR MEIO DE UM MÉTODO
DESENVOLVIDO PARA COLETA E
PROCESSAMENTO DE DADOS”**

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Odontologia da
Universidade Paulista – UNIP para a
Obtenção do Título de Mestre.

Fernanda Maria Pirozelli de Oliveira

SÃO PAULO

2007

UNIVERSIDADE PAULISTA

**“ESTUDO DA OCORRÊNCIA DAS LESÕES BUCAIS
NA CLÍNICA DE ESTOMATOLOGIA DA FACULDADE
DE ODONTOLOGIA DA UNIP – CAMPUS
INDIANÓPOLIS, POR MEIO DE UM MÉTODO
DESENVOLVIDO PARA COLETA E
PROCESSAMENTO DE DADOS”**

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Odontologia da
Universidade Paulista – UNIP para a
Obtenção do Título de Mestre.
Área de concentração: Diagnóstico Bucal
Orientador: Prof.Dr. Luciano Lauria Dib

Fernanda Maria Pirozelli de Oliveira

SÃO PAULO

2007

Ficha Catalográfica

Oliveira, Fernanda Maria Pirozelli de

Estudo da Ocorrência das Lesões Bucais na Clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da UNIP – Campus Indianópolis, por meio de um método desenvolvido para coleta e processamento de dados.

p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Instituto de Ciências da Saúde (ICS) São Paulo, 2002.

Área de concentração: Diagnóstico Bucal

Orientador: Luciano Lauria Dib.

1. Epidemiologia 2. Metodologia de Diagnóstico 3. Lesões Orais

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais, Thimóteo e Juciara, por me apoiarem mais uma vez, sempre acreditando em mim,

Ao meu marido, André, pela insistência em dizer para eu nunca desistir dos meus sonhos e ao mesmo tempo me apoiar num novo caminho,

Ao Prof. Luciano Lauria Dib, pela paciência, atenção e por me ensinar o verdadeiro significado da palavra MESTRE,

Ao Dr. Moacyr Ely Menendez Castellero, por sua contribuição imensurável, sem a qual, a realização desse trabalho jamais teria sido alcançada,

Ao Prof. Luiz Felipe Scabar, pela amizade e pelo suporte sempre.

Ao Prof. Mendel, que através de suas aulas, estórias e conversas proporcionou momentos agradáveis e de descontração.

Aos funcionários da Clínica da UNIP, que sempre muito simpáticos, estavam dispostos a ajudar a todo instante.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas e Quadro

Lista de Gráficos

Lista de Abreviações

Resumo

Abstract

1. Introdução	pg 01
2. Revisão de Literatura	pg 03
2.1. Epidemiologia	pg 03
2.2. Organização Mundial da Saúde	pg 06
2.3. Levantamentos Epidemiológicos	pg 07
3. Proposição	pg 35
4. Pacientes e Métodos	pg 36
4.1. Pacientes	pg 36
4.2. Métodos	pg 36
4.2.1. Exame Clínico	pg 36
4.2.2. Ficha de Coleta de Dados	pg 38
4.2.2. Análise Estatística	pg 46
5. Resultados	pg 47
6. Discussão	pg 60
7. Conclusões	pg 69
Anexos	
Referências Bibliográficas	pg 70

UNIVERSIDADE PAULISTA

**“ESTUDO DA OCORRÊNCIA DAS LESÕES BUCAIS
NA CLÍNICA DE ESTOMATOLOGIA DA FACULDADE
DE ODONTOLOGIA DA UNIP – CAMPUS
INDIANÓPOLIS, POR MEIO DE UM MÉTODO
DESENVOLVIDO PARA COLETA E
PROCESSAMENTO DE DADOS”**

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Odontologia da
Universidade Paulista – UNIP para a
Obtenção do Título de Mestre.

Fernanda Maria Pirozelli de Oliveira

SÃO PAULO

2007

UNIVERSIDADE PAULISTA

**“ESTUDO DA OCORRÊNCIA DAS LESÕES BUCAIS
NA CLÍNICA DE ESTOMATOLOGIA DA FACULDADE
DE ODONTOLOGIA DA UNIP – CAMPUS
INDIANÓPOLIS, POR MEIO DE UM MÉTODO
DESENVOLVIDO PARA COLETA E
PROCESSAMENTO DE DADOS”**

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Odontologia da
Universidade Paulista – UNIP para a
Obtenção do Título de Mestre.
Área de concentração: Diagnóstico Bucal
Orientador: Prof.Dr. Luciano Lauria Dib

Fernanda Maria Pirozelli de Oliveira

SÃO PAULO

2007

Ficha Catalográfica

Oliveira, Fernanda Maria Pirozelli de

Estudo da Ocorrência das Lesões Bucais na Clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da UNIP – Campus Indianópolis, por meio de um método desenvolvido para coleta e processamento de dados.

p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Instituto de Ciências da Saúde (ICS) São Paulo, 2002.

Área de concentração: Diagnóstico Bucal

Orientador: Luciano Lauria Dib.

1. Epidemiologia 2. Metodologia de Diagnóstico 3. Lesões Orais

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais, Thimóteo e Juciara, por me apoiarem mais uma vez, sempre acreditando em mim,

Ao meu marido, André, pela insistência em dizer para eu nunca desistir dos meus sonhos e ao mesmo tempo me apoiar num novo caminho,

Ao Prof. Luciano Lauria Dib, pela paciência, atenção e por me ensinar o verdadeiro significado da palavra MESTRE,

Ao Dr. Moacyr Ely Menendez Castellero, por sua contribuição imensurável, sem a qual, a realização desse trabalho jamais teria sido alcançada,

Ao Prof. Luiz Felipe Scabar, pela amizade e pelo suporte sempre.

Ao Prof. Mendel, que através de suas aulas, estórias e conversas proporcionou momentos agradáveis e de descontração.

Aos funcionários da Clínica da UNIP, que sempre muito simpáticos, estavam dispostos a ajudar a todo instante.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas e Quadro

Lista de Gráficos

Lista de Abreviações

Resumo

Abstract

1. Introdução	pg 01
2. Revisão de Literatura	pg 03
2.1. Epidemiologia	pg 03
2.2. Organização Mundial da Saúde	pg 06
2.3. Levantamentos Epidemiológicos	pg 07
3. Proposição	pg 35
4. Pacientes e Métodos	pg 36
4.1. Pacientes	pg 36
4.2. Métodos	pg 36
4.2.1. Exame Clínico	pg 36
4.2.2. Ficha de Coleta de Dados	pg 38
4.2.2. Análise Estatística	pg 46
5. Resultados	pg 47
6. Discussão	pg 60
7. Conclusões	pg 69
Anexos	
Referências Bibliográficas	pg 70

LISTA DE TABELAS E QUADRO

Quadro 1. Abordagens da Clínica e da Saúde Coletiva pg 05

Tabela 1. Distribuição da frequência dos pacientes atendidos na clínica de Estomatologia da UNIP, no período de Agosto/2005 a Dezembro/2006, de acordo com a faixa etária pg 48

Tabela 2. Distribuição dos pacientes examinados na clínica de Estomatologia da UNIP, no período de Agosto/2005 a Dezembro/2006, de acordo com seus vícios pg 50

Tabela 3. Distribuição da variável “número de lesões orais” de acordo com os pacientes atendidos na clínica de Estomatologia da UNIP, no período de Agosto/2005 a Dezembro/2006 pg 52

Tabela 4. Distribuição das lesões encontradas dentre os pacientes atendidos na clínica de Estomatologia da UNIP, no período de Agosto/2005 a Dezembro/2006, de acordo com sua lesão fundamental pg 52

Tabela 5. Distribuição das lesões encontradas na clínica de Estomatologia da UNIP, no período de Agosto/2005 a Dezembro/2006, de acordo com a sua localização pg 53

Tabela 6. Distribuição da frequência de lesões encontradas na clínica de Estomatologia da UNIP, no período de Agosto/2005 a Dezembro/2006, definidas através da Hipótese Diagnóstica pg 54

Tabela 7. Distribuição da freqüência de lesões encontradas na clínica de Estomatologia da UNIP, no período de Agosto/2005 a Dezembro/2006, definidas através do Diagnóstico Final pg 56

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Relação homens/mulheres que procuraram a clínica de Estomatologia da UNIP, no período de Agosto/2005 a Dezembro/2006 pg 47

Gráfico 2. Distribuição dos pacientes que procuraram a clínica de Estomatologia da UNIP, no período de Agosto/2005 a Dezembro/2006, de acordo com a sua procedência pg 49

Gráfico 3. Distribuição da duração da queixa principal até o momento de nossa consulta inicial, de acordo com os pacientes atendidos na clínica de Estomatologia da UNIP, no período de Agosto/2005 a Dezembro/2006 pg 50

Gráfico 4. Distribuição da variável “lesão oral”, nos pacientes atendidos na clínica de Estomatologia da UNIP, no período de Agosto/2005 a Dezembro/2006 pg 51

Gráfico 5. Distribuição dos exames complementares solicitados para os pacientes atendidos na clínica de Estomatologia no período de Agosto /2005 a Dezembro/2006 pg 58

Gráfico 6. Distribuição dos tipos de tratamentos realizados na clínica de Estomatologia da UNIP, no período de Agosto/2005 a Dezembro/2006 pg 59

LISTA DE ABREVIACÕES

CEC: Carcinoma Espinocelular

CID: Código Internacional das Doenças

IEA: International Epidemiology Association (Associação Internacional de Epidemiologia)

MS: Mato Grosso do Sul

MST: Movimento dos Sem-Terra

OMS: Organização Mundial de Saúde

TNM: T - extensão do tumor primário; N - ausência ou presença e extensão das metástases em linfonodos regionais; M - ausência ou presença de metástases à distância.

UBS: Unidade Básica de Saúde

UFMG: Universidade Federal de Minas Gerais

UNIP: Universidade Paulista

USP: Universidade de São Paulo

Resumo

Resumo

OLIVEIRA, F.M.P. Estudo da ocorrência das lesões bucais na clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da UNIP – Campus Indianópolis, através de um novo método de obtenção e armazenamento de dados (Study of the mouth lesions occurrence at UNIP's Stomatology clinic - Indianopolis Campus through a method developed to acquiring and processing data collected). Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Paulista, 2007.

O presente trabalho propõe desenvolver um novo método para a obtenção e processamento de dados em diagnóstico bucal, testado na clínica de Estomatologia da Universidade Paulista – UNIP. Esse método consta de uma *ficha clínica* especialmente desenvolvida para este estudo, baseada na guia de epidemiologia de lesões orais da OMS, que tem intenção de orientar o examinador a realizar um correto diagnóstico e um *banco de dados* informatizado que permite a análise estatística dos dados armazenados. A amostra coletada na clínica de Estomatologia consta de 125 pacientes que foram examinados no período de Agosto de 2005 a Dezembro de 2006. Desse total, 86 são do gênero feminino, 39 são do gênero masculino. Com relação à cor, a maioria de cor branca, corresponde a 91 pacientes e 34 foram considerados não brancos. A idade média dos pacientes é de 46 anos. Desses 125 pacientes, 106 apresentavam lesão em mucosa oral no momento do exame clínico e geralmente essas lesões são únicas (83

casos). Os locais mais afetados foram: palato duro (18 casos), lábio inferior (17 casos) e língua (13 casos). De acordo com diagnóstico final, as lesões mais encontradas foram: hiperplasia fibrosa inflamatória (13 casos), úlcera traumática (nove casos), cisto periapical (sete casos) e hemangioma capilar (cinco casos). Com relação às lesões cancerizáveis, obtivemos três casos de queilite actínica e outros três casos de leucoplasia. Carcinoma espinocelular foi diagnosticado em três casos.

ABSTRACT

This paper proposes to develop a new method of acquiring and processing data collected in Oral Diagnosis, tested at UNIP's Stomatology clinic - Indianopolis Campus. This method consists of a *clinical file*, developed specially for this survey, based on the *Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and conditions* that guides the examiner to carry through a correct diagnosis and a data base that promotes a statistical analysis of the stored data. The sample consists of 125 patients who were examined since August 2005 until December 2006. From this total, 86 are female gender and 39 are male gender. Concerning color, the majority, of white people, corresponds to 91 patients and 34 were considered not white. The average age of these patients is 46. One hundred and six patients of the total sample exhibited lesions in the oral mucosal during the examination procedure and generally it was a single lesion (83 cases). The more affected places were hard palate (18 cases), lower lip (17 cases) and tongue (13 cases). According to final diagnosis, inflammatory hyperplasias (13 cases),

traumatic ulcers (nine cases), periapical cysts (seven cases) and capillary hemangioma (five cases) were the most prevalent injuries found. Concerning precancerous and cancerous lesions, we observed three cases of actinic cheilitis and leukoplakia each. Squamous cell carcinoma was diagnosed in three cases.

1. INTRODUÇÃO

A Estomatologia tem um importante papel na Odontologia, uma vez que o conhecimento das lesões bucais é imprescindível para um correto diagnóstico e para a seqüência do tratamento adequado. Lesões orais como herpes, estomatite aftosa recorrente, candidíase, hiperplasias causadas por trauma e úlceras traumáticas são comuns na população, portanto, devem constar do conhecimento do clínico geral. Além da identificação das lesões mais comuns, o conhecimento da Estomatologia permite ao cirurgião-dentista, por meio de um exame clínico aprimorado, fazer o diagnóstico precoce do câncer bucal e das lesões cancerizáveis, como eritroplasias e leucoplasias e adotar o tratamento adequado para essas graves lesões. O estudo de levantamentos epidemiológicos acrescenta informações importantes para o conhecimento das lesões bucais estudadas, mostrando características particulares de uma determinada população, tais como seus hábitos e costumes, condições financeiras, fatores raciais, situação geográfica e as principais lesões bucais associadas aos fatores citados. Com base na população estudada, e conhecendo-se suas características e a prevalência das lesões, é possível criar métodos mais específicos para aprimorar o diagnóstico e tratamento das lesões encontradas. Para isso, é importante que estudos epidemiológicos sejam realizados por meio de um método coletor de dados confiável para que tais dados possam ser processados visando alcançar resultados que possam auxiliar no

conhecimento de lesões orais. Frente à necessidade de criar um meio de coleta e processamento de dados coletados na clínica de Estomatologia da UNIP, o presente trabalho tem como objetivo conhecer as principais lesões encontradas nos pacientes que procuraram a clínica da Universidade Paulista (UNIP), no período de Agosto de 2005 a Dezembro de 2006, por meio de uma ficha clínica criada para tal objetivo, cujos dados coletados nessa ficha, serão digitados num banco de dados também desenvolvido especialmente para este trabalho e submetidos, assim, à análise estatística.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. EPIDEMIOLOGIA

Etimologicamente, epidemiologia significa: Estudo (*=logos*) sobre (*=epi*) população(*=demos*).

A Epidemiologia baseia-se no estudo de doença que atinge uma população e não somente um indivíduo, não se restringindo apenas à causa da doença em si, mas também aos fatores que a provocam (Cortês, 1993).

De acordo com Rouquayrol e Almeida Filho (1994), a epidemiologia estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes de doenças, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo, de um lado, medidas específicas de prevenção, de controle e erradicação de doenças e, de outro, fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, à administração e à avaliação das ações de saúde.

Além disso, tem como objetivo proporcionar as bases para avaliação das medidas profiláticas, fornecer pistas para diagnose de doenças transmissíveis e ensejar a verificação da consistência de hipóteses de causalidade dentro da saúde pública (Rouquayrol e Almeida Filho, 2003).

Segundo a Associação Internacional de Epidemiologia (IEA), a Epidemiologia tem como objetivos: descrever a distribuição e a magnitude

dos problemas da saúde nas populações humanas, proporcionar dados essenciais para o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção, controlar e tratar as doenças, bem como estabelecer prioridades e identificar fatores etiológicos na gênese das enfermidades (Rouquayrol e Almeida Filho, 2003).

Os estudos epidemiológicos podem ser classificados de diferentes formas, entre elas estão os estudos descritivos e analíticos (Frazão, 2003).

1. Descritivos: A investigação é do tipo descritiva quando é planejada para colher dados sem o propósito de estabelecer alguma relação entre eles ou responder a uma determinada questão.

Entre os estudos descritivos destacam-se os *Levantamentos Epidemiológicos*, nesses estudos os dados são colhidos em um determinado momento.

2. Analíticos: Estudos analíticos podem ser produzidos a partir de vários estudos descritivos realizados sob as mesmas condições durante um determinado intervalo de tempo.

Frazão (2003) define as diferenças entre as abordagens da clínica e de Saúde Coletiva, como mostra o quadro a seguir:

Quadro 1. Abordagens da Clínica e da Saúde Coletiva

Clínica	Saúde Coletiva
Faz diagnóstico do indivíduo	Identifica níveis de saúde-doença da população
Formula hipóteses de diagnóstico	Formula hipóteses de casualidade
Aplica exames complementares	Aplica métodos de verificação
Conclui diagnóstico	Elabora diagnóstico de situação
Instaura tratamento	Implementa ações e programas de saúde
Faz avaliação Clínica	Faz avaliação do impacto das ações nos níveis de saúde-doença da população

Fonte: Adaptado de Frazão, 2003

Pelo fato de a boca ser um local afetado por uma grande variedade de lesões, o levantamento epidemiológico é importante para o conhecimento da prevalência e tipologia das doenças bucais, podendo-se, a partir dos dados coletados, planejar, executar e avaliar ações de saúde (Oliveira et al, 1998).

Os estudos epidemiológicos focados em Odontologia e em Estomatologia fornecem uma visão importante para compreender a prevalência, extensão e severidade das lesões que acometem a boca na população (Kulac-Özkan *et al*, 2001).

A maioria dos estudos epidemiológicos sobre patologia oral se designa a esclarecer a prevalência de cáries e doenças periodontais (Barnes, 1999).

Segundo Andreasen *et al* (1986) as doenças da cavidade bucal afetam entre 25 e 50% da população, variando de acordo com a população estudada. García-Pola Vallejo *et al* (2002) acreditam que se conhecendo a condição de saúde bucal de um grupo específico é possível que políticas racionais com relação à saúde bucal sejam desenvolvidas.

2.2. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)

Em 1980, a OMS criou um guia epidemiológico e de diagnóstico das condições e doenças que acometem a mucosa oral. Esse guia tem como objetivo geral fornecer um sistema padronizado para o exame, identificação e armazenamento da grande quantidade de condições que ocorrem na mucosa oral.

O manual é indicado para dentistas que necessitam realizar exames, mas que não são especialistas em diagnóstico bucal ou epidemiologia. Já para profissionais experientes, o guia também pode ser útil pelas suas recomendações relativas ao exame, à topografia e ao armazenamento.

Como objetivos específicos, o manual deve: (1) fornecer uma aproximação sistemática à coleção e ao relatório dos dados nas lesões da mucosa oral e (2) incentivar o pessoal de saúde dental, “em todos os países”, a executar um método sistemático de avaliação epidemiológica das lesões orais como uma base para o planejamento e avaliação de programas

orais de saúde e especialmente para a prevenção e diagnóstico precoce de lesões cancerizáveis e câncer oral.

Para alcançar esses objetivos, o manual fornece: (a) uma descrição de procedimentos padrão do exame para as doenças e condições descritas no manual, incluindo a orientação no planejamento do exame e na determinação do tamanho de amostra; (b) descrições concisas das principais características clínicas de cada condição dados (DEALT) pelo manual, como classificado no CID (Código Internacional de Doenças) com aplicação na Odontologia e Estomatologia; (c) uma topografia padronizada da boca com definições associadas aos limites e às estruturas e os procedimentos padrões para o exame e o armazenamento; (d) recomendações para ações posteriores ao exame e ao relatório dos resultados.

2.3. LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Em 1964, Pindborg e colaboradores realizaram um levantamento epidemiológico, buscando conhecer a freqüência de lesões como, carcinoma oral, leucoplasia, “leucoqueratose”, leucoedema, fibrose submucosa e líquen plano na população indiana. Para isso, durante 121 dias consecutivos, os pesquisadores avaliaram clinicamente 10 mil pacientes. Os resultados obtidos foram: 33% (3.301) tinham pelo menos algum hábito de fumar e/ou

mascar um tipo de substância; 0,24% (24) apresentavam câncer bucal, sendo que todos tinham hábito de consumir tabaco; 3,28% (328) apresentavam leucoplasia e somente quatro deles não tinham hábito de consumir tabaco; 0,71% (71) apresentaram palato de fumante; 1,66% (166) apresentavam leucoedema e somente dois pacientes não tinham relação com fumo; 0,51% (51) apresentavam fibrose submucosa (segundo o autor, é uma doença comum aos indianos, pré-cancerosa, de caráter crônico, cuja etiologia é desconhecida e afeta a boca por inteiro) e somente dois pacientes não eram fumantes; por fim, a presença de líquen plano foi pequena (0,19% ou 19 pacientes) e desse número, 14 pacientes consumiam tabaco.

Bouquot (1986) publicou um trabalho de levantamento retrospectivo, com pacientes da Faculdade de Odontologia da Universidade de Minnesota, no período de 1957 a 1972. Durante esse período, 23.616 pacientes foram atendidos. Essa amostra é composta de 15.139 mulheres e 8.477 homens com idade de 30 anos ou mais. Foram encontradas 3.783 lesões orais em 10,3% da população estudada. Das lesões diagnosticadas, 5,5% correspondiam a cistos, especialmente mucocelos; 37,6% correspondiam a lesões brancas queratóticas; 26% eram leucoplasias; 39,9% correspondiam a úlceras traumáticas.

Em 1986, Crivelli *et al*, determinaram a prevalência de lesões orais em crianças, que procuraram o Hospital Doutor Alejandro Posadas (Buenos Aires), por outras razões que não fossem odontológicas. Para tal,

examinaram 308 crianças, sendo 155 meninos e 153 meninas, cuja idade estava compreendida entre um mês e 15 anos de idade. Nesse grupo, foram encontrados 15 tipos de lesões, e as principais foram herpes simples (10,38%), língua despapilada (6,16%) e queilite angular (5,19%).

No Brasil, Almeida *et al* (1987), realizaram um levantamento de lesões bucais, por meio de avaliações de biópsias realizadas pelo serviço de Anatomia-Patológica do Centro de Patologia Clínica e Preventiva de Piracicaba, no período de 1975 a 1984. Nesse período, 54.845 biópsias foram realizadas e o total de lesões intra-orais ou periorais foi de 1.211, sendo 56% alterações não neoplásicas, 14,6% de neoplasias benignas e 29,4% de neoplasias malignas. As neoplasias malignas da boca correspondem a 5,89% do total de lesões malignas encontradas no laboratório.

Em 1988, Crivelli *et al* produziram um trabalho com o objetivo de determinar a influência socioeconômica na prevalência de lesões orais em crianças de idade escolar. Para isso, foram avaliadas crianças com idade de quatro a treze anos, de duas escolas. Na escola S1, as crianças apresentavam um padrão de vida diferenciado e superior aos das crianças da escola S2. No total, 846 crianças, sendo 555 meninos e 291 meninas, foram examinadas, sendo 463 pertencentes a S1 (309 meninos e 104 meninas) e 383 pertencentes a S2 (196 meninos e 187 meninas). Após avaliação oral, foram encontrados 15 tipos de lesões. As mais freqüentes foram: estomatite aftosa recorrente (92 casos), queilite fissurada (54 casos),

herpes labial (44 casos), queilite angular (30 casos), e língua geográfica (25 casos), língua despilada (22 casos) e língua fissurada (17 casos). Ao avaliarem tais resultados, os autores notaram uma diferença significativa na distribuição de determinadas lesões, de acordo com a escola. Estomatite aftosa recorrente foi observada em 19% das crianças da S1, correspondendo a 50% do total de lesões detectadas. No entanto, na S2, apenas 2% das crianças apresentavam tal lesão, correspondendo a menos de 4% das lesões observadas. Por outro lado, na S1, herpes labial foi observada em apenas 1% dos casos enquanto que na S2, 10% das crianças apresentavam essa lesão. Língua fissurada foi percebida em 3,2% na escola S1 e 0,5% na escola S2. Queilite fissurada em 2,9% na S1 e 6,5% na S2. Frente a esses resultados, os autores não avaliaram diferença estatística entre as duas escolas com relação à quantidade total de lesões. Porém, observou-se que houve diferença estatisticamente significativa, de acordo com o tipo de lesão que afetava cada escola; na S1, a lesão mais presente foi estomatite aftosa recorrente enquanto que na S2 as crianças apresentavam maior quantidade de herpes.

Crivelli *et al* (1990) se propuseram a realizar um estudo sobre a prevalência de anomalias linguais ocorrentes na população infantil, devido à pequena quantidade de estudos estatísticos feitos sobre esse assunto. Os autores examinaram 660 crianças, sendo 265 meninos e 395 meninas, que por algum outro motivo de saúde procuraram o serviço de Pediatria do Hospital-Escola “José de San Martín”, na capital federal Argentina. As crianças que fizeram parte do estudo foram compreendidas em três grupos

etários: de três a seis anos, sete a nove anos e 10 a 13 anos de idade. Os resultados foram os seguintes: do total de crianças examinadas, 0,45% apresentaram língua escrotal, 3,63% apresentaram língua geográfica e 1,98% apresentaram língua presa.

Dib *et al* (1990) discutiram a amplitude do problema do câncer de boca no Brasil. Para tal, foram analisados 4.527 casos de carcinoma espinocelular (CEC) de origem primária na boca, atendidos no Hospital A.C. Camargo, no período de 1953 a 1980. Através do sistema de codificação TNM (T - extensão do tumor primário; N - ausência ou presença e extensão das metástases em linfonodos regionais; M - ausência ou presença de metástases a distância). Os casos foram divididos em doença inicial e doença avançada. Os resultados alcançados permitiram traçar padrões de ocorrência em relação ao gênero (masculino – 85,8% e feminino – 14,2%), cor (prevalência entre brancos – 91,2%), faixa etária (predomínio entre quinta, sexta e sétima décadas de vida), bem como a distribuição de acordo com a região anatômica (lábio – 40,7%, língua – 20,8%, assoalho bucal – 16,6% e demais casos distribuídos entre as regiões restantes). Frente a esse quadro, o objetivo dos autores foi trazer à tona a dramaticidade do problema do câncer de boca no Brasil, tentando despertar, desta forma, a preocupação dos cirurgiões-dentistas, médicos, Faculdades de Odontologia e Medicina e das autoridades responsáveis pela Saúde Pública.

Outro estudo argentino, realizado por Keszler *et al* (1990), avaliou retrospectivamente 1.289 biópsias realizadas em crianças de 0 a 15 anos de

idade. Essas biópsias foram examinadas pelo Departamento de Patologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de Buenos Aires, no período de 1960 a 1985. Esse número de biópsias representa 6,8% do total de biópsias recebidas no serviço durante esse período. Os resultados encontrados foram agrupados nas seguintes categorias: 1)cistos, 2)pseudotumores, 3)lesões inflamatórias, 4)neoplasias, 5)lesões extra-orais (cabeça e pescoço), 6)anomalias dentárias e lesões pulpares, 7)diagnósticos sem classificação. A maior porcentagem de freqüência corresponde aos cistos (25,4%). A maioria dos cistos estava localizada nos maxilares (75%) e o resto em tecidos moles (25%). Os pseudotumorais ósseos (20,1%) foram menos freqüentes que as lesões pseudotumorais em tecidos moles (79,9%). As lesões inflamatórias e as neoplasias representam 15,7% e 10,2% respectivamente. No total, 84% das lesões são benignas e 14,6% malignas. Os tumores odontogênicos correspondem a 49,6% do total das neoplasias. Para os autores, tais resultados indicam a importância do conhecimento clínico-radiográfico destas entidades para que seja feito um diagnóstico precoce e um correto tratamento.

Taiwo *et al* (1990) realizaram um levantamento retrospectivo de espécimes avaliados pelo departamento de patologia oral e biologia da universidade Lagos, na Nigéria, desde 1º de janeiro de 1978 até 31 de dezembro de 1988. O objetivo dos autores era obter um levantamento das lesões tumorais que mais acometem as crianças, visto que, segundo eles, aumentos de volume orofaciais são relativamente comuns durante a infância. A amostra constou de 203 biópsias de crianças, sendo 61% do

gênero masculino e 39% do gênero feminino que referiam aumento volumétrico orofacial. 34% de lesões em maxila e mandíbula, respectivamente, o restante (23%), encontrava-se em outros sítios. A maioria dos casos (86%) compreendia crianças de 6 a 16 anos. Os resultados obtidos mostraram que 20% das lesões que causavam o aumento de volume eram de origem não-odontogênica, enquanto que apenas 10% eram de origem odontogênica. O restante das lesões foram diagnosticadas entre lesões malignas, lesões de glândulas salivares, hemangiomas e lesões infecciosas.

Com o objetivo de avaliar as influências de cor e gênero na sobrevida de pacientes com câncer de boca, Franco *et al* (1993) avaliaram 4.527 pacientes de um hospital brasileiro de referência no assunto, no período de 1953 a 1980. Esses casos constam de neoplasias malignas epiteliais, excluindo-se os tumores de glândulas salivares e para esse trabalho, os autores avaliaram os primeiros 15 anos de acompanhamento dos casos. Como resultados, observaram que os homens tendem a apresentar tumores em estágios mais avançados e que as mulheres apresentam maior taxa de sobrevida. Com relação ao tratamento, os autores notaram que negros e mulatos tendem a apresentar tumores em estágios muito mais avançados e que diferenças significativas entre modalidades de tratamento (cirurgia e quimioterapia) foram observadas entre brancos e não brancos. Segundo os autores, esse fato aconteceu devido ao fator socioeconômico mais baixo entre a população negra.

Kleinman *et al* (1994) publicaram um trabalho mostrando a situação epidemiológica de lesões orais na população escolar dos Estados Unidos. Os autores, auxiliados por outros 14 dentistas treinados, avaliaram, através de perguntas dirigidas, se esses indivíduos alguma vez já apresentaram machucados, feridas na boca e contato com tabaco. Esse trabalho foi consequência de um programa chamado National Survey of Oral Health in US School Children, realizado no período de 1986-87. Os examinadores seguiram o guia de lesões orais proposto pela OMS. Os pesquisadores examinaram 39.206 crianças de cinco a 17 anos de idade. Os resultados mostraram que 4% desse grupo apresentavam pelo menos alguma lesão durante o exame clínico e 33% e 37% relataram história prévia de herpes labial recorrente e estomatite aftosa recorrente, respectivamente. As lesões mais prevalentes observadas clinicamente foram: estomatite aftosa recorrente (1,23%), herpes labial recorrente (0,78%), lesões relacionadas ao uso de tabaco (0,71%) e língua geográfica (0,60%). Esses resultados mostraram que quase 10% dos adolescentes entre 12 e 17 anos de idade tinham contato com algum produto feito com tabaco e que o uso desses produtos por parte dos adolescentes tiveram um efeito marcante na prevalência de lesões orais.

Ikeda *et al* (1995) desenvolveram um estudo epidemiológico das lesões orais no Camboja com uma população pré-selecionada entre as tribos do país. O objetivo do levantamento era investigar a epidemiologia das lesões orais nesse grupo, a fim de obter dados úteis no planejamento de uma base de dados de saúde bucal para o país. Participaram desse estudo

1.319 pessoas (953 mulheres e 366 homens) entre 15 e 99 anos de idade. A grande diferença de homens com relação às mulheres reflete a pequena quantidade de homens na população, mas, além disso, outro fator contribuinte foi que durante o período de realização dos levantamentos estava ocorrendo também o período de colheita na região. Para a realização do exame clínico, os examinadores foram calibrados e seguiram o critério da OMS. As lesões-alvo para a pesquisa foram o câncer oral, leucoplasia, lesões liquenóides orais, fibrose submucosa oral e candidíase oral. Como resultados, os autores obtiveram os seguintes dados: 71 lesões foram encontradas em 64 pessoas (4,9%), sendo que dessas lesões, 14 (1,1%) eram leucoplasias, 24 (1,8%) eram lesões de líquen plano, 18 (1,4%) eram candidíase, duas (0,2%) eram fibrose submucosa e uma (0,1%) era câncer oral. A prevalência de leucoplasia foi de 2,2% e 0,6% entre homens acima de 50 anos de idade e mulheres acima de 40 anos de idade, respectivamente. A presença da leucoplasia está relacionada aos hábitos de seus portadores, que fumavam ou mascavam o betel. Segundo os autores, não houve nenhuma correlação entre etilismo e a presença de leucoplasia. Lesões liquenóides foram encontradas somente em mulheres, principalmente no grupo entre 60 e 69 anos de idade (6,6%). Houve uma correlação significativa entre mulheres que mascavam o betel e a presença de lesões liquenóides (83,3% tinham esse hábito), no entanto, não houve nenhuma relação comprovada do uso de álcool com lesões de líquen. A presença de candidíase foi de 2,2% em homens acima de 60 anos de idade e 1,0% em mulheres acima de 30 anos de idade. As duas fibroses

submucosas foram encontradas em um homem e uma mulher, ambos com mais de 60 anos. Embora, segundo os autores, os resultados não representem a população total do Camboja, esse estudo forneceu informações dos aspectos epidemiológicos das lesões orais, incluindo a relação entre fatores etiológicos como consumo de tabaco e de betel, que podem promover dados valiosos para o desenvolvimento de futuros estudos de saúde bucal e na implementação de programas preventivos no Camboja.

Tentando abordar outras condições orais que não cáries e inflamações gengivais em crianças, Bezerra e Costa (2000) coletaram dados retrospectivos de pacientes que foram atendidos na Comunidade de Clínica Pediátrica, na cidade de Natal, Brasil. Os dados coletados correspondem a crianças de zero a cinco anos de idade que freqüentaram a comunidade, de novembro de 1997 a novembro de 1999. Esse levantamento mostrou a seguinte situação: De um total de 1.042 prontuários avaliados, 53,6% eram de meninos e 46,4% de meninas. A maioria dos pacientes visitou esse centro nos seis primeiros meses de vida. Apenas 2,30% dos pacientes apresentaram alguma lesão. Essas lesões foram diagnosticadas como nódulo de Bohn (nove casos), candidíase (seis casos), língua geográfica (5 casos) e outras lesões (quatro casos).

Figueiredo *et al* (2000) tinham como objetivo identificar e analisar a distribuição de óbitos por câncer bucal no estado de Pernambuco, no período de 1979 a 1995, em relação ao sexo, faixa etária, grau de escolaridade, bem como alertar o cirurgião-dentista para os fatores de risco

do câncer bucal. Através de um estudo longitudinal, com dados do SUS, os autores observaram que a frequência de óbitos por câncer bucal em Pernambuco foi de 2,4% em relação aos outros cânceres; que o sexo masculino foi afetado em 70,3%, tendo-se a faixa etária entre 45 e 75 anos de idade a mais acometida, 40% exibem até o 1º grau completo ou nenhum grau de escolaridade e que, é necessário que haja uma conscientização da classe odontológica em relação ao câncer bucal.

Kovac-Kavcic e Skaleric (2000) propuseram um estudo para avaliar a prevalência de lesões e outras condições na mucosa oral, da população da Lituânia, capital da Eslovênia. Um total de 555 indivíduos (263 homens e 292 mulheres) com idade entre 25 e 75 anos participaram do estudo. Dos 555 examinados, 29,4% faziam uso de prótese, 65% não relatavam hábito de fumar, 8,3% já haviam fumado e 26,7% ainda apresentavam o hábito. Para realização do exame intra-oral, somente um examinador foi utilizado e o diagnóstico das lesões foi feito baseado no guia da OMS e no Atlas Colorido de Lesões Oraís Comuns (apud Langlais e Miller, 1992). Nenhum exame laboratorial ou biópsias foram solicitados. Como resultados obtidos, os autores tiveram: Nenhuma lesão oral foi encontrada em 38,4% dos indivíduos; 21,9% responderam ter história prévia de herpes labial, sendo que essa doença diminui com o aumento da idade e é mais prevalente nas mulheres (18,8%) do que nos homens (12,9%); 9,7% responderam ter história prévia de aftas recorrentes, com maior prevalência em pacientes na faixa etária de 35 anos de idade (17,2%) e com leve predileção pelas mulheres (9,9%) do que pelos homens (9,5%). A prevalência de lesões

brancas foi de 8,5% (9,3% em homens e 6,8% em mulheres). As leucoplasias constituíram 3,1% das lesões brancas, todas foram encontradas em pacientes fumantes e houve uma maior prevalência entre os homens (4,6%) no que entre as mulheres (1,7%). No grupo dos homens, a maior prevalência de leucoplasias na faixa etária de 55 anos de idade (9,1%) e no grupo das mulheres, as leucoplasias foram mais encontradas naquelas que pertenciam à faixa etária dos 35 anos (3,6%). Estomatite nicotínica foi observada somente em homens (1,1%). Lesões de hiperqueratose focal irritativa representam 2,2% das lesões em todos os indivíduos e a maior prevalência dessas lesões nos homens ocorreu no grupo etário de 75 anos (6,8%) e nas mulheres a maior prevalência encontra-se no grupo de 65 anos de idade (3,6%). O líquen plano foi encontrado em 2,3% da população, sua maior prevalência foi na faixa etária dos 65 anos de idade (4,1%), sendo mais freqüente nas mulheres (3,0%) do que nos homens (1,5%). Quanto à localização, 80,8% dos líquens encontravam-se em mucosa jugal, seguidas de borda de língua (11,5%) e rebordo alveolar (7,7%). Todos os indivíduos com líquen não eram fumantes. As lesões e condições restantes foram classificadas como mucosa mordiscada (2,7%), estomatites causadas por próteses (17,9%), queilite angular (2,7%), língua geográfica (2,2%), língua fissurada (21,1%), grânulos de Fordyce (49,7%), varizes sublinguais encontradas no grupo etário de 65 e 75 anos de idade (35,7% e 57,3% respectivamente) e mucocelos (0,9%). Nenhuma lesão maligna foi encontrada nesse estudo. Os autores puderam concluir através desse levantamento que, lesões relacionadas ao tabaco foram mais freqüentes nos

homens do que nas mulheres, fato provocado pelo maior consumo de cigarros entre os homens.

Outro levantamento ocorrido no Brasil foi o de Hassessian *et al* (2000), que realizaram um estudo epidemiológico de lesões bucais em pacientes portadores de paracoccidiodomicose em Campo Grande (MS), considerada uma região endêmica para essa doença. O estudo se deu através da análise de 189 prontuários, durante o período de 1989 a 1998, cujo diagnóstico era de paracoccidiodomicose. Dos 189 pacientes com diagnóstico de paracoccidiodomicose, 122 apresentavam lesões orais. A prevalência da doença foi significativamente maior entre os homens (91%), do que entre as mulheres (9%), 51,9% dos portadores eram trabalhadores rurais e 48,1% exerciam outras profissões. Quanto à procedência, 34,4% eram da capital, 49,2% eram do interior do Mato Grosso do Sul e 16,4% eram de outros estados. A maior incidência apresentou-se na faixa etária superior a 50 anos (36,5%). Com relação à localização das lesões orais, 22,8% foram verificadas nos lábios, seguida de mucosa jugal (19,5%), gengivas e rebordo alveolar (16,7%), palato duro (15,4%), palato mole (13,5%), língua (10,7%) e assoalho bucal (1,4%). Os autores puderam concluir que o cirurgião-dentista deve ter conhecimento sobre essa lesão, devido à grande prevalência de lesões orais dentre os pacientes com paracoccidiodomicose, as quais, na maioria das vezes, constitui o primeiro sinal da doença.

Em 2001, Campisi e Margiotta realizaram um estudo no sudeste da Sicília, Itália, apenas com homens, pois representam um grupo de risco para câncer bucal, maior que as mulheres. A amostra era composta por 180 homens, com idade igual ou superior a 40 anos e o estudo tinha como objetivo avaliar a presença de lesões orais, especialmente as lesões pré-cancerosas e o câncer bucal. Os pacientes foram questionados quanto a sua situação socioeconômica e comportamento e clinicamente foram examinados de acordo com o critério da OMS. Dados como higiene oral, consumo de tabaco e álcool e exposição solar foram analisados. O hábito de consumir bebidas alcoólicas é o mais freqüente (73%), seguidos pelo uso do tabaco (58,5%, dos quais, 96% eram cigarros). Apenas 3% apresentavam boa higiene oral e 25% eram edentados. Foram observadas lesões orais em 81,3% do grupo estudado e as principais lesões e/ou condições encontradas foram: saburra lingual (51,4%), leucoplasias (13,8%), lesões por trauma (úlceras traumáticas e hiperqueratose focal irritativa) constituíam 9,2%, queilite actínica (4,6%) e carcinoma de células escamosas em um caso (0,9%). Associações estatisticamente significantes foram encontradas entre a prevalência de língua saburrosa com fumo e entre a prevalência de queilite actínica com fumo e álcool. Pelas análises feitas, os autores concluem que há a necessidade de uma motivação cultural, como um método de prevenção primário, para que haja a eliminação dos fatores de risco, tão presentes nessa população.

Abdo *et al* (2002) traçaram o perfil do paciente portador de carcinoma epidermóide da cavidade bucal, em tratamento no Hospital Mário Penna, em

Belo Horizonte. Para isso, os autores entrevistaram 154 pacientes, sendo 124 do gênero masculino (80,5%) e 30 do gênero feminino (19,5). A relação homem/mulher foi de 4,1:1. Os pacientes iniciaram o hábito de fumar numa idade média de 14,2 anos e a beber aos 17,6 anos em média. A idade média dos pacientes em tratamento para o gênero masculino foi de 55,7 anos e para o gênero feminino de 65,7 anos. 44,8% eram analfabetos, 80,5% provenientes de áreas urbanas, 58,9% viviam com um salário mínimo no máximo e houve maior prevalência entre as pessoas de cor de pele branca (55,2%). Com relação aos hábitos, 79,3% eram fumantes e 48,1% etilistas. A localização das lesões foi predominantemente em assoalho bucal (27,9%), seguido de língua (22,1%) e região retromolar (15,6%).

Em 2002, Bessa *et al* realizaram um estudo piloto sobre a prevalência de alterações da mucosa oral em crianças de 0 a 12 anos, atendidas no Ambulatório de Pediatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). A amostra foi de 170 pacientes, divididas em duas faixas etárias: 61% de zero a quatro anos e 39% de cinco a 12 anos. A prevalência de crianças com ao menos uma alteração foi de 28,2%, sem diferenças significativas quanto ao gênero e à idade. Lesões traumáticas (8,24%) e língua geográfica (7,06%) foram as alterações mais prevalentes nesse estudo.

Com o objetivo de determinar a prevalência das lesões orais em adultos com mais de 30 anos de idade, na cidade de Oviedo (Espanha) e analisar a relação entre a prevalência de lesões orais, hábitos tóxicos

(tabaco e álcool) e uso de próteses, García-Pola Vallejo *et al* (2002) disponibilizaram de um grupo de 308 pessoas. As patologias observadas foram classificadas de acordo com o critério da OMS e estudos epidemiológicos prévios. Um pouco mais da metade dos pacientes apresentaram alguma alteração (51,1%). As lesões mais freqüentes foram: HFI (7,5%), úlceras traumáticas (7,1%), estomatites causadas por próteses e candidíase pseudomembranosa (6,5%), seguidas por pigmentação melânica (5,8%), hiperplasia fibrosa inflamatória causada por próteses (5,2%), língua fissurada (3,9%), líquen plano e hemangioma (3,2%), queilite angular e mucosa mordiscada (2,9%), hiperplasia fibrosa e língua saburrosa (2,6%), estomatite aftosa recorrente (1,9%) e leucoplasia (1,6%). Com relação à leucoplasia, pacientes que tinham um hábito agressivo, tanto para o fumo quanto para o álcool, apresentaram 15,98 e 12,37, respectivamente mais chances de apresentar esse tipo de lesão. Já com relação às lesões friccionais, esses pacientes apresentam chances quatro vezes maiores de possuir tal lesão do que os pacientes sem hábitos. A relação entre candidíase e portadores de próteses é de 11,38 vezes e a relação entre pacientes que usam prótese removível e hemangioma é de 5,01 vezes. Por meio da pesquisa acima realizada, os autores concluíram que programas para erradicar o fumo e o álcool deveriam ser implementados, bem como deveria haver uma manutenção periódica das próteses para que fossem evitadas determinadas lesões.

Jainhkittivong *et al* (2002) desenvolveram uma pesquisa cujos objetivos eram obter informações a respeito da condição da mucosa oral na

população idosa da Tailândia e investigar diferenças nos achados clínicos, com relação à idade, gênero e uso de próteses. A amostra obtida foi de 500 pacientes com idade acima de 60 anos. Através do guia da OMS e do Atlas Colorido das lesões orais comuns (apud Langlais e Miller, 1992), os autores chegaram aos seguintes resultados: a incidência total de alterações na mucosa oral foi de 83,6%, sem diferença significativa entre homens e mulheres (81,4% e 85%, respectivamente) e mostrando aumento na incidência de lesões de acordo com o aumento da idade. As lesões mais encontradas foram: varizes (59,6%), língua fissurada (28%) e úlceras traumáticas (15,6%). Apenas três casos de câncer bucal foram diagnosticados, correspondendo, assim, ao total de 0,6% das lesões encontradas. Com relação ao uso de próteses, os autores perceberam que a utilização de próteses móveis propiciou o aparecimento de algumas condições orais, como mostraram os seguintes índices: 62,7% dos pacientes que utilizavam esse tipo de prótese apresentavam alguma alteração na mucosa, enquanto que 28,5% dos pacientes que não utilizavam próteses ou ao menos coroas e/ou pontes fixas apresentaram alguma lesão. As principais lesões relacionadas às próteses móveis foram úlcera traumática (22,6%), estomatite protética (14,3%) e queilite angular (4,8%).

No Brasil, em 2002, Sousa *et al* publicaram um estudo com dados retrospectivos de 2.356 biópsias de pacientes desde o nascimento até 14 anos de idade, recebidas durante 15 anos (1985 – 2000) no Serviço de Patologia da Universidade de São Paulo (USP). As 2.356 biópsias foram revisadas e separadas entre 20 grupos. Não houve diferença significativa

entre meninos (50%) e meninas (49%), sendo que em 1% não constava tal informação. Grupo de cor branca foi o predominante (69%), seguido de negros (19%). Com relação à idade, as lesões se concentravam em pacientes entre nove e 14 anos de idade (70%). De acordo com os grupos de lesões, as lesões inflamatórias foram as mais frequentes (21,6%), seguidas por cistos (18%) e lesões de glândulas salivares (mucocele – 13,5%). Lesões pulpares e periodontais (12,4%) marcaram presença significativa nesses resultados, assim com lesões malignas (1,3%) e tumores benignos não odontogênicos. Os odontomas foram responsáveis por 69% dos tumores odontogênicos (4,8% do total de lesões), porém, os ameloblastomas também foram significantes (27 casos).

França e Souza (2003) realizaram um estudo descritivo com idosos de seis casas de repouso, buscando avaliar e detectar a prevalência de manifestações estomatológicas pelo uso de próteses e a relação dessas manifestações com o estado de conservação e os hábitos decorrentes do uso da mesma. O estudo contou com uma amostra de 300 idosos, sendo que 100 eram portadores de próteses totais. Os resultados referem que 42% dos examinados apresentavam alguma alteração estomatológica e dentre essas alterações prevaleceu a hiperemia traumática (30%), seguida por estomatite protética (29%), hiperplasia fibroepitelial inflamatória (13%) e hiperplasia fibrosa inflamatória por câmara de sucção (12%). Todas essas manifestações se relacionavam com um estado de carência de higienização da cavidade oral, bem como das próteses, do tipo de confecção e do tempo das mesmas.

Jahanbani (2003) avaliou a prevalência de lesões pré-cancerosas orais (leucoplasia e líquen plano) em trabalhadores da indústria têxtil, no Irã. Para tal estudo, foram examinadas 1.167 pessoas, selecionadas aleatoriamente. Dessas pessoas, 97 eram do gênero feminino e 1.070 do gênero masculino, com idade que varia de 18 a 69 anos (idade média = 31,8 anos). O autor considerou um paciente ser fumante quando esse mantinha o hábito constante há pelo menos seis meses. Os resultados mostraram que 115 (9,9%) dos trabalhadores apresentavam lesões brancas e/ou vermelhas. Desses 115 trabalhadores, 3,7% apresentavam leucoplasias e 0,5% tinham lesões de líquen. O trabalho também confirmou a relação entre o tabaco e as leucoplasias. Entre 890 pacientes não fumantes, apenas 10 pacientes (1,1%), enquanto que entre 277 fumantes, 33 (12%) apresentavam essa lesão. Todas as lesões compatíveis com leucoplasia foram biopsiadas e em todos os casos mostrou hiperqueratose epitelial, sem nenhuma atipia ou câncer.

Nunes *et al* (2003) avaliaram 45 indivíduos do Movimento Sem-Terra (MST), de ambos os gêneros, com idade igual e superior a 50 anos com o propósito de estudar a presença de alterações estomatológicas associadas a doenças gerais que acometem essa população. Desses 45 indivíduos, 35,5% apresentavam alguma doença sistêmica, como hipertensão (22,2%), problemas cardíacos (11,1%) e diabetes mellitus (2,2%). Dentro desse grupo, todos estavam medicados e apresentavam sintomas orais de interesse odontológico, tais como xerostomia (15,5), dores hemifaciais de cunho psicológico (11,1%) e surtos de aftas recorrentes (11,1%). Dados

gerais referem a 25 indivíduos do gênero masculino e 20 do feminino, dos quais 29 são portadores de próteses totais (64,4%). Quanto aos hábitos, observaram-se 11 fumantes (24,4%) e 19 deles ingeriam álcool com frequência diária ou semanal (42,2%). Através desses resultados, os autores concluíram que a ocorrência de doença sistêmica e alterações estomatológicas são significantes nessa amostra, principalmente na faixa etária de 50 a 60 anos.

Por considerar que estudos sobre a prevalência de lesões orais em crianças sejam insuficientes e com dados contraditórios, Bessa *et al* (2004) desenvolveram uma pesquisa com o intuito de verificar a prevalência e fatores de associação de alterações de mucosa oral em crianças de 0 a 12 anos, atendidas no serviço de Pediatria do Hospital das Clínicas de Minas Gerais, Brasil. Para tal, foram examinadas 1.211 crianças de ambos os gêneros, divididas em dois grupos, de 0-4 anos e 5-12 anos. Os exames clínicos seguiram o critério de diagnóstico desenvolvido pela OMS. Das 1.211 crianças examinadas, 47,2% eram meninos e 52,8% eram meninas. 61,6% compreendiam o grupo de 0-4 anos e o restante, 38,4%, corresponde ao grupo de 5-12 anos. Com relação à cor, a maioria (69%) era de não brancos. Os resultados mostram que 27% das crianças apresentavam alguma lesão no momento do exame. Houve uma maior prevalência dessas lesões no grupo de 5-12 anos. As lesões mais comuns foram: língua geográfica (30,05%), mucosa mordiscada (20,22%) e máculas melanóticas (8,47%).

Já Harris *et al* (2004) focaram seus estudos para a relação entre prevalência de lesões orais e consumo de bebidas alcoólicas numa população composta por 693 indivíduos, na região Sul de Londres. Essa população foi separada por pacientes alcoólatras (388) e pacientes que consomem bebidas alcoólicas mais alguma outra droga (305). As bebidas consideradas foram: cerveja, cidra, *spirit* ou “bebidas quentes” (uísque, vodka, tequila, rum, etc) e vinho. Os resultados obtidos mostraram que a idade média dessa amostra era de 40,5 anos de idade, a maioria era de raça branca (92,6%) e que muitos indivíduos consomem mais de um tipo de bebida alcoólica. Com relação às lesões orais, 227 lesões foram encontradas em 195 pessoas (28,1%), sendo que prevaleceram as lesões HFI (8,8%), cicatrizes nos lábios (4,8%), candidíase (3,8%) e queilite angular (3,0%). Leucoplasias foram diagnosticadas em três casos, um paciente já havia tratado um câncer de boca e nenhuma eritroplasia foi encontrada. Não houve diferenças significativas entre a prevalência de lesões orais nos dois grupos. O consumo de tabaco foi alto em ambos os grupos. Através das análises realizadas pelos autores, os pacientes que tiveram maior risco de desenvolver algum tipo de lesão oral são pessoas negras ou asiáticas (grupo minoria), fumantes, com índice de massa corpórea menor que 20 e que consomem cerveja.

Santos *et al* (2004) realizaram um estudo com índios da região da Amazônia. A tribo estudada foi a Waimiri Atroari, uma comunidade completamente livre de hábitos como ingestão de bebidas alcoólicas e tabaco. Essa tribo freqüentemente recebia atenção à saúde geral e

odontológica e diante dessas observações contínuas, notou-se que esses índios apresentavam uma frequência significativa de hiperplasia epitelial focal, mas nenhum estudo até então havia realizado um levantamento epidemiológico dessa população com o objetivo de conhecer a prevalência dessas lesões. Baseados nessas características os autores examinaram uma amostra representativa selecionada aleatoriamente. De uma comunidade de 922 índios, foram examinados 587, entre os quais 52,57% da população com até 12 anos de idade e 73,44% da população com mais de 13 anos de idade, e que apresentassem ao menos uma lesão na mucosa oral. Para o exame clínico, os autores utilizaram a ficha clínica proposta pela OMS. Após os exames, os resultados obtidos mostraram que não houve diferença estatisticamente significativa entre gêneros, quando se considerava a presença de ao menos uma lesão na boca. Com relação à idade, 52,6% das crianças e 73,4% dos adultos apresentavam alguma lesão no momento do exame. As alterações mais encontradas foram: língua fissurada (27,3%), hiperplasia epitelial focal (21,0%), lesões de origem traumática (6,0%), língua geográfica (4,9%), grânulos de Fordyce (3,8), e candidíase (3,7%). Como conclusões, os autores relataram que a condição de saúde bucal apresentada é um reflexo do estilo de vida que esses índios levavam e pela interação com o meio em que viviam.

Shulman *et al* (2004) realizaram um levantamento epidemiológico das lesões orais, durante o período da “Third National Health and Nutrition Examination Survey”, que se iniciou em 1988 e se estendeu até 1994. O objetivo do estudo era alcançar um número capaz de se basear numa

amostra de probabilidade correspondente à população nacional. Para isso, o estudo contou com uma amostra de 17.235 adultos (com 17 anos ou mais) e com uma equipe de cirurgiões–dentistas devidamente treinados para a realização dos exames clínicos, seguindo o padrão do guia epidemiológico de diagnóstico das lesões orais, criado pela OMS. Dentre essa amostra, 27,9% apresentaram um total de 6.003 lesões. As lesões associadas a próteses compreenderam 8.4% das lesões totais e as lesões associadas ao fumo somaram 4,7%. Tatuagem por amálgama (3,3%), mordidas em lábios e bochechas (3,05%) e lesões friccionais (2.67%) foram as outras lesões mais encontradas, respectivamente. Relacionado os dados encontrados e adequando-os à população estadunidense, os autores esperavam que 28,24% dessa população apresente alguma condição visível na boca. Além disso, puderam confirmar que, a prevalência de lesões difere significativamente de acordo com a idade, gênero, raça, uso de próteses móveis e hábito de fumar.

Cardoso *et al* (2005) realizaram um estudo avaliando a prevalência de grânulos de Fordyce, devido à escassez de dados sobre a ocorrência dessa situação na população geral. Pra isso, os autores avaliaram 2.281 prontuários de pacientes atendidos na Clínica de Estomatologia do curso de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco, no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2003. O objetivo era determinar a distribuição de grânulos de Fordyce, segundo as variáveis: gênero, faixa etária e cor da pele. Dos prontuários avaliados, 651 pertenciam a homens e 1630 eram de mulheres, com idade variando de um a 90 anos. A prevalência de grânulos

de Fordyce foi de 3,0% dentre esses pacientes. O gênero masculino (4,3%) foi mais acometido que o feminino (2,5%). Com relação à idade, a faixa etária de um a 10 anos não apresentou nenhum caso, em compensação, a faixa com maior número de acometidos foi entre 30 e 64 anos. Com isso, os autores concluíram que os grânulos de Fordyce são relativamente comuns e acometem principalmente os homens a partir da quarta década de vida.

Outro trabalho nacional envolvendo o MST foi o de Godoy *et al* (2005), que avaliaram a resposta clínica do estresse emocional na mucosa bucal, que afeta indivíduos acampados e assentados do MST da região de Promissão, São Paulo. Para esse levantamento, os autores contaram com uma amostra de 180 pessoas, de ambos os gêneros (78 homens e 102 mulheres), com idade a partir de 16 anos. Esse grupo foi separado em dois subgrupos (acampados – Ac e assentados - As), contendo 90 indivíduos em cada grupo. Dentre os 78 homens foram percebidas 48 lesões bucais e dentre as 102 mulheres foram percebidas 47 lesões bucais. As lesões bucais relacionadas ao stress mais encontradas foram: aftas recorrentes (incidentes entre os 30-41 anos de idade), língua geográfica (incidente entre os 27 – 44 anos de idade), com maior prevalência entre as mulheres, e herpes simples recorrentes (incidente entre 30-34 anos). Além disso, mucosa mordiscada, mucocele e dores na boca também compuseram o quadro observado e nenhuma dessas alterações teve diferença significativa entre gêneros. Os autores também perceberam que devido ao stress, os participantes do MST passaram a adotar o vício de cigarros e bebidas

alcoólicas na tentativa de aliviar o stress e, sendo assim, lesões provenientes desses vícios podem se tornar freqüentes nesse meio.

Até 2005, segundo Muncu *et al* (2005), nenhum trabalho havia sido feito sobre a prevalência de lesões orais na Turquia. Por isso, os autores se propuseram a avaliar a prevalência e distribuição de lesões orais na população turca. Os autores selecionaram uma população, composta por 765 pessoas (375 do gênero feminino e 390 do gênero masculino) de um distrito de Istambul, chamado Kartal. Foram coletados dados através de anamnese e exame físico, de acordo com o critério da OMS. A idade média do grupo era de 35,6 anos. Tanto homens quanto mulheres apresentaram valores semelhantes com relação à presença de lesões orais. Pigmentação melânica foi encontrada em 6,9% da população, sendo a lesão mais comum. Com relação às lesões de língua, foram encontradas língua fissurada (5,2%), varizes linguais (4,1%), língua pilosa (3,8%), língua geográfica (1,0), atrofia das papilas linguais (0,7%) e anquiloglossia (0,3%). Lesões associadas a próteses foram as seguintes: estomatites (4,3%), irritação por sucção (0,8%), hiperplasias e tórus palatino (0,5%) e úlceras traumáticas (0,3%). Pelas análises dos autores, o aparecimento de lesões esteve associado ao aumento da idade.

Rioboo-Crespo *et al* (2005) publicaram uma revisão literária mais atualizada associada a experiências próprias, com o intuito de render dados epidemiológicos que auxiliem no diagnóstico das doenças mais comuns que acometem a mucosa oral de crianças. Ao realizarem tal levantamento, os

autores puderam notar que há uma larga discrepância com relação a dados epidemiológicos de acordo com os trabalhos, afinal, a ocorrência das lesões está diretamente relacionada ao estilo de vida específico de cada população. Além disso, a falta de um critério para a realização dos levantamentos colabora ainda mais com essa variabilidade de informações e a construção de conclusões coerentes com relação a esse assunto. No entanto, os autores ressaltam a importância da realização de mais trabalhos epidemiológicos voltados para a população infantil e as lesões bucais que as acomete e enfatizam a necessidade da criação de protocolos para estudos futuros.

Outro estudo, que também focava para crianças, foi o de Sklavounou-Andrikopoulou *et al* (2005), na Grécia. O estudo foi realizado através da análise retrospectiva do banco de dados do Departamento de Patologia Oral da Universidade de Atenas. O objetivo dos autores foi avaliar as características clínicas de lesões orais de tecidos moles em crianças e adolescentes gregos com até 18 anos de idade, atendidos num período de 32 anos (1970-2002). Os autores destacaram que a população grega era composta basicamente por caucasianos brancos e que raramente ocorre miscigenação. Os resultados encontrados mostraram que de um total de 19.933 biópsias recebidas pelo serviço, 1.040 casos (5,2%) eram de lesões orais de tecido mole. A idade média dessa amostra foi de 13,83 anos, no entanto, foram recebidos pacientes desde um mês de idade até 18 anos. Não houve predileção por gênero. A maioria das lesões era benigna (98,5%), enquanto que raramente houve casos de neoplasias malignas

(1,5%). A maioria das lesões foi diagnosticada como inflamatórias e/ou traumáticas.

Shulman (2005) também publicou um artigo sobre prevalência de lesões orais em crianças e adolescentes que corresponde à população total desse grupo nos Estados Unidos. O autor fez uma comparação entre dois levantamentos realizados com essa população. O primeiro levantamento foi realizado durante a “Third National Health and Nutrition Examination Survey”, no período de 1988 a 1994, onde diversos tipos de exames foram promovidos pelo “National Center for Health Statistics”; o segundo, durante a “National Survey of Oral Health in US School Children”, programa realizado em âmbito nacional, dividido em três estágios, baseados numa amostra de probabilidade que represente a população escolar dos Estados Unidos (do jardim da infância até a 12ª série). Esse segundo estudo foi conduzido pelo “National Institute of Dental Reserch” entre 1986 e 1987. Como resultados, o autor observou que 914 (10,26%) indivíduos apresentavam lesões clinicamente visíveis (amostra ajustada para efeito de amostragem). Os locais mais afetados por lesões foram o lábio (30,7%), seguidos pelo dorso da língua (14,7%) e mucosa jugal (13,6%). Além disso, os examinadores perceberam que a prevalência das lesões aumentava significativamente com a idade e que os homens eram mais afetados que as mulheres (11,76% e 8,67%, respectivamente), no entanto, não foi verificada nenhuma relação de prevalência de lesões com etnia. As lesões mais prevalentes foram mordidas em lábio e/ou bochecha (1,89%), seguidas por estomatite aftosa recorrente (1,64%), herpes labial recorrente (1,42%) e língua geográfica (1,05%).

Na Grécia, Triantos (2005) focou sua pesquisa em pacientes acima de 65 anos de idade, buscando dados como gênero, idade, estado de saúde geral, dentados ou desdentados, presença de próteses e condições gerais da boca. Para tanto, foram examinados 316 pacientes, sendo que 120 eram homens (38%) e 196 eram mulheres (62%). A idade média do grupo era de 78 anos de idade, compreendendo pacientes de 65 a 99 anos. O autor observou que a grande maioria (90%) apresentava pelo menos um tipo de problema de saúde de modo geral, para o qual era necessário o uso de medicamentos de uso diário. Setenta e nove por cento dos pacientes eram edentados, dos quais, 33% não usavam nenhuma prótese. Com relação à condição oral, quase metade desses pacientes (47%) apresentava alguma alteração. Os principais achados foram estomatites causadas por próteses (17,2%), boca seca (14,6%), atrofia das papilas lingual (10,5%), língua fissurada (9,8%) e hemangiomas (6,8%). Nenhum caso de lesão maligna foi observado.

3. PROPOSIÇÃO

- Realizar um estudo prospectivo da ocorrência das lesões bucais nos pacientes que procurarem a clínica de Estomatologia da Universidade Paulista – UNIP, no período de Agosto de 2005 a Dezembro de 2006;
- Desenvolver uma ficha clínica de coleta de informações e um banco de dados para armazenamento e processamento das informações coletadas.

4. PACIENTES E MÉTODOS

4.1. PACIENTES

Pacientes encaminhados à clínica de Estomatologia da Faculdade UNIP, no período de Agosto de 2005 a Dezembro de 2006, apresentando fichas de consentimento preenchidas, assinadas e anexadas ao trabalho.

4.2. MÉTODOS

4.2.1. EXAME CLÍNICO

Segundo Sonis *et al* (1996), na análise clínica de uma lesão bucal, é fundamental o exame completo da cabeça e do pescoço. Esse exame deve ser executado na primeira consulta do paciente e nas consultas subseqüentes, de maneira metódica. O exame deve ser feito em ambiente confortável, com iluminação adequada. Esse processo de avaliação se divide em dois momentos: avaliação intra-oral e avaliação extra-oral. O exame envolve a aplicação rotineira de quatro métodos de observação: inspeção, palpação, percussão e auscultação. Durante o exame intra-oral

deve-se começar pela palpação e observação dos lábios, seguidos da mucosa jugal e labial, e dos palatos duro e mole. A seguir, a orofaringe deve ser examinada, solicitando ao paciente que relaxe a língua, deixando que o operador puxe-a para frente e, depois, comprimindo-a para baixo com um abaixador de língua. A língua e o assoalho da boca são mais bem examinados segurando-se a língua com uma compressa de gaze e puxando-a delicadamente para frente, para cima e para os lados. Ambas as áreas devem ser palpadas bimanualmente, colocando-se uma das mãos na boca, enquanto a outra mão faz pressão do lado oposto. As glândulas e os ductos observados em relação ao fluxo salivar límpido, abundante e indolor. O odor do hálito deve ser notado. O exame extra-oral inclui a observação da simetria dos ouvidos, nariz e garganta. É necessário que o examinador observe qualquer erupção ou lesão. As regiões submentonianas, submandibular e cervical devem ser palpadas em busca de linfadenopatia, o que pode ser realizado facilmente pela frente ou por trás da cabeça do paciente. Palpar também a área da tireóide. Após uma avaliação detalhada, caso haja alguma lesão, deve-se secar a lesão e observar atentamente sua cor, textura, tamanho, consistência e localização. A classificação geral da lesão deve ser anotada.

4.2.2. FICHA DE COLETA DE DADOS

Baseada na ficha clínica do guia da OMS (1980) e procurando adaptar às necessidades e possibilidades clínicas, uma nova ficha clínica foi proposta neste projeto, especialmente para guiar a coleta de dados na clínica de Estomatologia da UNIP – Campus Bacelar.

A ficha clínica proposta apresenta o seguinte formato:

A. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Os pacientes serão identificados pelo *nome completo*, *idade* e um *número de protocolo*. Além disso, devem constar *telefones* de contato do paciente e a *data do primeiro contato* com a clínica de Estomatologia.

B. GÊNERO

A variável gênero se divide em duas categorias: gênero *masculino* e gênero *feminino*.

C. COR

A variável cor se divide em duas categorias: *brancos* e *não brancos*.

D. PROCEDÊNCIA

O paciente deve informar quem o referenciou ao serviço de Estomatologia da UNIP. Essa variável sugere algumas possibilidades: *hospital*, *Unidade Básica de Saúde (UBS)*, *dentista particular*, *UNIP* (outras

disciplinas) e *Outros* (neste caso, o paciente deve esclarecer como chegou ao serviço).

E. QUEIXA PRINCIPAL

Nesse campo, o examinador deve descrever a razão principal pela qual o paciente consulta o dentista, de maneira mais resumida, nas próprias palavras do paciente e segundo a sua perspectiva.

F. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Registro de todas as circunstâncias que envolveram o início e a progressão dos sintomas do paciente, de maneira resumida, mostrando os pontos relevantes. Essa parte da ficha é compreendida pelas seguintes variáveis:

F.1. DOR

Essa variável se divide em duas categorias: *presente* e *ausente*.

F.2. SANGRAMENTO

Essa variável se divide em duas categorias: *presente* e *ausente*.

F.3. PERDA DA FUNÇÃO

Essa variável se divide em duas categorias: *presente* e *ausente*.

F.4. DURAÇÃO DA QUEIXA

Essa variável se divide nas seguintes categorias: *ausente, menor que sete dias, de sete a 14 dias, até três meses e maior que três meses.*

G. INFORMAÇÕES DA HISTÓRIA MÉDICA

Resumo dos acontecimentos ou condições médicas anteriores, como: alergias, doenças, medicamentos e hospitalização. Nesse campo são sugeridas as doenças mais comuns, como: *hipertensão, cardiopatia, diabetes, doença infecciosa* (HIV e Hepatite). Caso o paciente relate uma doença diferente, o examinador deve preencher a categoria “*outros*”. Nessa etapa, pergunta-se ao paciente se ele faz ou não uso de medicamentos. Em caso de resposta afirmativa, o examinador deve descrever a medicação e quantidade utilizada.

H. INFORMAÇÕES DA HISTÓRIA FAMILIAR

Utilizada para determinar a transmissão genética de doença ou uma predisposição para ela. Essa variável se divide em três categorias: *neoplásico, genético e endócrino.*

I. HÁBITOS

Possui duas variáveis: *tabagismo* e *etilismo*. Cada uma delas é dividida em duas categorias: *sim* e *não*. Em caso de resposta afirmativa, o examinador deve descrever a *dose* (quantidade) e o *tempo* do vício.

J. EXAME FÍSICO

Descreve as alterações observadas durante o exame extra e intra-oral do paciente.

J.1. EXTRA-ORAL

Divide-se nas seguintes variáveis:

J.1.1. FACE

Descreve se há ou não alteração na face. Divide-se nas seguintes categorias: *normal*, *aumento de volume*, *alteração de cor* e *alteração anatômica*.

J.1.2. LINFONODOS

Descreve se há ou não alteração nos linfonodos palpados. Divide-se nas seguintes categorias: *normais* e *palpáveis alterados*. Em caso de ser palpáveis alterados, essa categoria se subdivide de acordo com a sua localização: *submentoniano*, *submandibular direito* (D), *submandibular esquerdo* (E), *submandibular D e E* e *cervicais*.

J.1.3. CARACTERÍSTICA DOS LINFONODOS

Descreve a qualidade do linfonodo durante a palpação. Divide-se nas seguintes categorias: *inflamatório*, *residual* e *neoplásico*.

J.1.4. PRESENÇA DE LESÃO NA FACE

Divide-se em duas categorias: *sim* e *não*.

J.1.5. LOCALIZAÇÃO DA LESÃO NA FACE

Divide-se nas seguintes regiões: *frontal, temporal D, temporal E, orbital D, orbital E, infra-orbital D, infra-orbital E, zigomática D, zigomática E, nasal, bochecha D, bochecha E, oral D, oral E e mental.*

J.2. INTRA-ORAL

Divide-se nas seguintes variáveis:

J.2.1. PRESENÇA DE LESÃO EM MUCOSA ORAL

Divide-se em duas categorias: *sim* e *não*.

J.2.2. NÚMERO DE LESÕES

Divide-se nas seguintes categorias: *uma, duas, três e superior a quatro.*

J.2.3. DESCRIÇÃO DA LESÃO PRINCIPAL

Descreve as características da lesão principal por meio dos seguintes tópicos e suas respectivas categorias:

J.2.3.1. CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO FUNDAMENTAL

Descreve a característica clínica por meio da qual a doença está se manifestando. Divide-se nas seguintes categorias: *mancha/mácula, placa, vesícula/bolha, pápula, nódulo, vegetação, úlcera, ulceração, tumefação e verrucosidade.*

J.2.3.2. SINTOMATOLOGIA

Essa variável se divide em duas categorias: *presente e ausente*.

J.2.3.3. SUPERFÍCIE

Essa variável se divide em duas categorias: *lisa e rugosa*.

J.2.3.4. CONTORNO

Essa variável se divide em duas categorias: *regular e irregular*.

J.2.3.5. BASE

Essa variável se divide em três categorias: *séssil, pediculada e sem base*.

J.2.3.6. BORDA

Essa variável se divide em três categorias: *elevada, deprimida e sem alteração*.

J.2.3.7. COLORAÇÃO

Essa variável se divide nas seguintes categorias: *normal, branca, negra, violácea/vermelha*.

J.2.3.8. TAMANHO

Essa variável se divide nas seguintes categorias: *zero a cinco mm, cinco a 10 mm, 10 a 20 mm, 20 a 30 mm, maior que 30 mm*.

J.2.3.9. LOCALIZAÇÃO

Essa variável se divide nas seguintes categorias: *lábio superior, lábio inferior, mucosa jugal, borda de língua, dorso de língua, ventre de língua, mucosa alveolar superior, mucosa alveolar inferior, gengiva superior, gengiva inferior, fundo de sulco, rebordo alveolar superior, rebordo alveolar inferior, soalho de boca, palato duro, palato mole e orofaringe.*

J.2.3.10. LADO DA LESÃO

Essa variável se divide em três categorias: *direito, esquerdo e mediano.*

J.2.3.11. ASSOCIADA AO USO DE PRÓTESE

Essa variável se divide em duas categorias: *sim e não.*

J.2.3.12. ASSOCIADA A TRAUMA

Essa variável se divide em duas categorias: *sim e não.*

K. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Frente aos aspectos clínicos observados durante o exame de um paciente com lesão oral, o examinador deve definir uma hipótese diagnóstica ou um diagnóstico presuntivo, preenchendo o respectivo campo.

L. EXAMES COMPLEMENTARES

Complementam os dados da anamnese e do exame físico para a confirmação das hipóteses diagnósticas. Nessa variável, citamos as

categorias mais utilizadas dentro da Odontologia. São elas: *radiográfico*, *laboratorial*, *biópsia* e *citologia*. Caso algum outro exame complementar seja solicitado esse deve ser discriminado no campo “outros”.

M. DIAGNÓSTICO FINAL

Definido a partir de conjunto de dados, formado a partir de sinais e sintomas, da evolução clínica, do exame físico e dos exames complementares. O examinador deve preencher o respectivo campo após a obtenção do diagnóstico final.

N. TRATAMENTO

Meios utilizados na busca da melhora, regressão ou eliminação da lesão diagnosticada. Essa variável se divide nas seguintes categorias: *suporte*, *sintomático*, *medicamentoso*, *cirúrgico* e *prova terapêutica*.

O. DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO

Nesse campo o examinador deve preencher todo o procedimento do tratamento e se houve a cura da doença.

P. FICHA COMPLEMENTAR DE LESÕES

Essa ficha será anexada à ficha principal, caso haja mais de uma lesão. Para cada lesão encontrada é necessário o preenchimento dessa ficha acessória. Essa ficha contém a parte da identificação do paciente e contém um campo que define qual é a lesão a ser descrita (ex. lesão 2,

lesão três). Fora isso, a ficha é basicamente a repetição dos itens **J.2.3.1** ao **O** descritos acima.

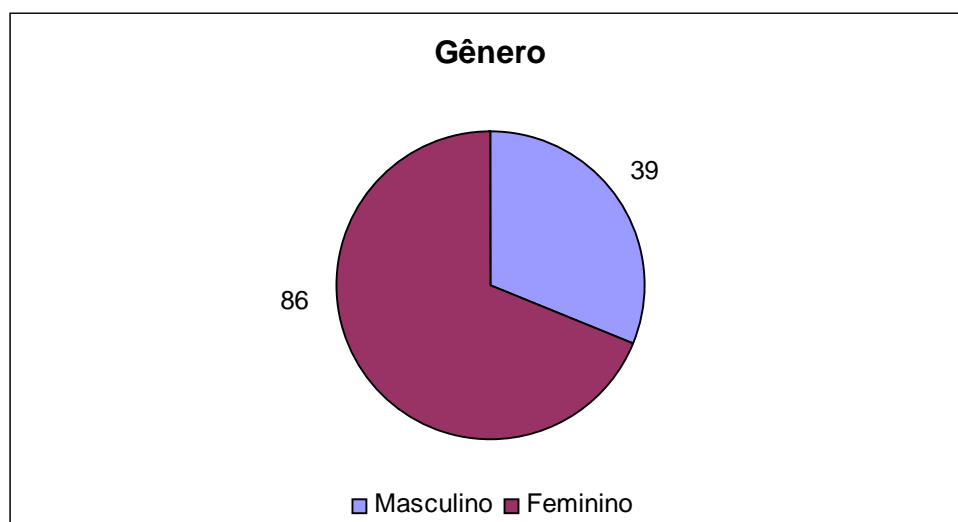
4.2.3. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a coleta dos de dados coletados nesse estudo, foi necessária a utilização de um banco de dados com recursos estatísticos para tratamento de informações gerenciais (Raosoft Survey). Por meio desse programa de computador, foi possível construir um formulário especialmente desenhado para a entrada dos dados. Ainda através desse banco de dados, foi possível realizar a análise estatística descritiva das informações coletadas.

5. RESULTADOS

A amostra consta de 125 pacientes. Desse total, 86 (68,8%) são do gênero feminino, 39 (31,2%) são do gênero masculino, como visto no gráfico abaixo (gráfico 1).

Gráfico 1. Relação homens/mulheres que procuraram a clínica de Estomatologia da UNIP, no período de Agosto/2005 a Dezembro/2006.



A maioria, de cor branca, corresponde a 91 (72,8%) pacientes e 34 (27,2%) foram considerados não brancos. A idade média dos pacientes é de 46 anos e a distribuição por faixa etária é vista na tabela 1.

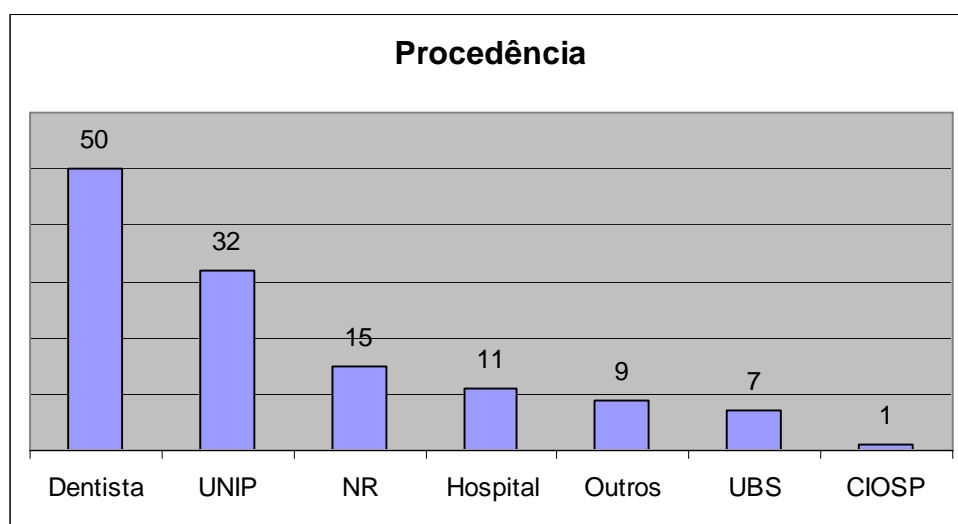
Tabela 1. Distribuição da freqüência dos pacientes atendidos na clínica de Estomatologia da UNIP, no período de Agosto/2005 a Dezembro/2006, de acordo com a faixa etária.

Faixa Etária	Nº	%
0 a 10	8	6,4
11 a 20	7	5,6
21 a 30	10	8
31 a 40	25	20
41 a 50	22	17,6
51 a 60	26	20,8
61 a 70	17	13,6
71 a 80	9	7,2
81 a 90	1	0,8
91 a 100	0	0
TOTAL	125	100

Fonte: Clínica de Estomatologia UNIP – Campus Bacelar 2005/2006

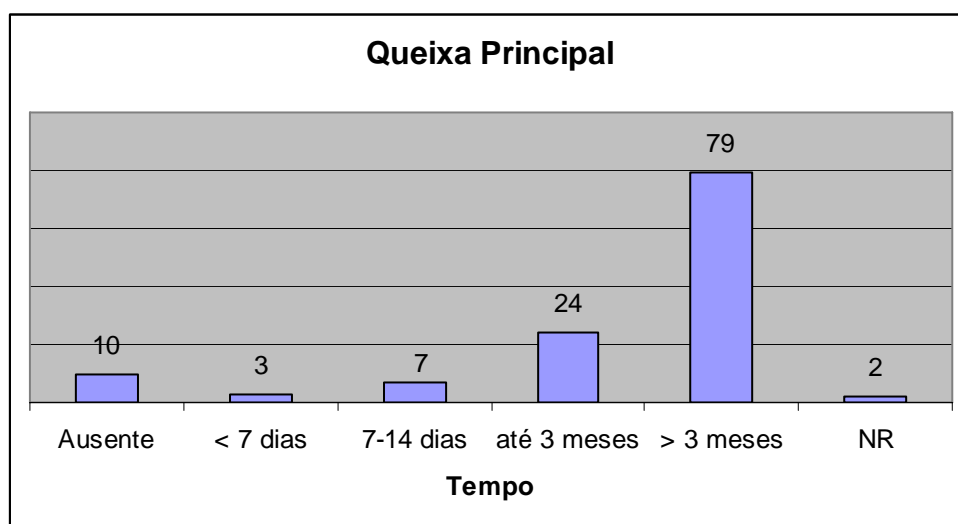
Com relação à procedência, 50 (40%) pacientes foram encaminhados por dentistas particulares; 32 (25,6%) chegaram à clínica de Estomatologia pelo encaminhamento de outras disciplinas da Faculdade de Odontologia da UNIP; 11 (8,8%) foram referenciados por hospitais; sete (5,6%) foram encaminhados por Unidades Básicas de Saúde (UBS); um (0,8%) paciente chegou à Universidade após ter sido examinado no Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo (CIOSP); nove (7,2%) pacientes foram encaminhados por outros meios e 15 (12%) pacientes não responderam ou não sabiam responder, como observado no gráfico 2.

Gráfico 2. Distribuição dos pacientes que procuraram a clínica de Estomatologia da UNIP, no período de Agosto/2005 a Dezembro/2006, de acordo com a sua procedência.



Quarenta e seis (36,8%) pacientes se queixavam de dor, 18 (14,4%) relatavam sangramento na boca e sete (5,6%) apresentavam perda de função mastigatória no momento do exame clínico. Em 79 (63,2%) pacientes, a queixa principal estava presente há mais de três meses, em 24 (19,2%) pacientes a queixa estava presente até três meses, 10 (8%) pacientes responderam que não tinham queixa (queixa ausente), sete (5,6%) pacientes relataram queixa de sete a 14 dias e três (2,4%) pacientes disseram que a queixa estava presente há menos de sete dias. Dois (1,6%) pacientes não souberam responder à questão (gráfico 3).

Gráfico 3. Distribuição da duração da queixa principal até o momento de nossa consulta inicial, de acordo com os pacientes atendidos na clínica de Estomatologia da UNIP, no período de Agosto/2005 a Dezembro/2006.



Vícios como tabagismo e etilismo estavam presentes em 30 (24%) e 24 (19,2%) pacientes respectivamente, sendo que 95 (76%) pessoas relataram não fumar ou terem abandonado o vício e 101 (80,8%) pessoas relataram o mesmo quanto ao consumo de álcool (tabela 2).

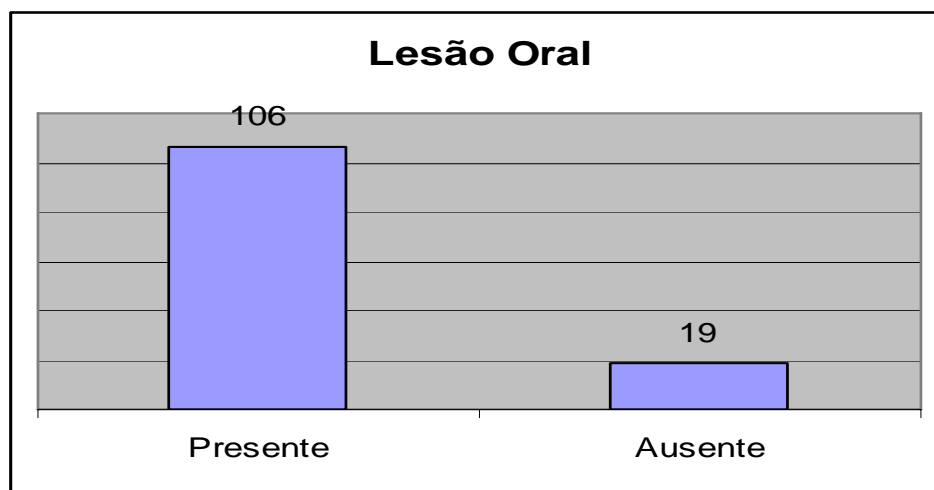
Tabela 2. Distribuição dos pacientes examinados na clínica de Estomatologia da UNIP, no período de Agosto/2005 a Dezembro/2006, de acordo com seus vícios.

VARIÁVEL	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tabagismo	30	24	95	76	125	100
Etilismo	24	19,2	101	80,8	125	100

Fonte: Clínica de Estomatologia UNIP – Campus Bacelar 2005/2006

Durante o exame desses pacientes, 106 (84,8%) apresentavam alguma lesão em mucosa oral. As 19 (15,2%) pessoas restantes não apresentavam nenhuma lesão visível, embora pudessem relatar alguma queixa, posteriormente investigada (gráfico 4).

Gráfico 4. Distribuição da variável “lesão oral”, nos pacientes atendidos na clínica de Estomatologia da UNIP, no período de Agosto/2005 a Dezembro/2006.



Oitenta e três (68%) pacientes apresentavam lesões únicas, 13 (10,4%) pacientes apresentavam duas lesões, cinco (4%) pacientes apresentavam três lesões e outras cinco (4%) pessoas apresentavam quatro lesões ou mais no momento da coleta de dados (tabela 3).

Tabela 3. Distribuição da variável “número de lesões orais” de acordo com os pacientes atendidos na clínica de Estomatologia da UNIP, no período de Agosto/2005 a Dezembro/2006.

QUANTIDADE LESÕES	Nº	%
1	83	68
2	13	10,4
3	5	4
4 ou mais	5	4
TOTAL	106	86,4

Fonte: Clínica de Estomatologia UNIP – Campus Bacelar 2005/2006

As lesões encontradas foram classificadas de acordo com a lesão fundamental, da seguinte maneira (tabela 4):

Tabela 4. Distribuição das lesões encontradas dentre os pacientes atendidos na clínica de Estomatologia da UNIP, no período de Agosto/2005 a Dezembro/2006, de acordo com sua lesão fundamental.

CLASSIFICAÇÃO	Nº	%
Nódulo	39	31,2
Mancha	15	12
Úlcera	12	9,6
Tumefação	11	8,8
Placa	10	8
Pápula	7	5,6
Ulceração	5	4
Vegetação	4	3,2
Verrucosidade	3	2,4
Total	106	84,8

Fonte: Clínica de Estomatologia UNIP – Campus Bacelar 2005/2006

A localização das lesões foi a seguinte: 18 (14,4%) em palato duro; 17 (13,6%) em lábio inferior; 13 (10,4%) em língua [borda – sete (5,6%); dorso – cinco (4%); ventre – um (0,8%)]; 12 (9,6%) em mucosa jugal; 10 (8%) em

gengiva superior; nove (7,2%) em gengiva inferior; seis (4,8%) em lábio superior, em rebordo alveolar superior e fundo de sulco; três (2,4%) em rebordo alveolar inferior, dois (1,6%) em mucosa alveolar inferior, em mucosa alveolar superior e soalho bucal (tabela 5):

Tabela 5. Distribuição das lesões encontradas na clínica de Estomatologia da UNIP, no período de Agosto/2005 a Dezembro/2006, de acordo com a sua localização.

LOCALIZAÇÃO	Nº	%
Palato duro	18	14,4
Lábio inferior	17	13,6
Língua	13	10,4
Mucosa jugal	12	9,6
Gengiva superior	10	8
Gengiva inferior	9	7,2
Lábio superior	6	4,8
Rebordo alveolar superior	6	4,8
Fundo de sulco	6	4,8
Rebordo alveolar inferior	3	2,4
Mucosa alveolar inferior	2	1,6
Mucosa alveolar superior	2	1,6
Soalho bucal	2	1,6
TOTAL	106	84,8

Fonte: Clínica de Estomatologia UNIP – Campus Bacelar 2005/2006

O diagnóstico inicial ou hipótese diagnóstica foi definido somente com base na primeira consulta, frente ao exame clínico inicial, relato do paciente sobre a doença até aquele momento e eventualmente uma radiografia periapical para observar possíveis lesões intra-ósseas. As lesões serão divididas dentre os seguintes grupos: a) Defeitos e Doenças Ósseas, b) Cistos e Tumores Odontogênicos, c) Lesões Melanóticas ou Pigmentadas, d) Processos Proliferativos Não-Neoplásicos (PPNN), e) Neoplasias Benignas, f) Neoplasias Malignas, g) Lesões Cancerizáveis, h) Doenças

Dermatológicas e/ou Auto Imunes, i) Dor, j) Infecções Bacterianas, Virais e Fúngicas, k) Traumas, l) Doenças de Glândulas Salivares, m) Outros. O grupo *Outros* é caracterizado por lesões ou condição que não se enquadra nos grupos anteriores. Os diagnósticos clínicos aventados no momento do exame estão na tabela a seguir (tabela 6).

Tabela 6. Distribuição da frequência de lesões encontradas na clínica de Estomatologia da UNIP, no período de Agosto/2005 a Dezembro/2006, definidas através da Hipótese Diagnóstica.

VARIÁVEL	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Nº	%
Doenças ósseas	Tórus Palatino	3	2,4
	Tórus Mandibular	2	1,6
	Exostose	2	1,6
	Displasia Cimento-óssea	1	0,8
	Osteoma	1	0,8
Cistos e Tumores Odontogênicos	Cisto Periapical	8	6,4
	Cisto Odontogênico	1	0,8
	Cisto Dentígero	1	0,8
	Cisto de Erupção	1	0,8
	Cisto Residual	1	0,8
Lesões Pigmentadas	Pigmentação Melânica	2	1,6
PPNN	Hiperplasia Fibrosa Inflamatória	13	10,4
	Granuloma Piogênico	3	2,4
	Lesão Periférica de Células Gigantes	1	0,8
	Fibromatose Gengival Idiopática	1	0,8
Neoplasias Benignas	Fibroma	10	8
	Papiloma	6	4,8
	Hemangioma Capilar	3	2,4
	Condiloma	1	0,8
	Leucoedema	1	0,8
Neoplasias Malignas	CEC	2	1,6

Lesões Cancerizáveis	Leucoplasia	4	3,2
	Queilite Actínica	3	2,4
	Pigmentação Actínica	1	0,8
Doenças Dermatológicas e/ou Auto-Imune	Líquen Plano	6	4,8
	Penfigóide Benigno	1	0,8
	Pênfigo Vulgar	1	0,8
	Afta Simples	1	0,8
Dor	Disfunção Têmporo-Mandibular	1	0,8
Infecções	Candidose Eritematosa	3	2,4
	Candidose Pseudomembranosa	1	0,8
	Queilite Angular	1	0,8
	Gengivite	1	0,8
	Lesão Idiopática	1	0,8
Traumas	Úlcera Traumática	9	7,2
	Hiperqueratose Focal Irritativa	1	0,8
	Cicatriz	1	0,8
Doenças de Glândulas Salivares	Mucocele	6	4,8
	Adenoma Pleomórfico	1	0,8
Outros	Calcificação Óssea	1	0,8
	Inflamação Tonsila Lingual	1	0,8
	Inflamação Tonsila Palatina	1	0,8
	Agnesia Dentária	1	0,8
	Glossodinia	1	0,8
	Síndrome Boca Ardente	1	0,8
	Cisto Sebáceo	1	0,8
	Sobreposição Assoalho Bucal	1	0,8
	Pericoronarite	1	0,8
	Reabsorção Óssea	1	0,8
	Fístula Periapical	1	0,8

TOTAL	118	93,6
--------------	------------	-------------

Fonte: Clínica de Estomatologia UNIP – Campus Bacelar 2005/2006

Nos sete casos restantes (5,6%), nenhuma lesão, seja intra ou extra-óssea, foi encontrada.

Os diagnósticos finais foram definidos a partir de diversos fatores: conhecimento da evolução da doença (evolução clínica), provas terapêuticas, métodos de imagem (tomografias, radiografias panorâmicas, periapicais e oclusais), exames de análises clínicas e, principalmente, biópsias. As condições e doenças diagnosticadas também serão separadas de acordo com os grupos observados acima. Dessa maneira, os diagnósticos finais foram distribuídos segundo a tabela 7.

Tabela 7. Distribuição da freqüência de lesões encontradas na clínica de Estomatologia da UNIP, no período de Agosto/2005 a Dezembro/2006, definidas através do Diagnóstico Final.

VARIÁVEL	DIAGNÓSTICO FINAL	Nº	%
Doenças ósseas	Tórus Palatino	3	2,4
	Tórus Mandibular	2	1,6
	Exostose	2	1,6
	Displasia Cemento-óssea	1	0,8
	Osteoma	1	0,8
	Fibroma Ossificante	1	0,8
Cistos e Tumores Odontogênicos	Cisto Periapical	7	5,6
	Cisto Dentígero	2	1,6
	Cisto Odontogênico	1	0,8
	Cisto Residual	1	0,8
	Queratocisto	1	0,8
Lesões Pigmentadas	Pigmentação Melânica	2	1,6
PPNN	Hiperplasia Fibrosa Inflamatória	13	10,4
	Lesão Periférica de Cél. Gigantes	1	0,8
	Fibromatose Gengival Idiopática	1	0,8
Neoplasias Benignas	Hemangioma Capilar	5	4
	Fibroma	3	2,4
	Papiloma	2	1,6
	Condiloma	1	0,8

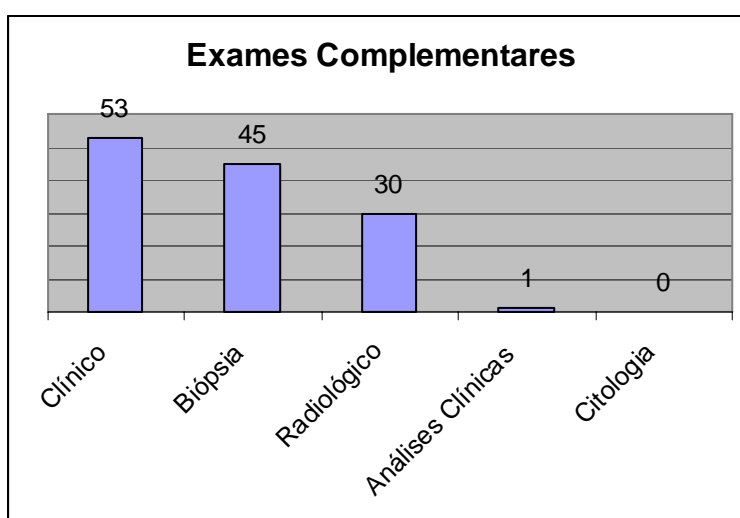
	Leucoedema	1	0,8
Neoplasias Malignas	CEC	2	1,6
Lesões Cancerizáveis	Leucoplasia/ Displasia Epitelial	3	2,4
	Queilite Actínica	3	2,4
Doenças Dermatológicas e/ou Auto-Imune	Líquen Plano	4	3,2
	Penfigóide Benigno	1	0,8
	Estomatite Aftosa Recorrente	1	0,8
	Afta Simples	1	0,8
Dor	Disfunção Têmporo-Mandibular	1	0,8
Infecções	Candidose Eritematosa	3	2,4
	Candidose Pseudomembranosa	1	0,8
	Queilite Angular	1	0,8
	Gengivite	1	0,8
Traumas	Úlcera Traumática	9	7,2
	Hiperqueratose Focal Irritativa	1	0,8
	Cicatriz	1	0,8
Doenças de Glândulas Salivares	Mucocele	2	1,6
	Adenoma de Células Basais	2	1,6
Outros	Calcificação Óssea	1	0,8
	Inflamação Tonsila Lingual	1	0,8
	Inflamação Tonsila Palatina	1	0,8
	Agnesia Dentária	1	0,8
	Glossodinia	1	0,8
	Síndrome da Boca Ardente	1	0,8
	Cisto Sebáceo	1	0,8
	Sobreposição Assoalho Bucal	1	0,8
	Pericoronarite	1	0,8
	Reabsorção Óssea	1	0,8
	Sinusite	1	0,8
	Coristoma Dentário	1	0,8
	Capuz Mucoso	1	0,8
	Cisto Ciliado da Maxila	1	0,8
TOTAL		107	85,6

Fonte: Clínica de Estomatologia UNIP – Campus Bacelar 2005/2006

Além dos sete (5,6%) casos onde nenhuma lesão foi diagnosticada, 11 (8,8%) pacientes não tiveram um diagnóstico definido. Dez (8%) deles não retornaram para continuar o tratamento e em um (0,8%) caso, o paciente realizou a biópsia, mas não se obteve um resultado definitivo, porque o material colhido estava “inadequado para o diagnóstico”, segundo o patologista. Após contato por telefone com o paciente, este não retornou para realizar um novo procedimento.

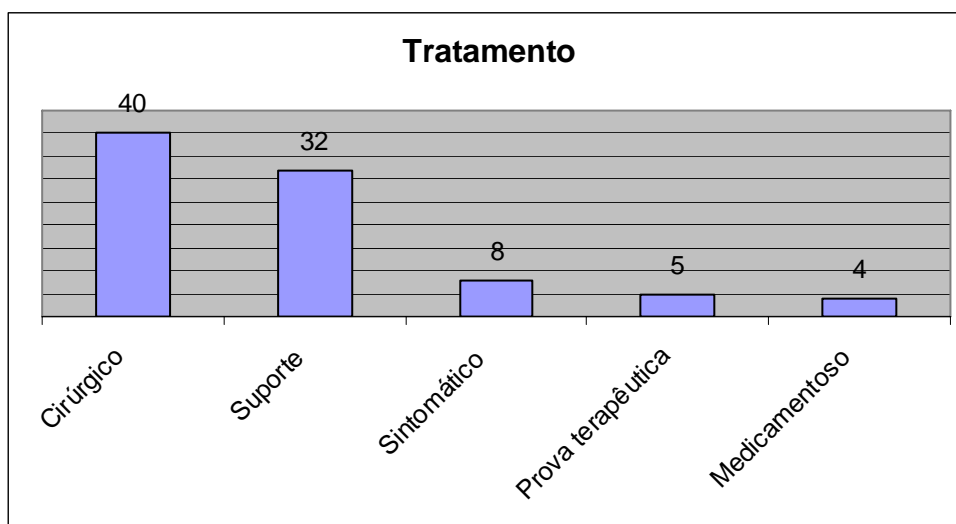
Os exames complementares primários, ou seja, aqueles solicitados de primeiro momento, mais solicitados na clínica de Estomatologia foram a biópsia em 45 (36%) casos e o radiológico em 30 (24%). Em 53 (42,4%) casos, somente o exame clínico foi necessário. Como exames secundários, tivemos um caso em que solicitamos exames de laboratório (gráfico 5).

Gráfico 5. Distribuição dos exames complementares solicitados para os pacientes atendidos na clínica de Estomatologia no período de Agosto /2005 a Dezembro/2006.



Com relação ao tratamento, 40 (32%) pacientes receberam atendimento cirúrgico de remoção da(s) lesão(ões), 32 (25,6%) pessoas receberam tratamento de suporte, oito (6,4%) pacientes receberam terapia sintomática, cinco (4%) passaram por prova terapêutica com resultado positivo e regressão das lesões e quatro (3,2%) fizeram uso de medicamentos (gráfico 6).

Gráfico 6. Distribuição dos tipos de tratamentos realizados na clínica de Estomatologia da UNIP, no período de Agosto/2005 a Dezembro/2006.



6. DISCUSSÃO

Rouquayrol e Almeida Filho (1994 e 2003) definem claramente a importância da realização de levantamentos epidemiológicos quando se trata de saúde. É por meio de levantamentos que se pode analisar a distribuição e os fatores determinantes de doenças, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo, de um lado, medidas específicas de prevenção, de controle e erradicação de doenças e, de outro, fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, à administração e à avaliação das ações de saúde.

Essa importância é evidente, uma vez que programas de saúde normalmente se baseiam em levantamentos epidemiológicos para serem elaborados, aplicados e avaliados. Atualmente, dentro da área odontológica, o programa de maior relevância é o “Brasil Sorridente”, um programa desenvolvido frente aos resultados relatados pelo projeto “SB Brasil 2003”, realizado pelo Ministério da Saúde, sobre a situação nacional de Saúde Bucal. Esse programa se destina a melhorar a condição da saúde bucal da população brasileira e alcançar as metas propostas pela OMS para 2010.

Tanto o “SB Brasil 2003” quanto as metas mundiais de saúde bucal, estabelecida pela OMS para 2010, dão importância a problemas como cáries dentárias, problemas periodontais, edentulismo, más oclusões e fluorose, no entanto, não enfocam o câncer bucal, uma doença de extrema importância devido à sua gravidade, como mostram Franco *et al* (1993) e Dib (1990, 1991 e 1997) em seus diversos trabalhos sobre a prevalência do câncer de

boca e seu impacto com relação à taxa de mortalidade, grau de desconhecimento por parte da classe odontológica, problemas ocasionados devido a um diagnóstico tardio entre outras particularidades dessa doença no âmbito de saúde pública. Essa situação se reflete da mesma maneira quando se inicia uma busca por trabalhos epidemiológicos de lesões orais. A maior parte dos trabalhos sobre epidemiologia de lesões orais encontrados dão ênfase na situação dentária (principalmente população infantil) e periodontal das populações estudadas. E, com o surgimento do HIV nos anos 80, muitos trabalhos de epidemiologia de lesões orais em pacientes HIV foram apresentados, restando assim, uma minoria de trabalhos que abordam a epidemiologia e prevenção de doenças bucais em pessoas que não pertencem a um grupo específico (crianças ou portadores de HIV, por exemplo).

Ainda que a OMS tenha publicado um guia contendo uma ficha clínica específica para a coleta de informações de pacientes portadores de alguma lesão bucal, uma nova ficha foi utilizada na clínica de Estomatologia para levantamento dos dados deste estudo, a qual será utilizada como ficha clínica padrão desta disciplina. A razão para se propor essa nova ficha, é que a utilização do guia depende de tempo do examinador para ler os tópicos de explicação e preencher a ficha clínica e o preenchimento é complexo. No entanto, a importância do guia da OMS fica evidente ao considerar que, autores como Kleinman *et al* (1994), Campisi e Margiotta (2001), García-Pola Vallejo *et al* (2002), Jainhkittivong *et al* (2002), Shulman *et al* (2004), Mumcu *et al* (2005) e Shulman (2005) utilizaram esse guia no

desenvolvimento de grandes pesquisas, confirmando a importância desse material. Durante todo o levantamento de dados para confecção deste estudo, esta ficha foi utilizada verificando-se e melhorando pontos onde pudesse haver algum problema de preenchimento, procurando torná-la mais didática possível, guiando o examinador para realizar uma coleta de dados mais completa, com o intuito de se obter uma hipótese diagnóstica correta do caso e. Além disso, esta ficha teria que ser de fácil e rápido preenchimento, inclusive para a inclusão dos dados no banco de dados proposto também nesse trabalho.

No campo “Hipótese Diagnóstica” e “Diagnóstico Final” da ficha e do banco de dados, existem espaços a serem preenchidos por códigos. Esse detalhe foi adicionado, pois muitas lesões apresentam diferentes nomes e, assim, o código irá padronizar a lesão para que futuramente facilite o trabalho em cima desses dados. Inicialmente nossa idéia era utilizar os códigos propostos pelo Código Internacional das Doenças (CID) médico e pelo CID Odontológico, no entanto, no CID odontológico não existem todas as doenças e em alguns casos, um código pode corresponder a mais de um tipo de lesão. Já o CID médico dispõe de um código para situações que acontecem na boca, e não lesões, como por exemplo “neoplasia benigna da mucosa oral” ou “neoplasia maligna do palato duro”.

Além de uma ficha clínica bem desenvolvida, como a proposta pela OMS, pode-se observar, também, por meio da revisão de literatura, que muitos trabalhos realizados a partir de levantamentos epidemiológicos de

uma determinada população dependiam principalmente de um banco de dados completo. São os casos de trabalhos de grande relevância, como os publicados por Dib *et al* (1990), Franco *et al* (1993), Bezerra e Costa (2000), Figueiredo *et al* (2000), Cardoso *et al* (2005), Almeida *et al* (1987), Keszler *et al* (1990), Taiwo *et al* (1990) e Sousa *et al* (2002). Esses autores deixam claro que, se não houvesse o armazenamento das informações, seja ele através de prontuários de pacientes ou digital como o banco de dados utilizado por Sklavounou-Andrikopoulou *et al* (2005), trabalhos como esses não poderiam ser realizados.

Diante dos resultados obtidos, pode-se pensar que a amostra coletada (125 pacientes) para a execução desse trabalho é uma amostra relativamente pequena para um estudo epidemiológico, diferente de muitos trabalhos revisados nessa dissertação, como por exemplo trabalhos de Pindborg (1964) que contava com 10 mil pacientes, de Bouquot (1986) que em sua retrospectiva de 15 anos avaliou 23616 pacientes, de Dib *et al* (1990) que utilizou 4527 fichas retrospectivas somente de pacientes com câncer bucal e de Shulman (2004) que durante seis anos observou 17235 adultos, uma amostra suficiente para projetar expectativas com relação à presença de lesões orais em toda a população dos Estados Unidos. No entanto, levando-se em conta o tempo disponível para a realização da coleta dos dados e o fato de que se trata de um estudo realizado com uma população específica, dentro de uma disciplina de uma universidade, a amostra pode ser considerada relevante. Essa amostra reflete a importância da universidade como um centro de referência de diversos outros serviços e

mostra a capacidade de atendimento com qualidade de um grande número de pacientes, visto que todos eles receberam atendimento e tratamento completos. Além disso, a amostra permitiu avaliar a ficha clínica e o banco de dados, métodos que poderão dar suporte suficiente em trabalhos posteriores. Por isso, é possível tecer alguns comentários de importância observados nos resultados. A relação homens/mulheres vista no gráfico 1 pode sugerir que as mulheres têm maior preocupação com sua saúde oral do que os homens e por isso procuram atendimento odontológico com mais frequência, concordando, assim, com Al-Omari e Hamasha (2005), Al-Ansari e Honkala (2007) e Khami *et al* (2007).

Embora o Brasil seja um país com grande miscigenação, a quantidade de pacientes brancos (91) foi maior que o dobro dos pacientes não brancos (34), ou seja, negros, asiáticos e mestiços.

Pacientes de todas as idades procuram a clínica de Estomatologia, porém, de acordo com a faixa etária, pacientes com idade entre 31 e 60 anos correspondem a mais de 58% (73 pacientes) dos atendimentos realizados. Talvez essa maior procura esteja relacionada com o fato de que muitos pacientes passam a usar próteses que podem aumentar a chance de aparecimento de lesões traumáticas. Esse fato pode ser observado pela evidente incidência de lesões desse tipo, onde hiperplasia fibrosa inflamatória, úlcera traumática e hiperqueratose focal irritativa compõem 21,5%% do total de lesões (23 casos). Dib *et al* (1990), Figueiredo *et al* (2000) e Kovac-Kavcic e Skaleric (2000) relatam um predomínio de

leucoplasias e câncer bucal nessas faixas etárias, concordando, assim, com os resultados obtidos nesse estudo, onde essas lesões compõem 5,6% do total.

Com relação à procedência dos nossos pacientes, nota-se que a maioria (40%) chega até a universidade por meio de encaminhamento por dentistas particulares, mostrando dessa forma, que alguns dentistas, principalmente ex-alunos, têm a consciência de encaminhar o paciente diante de alguma dúvida no diagnóstico. Hospitais e UBSs, embora com menor frequência (onze e sete pacientes, respectivamente), também encaminham pacientes para a clínica de Semiologia da UNIP, enfatizando que esse serviço é referência em Diagnóstico Bucal.

Dois aspectos importantes dentro de um estudo de levantamento de lesões orais são o tabagismo e o alcoolismo. Segundo nossos resultados, somente 30 pacientes (24%) fumavam e 24 (19,2%) tinham o hábito de ingerir bebida alcoólica. Dados semelhantes foram encontrados nos trabalhos de Kovac–Kavcic e Skaleric (2000) evidenciando que 26,7% dos pacientes examinados fumavam. Com um número discretamente superior, Pindborg *et al* (1964) relatou na sua amostra que 33% eram fumantes, já Campisi e Margiotta realizaram, em 2001 um estudo somente com homens; relataram que 73% tinham o vício de beber e 58,5% de fumar, comprovando, assim, que ainda esses vícios são mais freqüentes nos homens.

A presença de lesões na mucosa oral nessa amostra ocorreu em 106 pacientes (84,8%), no entanto, dentre os outros 18 pacientes (15,2%) havia

casos sintomatológicos como dor e queimação, que não se expressavam por lesões. Além desses, houve outros casos de encaminhamento em que nenhuma condição de interesse estomatológico foi observada. Esses números discordam de muitos trabalhos estudados nessa dissertação, em que foram selecionadas populações aleatórias (Pindborg *et al*, 1964; Bouquot, 1986; Crivelli *et al*, 1988; Kleinman *et al*, 1994; Ikeda *et al*, 1995; Kovac-Kavcic e Skaleric, 2000; Campisi e Margiotta, 2000; Bessa *et al*, 2002; García-Pola Vallejo *et al*, 2002; Jainhkittivong *et al*, 2002; França e Souza, 2003; Nunes *et al*, 2003; Bessa *et al*, 2004; Harris *et al*, 2004; Shulman *et al*, 2004; Shulman *et al*, 2005, Mumcu *et al*, 2005). Segundo Andreasen *et al* (1986) as doenças da cavidade bucal afetam entre 25 e 50% da população, variando de acordo com a população estudada. No entanto, vale lembrar que o nosso estudo foi realizado num centro de referência, como visto acima, onde atua somente com queixas estomatológicas assemelhando-se, assim, com o trabalho de Sklavounou-Andrikopoulou *et al* (2005), por exemplo, realizado em uma instituição específica de diagnóstico bucal.

Como observado na Revisão de Literatura, a maioria dos trabalhos enfoca populações específicas, como crianças (Crivelli *et al*, 1986, 1988 e 1990; Kleinman *et al*, 1994, Bessa *et al*, 2002 e 2004), idosos (Jainhkittivong *et al*, 2002; França e Souza, 2003; Triantos, 2005), pacientes com câncer bucal (Dib *et al*, 1990; Franco *et al*, 1993; Abdo *et al*, 2002). Trabalhos com uma população geral, sem discriminação por grupos específicos, como o apresentado neste estudo, são minoria. Ao compararmos a prevalência de

algumas lesões encontradas nesta amostra, com trabalhos semelhantes, observamos que a prevalência de CEC foi de 1,6%, enquanto que Ikeda *et al* (1995) observou somente 0,1% em sua amostra. No entanto, com relação a leucoplasias, a diferença não é tão marcante, onde esta amostra possui 1,9% dos casos diagnosticados com leucoplasias e Ikeda *et al* (1995) apresenta 1,1% de leucoplasias diagnosticadas. Já Kovac-Kavcic e Skaleric (2000) apresentam um número pouco mais destoante comparando-se este estudo com presença de 3,1% de leucoplasias nos seus resultados. Completamente fora desses padrões, Bouquot (1986) relata que 26% de sua amostra apresentavam leucoplasia.

Embora, a observação clínica, tenha sido exclusiva em 53 casos, para realizar o diagnóstico das lesões, concordamos com Sonis *et al* (1996) que a maioria das lesões orais pode ser diagnosticada definitivamente pelo exame histológico, visto que a biópsia foi o exame complementar mais utilizado por nós (45 casos). Conseqüentemente, a relação de biópsias realizadas, com o tratamento mais utilizado na clínica de Estomatologia, que é o tratamento cirúrgico (40 casos), foi coincidente.

Diante dessa experiência, pode-se afirmar que a clínica de Estomatologia da UNIP possui estrutura, tanto pelo número de pacientes que a freqüenta, como pelo material aqui apresentado, capaz de proporcionar uma boa coleta e armazenamento de dados. Essa estrutura permitirá que diversos outros estudos de importância sejam realizados nessa universidade, como estudos prospectivos de grande população, análise a

partir do conhecimento do perfil da população atendida no serviço e estudos comparativos entre amostras de diferentes épocas.

7. CONCLUSÕES

- No período de Agosto/2005 a Dezembro/2006, os pacientes atendidos na clínica de Estomatologia da UNIP, Campus Indianópolis apresentaram diversos tipos de lesões orais, sendo que as doenças mais freqüentes foram: hiperplasia fibrosa inflamatória, úlcera traumática, cisto periapical e hemangioma capilar;
- A ficha e o programa de Banco de dados desenvolvidos para a pesquisa se mostraram eficientes para os objetivos e devem continuar sendo utilizados.

ANEXO 1: Ficha Estomatológica utilizada para essa pesquisa

Ficha Estomatologia – Faculdade de Odontologia

UNIVERSIDADE PAULISTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____ FICHA: _____

NOME: _____ IDADE: _____

TELEFONES: _____

GÊNERO: 1 masculino 2 feminino COR: 1 branca 2 não branca

PROCEDÊNCIA: 1 hospital 2 UBS 3 dentista particular 4 UNIP
5 outros _____

QUEIXA PRINCIPAL: _____

DOR: 1 presente 2 ausente Sangramento: 1 presente 2 ausente Perda da função: 1 presente 2 ausente

DURAÇÃO DA QUEIXA: 1 ausente 2 menor que 7 dias 3 7 a 14 dias
4 ate 3 meses 5 maior que 3 meses

OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE A HISTORIA MEDICA:

1 hipertensão 2 cardiopatia 3 diabetes
4 doença infecciosa (HIV, Hepatite) 5 Outros: _____

Uso de medicamento 1 Sim 2 Não Qual: _____

TABAGISMO: 1 sim 2 não Dose: _____ Tempo: _____

ETILISMO: 1 sim 2 não Dose: _____ Tempo: _____

Antecedentes familiares: 1 Neoplásico 2 Genético 3 Endócrino

EXAME FÍSICO

FACE: 1 normal 2 aumento de volume 3 alteração de cor
4 alteração anatômica

LINFONODOS: 1 Normais 2 Palpáveis alterados 21 sub-mentoniano
22 sub-mandibular D

- 23 sub-mandibular E
24 sub-mandibular D e E
25 cervicais

CARACTERÍSTICA: 1 Inflamatória 2 Residual 3 Neoplásica

PRESENÇA DE LESÃO NA FACE: 1 sim 2 não

LOCALIZAÇÃO DA LESÃO NA FACE:

- 1 região frontal 2 região temporal D 3 região temporal E
4 região orbital D 5 região orbital E 6 região infra-orbital D
7 região infra-orbital E 8 região zigomática D 9 região zigomática E
10 região nasal 11 região bochecha D 12 região bochecha E
13 região oral D 14 região oral E 15 região mentual

PRESENÇA DE LESÃO NA MUCOSA ORAL: 1 sim 2 não

NUMERO DE LESÃO(ÕES): 1 1 2 2 3 3 4 superior a 4

DESCRIÇÃO DA LESÃO PRINCIPAL:

CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO FUNDAMENTAL:

- 1 mancha/mácula 2 placa 3 vesícula/bolha 4 pápula 5 nódulo
6 vegetação 7 úlcera 8 ulceração 9 tumefação 10 verrucosidade

SINTOMATOLOGIA: 1 presente 2 ausente

SUPERFICIE: 1 lisa 2 rugosa

CONTORNO: 1 regular 2 irregular

BASE: 1 séssil 2 pediculada 3 não tem

BORDA: 1 elevada 2 deprimida 3 sem alteração

COLORAÇÃO: 1 normal 2 branca 3 negra 4 violácea/vermelha

TAMANHO: 1 0-5 mm 2 5-10mm 3 10-20 mm 4 20-30 mm
5 maior que 30 mm

LOCALIZAÇÃO:

- 1 lábio superior 2 lábio inferior 3 mucosa jugal 4 língua – borda
5 língua – dorso 6 língua – ventre 7 mucosa alveolar superior
8 mucosa alveolar inferior 9 gengiva superior 10 gengiva inferior
11 fundo de sulco 12 rebordo alveolar superior 13 rebordo alveolar inferior

14 soalho de boca 15 palato duro 16 palato mole 17 orofaringe

LADO DA LESÃO: 1 direito 2 esquerdo 3 mediano

ASSOCIAÇÃO AO USO DE PRÓTESE: 1 sim 2 não

ASSOCIAÇÃO À TRAUMA: 1 sim 2 não

HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO: _____

EXAMES COMPLEMENTARES: data: ____/____/____

1 radiológico 2 laboratorial 3 biópsia 4 citologia 5 outros _____

Interpretação/Diagnóstico: _____

TRATAMENTO: data: ____/____/____

1 suporte 2 sintomático 3 medicamentoso 4 cirúrgico
5 prova terapêutica

DESCRICAÇÃO DO TRATAMENTO:

FICHA COMPLEMENTAR PARA DESCRIÇÃO DE LESÕES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: _____ FICHA: _____

DESCRIÇÃO DA LESÃO N.º _____:

CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO FUNDAMENTAL:

1 mancha/mácula 2 placa 3 vesícula/bolha 4 pápula 5 nódulo
6 vegetação 7 úlcera 8 ulceração 9 tumefação 10 verrucosidade

SINTOMATOLOGIA: 1 presente 2 ausente

SUPERFÍCIE: 1 lisa 2 rugosa

CONTORNO: 1 regular 2 irregular

BASE: 1 séssil 2 pediculada 3 normal

BORDA: 1 elevada 2 deprimida 3 normal

COLORAÇÃO: 1 normal 2 branca 3 negra 4 violácea/vermelha

TAMANHO: 1 0-5 mm 2 5-10mm 3 10-20 mm 4 20-30 mm
5 maior que 30 mm

LOCALIZAÇÃO:

1 lábio superior 2 lábio inferior 3 mucosa jugal 4 língua – borda

5 língua – dorso 6 língua – ventre 7 mucosa alveolar superior

8 mucosa alveolar inferior 9 gengiva superior 10 gengiva inferior

11 fundo de sulco 12 rebordo alveolar superior 13 rebordo alveolar inferior

14 soalho de boca 15 palato duro 16 palato mole 17 orofaringe

LADO DA LESÃO: 1 direito 2 esquerdo 3 mediano

ASSOCIAÇÃO AO USO DE PRÓTESE: 1 sim 2 não

ASSOCIAÇÃO À TRAUMA: 1 sim 2 não

HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO: _____

EXAMES COMPLEMENTARES: data: ____/____/____

1 radiológico 2 laboratorial 3 biópsia 4 citologia 5 outros _____

Interpretação/Diagnóstico: _____

TRATAMENTO: data: ____/____/____

1 suporte 2 sintomático 3 medicamentoso 4 cirúrgico
5 prova terapêutica

DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO:

ANEXO 2

FORMULÁRIO DE PROTOCOLO DE PESQUISA

INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO PÓS – INFORMAÇÃO PARA PESQUISA CLÍNICA

NOME DO (A) PACIENTE: _____

NOME DO (A) RESPONSÁVEL: _____

(nos casos de pacientes menores)

As informações contidas neste prontuário foram fornecidas pelo (a) Mestrando (a) Fernanda Maria Pirozelli de Oliveira, sob orientação do Prof (a) Dr (a) Luciano Lauria Dib.

OBJETIVO: Firmar acordo por escrito mediante o qual, o voluntário (paciente e responsável) da pesquisa autoriza sua participação, com pleno conhecimento da natureza e riscos a que se submeterá, com a capacidade de livre arbítrio e sem qualquer coação.

CURRICULUM MÍNIMO:

Fernanda Maria Pirozelli de Oliveira: Mestrando (a) ou Doutorando (a), na área de concentração de Odontologia.

Especialidade: Diagnóstico Bucal.

Prof (a) Dr (a) Luciano Lauria Dib - Orientador (a).

TITULAÇÃO: _____

TÍTULO DO TRABALHO

“ESTUDO DA OCORRÊNCIA DAS LESÕES BUCAIS NA CLÍNICA DE ESTOMATOLOGIA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIP – CAMPUS INDIANÓPOLIS”.

OBJETIVOS DA PESQUISA

- Realizar um estudo prospectivo da ocorrência das lesões bucais na população de pacientes que procurarem a clínica de Estomatologia da Universidade Paulista – UNIP, no período de Agosto de 2005 a Dezembro de 2006, através de um levantamento descritivo;
- Avaliar um novo método de coleta de dados (ficha clínica) e testar um projeto de banco de dados para armazenamento dessas informações coletadas.

JUSTIFICATIVA

A Epidemiologia baseia-se no estudo de doença que atinge uma população e não somente um indivíduo, não se restringindo apenas à causa da doença em si, mas também aos fatores que a provocam (BRENDAN, 1975 apud CORTÊS, 1993).

Segundo a IEA (Associação Internacional de Epidemiologia), a Epidemiologia tem como objetivos: descrever a distribuição e a magnitude dos problemas da saúde nas populações humanas, proporcionar dados essenciais para o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção, controle e tratamento das doenças, bem como estabelecer prioridades e identificar fatores etiológicos na gênese das enfermidades (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2003).

Através desse levantamento, poderemos traçar o perfil dos pacientes que procuram a clínica de Estomatologia e conhecer as principais lesões que foram observadas, permitindo que no futuro estabeleçamos uma conduta clínica melhor adaptada aos padrões que serão definidos através dessa pesquisa.

LOCAL DA TRIAGEM E AVALIAÇÃO DOS PACIENTES

Todos os pacientes que forem encaminhados à clínica de Estomatologia da Faculdade UNIP no período de Agosto de 2005 à Dezembro de 2006 serão triados e examinados na própria clínica da Faculdade.

APRESENTANDO A SEGUINTE INFRA-ESTRUTURA

Equipos odontológicos, material para o exame clínico, material para realização de biópsias, laboratório de patologia, sala para execução de Rx e questionários a serem preenchidos pelo profissional e responsável.

SEQUÊNCIA DO ESTUDO

1) Os participantes do estudo não deverão preencher nenhum requisito especial, somente deve comparecer à clínica de Estomatologia da Universidade Paulista – UNIP.

2) Receber todas as informações cabíveis do estudo, e aceitar participar do mesmo. Os responsáveis deverão assinar o termo de consentimento.

PROCEDIMENTO DE ESTUDO

Os pacientes deverão expor sua queixa principal e a partir daí, os mesmos serão examinados através de um exame físico que compreende observar os aspectos faciais, palpação dos linfonodos e observação da cavidade oral.

BENEFÍCIOS

Os pacientes que apresentarem alguma alteração serão submetidos a algum tipo de exame complementar, se necessário, e a seguir serão tratados de acordo com a lesão portarem, na própria Universidade ou então serão encaminhados para outros locais buscando o melhor tratamento que poderá ser dispensado.

RISCOS OU DESCONFORTOS ESPERADO

O exame clínico não causará nenhum desconforto ao paciente.

Com relação ao tratamento, no caso dos procedimentos cirúrgicos, o paciente deve estar ciente que será realizado assim que possível e com relação a procedimentos realizados com o uso de medicamentos, o próprio paciente deve se responsabilizar pela aquisição do mesmo.

INFORMAÇÕES

O voluntário terá garantia de que receberá respostas a qualquer pergunta ou esclarecimentos acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao estudo.

RETIRADA DO CONSENTIMENTO

O voluntário tem liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, e, ainda assim, receber os benefícios da pesquisa.

DISPONIBILIDADE

Nos colocamos a disposição para quaisquer informações ou queixa por parte do paciente, pessoalmente ou nos telefones: 37444740/ 82285508.

ANEXO 3

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

(PACIENTE ADULTO)

Eu, _____ RG _____

Certifico que tendo lido as informações do protocolo de pesquisa, e suficientemente esclarecido pelo (a) aluno (a), Fernanda Maria Pirozelli de Oliveira, e pelo Prof (a) Dr (a) Luciano Lauria Dib, estou de acordo com a realização do estudo. Portanto, autorizo a execução do trabalho de pesquisa, com a minha colaboração, espontaneamente.

Assinatura do paciente: _____

Número de matrícula: _____

Assinatura do Cirurgião Dentista: _____

CRO: 83235

Testemunha: _____ RG: _____

São Paulo, _____ de _____ de _____

ANEXO 4

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

(PACIENTE MENOR)

Eu, _____ RG, _____

Responsável pelo (a) menor _____

Certifico que tendo lido as informações do protocolo de pesquisa, e suficientemente esclarecido pelo (a) aluno (a), Fernanda Maria Pirozelli de Oliveira, e pelo Prof (a) Dr (a) Luciano Lauria Dib, estou de acordo com a realização do estudo. Portanto, autorizo a execução do trabalho de pesquisa, com a minha colaboração, espontaneamente.

Assinatura do responsável: _____

Assinatura do Cirurgião Dentista: _____

CRO: 83235

Testemunha: _____ RG: _____

São Paulo, _____ de _____ de _____

ANEXO 5

Lista de Códigos das Doenças - UNIP

DEFEITOS E DOENÇAS ÓSSEAS (01)

- 0101 – Exostose
- 0102 – Tórus Palatino
- 0103 – Tórus Mandibular
- 0104 – Doença de Paget do Osso
- 0105 – Doenças das Células de Langerhans
- 0106 – Lesão Central de Células Gigantes
- 0107 – Querubismo
- 0108 – Cisto Ósseo Aneurismático
- 0109 – Displasia Fibrosa
- 0110 – Displasia Cimento-Óssea
- 0111 – Fibroma Ossificante
- 0112 – Osteoma
- 0113 – Síndrome de Gardner
- 0114 – Osteoma Osteóide
- 0115 – Osteoblastoma
- 0116 – Cementoblastoma
- 0117 – Fibrossarcoma
- 0118 – Condrossarcoma

CISTOS E TUMORES ODONTOGÊNICOS (02)

- 0201 – Cisto Dentífero
- 0202 – Cisto de Erupção

- 0203 – Cisto Primordial
- 0204 – Queratocisto
- 0205 – Síndrome de Gorlin-Goltz
- 0206 – Cisto Gengival
- 0207 – Cisto Gengival do Adulto
- 0208 – Cisto Periodontal Lateral
- 0209 – Cisto Odontogênico Glandular
- 0210 – Cisto Periapical
- 0211 – Cisto Residual

PROCESSOS PROLIFERATIVOS NÃO-NEOPLÁSICOS (03)

- 0301 – Hiperplasia Papilar Inflamatória
- 0302 – Hiperplasia Fibrosa Inflamatória
- 0303 – Lesão Periférica de Células Gigantes
- 0304 – Granuloma Piogênico
- 0305 – Fibromatose Gengival Medicamentosa
- 0306 – Fibromatose Gengival Idiopática
- 0307 – Fibromatose Gengival Familiar

NEOPLASIAS BENIGNAS DE TECIDOS MOLES (04)

- 0401 – Fibrose Submucosa Oral
- 0402 – Estomatite Nicotínica
- 0403 – Papiloma
- 0404 – Condiloma
- 0405 – Fibroma
- 0406 – Lipoma

- 0407 – Neurofibroma
- 0408 – Hemangioma Capilar
- 0409 – Hemangioma Cavernoso
- 0410 – Hemangioma
- 0411 – Leucoedema

NEOPLASIAS MALIGNAS (05)

- 0501 – Carcinoma Verrucoso
- 0502 – Carcinoma de Células Basais
- 0503 – Carcinoma de Células Adenóides
- 0504 – Melanoma
- 0505 – Fibrossarcoma
- 0506 – Sarcoma de Kaposi
- 0508 – Carcinoma Espino-Celular/CEC

CONDIÇÕES CANCERIZÁVEIS (06)

- 0601 – Leucoplasia/ Displasia Epitelial
- 0602 – Eritroplasia
- 0603 – Leucoeritroplasia
- 0604 – Queratose por Tabaco Mascado
- 0605 – Queilite Actínica

LESÕES MELANÓTICAS OU PIGMENTADAS (07)

- 0701 – Mácula Melanótica Oral/ Pigmentação Melânica
- 0702 – Nevo Melanótico
- 0703 – Nevo Azul

0704 – Pigmentação Actínica

DOENÇAS DERMATOLÓGICAS E/OU AUTO-IMUNES (08)

0801 – Líquen Plano

0802 – Penfigóide Benigno de Mucosa

0803 – Pênfigo Vulgar

0804 – Afta Simples

0805 – Estomatite Aftosa Recorrente

DOR (09)

0901 - Disfunção Têmporo Mandibular/DTM

INFECÇÕES BACTERIANAS, VIRAIS E FÚNGICAS (10)

1001 – Gengivite

1002 – Periodontite

1003 – GUN

1004 – PUN

1005 – Queilite Angular

1006 – Candidíase/Candidose Pseudomembranosa

1007 – Candidíase/ Candidose Eritematosa

1008 – Lesão Infecciosa Idiopática

TRAUMAS (11)

1101 – Úlcera Traumática

1102 – Cicatriz

1103 – Hiperqueratose Focal Irritativa

DOENÇAS DE GLÂNDULAS SALIVARES (12)

1201 – Mucocele

1202 – Adenoma Pleomórfico

1203 – Adenoma de Células Basais

OUTROS (13)

1301 – Capuz Mucoso

1302 – Cisto Ciliado da Maxila

1303 – Calcificação Óssea

1304 – Inflamação da Tonsila Lingual

1305 – Inflamação da Tonsila Palatina

1306 – Agenesia Dentária

1307 – Glossodinia

1308 – Síndrome da Boca Ardente/SBA

1309 – Cisto Sebáceo

1310 – Mucosite Crônica

1311 – Manifestação Oral da Sífilis

1312 – Sobreposição do Assoalho Bucal

1313 – Pericoronarite

1314 – Reabsorção Óssea

1315 – Coristoma Dentário

1316 – Sinusite

1317 – Cisto de Glândula

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABDO EN, GARROCHO AA, AGUIAR MCF. Perfil do paciente portador de carcinoma epidermóide da cavidade bucal, em tratamento no Hospital Mário Penna em Belo Horizonte. *Rev Bras Cancerol* 2002; 48(3): 357-362.
2. AL-ANSARI JM, HONKALA S. Gender differences in oral Health knowledge behavior oh the oral Health science collage students in Kuwait. *J Allied Health* 2007; 36(1): 41-6.
3. AL-OMARI QD, HAMASHA AA. Gender-specific oral health attitudes and behavior among dental students in Jordan. *J Contemp Dent Pract* 2005; 6(1): 107-114.
4. ANDREASEN JO, PINDBORG JJ, HJÖTING-HANSEN E; AXÉLL T. Oral health care: more than caries and periodontal disease. A survey of epidemiologic studies on oral disease. *Int Dent J* 1986; 36: 207-214.
5. BARMES DE. A global view of oral diseases: today and tomorrow. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999; 27: 2-7.
6. BESSA CFN, SANTOS PJB, DO CARMO MAV. Prevalência de alterações de mucosa bucal em crianças de 0 a 12 anos. *JBP* 2002; 5 (25): 251-57.

7. BESSA CFN, SANTOS PJB, AGUIAR MCF, DO CARMO, MAV. Prevalence of oral mucosal alterations in children from 0 to 12 years old. *J Oral Pathol Med* 2004; 33: 17-22.
8. BEZERRA S, COSTA I. Oral conditions in children from birth to 5 years: the findings of a children's dental program. *J Clin Pediatr Dent* 2000; 25(1): 79-81.
9. BOUQUOT JE. Common oral lesions found during a mass screening examination. *JADA* 1986; 112: 50-57.
10. CAMPISI G, MARGIOTTA V. Oral mucosal lesions and risk habits among men in an Italian study population. *J Oral Pathol Med* 2001; 30:22-8.
11. CARDOSO SO, SILVA SS, QUEIROGA J, LEÃO JC. Avaliação da prevalência de grânulos de Fordyce em 2281 indivíduos da cidade do Recife. *R Fac Odonto, Porto Alegre* 2005; 23-26.
12. CORTÊS JA. *Epidemiologia: Conceitos e Princípios Fundamentais*. São Paulo: Livraria Varela, 1993, São Paulo. p.41.
13. CRIVELLI MR, MUHLMANN M, CORNICELLI JC. Prevalence of oral pathology in children. *Rev Assoc Odont Argent* 1986; 74(3): 81-82.
14. CRIVELLI MR, AGUAS S, ADLER I, QUARRACINO C, BAZERQUE P. Influence of socioeconomic status on oral mucosa lesions

prevalence in schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol* 1988; 16: 58-60.

15. CRIVELLI MR, AGUAS S, QUARRACINO C, ADLER I, BRAUNSTEIN S. Prevalência de anomalias linguales en niños. *Rev Assoc Odont Argent* 1990; 78(2): 74-78.

16. DE ALMEIDA OP, VIEIRA E SILVA CR, SAIKI P. Levantamento de lesões bucais. *RGO* 1987; 35(6): 471-473.

17. DIB LL, PINTO DS, SANVITTO LC, CONTESINI H, LOMBARDO V, FRANCO E. Determinantes de sobrevida em câncer de boca: fatores sócio-demográficos e anatômicos. *Rev Bras Cir Cab Pesc* 1990; 14: 1-9.

18. DIB LL. Fatores prognósticos em carcinoma espinocelular de língua. Análise clínica e histopatológica. Dissertação (Mestrado em Patologia Bucal) – Curso de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade de São Paulo, 1991.

19. DIB LL. Carcinoma espinocelular de língua: análise dos dados clínicos, sociodemográficos e fatores de prognóstico. Tese (Doutorado em Clínica Integrada) – Curso de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade de São Paulo, 1997.

20. FIGUEIREDO AL, MACÊDO AC, GUIMARÃES CD, SILVEIRA MF. Frequência de óbito por câncer bucal em Pernambuco no período de 1979 a 1995. *Rev Cons Reg Odontol Pernambuco* 2000; 3(1): 39-43.

21. FRANÇA BHS, SOUZA AM. Prevalência de manifestações estomatológicas originárias do uso de próteses totais. *JBC* 2003; 7(4): 296-300.
22. FRANCO EL, DIB LL, PINTO DS, LOMBARDO V, CONTESINI H. Race and gender influences on the survival of patients with mouth cancer. *J Clin Epidemiol* 1993; 46(1): 37-46.
23. FRAZÃO P. Epidemiologia em Saúde Bucal. In: PEREIRA, AC. *Odontologia em Saúde Coletiva*. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 64-82.
24. GARCÍA-POLA VALLEJO MJ, MATÍNEZ DÍAZ-CANEL AI, GARCÍA MARTÍN JM, GONZÁLEZ GARCÍA M. Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult Spanish population. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30: 277-85.
25. GODOY RNB, NUNES NA, MARTINELLI C, LAURIS JRP, NISHIDATE SE. Avaliação das lesões bucais provocadas pelo estresse emocional em pacientes acampados e assentados do movimento sem terra da região de Promissão – SP. *Rev ABO Nac* 2005; 13(4): 236-244.
26. HASSESIAN A, ISHIKAWA EM, DE ALENCAR FI, MARCUCCI G. Estudo da prevalência de lesões bucais em pacientes portadores de paracoccidiodomicose na região de Campo Grande – Mato Grosso do Sul. *RPG Rev Pós Grad* 2000; 7(3): 214-218.

27. HARRIS CK, WARNAKULASURIYA KAAS, COOPER DJ, PETERS TJ, GELBIER S. Prevalence of oral mucosal lesions in alcohol misusers in south London. *J Oral Pathol Med* 2004; 33: 253-9.
28. IKEDA N, HANDA Y, KHIM SP, DURWARD C, AXÉLL T, MIZUNO T, FUKANO H, KAWAI T. Prevalence study of oral mucosal lesions in a selected Cambodian population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995; 23: 49-54.
29. JAHANBANI J. Prevalence of oral leukoplakia and lichen planus in 1167 Iranian textile workers. *Oral Diseases* 2003; 9: 302-304.
30. JAINKITTIVONG A, ANEKSUK V, LANGLAIS RP. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. *Oral Diseases* 2002; 8: 218-223.
31. KESZLER A, GUGLIELMOTTI MB, DOMÍNGUEZ FV. Oral pathology in children frequency, distribution and clinical significance. *Acta Odont Latinoamer* 1990; 5: 39-44.
32. KHAMI MR, VIRTANEM JI, JAFARIAN M, MURTOMAA H. Oral health behavior and its determinants amongst Iranian dental students. *Eur J Dent Educ* 2007; 11(1): 42-7.
33. KLEINMAN DV, SWANGO PA, PINDBORG JJ. Epidemiology of oral mucosal lesions in United States schoolchildren: 1986-87. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22: 243-53.

34. KULAK-ÖZKAN Y, ÖZKAN Y, KAZAZOGLU E, ARIKAN A. Dental caries prevalence, tooth brushing and periodontal status in 150 young people in Istanbul: a pilot study. *Int Dent J* 2001; 51: 451-456.
35. KOVAC-KAVCIC M, SKALERIC U. The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. *J Oral Pathol Med* 2000; 29(7): 331-335.
36. LANGLAIS RU, MILLER CS. Color atlas of common oral diseases. Baltimore: Williams & Wilkins, 1992.
37. MUNCU G, CIMILLI H, SUR H, HAYRAN O, ATALAY T. Prevalence and distribution of oral lesions: a cross-sectional study in Turkey. *Oral Diseases* 2005; 11: 81-87.
38. NUNES NA, NUNES OBC, PEDROSO JÁ, ABREU KCS, PERIN PCP. Alterações estomatológicas em indivíduos geriátricos do Movimento Sem-Terra. *Rev Fac Odontol Lins* 2003; 15(2): 21-26.
39. OLIVEIRA AGRC, UNFER B, COSTA ICC *et al.* Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise da metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde. *Rev bras epidemiol* 1998; 1: 177-189.
40. PINDBORG JJ, SRIVASTAVA AN, GUPTA D. Studies in oral leukoplakias. Epthelial changestobacco-inducedleukoplakias in Índia. *Acta Odontol Scand* 1964; 22:499-512.

41. RIOBOO-CRESPO MR, PLANELLS DEL POZO P, RIOBOO-CRESPO R. Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005; 10: 376-87.
42. ROUQUARIOL MZ, ALMEIDA FILHO N. *Epidemiologia e Saúde*. 4^oed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.
43. ROUQUAYROL MZ, ALMEIDA FILHO N. *Epidemiologia e Saúde*, 6^aed., Rio de Janeiro, MEDSI, 2003. p.17 e 18.
44. SANTOS PJB, BESSA CFN, AGUIAR MCF, DO CARMO MAV. Cross-sectional study of oral mucosal conditions among a central Amazonian Indian community, Brazil. *J Oral Pathol Med* 2004; 33: 7-12.
45. SONIS TS, FAZIO RC, FANG L. *Princípios e Prática de Medicina Oral*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 491p. p. 20.
46. SOUSA FB, ETGES A, CORRÊA L, MESQUITA RA, ARAÚJO NS. Pediatric oral lesions: a 15-year review from São Paulo, Brazil. *J Clin Pediatr Dent* 2002; 26(4): 413-418.
47. SKLAVOUNOU-ANDRIKOPOULOU A, PIPERI E, PAPANIKOLAOU V, KARAKOULAKIS I. Oral soft tissue lesions in Greek children and adolescents: a retrospective analysis over a 32-year period. *J Clin Pediatr Dent* 2005; 29(2):175-178.
48. SHULMAN JD, BEACH MM, RIVERA-HIDALGO F. The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. adults. Data from the Third

National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *JADA* 2004; 135: 1279–1286.

49. SHULMAN, J. Prevalence of oral mucosal lesions in children and youths in the USA. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2005; 15: 89-97.

50. TAIWO EO, SALAKO NO, SOTE EO. Distribution of oral tumors in Nigerian children based on biopsy materials examined over an 11 – year period. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990; 18: 200-3.

51. TRIANTOS D. Intra-oral findings and general health conditions among institutionalized and non- institutionalized elderly in Greece. *J Oral Pathol Med* 2005; 34: 577-82.

52. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and conditions. *Community Dent Oral Epidemiol* 1980; 8(1): 01-26.

SITES

1. SB BRASIL 2003. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 13 maio. 2007.

2. Dados do CENSO Demográfico – 2000: Características gerais da população – Cor e raça. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home>>. Acesso em 05 maio. 2007.

3. Código Internacional de Doenças. Disponível em <<http://www.esquilamedica.hpg.ig.com.br/CID.htm>> . Acesso em: 02 fev. 2007.

4. Código Internacional de Doenças Odontológicas. Disponível em < <http://www.crosp.org.br/CID/cid.pdf>> . Acesso em 02 fev. 2007.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)