



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CAMILA PORTO PESSÔA

**LESÕES ORAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES
ATENDIDOS EM CENTROS DE REFERÊNCIA DE
UNIVERSIDADES PÚBLICAS BAIANAS**

FEIRA DE SANTANA-BA
2011

CAMILA PORTO PESSÔA

**LESÕES ORAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES
ATENDIDOS EM CENTROS DE REFERÊNCIA DE
UNIVERSIDADES PÚBLICAS BAIANAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana-BA.

Área de Concentração: Epidemiologia

Linha de Pesquisa: Epidemiologia das Doenças Bucais

Orientador: Prof. Dr. Márcio Campos Oliveira

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Técia Daltro Borges Alves

FEIRA DE SANTANA - BA

2011

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

P5671 Pessoa, Camila Porto
Lesões orais em crianças e adolescentes atendidos em Centros de Referência de Universidades Públicas Baianas./ Camila Porto Pessoa. – Feira de Santana, 2011.
90f.: tab.

Orientador: Márcio Campos Oliveira
Co-orientadora: Técia Daltro Borges Alves

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2011.

1.Doenças bucais – Crianças e adolescentes. 2.Lesões orais. 3.Saúde pública – Bahia I.Oliveira, Márcio Campos. II.Alves, Técia Daltro Borges. III.Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 616.318 (814.22)

CAMILA PORTO PESSÔA

**LESÕES ORAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES
ATENDIDOS EM CENTROS DE REFERÊNCIA DE
UNIVERSIDADES PÚBLICAS BAIANAS**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Márcio Campos Oliveira

Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS

Prof. Dr. Antônio de Lisboa Lopes Costa

Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN

Prof. Dr. Isaac Suzart Gomes Filho

Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS

Feira de Santana, 23 de fevereiro de 2011.

À minha Família

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter preparado o momento certo quando este parecia impossível.

À minha mãe, pelo amor incondicional e por acreditar e apoiar todos os meus sonhos.

Ao meu pai, pelo carinho e suporte em todos os momentos.

Aos meus avós, por terem, mais uma vez, cuidado de mim como verdadeiros pais.

Ao meu querido tio Angelo e toda a sua família, por terem me acolhido em sua casa durante um ano, me dando todo o apoio necessário.

Ao meu amor, Elcio, pela sua compreensão nos momentos de ausência.

À querida amiga Fernanda, grande incentivadora de sonhos!

Ao meu orientador Márcio, por ter acreditado no meu potencial, e por todos os ensinamentos que com certeza contribuíram para o meu crescimento profissional.

À minha co-orientadora Técia, pelas inúmeras contribuições durante a confecção deste trabalho.

Aos professores de todo o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, que despertaram em mim ainda mais a paixão pela vida acadêmica e pela área da Saúde Coletiva.

Ao Prof. Nelson Oliveira, pelo apoio durante a fase de análise de dados desta pesquisa.

Ao Prof. Jean Nunes, por me receber de forma tão acolhedora na UFBA, e pelas contribuições pertinentes a este trabalho.

Ao Prof. Nilton César, pelos conselhos e sugestões ofertados.

Ao querido funcionário do Programa de Pós-Graduação Jorge, pelos inúmeros favores prestados durante esses dois anos.

À funcionária do Programa de Pós-Graduação Goreth, pelo apoio durante todo o curso.

À funcionária Luiza, por ser sempre tão solícita.

As bolsistas de graduação Heloísa e Alana, pelo apoio indispensável durante a fase de coleta de dados.

Aos funcionários dos centros analisados, pelo suporte necessário durante a coleta de dados.

Aos queridos colegas de mestrado, Magna, Roberto, Rebeca, Ilva, Samara, Karina, Clóvis, Nélia, Camila, Nice, Liane, Naiara e Éder , por formarmos, cada um com sua singularidade, uma turma prazerosa de se conviver. Foram momentos inesquecíveis!

À Karina, por toda a disponibilidade e auxílio desprendido.

Às amigas Magna e Rebeca, por todos os momentos de parceria vividos. A amizade de vocês foi um presente valioso que ganhei!

Aos queridos colegas de trabalho Cemy e Thiago, por terem contribuído para a realização deste sonho.

A todos que, de forma direta e indireta, estiveram ao meu lado em algum momento desta trajetória. Sem vocês, eu nada seria!

“Quando uma criatura humana desperta para um grande sonho e sobre ele lança toda a força de sua alma, todo o universo conspira a seu favor.”

Goethe

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo identificar as lesões orais mais freqüentes em crianças e adolescentes atendidos em Unidades de Referência de Lesões Bucais de Universidades Públicas Baianas, no período de 1996 a 2010, além de estimar a associação entre fatores sócio-demográficos e tipo de lesões orais. Trata-se de um estudo transversal utilizando dados obtidos a partir de prontuários, fichas de requisições e laudos de biópsias de indivíduos atendidos pela Universidade Estadual de Feira de Santana e Universidade Federal da Bahia. Foram elaborados dois artigos científicos, que variaram em relação à população estudada e ao tipo de análise de dados utilizados. O primeiro artigo apresenta a dissertação propriamente dita, incluindo dados dos dois centros pesquisados e análise de potenciais modificadores de efeito e confundimento através da modelagem de regressão logística. O segundo artigo foi elaborado com o intuito de apresentar apenas os resultados encontrados na Universidade Estadual de Feira de Santana, utilizando a análise bivariada. Os resultados evidenciaram que existe uma grande variabilidade de lesões orais que podem acometer crianças e adolescentes. O perfil sócio demográfico dos pacientes analisados variou conforme o tipo de lesão encontrada. O uso da análise de confundimento se mostrou necessária. Foi possível concluir diante das lesões encontradas que o tema é relevante e ainda pouco pesquisado na faixa etária de 0 a 19 anos, sendo necessário maior número de publicações a esse respeito.

DESCRITORES: doenças bucais; crianças; adolescentes.

ABSTRACT

This study aimed to identify oral lesions most frequently in children and adolescents in Reference Units of Oral Lesions of Public Universities of Bahia in the period 1996 to 2010, and estimate the association between socio-demographic factors and type of oral lesions. It is a cross-sectional study using data obtained from medical records, records of requests and reports of biopsies from patients seen at the Universidade Estadual de Feira de Santana and Universidade Federal da Bahia. Two papers were prepared, which varied in relation to the population studied and the type of data analysis used. The first article presents the thesis itself, including two data centers of research and analysis of potential effect modifiers and confounding through logistic regression modeling. The second article was written with the intention to present only the results at the Universidade Estadual de Feira de Santana, using bivariate analysis. The results showed that there is great variability of oral lesions that can affect children and adolescents. Sociodemographic profile of the patients studied varied with the type of lesion found. Using the analysis of confounding proved necessary. It could be concluded before the injuries found that the subject is poorly researched and relevant in the age group 0 to 19 years, requiring a greater number of publications in this regard.

Descriptors: oral diseases, children, adolescents.

LISTA DE FIGURAS

Artigo 1

Figura 1 – Distribuição de freqüências absolutas dos dados referentes aos locais e período de coleta dos dados. 43

Artigo 2

Figura 1 - Número de pacientes de 0 a 19 anos atendidos no CRLB-UEFS entre os anos de 1996 a junho de 2010. 62

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1 – Distribuição de freqüências absolutas e relativas dos dados sócio-demográficos dos 360 indivíduos de 0 a 19 anos atendidos em Centros de Referência de Universidades Públicas Baianas, entre os anos de 1996 a 2010. 44

Tabela 2 – Distribuição de freqüências absolutas e relativas dos dados sobre as lesões encontradas nos 360 indivíduos de 0 a 19 anos atendidos em Centros de Referência de Universidades Públicas Baianas entre os anos de 1996 a 2010. 45

Tabela 3 – Razões de Prevalência (RP), Intervalos de Confiança (IC) e Valor de p de lesões orais neoplásicas, de acordo com a idade, sexo e cor da pele dos indivíduos atendidos em Centros de Referência de Universidades Públicas Baianas, entre os anos de 1996 a 2010. 46

Tabela 4 – Razões de Prevalência (RP), Intervalos de Confiança (IC) e Valor de p de lesões orais não neoplásicas, de acordo com a idade, sexo e cor da pele dos indivíduos atendidos em Centros de Referência de Universidades Públicas Baianas, entre os anos de 1996 a 2010. 46

Artigo 2

Tabela 1 - Distribuição de freqüências absolutas e relativas dos dados sócio-demográficos dos indivíduos de 0 a 19 anos atendidos no Centro de Referência de Lesões Bucais da Universidade Estadual de Feira de Santana-BA, entre os anos de 1996 a 2010. 63

Tabela 2 - Distribuição de freqüências absolutas e relativas dos dados sobre as lesões encontradas nos indivíduos de 0 a 19 anos atendidos no Centro de Referência de Lesões Bucais da Universidade Estadual de Feira de Santana-BA, entre os anos de 1996 a 2010. 64

Tabela 3 - Distribuição de freqüências absolutas e relativas dos dados sobre o tipo de lesões encontradas nos indivíduos de 0 a 19 anos atendidos no Centro de Referência de Lesões Bucais da Universidade Estadual de Feira de Santana-BA, entre os anos de 1996 a 2010. 65

Tabela 4 – Razões de Prevalência de lesões orais neoplásicas, de acordo com a idade, sexo e cor da pele dos indivíduos atendidos no Centro de Referência de Lesões Bucais, UEFS, entre os anos de 1996 a 2010. 66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

CRLB – Centro de Referência de Lesões Bucais

UEFS – Universidade Estadual de Feira de Santana

UFBA – Universidade Federal da Bahia

RP - Razão de Prevalência

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

OMS – Organização Mundial de Saúde

RSP – Revista de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

RBSP – Revista Baiana de Saúde Pública

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|----|
| 1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS | 16 |
| 1.1 | INTRODUÇÃO..... | 16 |
| 1.2 | REVISÃO DA LITERATURA | 19 |
| 1.3 | CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS..... | 29 |
| 2 | OBJETIVOS | 34 |
| 2.1 | OBJETIVO GERAL..... | 34 |
| 2.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 34 |
| 3 | ARTIGO 1 | 35 |
| 4 | ARTIGO 2 | 56 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 73 |
| | REFERÊNCIAS..... | 74 |
| | ANEXO A – INSTRUMENTO DE PESQUISA | 80 |
| | ANEXO B – PROTOCOLO APROVAÇÃO CEP | 81 |
| | ANEXO C – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DA RSP..... | 82 |
| | ANEXO D – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DA RBSP..... | 87 |

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 INTRODUÇÃO

Grande parte dos estudos epidemiológicos em odontologia envolvendo crianças e adolescentes são realizados com o objetivo de estudar as afecções mais comuns nesta época da vida: cárie e traumatismos. Entretanto, estudos mais recentes começam a indicar grande variabilidade de lesões orais acometendo crianças e adolescentes, o que indica a importância do conhecimento da estomatologia para o correto diagnóstico e tratamento dessas lesões nessa faixa etária.

A boca da criança, além de possuir características anatômicas e funcionais diversificadas, está em constantes mudanças em função do processo de crescimento e desenvolvimento crânio-facial que se estende desde a infância até a puberdade. As mudanças que acontecem até o final da segunda década de vida podem incluir processos infecciosos, inflamatórios, traumáticos, auto-ímmunes e de manifestações de doenças sistêmicas (BRYN, 1992).

Felizmente, as lesões orais mais comumente encontradas em crianças e adolescentes são benignas ou de menor gravidade, mas há relatos de casos malignos, e quando estes ocorrem, geralmente representam sinais de doenças sistêmicas graves e são capazes de gerar conseqüências físicas e psicológicas muito mais sérias.

Com relação à prevalência de alterações da mucosa bucal em crianças e adolescentes, são encontrados alguns poucos relatos na literatura, e a falta de padronização da metodologia e dos critérios clínicos de diagnóstico não permitem determinar com exatidão qual é de fato a freqüência dessas

alterações entre estes indivíduos (HIPÓLITO et al, 2005). Estudos epidemiológicos são importantes na descrição das condições de saúde da população, na investigação de seus determinantes e nas ações destinadas a alterá-las. Além disso, é de grande valia na estomatologia clínica, pois auxiliam os profissionais na elaboração de hipóteses de diagnóstico, fornecendo-lhes dados sobre a prevalência de alterações e doenças, permitindo-lhes então estimar a possibilidade de encontrá-las na sua prática clínica (HIPÓLITO et al, 2005; LIMA et al, 2008) .

Sabe-se que a distribuição das doenças bucais varia consideravelmente de uma população para outra e pode ser influenciada por muitos fatores intrínsecos e extrínsecos. Como o Brasil é um país marcado por intensas diferenças geográficas e sociais, estudos realizados em outras regiões podem não ser representativos para a realidade nordestina. Na cidade de Feira de Santana e no Estado da Bahia, ainda não existem dados clínico-epidemiológicos que retratem a realidade das lesões orais em crianças e adolescentes. O monitoramento dos contrastes em saúde bucal é relevante para a programação de intervenções socialmente apropriadas, dirigidas a melhorias globais e ao direcionamento de recursos para grupos populacionais com níveis mais elevados de necessidades, baseando-se no princípio da equidade.

É importante realizar estudos que busquem fornecer informações sobre a distribuição das doenças bucais, para que estas possam ser melhor compreendidas e tratadas, salientando-se o diagnóstico precoce e a prevenção. Pesquisas com o objetivo de conhecer quais as lesões que ocorrem com maior frequência em uma determinada população de crianças e adolescentes tornam-se relevantes, por traçar um perfil desta população atendida e por fornecer dados que permitam planejar ações que possam interferir positivamente na realidade daquela comunidade específica e no conteúdo programático abordado nos cursos de graduação em odontologia e da área de saúde em geral.

Diante de poucos estudos sobre a etiologia e prevalência das lesões orais de tecido mole e ósseo do complexo maxilo-mandibular na infância e

adolescência, o presente estudo teve como objetivo observar a ocorrência destas lesões em indivíduos nesta fase de desenvolvimento atendidos em Unidades de Referência de Lesões Bucais de Universidades Públicas Baianas, no período de 1996 a 2010, bem como identificar fatores sócio-demográficos associados ao tipo destas lesões orais.

1.2 REVISÃO DE LITERATURA

1.2.1 LESÕES ORAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Existem mais de 60 tipos diferentes de lesões orais que podem acometer crianças e adolescentes, o que indica a importância do conhecimento da estomatologia para o correto diagnóstico e consequente tratamento dessas lesões (CAVALCANTE et al, 1999).

Segundo Lima et al (2008), o número de biópsias em pacientes pediátricos geralmente representa menos de 10% do total de biópsias realizadas na população para lesões orais. Isso acontece porque grande parte das lesões encontradas nesta faixa etária são de menor gravidade e com características de benignidade. Quando ocorrem, geralmente essas biópsias são realizadas em crianças acima de 7 anos. Em relação ao sexo, existe uma distribuição similar entre meninas e meninos.

Grande parte da literatura existente sobre a prevalência de lesões orais em crianças e adolescentes relata a ocorrência de lesões consideradas benignas, apesar de alguns estudos citarem a descoberta de casos malignos. Dentre as lesões que mais acometem crianças e adolescentes, estão a queilite angular, a mucoccele e a candidose (ARENDORF, 1996; CAVALCANTE, 1999; SILVA, 2003; GORDÓN-NÚÑEZ, 2003; PARLAK, 2006).

Mucoceles se referem ao fenômeno de extravasamento de muco, comum nas glândulas salivares menores, resultantes de injúria a um ducto excretor, geralmente causada por trauma local. São mais comuns em crianças e adultos jovens, porque talvez estes indivíduos sejam submetidos com maior frequência a traumatismos que induzem ao extravasamento de mucina (MATHEW et al, 2008; NEVILLE et al, 2008; PINTO et al, 2009).

A candidose é uma doença infecciosa causada principalmente pelo fungo *Candida albicans*, frente à ocorrência de distúrbios locais ou sistêmicos dos mecanismos de defesa do indivíduo. Conhecida também como candidíase ou “sapinho”, pode ter como fatores predisponentes a exposição prolongada a antibióticos de amplo espectro e deficiência do sistema imunológico. Caracteriza-se pela presença de placas esbranquiçadas, amolecidas, discretamente elevadas, localizadas usualmente na mucosa jugal, palato e dorso da língua. As doenças ligadas à imunossupressão freqüentemente estão associadas com a candidose pseudomembranosa. Os recém-nascidos também podem ser afetados, aparentemente por causa do sistema imune ainda pouco desenvolvido (NEVILLE et al, 2008; PINTO et al, 2009).

A candidose constitui-se em uma das infecções oportunistas fúngicas mais comuns em pacientes pediátricos oncológicos. Já se sabe que fatores como a mielosupressão, o comprometimento do fluxo salivar, as injúrias à mucosa e as lesões de mucosite contribuem para a instalação e desenvolvimento de processos infecciosos por espécies de *Candida*. Condições desfavoráveis de higiene oral, dentre outros fatores, podem contribuir como coadjuvantes, favorecendo a proliferação de determinados microrganismos e a instalação subsequente de infecções oportunistas. A candidose pseudomembranosa representa o tipo mais freqüente desta infecção fúngica, principalmente em crianças, ocorrendo predominantemente na mucosa jugal, língua, assoalho bucal e lábios (GORDÓN-NÚÑES, 2003; GOUSARD et al, 2006).

A queilite angular é a forma clínica de candidose que acomete a comissura labial, caracterizando-se por áreas avermelhadas, fissuradas, de aspecto irradiado, dolorosas e sangrantes. Ocorre usualmente em crianças respiradoras bucais ou com perda de dimensão vertical (NEVILLE et al, 2008; PINTO et al, 2009).

Segundo Arendorf et al (1996), que observaram a prevalência de lesões orais numa população de crianças negras sul-africanas em idade pré-escolar, a queilite angular (15,1%) foi a lesão mais freqüente, seguida por lesões

traumáticas (2,5%), língua geográfica (1,6%), abscesso dento-alveolar (1,1%) e herpes labial (0,8%).

Alguns dos poucos estudos na literatura que fazem referência à prevalência das alterações e lesões da mucosa oral em indivíduos infanto-juvenis observam, preferencialmente, crianças na faixa etária entre zero a 17 anos. As lesões orais de tecido mole e ósseo do complexo maxilo-mandibular mais freqüentes encontradas nas crianças em idade escolar foram as ulcerações aftosas recorrentes, herpes labial, queilite angular, língua fissurada, lesões traumáticas e mucocele (CAVALCANTE et al, 1999; MATHEW et al, 2008).

Alterações congênitas ou de desenvolvimento, que não são ocorrências incomuns em bebês até seis meses de idade, recentemente também têm sido estudadas. Os cistos de inclusão, que compreendem os nódulos de Bohn, as pérolas de Epstein e os cistos da lâmina dentária, são as alterações mais prevalentes na cavidade oral de bebês, especialmente na faixa etária compreendida entre 0 a 3 meses de vida. Apesar dessas alterações serem benignas e não requererem nenhum tipo de tratamento específico, é de grande valia que os profissionais que atuam nesta faixa etária conheçam tais alterações, no sentido de tranquilizar os pais e de estarem atentos para a necessidade de alguma intervenção (BALDANI et al, 2001; SILVA, 2003; SANTOS et al, 2009).

Em relação a tumores, os principais que acometem a cavidade bucal de crianças são benignos e a remoção cirúrgica pelo odontopediatra ou pelo cirurgião buco-maxilo-facial é o tratamento de escolha na maior parte dos casos (AJAYI et al, 2004; SILVA et al, 2007).

Segundo Adebayo et al (2002) e Guerrisi et al (2007), tumores odontogênicos não são causas raras de morbidade em crianças. Ajayi et al (2004) observaram que uma em cada 5 crianças e adolescentes com tumores da cavidade oral atendidos pelo Departamento de Patologia e Biologia Oral da Universidade de Lagos, Nigéria, apresentaram diagnóstico de tumor odontogênico. Seus sintomas são semelhantes aos de infecções

odontogênicas, comuns nesta faixa etária. Portanto, as lesões suspeitas devem ser cuidadosamente investigadas e tratadas prontamente.

Segundo Silva et al (2007), os tumores mais comuns em crianças são o ameloblastoma unicístico, o fibroma ameloblástico e o mixoma odontogênico. O ameloblastoma unicístico ocorre em crianças e adolescentes, mais comumente na porção posterior da mandíbula, seguida pela região de sínfise. O fibroma ameloblástico ocorre na mandíbula mais freqüentemente e está relacionado a dentes não irrompidos, não apresentando predileção por sexo, sendo mais comum em crianças do que em adultos. Os indivíduos acometidos normalmente apresentam menos de 12 anos de idade. O mixoma odontogênico pode ser encontrado em crianças em idade precoce. O tratamento consiste na excisão cirúrgica da lesão. Entretanto, para evitar lesar centros de crescimento em crianças, alguns cirurgiões tem recomendado a simples enucleação e curetagem da lesão, porém as chances de recidiva são maiores (por volta de 25%).

De acordo com o estudo realizado por Ajayi et al (2007) na Nigéria, neoplasias malignas constituíram 13,3% dos tumores orofaciais em crianças e adolescentes. O linfoma de Burkitt foi o tumor maligno mais comum e o carcinoma foi relativamente raro até 19 anos.

Em relação a lesões de língua, Voros-Balog et al (2003), observaram que as lesões mais freqüentes em crianças são língua fissurada e língua geográfica. Nesse estudo, foi possível comprovar a influência do sexo na ocorrência de tais alterações.

Em relação aos cistos odontogênicos, Godoy et al (2007) observaram uma maior freqüência destes no sexo masculino, e em indivíduos com idade média de 9,78 anos. Os sítios mais acometidos foram as regiões posteriores da maxila e mandíbula anterior. O cisto dentífero foi a lesão mais comum, seguido pelo cisto radicular.

Gordón-Núñez et al (2003) sugerem que as lesões orais podem representar sinais de doenças sistêmicas graves. Visando diminuir possíveis danos emocionais, físicos e psicológicos, é importante o diagnóstico precoce

das lesões orais que acometem indivíduos na 1ª e 2ª décadas de vida. Daí a importância de estudos de prevalência nessa área.

1.2.2 ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE LESÕES ORAIS

Ao contrário dos estudos epidemiológicos sobre cáries, doença periodontal ou má-oclusão, os estudos epidemiológicos sobre alterações orais se caracterizam pela falta de uniformidade entre os critérios de elaboração. Quando existem, os protocolos mais estruturados dizem respeito aos estudos sobre câncer bucal. Os estudos sobre lesões orais existentes analisam em sua maioria a prevalência de alterações orais em adultos, não sendo, portanto, apropriados para mensurar como essas alterações orais afetam as crianças (GARCIA-POLA et al, 2002).

Poucos estudos tratam da prevalência das alterações de mucosa oral em crianças e, além disso, com tantas disparidades metodológicas, como a falta de uniformização de critérios diagnósticos e diferenças nas faixas etárias, torna-se difícil comparar os resultados encontrados (CRUZ et al, 2008).

Já existem estudos capazes de comprovar a associação entre a prevalência de cárie dentária e características sócio-demográficas em crianças. A experiência de cárie dentária é susceptível a desigualdades sócio-demográficas e geográficas. As regiões brasileiras com melhores indicadores sociais geralmente apresentam perfil mais favorável de saúde bucal. Crianças negras e pardas, do sexo masculino, e aquelas estudando em áreas rurais e em pré-escolas públicas apresentam piores condições de saúde bucal e menor acesso ao tratamento odontológico (ANTUNES et al, 2006).

Já em relação a lesões orais, grande parte dos estudos observam apenas a prevalência dessas lesões. Porém, começam a surgir trabalhos que buscam avaliar a existência de associação entre o aparecimento de lesões orais e algum outro fator, como sexo ou idade dos pacientes (CAVALCANTE et al, 1999).

Cavalcante et al (1999) encontraram uma grande variedade de afecções bucais na faixa etária de 0 a 14 anos, sendo o mucocele a lesão mais prevalente (25,4%). Esses autores encontraram diferenças entre lesões orais e sexo e lesões orais e idade. O sexo feminino foi o mais acometido por lesões orais e a idade que essas lesões apareceram com maior frequência foi entre 8 e 14 anos.

Bessa et al (2004) encontraram uma frequência de 27% de alterações da mucosa oral em crianças, valor maior que em outros estudos. Essa diferença foi atribuída a disparidades econômicas, geográficas e sociodemográficas, metodologia e critérios clínicos adotados por cada estudo.

As variações na prevalência de lesões orais na literatura pode ser resultado de diferenças geográficas e de características sócio-demográficas da população estudada, mas também da metodologia e dos critérios de diagnóstico estabelecidos (PARLAK et al, 2006).

Um dos critérios importantes para o diagnóstico de lesões orais é o exame histopatológico destas lesões. Porém, grande parte dos estudos de prevalência usa como fonte de coleta de dados apenas o exame clínico (ARENDORF et al, 1996; CAVALCANTE et al, 1999; SILVA, 2003; VÖRÖSBALOG et al, 2003; SANTOS et al, 2004; ESPINOSA-ZAPATA et al, 2006; PARLAK et al, 2006).

Espinosa-Zapata et al (2006) investigaram a prevalência de lesões na mucosa oral de pacientes pediátricos mexicanos, através do exame clínico. A conclusão foi que das lesões detectadas, 70,93% foram secundárias à má higiene oral e ao uso de aparelhos ortodônticos, sendo importante melhorar a higiene oral para diminuir a prevalência de lesões orais nesse grupo de indivíduos.

Outro tipo de estudo bastante freqüente nesta área são os estudos com dados secundários. Geralmente os estudos baseados nessas fontes de dados, como prontuários e laudos de biópsias, conseguem obter dados decorrentes tanto do exame clínico quanto do exame histopatológico (DHANUTHAI et al, 2007; LIMA et al, 2008).

Adebayo et al (2002) realizaram um estudo retrospectivo de 20 anos sobre tumores odontogênicos em crianças e adolescentes nigerianos de 0 a 18 anos, a partir da base de dados de um Hospital Universitário entre os anos de 1979 a 1998. Notou-se que 31% dos 252 indivíduos analisados possuíam tumores odontogênicos, sendo o tipo mais comum o ameloblastoma. Este estudo mostrou que a frequência de ameloblastoma é menor em crianças e adolescentes nigerianos do que em adultos, corroborando com a maioria dos artigos presentes na literatura.

Dhanuthai et al (2007), ao realizarem um estudo retrospectivo baseado em 8.314 registros de biópsias orais no Departamento de Patologia Oral da Faculdade de Odontologia da Universidade Chulalongkorn (Tailândia), no período de 1990 a 2004, encontraram 1251 casos (15,05%) de lesões em pacientes pediátricos. Os indivíduos foram divididos em três grupos de acordo com o período da dentição: dentição decídua (0-6 anos), dentição mista (> 6-12 anos) e dentição permanente (> 12-16 anos). As afecções foram classificadas em três categorias: lesões inflamatórias/reacionais, lesões císticas e lesões tumorais ou associadas. As lesões císticas foram as mais prevalentes.

Crivelli et al (1986), ao estudarem a prevalência de alterações na mucosa bucal de crianças, concluíram que a distribuição das doenças refletiu as características do baixo nível sócio-econômico da população estudada. Este estudo, ao incluir aspectos sócio-econômicos na análise, teve como objetivo justamente avaliar a influência das privações e da dificuldade de acesso aos serviços de saúde no tipo de lesões orais em crianças.

Segundo Antunes et al (2006a), famílias submetidas a más condições de moradia e trabalho estão mais expostas à falta de informação em saúde, o que faz com que seus membros adquiram com mais facilidade comportamentos de risco. As pessoas carentes têm menos acesso aos serviços de saúde e deixam de procurá-los com finalidades preventivas ou nos estágios iniciais de suas necessidades de tratamento. Isso pode gerar uma pior condição nutricional, um menor acesso a diagnósticos precoces e a recursos terapêuticos e um pior prognóstico quando desenvolvem doenças.

Estudos como o de Voros-Balog et al (2003) sugerem associação entre lesões de língua em crianças e fatores como sexo, idade, doenças sistêmicas e alergias. É possível relacionar doenças orais a fatores que estejam envolvidos em sua etiopatogenia, que muitas vezes pode ser diversificada a ponto de abranger aspectos culturais, educativos e nutricionais, além dos fatores sistêmicos ou gerais (idade, sexo, alterações sistêmicas) (MORET et al, 2007).

Ainda segundo Moret et al (2007), alguns agentes externos também podem estar associados a lesões orais. Em crianças e adolescentes o tipo de agente externo mais comum envolvido na etiopatogenia das lesões orais é o traumatismo. O consumo de álcool e tabaco, apesar de serem agentes de grande potencial de associação com lesões orais, envolve outros fatores importantes, como o tempo de uso, que raramente é prolongado nas populações infanto-juvenis.

Crivelli et al (1988) utilizaram variáveis que representassem as condições sócio-econômicas das crianças em seu estudo, por acreditarem que algumas lesões orais são mais freqüentes em crianças de nível econômico mais baixo. Ao analisarem as diferenças observadas em crianças de condições econômicas diferentes, observaram que as de nível econômico mais elevado registraram maiores índices de estomatite aftosa recorrente (19%) e menores índices de queilite angular (1,1%).

Alguns estudos relacionam o aparecimento da queilite angular a deficiências nutricionais (ferro, ácido fólico e vitamina B12). Por isso, esse tipo de lesão, comum em crianças, geralmente ocorre com maior freqüência em níveis sócio-econômicos mais baixos, nos quais as crianças estão mais susceptíveis a apresentarem desnutrição. A condição sócio-econômica das crianças sugere que as mesmas sejam susceptíveis a deficiências de ferro, riboflavina, ácido fólico e vitamina B12 (ARENDORF et al, 1996).

Parlak et al (2006) investigaram a prevalência de lesões e alterações orais em estudantes dos 13 aos 16 anos da Turquia e buscaram verificar associação entre a ocorrência de lesões e o sexo ou entre a ocorrência de lesões e anemia. Os autores observaram a associação entre a presença de queilite angular com o quadro de anemia, pois este foi verificado em 31,8% dos

pacientes com a doença. A correlação entre a ocorrência de lesões e o sexo não foi estatisticamente significativa.

Um inquérito realizado com biópsias do complexo buco-maxilo-facial de crianças de 0 a 14 anos, de uma cidade do Sul do Brasil, observou, além do diagnóstico histopatológico, dados sobre o local das lesões, sexo e idade dos indivíduos. De um total de 9.465 biópsias realizadas entre os anos de 1983 a 2002, 6.6% ocorreram em crianças de 0 a 14 anos. Dos 625 pacientes pediátricos, 89% tinham entre 7 e 14 anos e a maioria das lesões encontradas foram consideradas benignas (LIMA et al, 2008).

A questão da raça/cor também pode ser encontrada em alguns trabalhos. Há considerável prova de variação racial na ocorrência de tumores odontogênicos. O ameloblastoma foi o tumor odontogênico predominante, porém, a sua freqüência em crianças nigerianas foi menor do que na população adulta (ADEBAYO et al, 2002). A maior prevalência de lesões de comissura labial em crianças sul-africanas na pesquisa realizada por Arendorf et al (1996) é explicada pelo fato dessas lesões serem mais prevalentes em pessoas negras por ser uma condição autossômica dominante particularmente mais comum entre os negros. Também não foi surpresa o fato das lesões traumáticas terem sido causadas devido a quedas ou brigas.

Hipólito et al (2005) observaram diferença estatisticamente significativa na ocorrência de lesões orais e/ou alterações de normalidade de acordo com a cor da pele em adolescentes. O percentual de adolescentes leucodermas sem lesão fundamental e alteração da normalidade (28,8%) foi maior que o percentual dos adolescentes melanodermas (6,5%) e faiodermas (9,9%). A placa (32,81%) foi a principal lesão de mucosa encontrada, a maioria delas de origem traumática, decorrentes provavelmente de trauma mecânico provocado por hábito de mastigação crônica da mucosa ou do uso de tabaco.

De acordo com Alvarez et al (2009), a exposição passiva ao tabaco está associada à pigmentação excessiva na gengiva das crianças, embora mais pesquisas sejam necessárias para confirmar este resultado. As crianças, quando expostas passivamente ao fumo do tabaco, têm maior risco de contrair

tanto doenças sistêmicas quanto manifestações bucais, em comparação às não expostas.

Estudos epidemiológicos se constituem em instrumento coletivo valioso na descrição das condições de saúde da população, na investigação de seus determinantes e nas ações destinadas a alterá-las. Além disso, é de grande valia na estomatologia clínica, pois auxiliam os profissionais na elaboração de hipóteses de diagnóstico, fornecendo-lhes dados sobre a prevalência de alterações e doenças, permitindo-lhes então estimar a possibilidade de encontrá-las na sua prática clínica (HIPÓLITO et al, 2005; LIMA et al, 2008) .

1.3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

1.3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo utilizou um desenho de pesquisa epidemiológica do tipo corte transversal para identificar a ocorrência de lesões orais e possíveis associações entre o tipo de lesão oral e fatores sócio-demográficos (idade, sexo e cor da pele) das crianças e adolescentes atendidos nos Centros de Referência de Lesões Bucais de Universidades Públicas da Bahia.

1.3.2 CAMPO DE ESTUDO

O campo de estudo envolveu os municípios de Feira de Santana, Salvador e cidades circunvizinhas, no Estado da Bahia. Estas cidades foram escolhidas por possuírem Universidades Públicas com centros de referência de lesões orais.

Feira de Santana, segunda maior cidade do Estado da Bahia, encontra-se a 108 km da capital, Salvador. Situa-se no centro-norte do Estado, com população estimada de 556.756 habitantes (BRASIL, 2011). O 34º município mais populoso do Brasil localiza-se na planície do recôncavo baiano, com clima semi-árido, sendo considerado o maior e mais importante entroncamento rodoviário da região Norte-Nordeste.

Salvador, capital do estado da Bahia, é uma metrópole nacional com 2.676.606 habitantes (BRASIL, 2011), sendo a cidade mais populosa do

Nordeste, a terceira mais populosa do Brasil e a oitava mais populosa da América Latina. Centro econômico do Estado, é também porto exportador, centro industrial, administrativo e turístico.

1.3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população de estudo foi composta por todos os indivíduos de 0 a 19 anos atendidos entre Junho de 1996 a Junho de 2010 pelo Centro de Referência de Lesões Bucais (CRLB) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e pelo Laboratório de Patologia Cirúrgica da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

1.3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados dos prontuários dos indivíduos atendidos pelo Centro de Referência de Lesões Bucais (CRLB) da Universidade Estadual de Feira de Santana e das fichas de requisições e laudos de biópsias dos indivíduos atendidos pelo Laboratório de Patologia Cirúrgica da Universidade Federal da Bahia. Foi utilizado um formulário específico contendo informações sobre sexo, idade, cor da pele, local de residência, tipo e localização da lesão, entre outras (ANEXO A).

Após o procedimento de coleta de dados, foi realizado o agrupamento das lesões, obedecendo aos critérios estabelecidos pela classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO,2005), que classifica as

lesões orais em três tipos principais: *não-neoplásicas*, *neoplásicas benignas* e *neoplásicas malignas*.

1.3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

A variável **tipo de lesão oral** foi escolhida como variável dependente deste estudo porque como o trabalho foi realizado com crianças e adolescentes atendidos em centros de referência, trabalhou-se apenas com indivíduos “doentes”, ou seja, que apresentam algum tipo de lesão. Porém, apesar de não existir nesta pesquisa o grupo dos “sadios” ou dos “sem lesão”, os indivíduos foram divididos de acordo com o tipo de lesão que possuíam. As lesões orais podem ser de maior ou menor gravidade. Nesta pesquisa, foi utilizado o critério da OMS (WHO,2005) para classificar os diferentes tipos de lesões orais. Tal critério classifica as lesões orais em três tipos principais: *não-neoplásicas*, *neoplásicas benignas* e *neoplásicas malignas*. Entretanto, para facilitar a análise dos dados, esses três subgrupos foram dicotomizados após a coleta de dados, em *lesões não-neoplásicas* e *neoplásicas*.

Não existe na literatura um modelo preditivo pré-estabelecido para o estudo de lesões orais na população infanto-juvenil. Sendo assim, as variáveis mais comumente encontradas na literatura como possíveis preditoras (**idade**, **sexo** e **cor da pele**) também foram consideradas como co-variáveis, no momento da análise de potenciais modificadores de efeito ou confundidores. Outra co-variável utilizada no estudo foi **local de residência**.

A variável **local de residência** foi dicotomizada em *sede* (incluindo os indivíduos que moram nas cidades-sede dos centros de referência que procuraram atendimento, ou seja, Feira de Santana e Salvador), e *interior* (incluindo os indivíduos que moram em cidades circunvizinhas às cidades-sede

dos centros de referência procurados, e que não possuem centros de referência próprios).

A variável **Cor da pele** foi classificada em *branca, parda e negra*. Essa cor corresponde à cor referida pelo anotador. A variável **Idade** foi dividida em faixas etárias estabelecidas para diferenciar a infância da adolescência, de acordo com o critério da Organização Mundial de Saúde (OMS): *0-9 anos (crianças) e 10-19 anos (adolescentes)*.

1.3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados, utilizou-se: a análise descritiva das variáveis, com o objetivo de caracterizar a população do estudo; a análise bivariada, através do cálculo de Razões de Prevalência (RP), para verificação da associação entre o tipo de lesão oral e as demais variáveis encontradas na literatura como possíveis variáveis preditoras (sexo, idade e cor da pele); e a análise de potenciais modificadores de efeito e confundimento.

Para cálculo do valor de p das associações brutas utilizou-se o teste Qui-Quadrado de Pearson, onde $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo. Realizou-se análise multivariada, através da modelagem de regressão logística para análise de associação considerando simultaneamente potenciais modificadores de efeito (teste de verossimilhança) e confundidores (comparação entre as razões de prevalência brutas e ajustadas utilizando como parâmetro a diferença entre as taxas maior que 10%).

Os dados foram digitados, processados e classificados utilizando-se o programa SPSS 15.0 for Windows – Statitical Package for Social Science – e analisados utilizando-se o programa R 2.12.0. – The R Foundation for Statistical Computing – sendo posteriormente organizados em tabelas.

1.3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS, com registro conforme Protocolo nº 123/2009 (CAAE 0129.0.059.000-09) (ANEXO B), estando também de acordo com os trâmites previstos pelo Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão (Resolução CONSEPE nº 035/2009) e com a resolução nº 196/96 referente a aspectos éticos do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2001).

Além disso, os dados dessa pesquisa foram utilizados mediante autorização do Coordenador do Núcleo de Câncer Oral, responsável pela guarda dos prontuários do Centro de Referência de Lesões Bucais (CRLB) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), e do Coordenador Responsável pela guarda dos laudos e das fichas clínicas de solicitação de biópsia do Laboratório de Patologia Cirúrgica da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar as lesões orais mais freqüentes entre as crianças e adolescentes atendidos pelos Centros de Referência de Lesões Bucais de Universidades Públicas Baianas, no período de 1996 a 2010.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar possíveis associações entre fatores sócio-demográficos (idade, sexo e cor da pele) e o tipo de lesão oral das crianças e adolescentes atendidos nos centros de referência;
- Comparar as frequências das lesões orais e o perfil sócio-demográfico das crianças e adolescentes entre as duas Unidades de Referência.

3 ARTIGO 1¹

LESÕES ORAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDOS EM CENTROS DE REFERÊNCIA DE UNIVERSIDADES PÚBLICAS BAIANAS

Camila Porto Pessôa^{II}

Técia Daltro Borges Alves^{II}

Nilton César Nogueira dos Santos^{II}

Heloísa Laís Rosário dos Santos^{II}

Alana de Cássia Silva Azevedo^{II}

Jean Nunes dos Santos^{III}

Márcio Campos Oliveira^{II}

RESUMO

OBJETIVOS: Identificar as lesões orais mais freqüentes em crianças e adolescentes atendidos em Unidades de Referência de Lesões Bucais de Universidades Públicas Baianas, no período de 1996 a 2010, e estimar a associação entre fatores sócio-demográficos e o tipo de lesões orais encontradas.

MÉTODOS: Estudo transversal utilizando dados secundários obtidos a partir de prontuários, fichas de requisições e laudos de biópsias de indivíduos de 0 a 19 anos atendidos em Unidades de Referência de Lesões Bucais de Universidades Públicas Baianas, de 1996 a 2010. Para a análise dos dados, utilizou-se a análise descritiva das variáveis, a análise bivariada para verificação da associação entre lesão oral e sexo, idade e cor da pele; e a análise de potenciais modificadores de efeito e confundimento, através da modelagem de regressão logística. Para cálculo do valor de p das associações,

¹ Artigo escrito de acordo com as normas de publicação da Revista de Saúde Pública da USP.

^{II} Universidade Estadual de Feira de Santana – Ba

^{III} Universidade Federal da Bahia - Ba

utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson, onde $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

RESULTADOS: Foram encontrados 360 prontuários de pacientes entre 0 e 19 anos (8,7% do total de prontuários). Os resultados revelaram 72 tipos diferentes de lesões. As lesões de maior prevalência foram: mucocele (14,2%), fibroma (5,6%) e granuloma piogênico (5,3%). A variável “idade” foi a única característica sócio-demográfica dentre as analisadas que apresentou associação estatisticamente significativa tanto com lesões neoplásicas quanto com lesões não neoplásicas, de acordo com a análise bivariada, já considerando as taxas ajustadas pelos potenciais confundidores. Os indivíduos de 10 a 19 anos apresentaram 80,4% menos lesões neoplásicas e 23,5% mais lesões não neoplásicas do que os indivíduos até 9 anos. Não foi encontrada modificação de efeito nos modelos preditivos analisados.

CONCLUSÕES: O estudo possibilitou identificar a existência de uma grande variabilidade de lesões orais acometendo crianças e adolescentes, sendo a maioria do tipo não neoplásicas. A idade dos indivíduos apresentou associação com o tipo de lesão oral encontrada.

DESCRITORES: doenças bucais; crianças; adolescentes.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To identify the most frequent oral lesions in children and adolescents in Reference Units of Oral Lesions of Public Universities of Bahia in the period between 1996 to 2010, and estimate the association between socio-demographic factors and type of oral lesions found.

METHODS: Cross-sectional study using secondary data obtained from medical records, records of requests and reports of biopsies from patients of 0 and 19 years treated in Reference Units of Oral Lesions of Bahia of Public Universities, 1996 to 2010. For data analysis, we used descriptive analysis of the variables, bivariate analysis, by calculating the prevalence ratios (PR), to assess the association between oral lesions and gender, age and skin color and the analysis of potential modifiers effect and confounding by logistic regression modeling. To calculate the p-value of associations, we used the chi-square test, $p < 0.05$ was considered statistically significant.

RESULTS: There were 360 records of patients between 0 and 19 years (8.7% of total records). The results revealed 72 different types of injuries. The most prevalent injuries were mucocelas (14.2%), fibroma (5.6%) and pyogenic granuloma (5.3%). The variable "age" was the only socio-demographic characteristics among those analyzed that showed a statistically significant association with both neoplastic and non-neoplastic lesions, according to bivariate analysis, considering the rates adjusted for potential confounders. Individuals 10 to 19 years were 80.4% less neoplastic lesions and 23.5% more than non-neoplastic lesions individuals up to 9 years. There was no modification effect on predictive models analyzed.

CONCLUSIONS: The study identified the existence of a broad range of oral lesions affecting children and adolescents. Most of the injuries found were of the non-neoplastic. The age of individuals was associated with a type of oral lesion found.

DESCRIPTORS: oral diseases, children, adolescents.

INTRODUÇÃO

Diversos tipos de lesões podem acometer o complexo maxilo-facial, variando desde lesões benignas, até graves tumores malignos, que podem se traduzir em sérios riscos de morte e mutilações para o indivíduo. A grande variabilidade de lesões orais também se estende às crianças e adolescentes, que podem ser acometidos por mais de 60 tipos diferentes de lesões, o que indica a importância do conhecimento da estomatologia para o correto diagnóstico e tratamento dessas lesões nessa faixa etária.

Felizmente, as lesões orais mais comumente encontradas em crianças e adolescentes são benignas ou de menor gravidade, mas há relatos de casos malignos, e quando estes ocorrem, geralmente representam sinais de doenças sistêmicas graves e são capazes de gerar conseqüências físicas e psicológicas muito mais sérias.

Com relação à prevalência de alterações da mucosa bucal em crianças e adolescentes, são encontrados alguns poucos relatos na literatura, e a falta de padronização da metodologia e dos critérios clínicos de diagnóstico não permitem determinar com exatidão qual é de fato a freqüência dessas alterações entre estes indivíduos.^{11,14}

Diante de poucos estudos sobre a etiologia e prevalência das lesões orais de tecido mole e ósseo do complexo maxilo-mandibular na infância e adolescência, o presente estudo tem como objetivo identificar as lesões orais mais freqüentes em crianças e adolescentes atendidos em Unidades de Referência de Lesões Bucais de Universidades Públicas Baianas, no período de 1996 a 2010 e estimar, em nível exploratório, a associação entre fatores sócio-demográficos e o tipo de lesão oral.

MÉTODOS

A realização desse estudo empregou um desenho de pesquisa epidemiológica tipo corte transversal, utilizando dados obtidos a partir de prontuários, fichas de requisições e laudos de biópsias de indivíduos atendidos em Unidades de Referência de Lesões Bucais de Universidades Públicas Baianas, de 1996 a 2010. Os centros pesquisados foram o Centro de Referência de Lesões Bucais (CRLB) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e o Laboratório de Patologia Cirúrgica da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Para a coleta de dados, utilizou-se um formulário específico para coleta de dados sócio-demográficos e sobre as lesões.

A variável “tipo de lesão oral” foi escolhida como variável dependente porque apesar de não existir nos bancos analisados o grupo dos “sadios” ou dos “sem lesão”, os indivíduos podem ser divididos de acordo com o tipo de lesão que possuem: lesões de maior ou menor gravidade. Nesta pesquisa, foi utilizado o critério da OMS de 2005¹⁹ para classificar os diferentes tipos de lesões orais. Tal critério classifica as lesões orais em três tipos principais: *não-neoplásicas*, *neoplásicas benignas* e *neoplásicas malignas*. Para facilitar a análise dos dados, esses três subgrupos foram dicotomizados após a coleta de dados em *lesões não-neoplásicas* e *neoplásicas*. Todas as análises foram realizadas tanto para o grupo de lesões neoplásicas quanto para o grupo de lesões não neoplásicas.

As demais variáveis utilizadas no estudo foram: “idade” (*0-9 anos*, *10-19 anos*), “sexo” (*feminino* e *masculino*), “cor da pele” (*branca*, *parda* e *negra*) e “local de residência” (*sede* e *interior*). A variável “local de residência” foi dicotomizada em *sede* (incluindo os indivíduos que moram nas cidades-sede dos centros de referência que procuraram atendimento), e *interior* (incluindo os indivíduos que moram em cidades circunvizinhas às cidades-sede dos centros de referência procurados, e que não possuem centros de referência próprios).

Para a análise dos dados, realizou-se caracterização da população do estudo através do cálculo das medidas estatísticas de tendência central e de variabilidade. Utilizou-se também a análise bivariada, através do cálculo de Razões de Prevalência (RP), para verificação da associação entre o tipo de lesão oral e as demais variáveis encontradas na literatura como possíveis

variáveis preditoras (sexo, idade e cor da pele). Por último, foi efetuada a análise simultânea de potenciais modificadores de efeito e confundimento, através da regressão logística.

Para cálculo do valor de p das associações utilizou-se o teste Qui-Quadrado de Pearson, onde $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo. A análise multivariada utilizou a modelagem de regressão logística para análise de associação considerando simultaneamente potenciais modificadores de efeito (teste de verossimilhança) e confundidores (comparação entre as razões de prevalência brutas e ajustadas utilizando-se como parâmetro a diferença entre as taxas maior que 10%).

Os dados foram digitados, processados e classificados utilizando-se o programa SPSS 15.0 for Windows – Statistical Package for Social Science – e analisados utilizando-se o programa R 2.12.0. – The R Foundation for Statistical Computing – sendo posteriormente organizados em tabelas.

A pesquisa foi realizada de acordo com os critérios éticos determinados pela resolução nº 196/96 referente a aspectos éticos do Conselho Nacional de Saúde e foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, com registro conforme Protocolo 123/2009 (CAAE 0129.0.059.000-09). Além disso, os dados foram utilizados mediante autorização dos coordenadores responsáveis pela guarda dos prontuários e requisições e laudos de biópsias dos centros pesquisados.

RESULTADOS

No período analisado foram encontrados 360 prontuários de pacientes com idade entre 0 a 19 anos, o que corresponde a 8,7% de todos os prontuários armazenados. Destes, 157 (46,6%) foram coletados no Centro de Referência de Lesões Bucais da Universidade Estadual de Feira de Santana e 203 (56,4%) no Laboratório de Patologia Cirúrgica da Universidade Federal da Bahia. Os indivíduos de 0 a 19 anos representaram apenas 6,4% de todos os pacientes que passaram pelo Centro de Referência de Lesões Bucais da Universidade Estadual de Feira de Santana entre os anos de 1996 a 2010 e 12,2% de todos os indivíduos que passaram pelo Laboratório de Patologia Cirúrgica da Universidade Federal da Bahia entre os anos de 2002 a 2010. Ao longo dos 14 anos observados, o período de maior número de indivíduos encontrados foi entre os anos de 2004 a 2007, correspondendo a 46,6% do total de prontuários analisados (Figura 1).

Entre os 360 prontuários observados, 205 (56,9%) foram de indivíduos do sexo feminino, 266 (74,1%) possuíam de 10 a 19 anos, e em relação à cor da pele, 137 (44,9%) foram considerados negros. A Tabela 1 mostra mais detalhadamente as freqüências absolutas e relativas do número total dos indivíduos analisados, além de informar os valores referentes a cada banco analisado, UEFS e UFBA.

Em relação às características das lesões, 43 (35,5%) foram consideradas como lesão fundamental tipo nódulo e 74 (21,4%) se localizavam no lábio (Tabela 2). A suspeita clínica mais comum foi a de mucocele, relatada em 54 (16,8%) dos indivíduos analisados.

Após a classificação das afecções de acordo com o critério utilizado pela OMS (2005)¹⁹, foi possível observar que 262 (80,6%) foram consideradas como lesões não neoplásicas, 61 (16,9%) como neoplásicas benignas e 2 (0,6%) como neoplásicas malignas. Entre os pacientes da UEFS, a grande maioria (89,5%) apresentou lesões não neoplásicas. Entre os pacientes da UFBA a prevalência de lesões não neoplásicas foi um pouco menor, de 74,5%.

Os resultados obtidos após a avaliação dos prontuários das 360 crianças e adolescentes revelaram 72 tipos diferentes de afecções. As lesões

mais freqüentes foram: mucocele, fibroma, granuloma piogênico, hiperplasia fibrosa, ameloblastoma, cisto dentífero, odontoma, papiloma, cisto radicular e úlcera traumática. As duas lesões neoplásicas malignas encontradas foram neoplasia fusocelular de mandíbula e condrossarcoma de mandíbula. A distribuição das afecções está representada na tabela 2.

O mucocele representou 42,8% das lesões não neoplásicas encontradas, enquanto que o ameloblastoma representou 20,6% entre as lesões neoplásicas totais.

A prevalência global de lesões neoplásicas entre os indivíduos analisados foi de 19,4%, enquanto que a prevalência de lesões não neoplásicas foi de 80,6%. A identificação da prevalência de lesões neoplásicas e não neoplásicas segundo características sócio-demográficas está mostrada, respectivamente, nas tabelas 3 e 4.

A variável “idade” foi a única característica sócio-demográfica dentre as analisadas que apresentou associação estatisticamente significativa tanto com lesões neoplásicas quanto com lesões não neoplásicas, de acordo com a análise bivariada, já considerando as taxas ajustadas pelos potenciais confundidores. Os adolescentes apresentaram 80,4% menos lesões neoplásicas e 23,5% mais lesões não neoplásicas do que as crianças.

Em relação às outras variáveis analisadas, apesar de não ter apresentado resultado estatisticamente significativo, é importante relatar que as lesões neoplásicas foram 98% mais prevalentes nas meninas e 20% mais prevalentes nos indivíduos de cor da pele negra. Já a prevalência de lesões não neoplásicas não variou de acordo com o sexo ou cor da pele.

Não foi observada modificação de efeito nos modelos preditivos analisados.

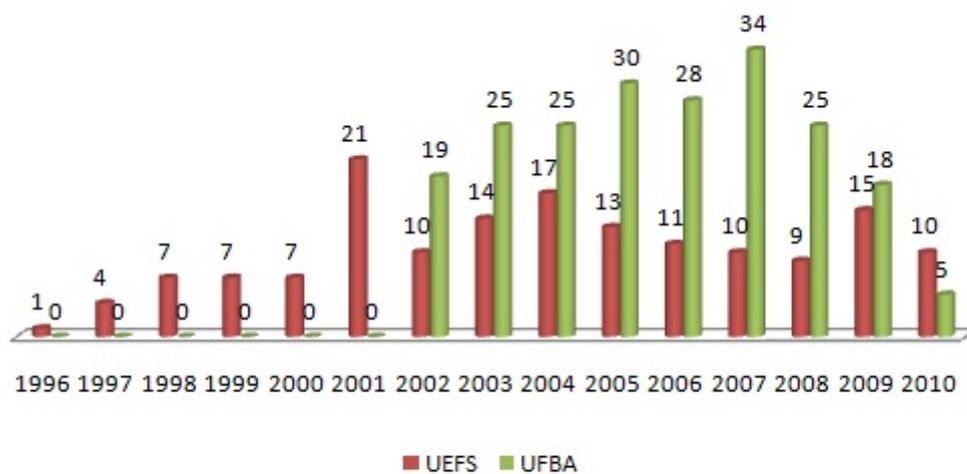


Figura 1 - Distribuição de freqüências absolutas dos dados referentes aos locais e período de coleta dos dados.

Tabela 1. Distribuição de freqüências absolutas e relativas dos dados sócio-demográficos dos 360 indivíduos de 0 a 19 anos atendidos em Centros de Referência de Universidades Públicas Baianas, entre os anos de 1996 a 2010.

| Variáveis | N ^(a) | % | UEFS | | UFBA | |
|----------------------------------|------------------|------|------------------|------|------------------|-------|
| | | | N ^(a) | % | N ^(a) | % |
| Idade (359) | | | | | | |
| 0 a 9 anos | 93 | 25,9 | 54 | 34,6 | 39 | 19,2 |
| 10 a 19 anos | 266 | 74,1 | 102 | 65,4 | 164 | 80,8 |
| Gênero (360) | | | | | | |
| Masculino | 155 | 43,1 | 71 | 45,2 | 84 | 41,4 |
| Feminino | 205 | 56,9 | 86 | 54,8 | 119 | 58,6 |
| Cor da Pele (305) | | | | | | |
| Branca | 48 | 15,7 | 29 | 21,8 | 19 | 11,0 |
| Parda | 120 | 39,3 | 41 | 30,8 | 79 | 45,9 |
| Negra | 137 | 44,9 | 63 | 47,4 | 74 | 43,0 |
| Escolaridade (154) | | | | | | |
| Nenhum | 28 | 18,2 | 19 | 13,1 | 9 | 100,0 |
| Ensino Fundamental | 106 | 68,8 | 106 | 73,1 | 0 | 0,0 |
| Ensino Médio | 18 | 11,7 | 18 | 12,4 | 0 | 0,0 |
| Ensino Superior | 2 | 1,3 | 2 | 1,4 | 0 | 0,0 |
| Estado Civil (360) | | | | | | |
| Solteiro | 167 | 49 | 65 | 41,7 | 102 | 55,1 |
| Casado | 6 | 1,8 | 2 | 1,3 | 4 | 2,2 |
| Não se aplica ^(b) | 168 | 49,3 | 89 | 57,1 | 79 | 42,7 |
| Local de Residência (157) | | | | | | |
| Sede | 106 | 67,5 | 95 | 65,1 | 11 | 100,0 |
| Interior | 51 | 32,5 | 51 | 34,9 | 0 | 0,0 |
| Ocupação (297) | | | | | | |
| Estudante | 258 | 86,9 | 112 | 83,6 | 146 | 89,6 |
| Lavradora | 2 | 0,7 | 1 | 0,7 | 1 | 0,6 |
| Dona de Casa | 2 | 0,7 | 0 | 0,0 | 2 | 1,2 |
| Doméstica | 2 | 0,7 | 1 | 0,7 | 1 | 0,6 |
| Professora | 1 | 0,3 | 0 | 0,0 | 1 | 0,6 |
| Vendedor | 1 | 0,3 | 1 | 0,7 | 0 | 0,0 |
| Auxiliar de Limpeza | 1 | 0,3 | 0 | 0,0 | 1 | 0,6 |
| Atendente | 1 | 0,3 | 0 | 0,0 | 1 | 0,6 |
| Auxiliar Administrativo | 1 | 0,3 | 0 | 0,0 | 1 | 0,6 |
| Ajudante de Chaveiro | 1 | 0,3 | 1 | 0,7 | 0 | 0,0 |
| Desempregado | 1 | 0,3 | 1 | 0,7 | 0 | 0,0 |
| Não se Aplica ^(c) | 26 | 8,8 | 17 | 12,7 | 9 | 5,5 |

(a) Número total de dados válidos, excluindo-se os dados perdidos de cada variável.

(b) Indivíduos de 0 a 9 anos, considerados pela OMS como crianças.

(c) Indivíduos de 0 a 5 anos.

Tabela 2. Distribuição de freqüências absolutas e relativas dos dados sobre as lesões encontradas nos 360 indivíduos de 0 a 19 anos atendidos em Centros de Referência de Universidades Públicas Baianas entre os anos de 1996 a 2010.

| Variáveis | N ^(a) | % | UEFS | | UFBA | |
|--|------------------|------|------------------|------|------------------|-------|
| | | | N ^(a) | % | N ^(a) | % |
| Biópsia (359) | | | | | | |
| Sim | 283 | 78,8 | 80 | 51,3 | 203 | 100,0 |
| Não | 76 | 21,2 | 76 | 48,7 | 0 | 0,0 |
| Tipo de Biópsia (283) | | | | | | |
| Excisional | 89 | 31,4 | 60 | 75,0 | 29 | 14,3 |
| Incisional | 22 | 7,7 | 10 | 12,5 | 12 | 5,9 |
| Não Informou | 172 | 60,7 | 10 | 12,5 | 162 | 79,8 |
| Lesão Fundamental (121) | | | | | | |
| Nódulo | 43 | 35,5 | 34 | 33,3 | 9 | 47,4 |
| Bolha | 31 | 25,6 | 25 | 24,5 | 6 | 31,5 |
| Placa | 10 | 8,3 | 10 | 9,8 | 0 | 0,0 |
| Pápula | 8 | 6,6 | 8 | 7,8 | 0 | 0,0 |
| Úlcera | 8 | 6,6 | 7 | 6,9 | 1 | 5,3 |
| Vesícula | 7 | 5,8 | 6 | 5,9 | 1 | 5,3 |
| Mancha | 6 | 5,0 | 6 | 5,9 | 0 | 0,0 |
| Tumor | 6 | 5,0 | 4 | 3,9 | 2 | 10,5 |
| Mácula | 2 | 1,7 | 2 | 2,0 | 0 | 0,0 |
| Diagnóstico Histopatológico (360) | | | | | | |
| Mucocele | 51 | 14,2 | 34 | 21,6 | 17 | 8,4 |
| Fibroma | 20 | 5,6 | 10 | 6,4 | 10 | 4,9 |
| Granuloma Piogênico | 19 | 5,3 | 5 | 3,2 | 14 | 6,9 |
| Hiperplasia Fibrosa | 14 | 3,9 | 6 | 3,8 | 8 | 3,9 |
| Ameloblastoma | 13 | 3,7 | 0 | 0,0 | 13 | 6,4 |
| Cisto Dentífero | 13 | 3,7 | 1 | 0,6 | 12 | 5,9 |
| Odontoma | 12 | 3,3 | 0 | 0,0 | 12 | 5,9 |
| Papiloma | 12 | 3,3 | 6 | 0,0 | 6 | 2,9 |
| Cisto Radicular | 11 | 3,0 | 2 | 1,3 | 9 | 4,4 |
| Úlcera Traumática | 10 | 2,8 | 10 | 6,4 | 0 | 0,0 |
| Fibroma Ossificante Periférico | 8 | 2,2 | 4 | 2,5 | 4 | 1,9 |
| Rânula | 8 | 2,2 | 7 | 4,5 | 1 | 0,5 |
| Adenoma Pleomórfico | 6 | 1,7 | 3 | 1,9 | 3 | 1,5 |
| Tumor Odontogênico Queratocístico | 6 | 1,7 | 0 | 0,0 | 6 | 2,9 |
| Outros | 157 | 43,6 | 69 | 43,9 | 88 | 43,3 |
| Tipo de Lesão Categorizada ^(b) (325) | | | | | | |
| Não Neoplásica | 262 | 80,6 | 119 | 89,5 | 143 | 74,5 |
| Neoplásica | 63 | 19,4 | 14 | 10,5 | 49 | 25,5 |
| Localização da Lesão (346) | | | | | | |
| Lábio | 74 | 21,4 | 46 | 30,3 | 28 | 14,4 |
| Mandíbula | 64 | 18,5 | 7 | 4,6 | 57 | 29,4 |
| Maxila | 36 | 10,4 | 4 | 2,6 | 32 | 16,5 |
| Gengiva | 36 | 10,4 | 21 | 13,8 | 15 | 7,7 |
| Língua | 29 | 8,4 | 23 | 15,1 | 6 | 3,1 |
| Palato | 27 | 7,8 | 17 | 11,2 | 10 | 5,2 |
| Mucosa Jugal | 18 | 5,2 | 8 | 5,3 | 10 | 5,2 |
| Assoalho | 12 | 3,5 | 9 | 5,9 | 3 | 1,5 |
| Outros | 50 | 14,5 | 17 | 11,2 | 33 | 17,0 |

(a) Número total de dados válidos, excluindo-se os dados perdidos de cada variável.

(b) Tipo de lesão, segundo a classificação da OMS (Organização Mundial da Saúde).

Tabela 3. Razões de Prevalência (RP), Intervalos de Confiança (IC) e Valor de p de lesões orais neoplásicas, de acordo com a idade, sexo e cor da pele dos indivíduos atendidos em Centros de Referência de Universidades Públicas Baianas, entre os anos de 1996 a 2010.

| Variáveis Predictoras | n | N | RP Ajustada / (IC 95%) | Valor de p |
|---------------------------|----|-----|---------------------------------|------------|
| Idade (324) | | | | |
| 10 – 19 anos | 47 | 241 | 0,20 (0,06-0,67) ^(a) | 0,086 |
| 0 – 9 anos ^(d) | 16 | 83 | - | - |
| Sexo (334) | | | | |
| Feminino | 43 | 189 | 1,98 (0,57-6,91) ^(b) | 0,280 |
| Masculino ^(d) | 20 | 136 | - | - |
| Cor da Pele (285) | | | | |
| Negra | 27 | 125 | 1,20 (0,69-2,08) ^(c) | 0,513 |
| Parda | 22 | 108 | 1,05 (0,60-1,82) ^(c) | 0,852 |
| Branca ^(d) | 7 | 44 | - | - |

- (a) Razão de Prevalência ajustada simultaneamente por sexo, cor da pele e local de residência.
 (b) Razão de Prevalência ajustada simultaneamente por idade, cor da pele e local de residência.
 (c) Razão de Prevalência ajustada simultaneamente por sexo, idade e local de residência.
 (d) Grupos de Referência.

Tabela 4. Razões de Prevalência (RP), Intervalos de Confiança (IC) e Valor de p de lesões orais não neoplásicas, de acordo com a idade, sexo e cor da pele dos indivíduos atendidos em Centros de Referência de Universidades Públicas Baianas, entre os anos de 1996 a 2010.

| Variáveis Predictoras | n | N | RP Ajustada / (IC 95%) | Valor de p |
|---------------------------|-----|-----|---------------------------------|------------|
| Idade (324) | | | | |
| 10 – 19 anos | 194 | 241 | 1,23 (1,01-1,50) ^(a) | 0,033 |
| 0 – 9 anos ^(d) | 67 | 83 | - | - |
| Sexo (334) | | | | |
| Feminino | 146 | 189 | 0,94 (0,85-1,04) ^(b) | 0,269 |
| Masculino ^(d) | 116 | 136 | - | - |
| Cor da Pele (285) | | | | |
| Negra | 98 | 125 | 0,95 (0,83-1,09) ^(c) | 0,506 |
| Parda | 86 | 108 | 0,98 (0,86-1,12) ^(c) | 0,852 |
| Branca ^(d) | 37 | 44 | - | - |

- (a) Razão de Prevalência ajustada simultaneamente por sexo, cor da pele e local de residência.
 (b) Razão de Prevalência ajustada simultaneamente por idade, cor da pele e local de residência.
 (c) Razão de Prevalência ajustada simultaneamente por sexo, idade e local de residência.
 (d) Grupos de Referência.

DISCUSSÃO

Foi possível observar uma grande variabilidade de lesões orais acometendo crianças e adolescentes (cerca de 72 tipos), o que corrobora com Cavalcante et al⁶ (1999). Contudo, Bessa & Santos⁵ (2004) relataram ter encontrado apenas 25 tipos diferentes de lesões, enquanto Parlak et al¹⁵ (2006), analisando adolescentes entre 13 e 16 anos, encontraram apenas 30 tipos de lesões.

Essas diferenças demonstram que os tipos de lesões encontradas podem variar de acordo com a população estudada e os critérios de diagnóstico utilizados em cada estudo.^{10,15} O número considerável de lesões encontradas justificam a importância do conhecimento da estomatologia pelo clínico geral e principalmente pelo odontopediatra, para o correto diagnóstico e consequente tratamento dessas lesões em indivíduos de 0 a 19 anos. Esses profissionais devem minimamente estar aptos para referenciar adequadamente estes indivíduos.

Felizmente as crianças e adolescentes estudados foram em sua grande maioria acometidos por lesões orais não neoplásicas, consideradas de menor gravidade. O mesmo resultado foi encontrado por Arendorf & Van Der Ross⁴ (1996), Cavalcante et al⁶ (1999), Silva¹⁸ (2003) e Parlak et al¹⁵ (2006).

Comparando os dois bancos de dados estudados, foi possível observar que enquanto em um dos bancos o mucocela se sobressaiu em relação às outras lesões, no outro banco houve um maior equilíbrio entre a distribuição das lesões. Esse resultado pode ser em função das diferenças entre o público-alvo dos dois centros. Porém, a interferência de outros fatores precisa ser melhor investigada.

A origem odontogênica foi predominante entre as lesões encontradas, o que corrobora com Adebayo et al¹ (2002) e Ajayi et al² (2004), que afirmaram que os tumores odontogênicos são relativamente comuns em crianças e adolescentes.

Os sítios de localização da lesão mais encontrados entre os pacientes de 0 a 19 anos foram, respectivamente lábio, mandíbula e maxila, o que coaduna com Lima et al¹³ (2008). No trabalho de Shulman¹⁷ (2005), os sítios mais comuns foram lábio, dorso da língua e mucosa bucal.

A avaliação da associação entre a prevalência de lesões orais neoplásicas e características sócio-demográficas em crianças e adolescentes foi realizada considerando-se variáveis como idade, sexo e cor da pele, por estas terem sido citadas em estudos anteriores como possíveis preditores para lesões orais.^{5,11,15,17}

A idade dos indivíduos foi a única característica sócio-demográfica dentre as analisadas que apresentou associação estatisticamente significativa tanto com lesões neoplásicas quanto com lesões não neoplásicas, após o ajuste de confundimento. Entre os pacientes analisados, foi possível observar que as lesões não neoplásicas foram mais prevalentes nos indivíduos de 10 a 19 anos. Porém, as lesões neoplásicas apareceram com maior frequência até os 9 anos de idade. Shulman¹⁷ (2005) observou que a prevalência de lesões orais aumenta com a idade ($p < 0,05$), enquanto Bessa & Santos⁵ (2004) observaram uma maior prevalência de lesões orais na faixa etária de 5 a 12 anos ($p = 0,04$). É importante frisar que os trabalhos encontrados na literatura não utilizaram nenhuma subdivisão sobre o tipo de lesão encontrada.

A falta de padronização de um critério para categorização da variável “idade” é uma limitação que impede comparações mais fidedignas entre os trabalhos já realizados. Nenhum dos estudos pesquisados apresentou o mesmo critério para divisão das faixas etárias, tendo a maioria dividido os grupos de maneira aleatória, ou utilizando outros critérios, a exemplo de Dhanuthail et al⁸ (2007), que dividiram os grupos de idade de acordo com o período da dentição (decídua, mista ou permanente). Ajayi et al² (2004) trabalharam com indivíduos de 0 a 19 anos, mas dividiram as 04 faixas etárias sem utilizar um critério definido: 0 a 5 anos, 6 a 10 anos, 11 a 15 anos e 15 a 19 anos. Uma das vantagens deste estudo foi ter utilizado para categorização da idade um critério mundialmente conhecido (classificação da OMS), que pode ser repetido por futuros estudos.

As taxas ajustadas demonstraram maior prevalência de lesões neoplásicas nas meninas. Alguns estudos realmente demonstram uma relação entre o acometimento de lesões orais em crianças e adolescentes e o sexo.^{5,15} Shulman¹⁷ (2005) observou que lesões orais foram significativamente mais

prevalentes no sexo masculino ($p < 0,001$), porém seu estudo não utilizou nenhum tipo de classificação para lesões orais.

Diferentemente de Hipólito & Martins¹¹ (2005), não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre a prevalência de lesões orais relacionada à cor da pele dos indivíduos ($p > 0,05$), mas nos casos de lesões neoplásicas foi possível observar que sua ocorrência foi maior entre os negros (20%) e pardos (5%) quando comparados aos brancos. Foi observada uma proporcionalidade nos três tipos de raça/cor analisados em relação a lesões não neoplásicas. Shulman¹⁷ (2005), apesar de utilizar classificação raça/etnia diferente da utilizada neste trabalho, também não encontrou significância estatística nesta associação ($p > 0,05$).

Uma das razões capazes de justificar a maior ocorrência de lesões neoplásicas em negros e pardos é a grande prevalência da cor não-branca na população baiana, o que pode ser confirmado pelo relatório do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).^{III} O ideal é sempre avaliar a variável raça/cor conjuntamente a variáveis sócio-econômicas (a exemplo de renda), já que muitas vezes a associação encontrada pode ser devido a condições sócio-econômicas da população estudada e não à cor da pele propriamente dita. A variável cor da pele deve ser abordada como construto sócio-histórico e não biológico.

A inclusão da variável “local de residência” como co-variável do modelo preditivo analisado foi uma tentativa de analisar uma variável com algum poder sócio-econômico capaz de avaliar aspectos relacionados a acesso aos serviços de saúde. Teoricamente, indivíduos que moram em regiões do interior que não possuem centros de referência de lesões orais, seriam pessoas com menor acesso a serviços de saúde nessa área e é sabido que algumas lesões estão relacionadas diretamente à privação.^{3,7} Analisando apenas esse aspecto “local de residência”, não foi possível comprovar que o acometimento de crianças e adolescentes por lesões orais é susceptível a desigualdades sócio-

^{III} BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000 – Características gerais da população, resultados da amostra. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default_populacao.shtm>. Acesso em: 30 de novembro de 2010.

demográficas e geográficas, assim como sugerem Antunes et al³ (2006) em relação à cárie dentária.

Essa relação poderia ser melhor estudada caso fosse possível analisar outras variáveis importantes, como renda familiar e ocupação dos pais. Crivelli et al⁷ (1988) utilizaram variáveis capazes de representar as condições sócio-econômicas das crianças em seu estudo por acreditarem que algumas lesões orais são mais freqüentes em crianças de nível econômico mais baixo. Infelizmente, por se tratar de um estudo retrospectivo, baseado em prontuários que não continham tais informações, não foi possível avaliar esses aspectos. Outro aspecto importante para ser analisado, assim como sugere Espinosa-Zapata et al⁹ (2006), mas que não o foi por falta de dados disponíveis, diz respeito à análise de hábitos deletérios e de higiene oral.

Para realizar um estudo que tenha lesões orais como desfecho em uma população com até 20 anos de idade, é preciso se considerar alguns fatores importantes, já que não se trata de um evento bem esclarecido pela literatura. Como não existe um modelo preditivo estabelecido, é de suma importância a análise estratificada exploratória para investigar potenciais fatores de risco. Além disso, por se tratar de um evento relativamente raro nessa faixa etária, é importante que se utilize na metodologia algum critério que permita um maior acesso aos casos.

A vantagem de se trabalhar com dados retrospectivos em estudos que investigam eventos ocasionais ou raros é a possibilidade de acesso a um maior número de casos, permitindo que seja traçado um perfil mais fidedigno da população estudada, evitando vieses decorrentes de fenômenos ambientais ou sociais efêmeros. Este tipo de estudo proporciona um maior acesso a informações passadas, permitindo observar dados de anos anteriores ao da realização da pesquisa. Assim como Shulman¹⁷ (2005), Jones & Franklin¹² (2006) e Lima et al¹³ (2008), este trabalho se propôs a utilizar um período de avaliação mais prolongado, através da observação de uma série histórica de 14 anos.

Ao mesmo tempo, estudos retrospectivos possuem como desvantagem a subnotificação. Muitos dos prontuários e fichas de requisição de biópsias analisados possuíam um preenchimento incompleto principalmente em relação

aos dados sócio-demográficos dos indivíduos, gerando uma perda de dados considerável, o que pode prejudicar a formação dos subgrupos para análise dos dados estatísticos. Isso pode ser evitado quando existe uma preocupação com o preenchimento adequado dos prontuários.

Outra estratégia para acessar um maior número de casos é a realização desse tipo de estudo em centros de referência para lesões orais, assim como os analisados por este trabalho. Lima et al¹³ (2008), ao investigarem a prevalência de lesões orais em crianças e adolescentes revelaram que o número de biópsias realizadas em pacientes pediátricos geralmente ocorre em menos de 10% de todos os casos analisados pelo serviço de patologia investigado. Jones & Franklin¹² (2006) observaram que 8,2% de todos os pacientes do centro analisado eram indivíduos de 0 a 16 anos. Prevalência similar foi observada neste estudo, já que apenas 8,7% do total de pacientes atendidos pelos dois centros analisados encontravam-se na faixa etária de 0 a 19 anos. O número reduzido de casos, mesmo em centros de referência, contribuiu para a realização de um censo, e não de uma amostra probabilística.

Foi possível observar na população estudada uma proporcionalidade entre os sexos, o que corrobora com Bessa & Santos⁵ (2004), Parlak et al¹⁵ (2006), Jones & Franklin¹² (2006) e Lima et al¹³ (2008). Este fato pode ser atribuído à preocupação e o cuidado da família com a saúde bucal das crianças e adolescentes, independente do sexo. Quando a população de estudo é composta por adultos, observa-se que a frequência feminina é maioria absoluta.¹⁶

A análise de potenciais modificadores de efeito e confundimento permitiu observar grandes diferenças entre as razões de prevalência brutas e ajustadas em relação a sexo e idade. A análise de dados adotada permitiu a obtenção de taxas ajustadas por potenciais confundidores, levando a um resultado mais fidedigno. A estratificação é uma das formas de estudar e controlar o efeito de outras variáveis, além da exposição e efeito que se está analisando.

Apesar disso, nenhum dos artigos pesquisados utilizou este tipo de análise. Segundo Shulman¹⁷ (2005), idealmente, um estudo de prevalência de lesões orais deve conter uma amostra probabilística de grandes dimensões, ter definições de metodologia e diagnóstico padronizadas, além de possuir

dados estratificados por co-variáveis (normalmente, no mínimo, idade, raça/etnia e gênero). É interessante que futuros trabalhos contemplem este tipo de análise, permitindo uma comparação mais fidedigna entre as taxas.

Em condições ideais, os estudos de prevalência de lesões orais devem ser realizados em locais que permitam encontrar indivíduos sem lesões e com lesões, como os estudos que envolvam grandes bases populacionais. Porém, estes estudos além de serem considerados de alto custo, são repetidos raramente, levando-nos a estudar esse fenômeno muitas vezes utilizando dados retrospectivos de serviços especializados, o que pode tornar a amostra viciada, pois aqueles que procuram estes serviços fatalmente apresentam algum tipo de alteração. Esse fato dificulta a análise dos dados, sendo necessário utilizar diferentes classificações que permitam a comparação entre os grupos. Neste trabalho foi necessário utilizar a classificação da OMS (2005)¹⁹ dicotomizada em lesões neoplásicas e não neoplásicas para facilitar a análise.

Estudos de base populacional, como o SBBrasil 2010^{IV}, já abrangem aspectos relacionados à cárie dentária, doença periodontal, edentulismo, oclusão, traumatismos e fluorose. Porém, nenhum estudo de base populacional brasileiro inclui a coleta de dados sobre lesões orais. A maior contribuição de estudos realizados em centros especializados está na criação de subsídios que permitam a visualização da necessidade de inclusão desse aspecto em levantamentos epidemiológicos de grande porte, já que lesões orais podem estar relacionadas diretamente com um problema de saúde pública popularmente conhecido: o câncer bucal.

Dessa forma, este estudo permitiu concluir que apesar de um pequeno número de crianças e adolescentes procurarem centros de referência de lesões orais, foi possível observar uma grande variabilidade de lesões acometendo indivíduos até 19 anos. A maioria das lesões encontradas foi do tipo não neoplásicas e o perfil dos indivíduos estudados variou de acordo com o tipo de lesão. As lesões orais não neoplásicas foram mais prevalentes nos indivíduos

^{IV} BRASIL. Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de Saúde Bucal. SBBrasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Projeto Técnico. Brasília. 2009. Disponível em: <http://www.sbbrasil2010.org/>. Acesso em: 18 de Fevereiro de 2011.

de 10 a 19 anos, independente do sexo ou cor da pele. Já as lesões orais neoplásicas foram mais prevalentes em crianças negras do sexo feminino.

Diante da relevância do tema e de estudos ainda incipientes a esse respeito, sugere-se que essas variações sejam melhor investigadas através de um estudo de base populacional que possua um instrumento de coleta baseado nas especificidades próprias dessa faixa etária, como informações relativas a hábitos deletérios, hábitos de higiene oral, utilização de adereços na cavidade oral, oclusopatias, episódios de traumatismos, dentre outros.

REFERÊNCIAS

1. Adebayo ET, Ajike SO, Adekeye EO. Odontogenic tumours in children and adolescents: a study of 78 Nigerian cases. *J Craniofac Surg*.2000;30:267-272. DOI: 10.1054/jcms.2002.0288
2. Ajayi of et al. Odontogenic tumours in Nigerian children and adolescents – a retrospective study of 92 cases. *World J Surg Oncol*.2004;2(39):1-5. DOI: 10.1186/1477-7819-2-39
3. Antunes JLF, Peres MA, Mello TRC. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. *Cien Saude Colet*.2006;11(1):79-87.
4. Arendorf TM, Van Der Ross R. Oral soft tissue lesions in a black pre-school South African population. *Community Dent Oral Epidemiol*.1996;24(4):296-7.
5. Bessa CFN, Santos PJB. Prevalence of oral mucosal alterations in children from 0 to 12 years old. *J Oral Pathol Med*.2004;33:17-22.
6. Cavalcante ASR et al. Lesões Bucais de Tecido Mole e Ósseo em Crianças e Adolescentes. *Rev Fac Odontol Sao Jose Dos Campos*.1999;2(1):67-75.
7. Crivelli MR, Muhlmann M, Adler I, Cornicelli JC. Prevalência de patologia bucal em ninõs. *Rev Asoc Odontol Argent*.1986;74(3):80.
8. Dhanuthai K, Banrai M, Limpanaputtajak S. A retrospective study of paediatric oral lesions from Thailand. *Int J Paediatr Dent*.2007;17:248-253.
9. Espinosa-Zapata M et al. Prevalence of buccal mucosa lesions in pediatric patients. Preliminary report. *Cir Cir*.2006;74:153-7.
10. Gordón-Núñez M A, Pinto LP. Candidíase e sua relação com a mucosite oral em pacientes oncológicos pediátricos. *Rev bras patol oral*.2003;2(2):4-9.
11. Hipólito RA, Martins CR. Prevalência de alterações da mucosa bucal em adolescentes institucionalizados em dois centros de reeducação de Belo horizonte. *Cien Saude Colet* .2010;15(2):3233-42.
12. Jones AV, Franklin CD. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in children over a 30-year period. *Int J Paediatr Dent*. 2006;16(1):19–30.
13. Lima GS et al. A survey of oral and maxillofacial biopsies in children: a single-center retrospective study of 20 years in Pelotas-Brazil. *J Appl Oral Sci*. 2008;16(6):397-402.

14. Moret Y, Rivera H, Cartaya M. Prevalencia de lesiones en la mucosa bucal de pacientes diagnosticados en el laboratorio central de histopatología bucal "dr. Pedro tinoco" de la facultad de odontología de la universidad central de venezuela durante el período 1968-1987. *Acta Odontol Venez.* 2007;45(2):1-7.
15. Parlak AH et al. Prevalence of oral lesions in 13- to 16-year-old students in Duzce, Turkey. *Oral Dis.* 2006;12:553-558. DOI: 10.1111/j.1601-0825.2006.01235.x
16. Rocha DAP, Oliveira LMM, SOUZA LB. Neoplasias benignas da cavidade oral: estudo epidemiológico de 21 anos (1982 a 2002). *Rev Odontol Univ Cid São Paulo.* 2006;18(1):53-60.
17. Shulman, JD. Prevalence of oral mucosal lesions in children and youths in the USA. *Int J Paediatr Dent.* 2005;15:89–97.
18. Silva, VCR. Prevalência de alterações bucais em bebês de 0 a 24 meses do Instituto Cândida Vargas, João Pessoa – PB. [mestrado]. [João Pessoa (PB)]: Universidade Federal da Paraíba; 2003. 91 p.
19. World Health Organization. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. Geneva: *World Health Organization*, 2005.

4 ARTIGO 2^v

ESTUDO DE PREVALÊNCIA DE LESÕES ORAIS NEOPLÁSICAS EM PACIENTES INFANTO-JUVENIS ATENDIDOS NA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

Camila Porto Pessôa

Técia Daltro Borges Alves

Nilton César Nogueira dos Santos

Heloísa Laís Rosário dos Santos

Alana de Cássia Silva Azevedo

Jean Nunes dos Santos

Márcio Campos Oliveira

RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar as lesões orais mais prevalentes em crianças e adolescentes atendidos em um Centro de Referência de Lesões Bucais da Universidade Estadual de Feira de Santana-Ba, entre os anos de 1996 a 2010. O estudo objetivou também traçar o perfil sócio-demográfico desses pacientes e verificar possível associação entre algumas dessas características e lesões orais neoplásicas. Foi realizada uma pesquisa de corte transversal utilizando dados obtidos a partir de 157 prontuários dos pacientes de 0 a 19 anos atendidos nesse serviço. Para análise dos dados utilizou-se a análise descritiva das variáveis e bivariada pelo teste X^2 (qui-quadrado), fixado nível de significância de 5%. Identificou-se baixo percentual de crianças e adolescentes como pacientes do Centro de Referência de Lesões Bucais (6,4%). Os resultados revelaram 35 tipos diferentes de lesões. As de maior prevalência foram: mucocele (21,7%), fibroma (6,4%) e úlcera traumática (6,4%). A prevalência de lesões neoplásicas foi de 10,5%. Após a análise bivariada foi possível observar que as lesões

^v Artigo escrito de acordo com as normas de publicação da Revista Baiana de Saúde Pública.

neoplásicas apareceram com mais frequência no sexo feminino, em crianças até 09 anos, de cor da pele parda e que moravam em cidades circunvizinhas ao centro de referência.

DESCRITORES: doenças bucais; crianças; adolescentes.

ABSTRACT

This study aimed to identify the most prevalent oral lesions in children and adolescents treated at a Reference Center of Oral Lesions, Universidade Estadual de Feira de Santana-Ba, between the years 1996 to 2010. The study also aimed to trace the socio-demographic profile of these patients and assess the association between some of these characteristics and neoplastic oral lesions. This is a cross-sectional research using data obtained from medical records of 157 patients aged 0 to 19 years attended the service. For data analysis we used descriptive analysis of the variables, the bivariate test for X^2 (chi-square) set significance level of 5%. We identified a low percentage of children and adolescents as patients in the Reference Center for Oral Lesions (6.4%). The results revealed 35 different types of lesions. The lesions were most prevalent: mucocele (21.7%), fibroma (6.4%) and traumatic ulcer (6.4%). The prevalence of neoplastic lesions was 10.5%. After bivariate analysis it was observed that the neoplastic lesions appeared more often in females, in children under 09 years of brown skin color and living in cities around the center of reference.

DESCRIPTORS: oral diseases, children, adolescents.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo identificar las lesiones más frecuentes en niños y adolescentes atendidos en un Centro de Referencia de las lesiones orales, de la Universidad Estadual de Feira de Santana-Ba, entre los años 1996 a 2010. El estudio también tuvo como objetivo trazar el perfil socio-demográfico de estos pacientes y evaluar la asociación entre algunas de estas características y neoplásicas lesiones orales. Este es un estudio transversal a partir de datos obtenidos de los registros médicos de 157 pacientes de 0 a 19 años asistieron al servicio. Para el análisis de los datos se utilizó el análisis descriptivo de las variables, la prueba de X^2 bivariado (chi-cuadrado) nivel de significación del conjunto de 5%. Se identificó un bajo porcentaje de niños y adolescentes ya que los pacientes en El Centro de Referencia para las lesiones orales (6,4%). Los resultados revelaron 35 tipos diferentes de lesiones. Las lesiones más frecuentes fueron: mucocele (21,7%), fibroma (6,4%) y la úlcera traumática (6,4%). La prevalencia de las lesiones neoplásicas fue de 10,5%. En el análisis bivariado se observó que las lesiones neoplásicas apareció con más frecuencia en las mujeres, en niños menores de 09 años de color marrón de la piel y que viven en ciudades de todo el centro de referencia.

DESCRIPTORES: enfermedades bucodentales, niños, adolescentes.

INTRODUÇÃO

Crianças e adolescentes podem ser acometidos por mais de 60 tipos de lesões orais. Felizmente, as mais comumente encontradas são benignas ou de menor gravidade, mas há relatos de casos malignos, que inclusive podem representar sinais de doenças sistêmicas graves e capazes de gerar conseqüências físicas e psicológicas sérias.

Apesar da existência de uma grande variabilidade de lesões orais que podem acometer crianças e adolescentes, existem poucas pesquisas de cunho epidemiológico que contemplem o estudo desse tipo de lesão nesse período de vida. Ainda são maioria nesta faixa etária as pesquisas sobre cárie dentária.

Os poucos estudos encontrados na literatura em relação à prevalência de lesões orais em crianças e adolescentes possuem entraves, como a falta de padronização da metodologia e dos critérios clínicos de diagnóstico, o que não permite determinar com exatidão qual é de fato a frequência dessas alterações entre estes indivíduos.¹

Estudos epidemiológicos são importantes na descrição das condições de saúde da população, na investigação de seus determinantes e nas ações destinadas a alterá-las. Além disso, são de grande valia na estomatologia clínica, pois auxiliam os profissionais na elaboração de hipóteses de diagnóstico, fornecendo-lhes dados sobre a prevalência de alterações e doenças, permitindo-lhes então estimar a possibilidade de encontrá-las na sua prática clínica.^{1,2}

Diante de poucos estudos sobre a etiologia e prevalência das lesões orais de tecido mole e ósseo do complexo maxilo-mandibular na infância e adolescência, esse estudo teve como objetivo identificar as lesões orais mais prevalentes em crianças e adolescentes atendidos no Centro de Referência de Lesões Bucais da Universidade Estadual de Feira de Santana-BA, entre os anos de 1996 a 2010. O estudo objetivou também traçar o perfil sócio-demográfico desses pacientes e verificar possível associação entre algumas dessas características e lesões orais neoplásicas.

MATERIAL E MÉTODOS

O desenho de pesquisa epidemiológica escolhido foi corte transversal, que utilizou dados obtidos a partir de todos os prontuários dos pacientes de 0 a 19 anos atendidos no Centro de Referência de Lesões Bucais (CRLB) da Universidade Estadual de Feira de Santana-BA (UEFS) desde a sua implantação em 1996 até o mês de junho de 2010. Os prontuários continham informações tanto de lesões que necessitaram de realização de biópsia quanto de lesões que dependiam apenas do diagnóstico clínico. Para a coleta de dados, utilizou-se um formulário específico contendo informações sobre sexo, idade, cor da pele, local de residência, tipo de lesão e localização da lesão, entre outras.

A variável “tipo de lesão oral” foi escolhida como dependente porque apesar de não existir no banco analisado o grupo dos “sadios” ou dos “sem lesão”, foi possível dividir os indivíduos de acordo com o tipo de lesão que possuem. Foi utilizado o critério da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005)³ para classificar os diferentes tipos de lesões orais. Tal critério classifica-as em três tipos principais: *não-neoplásicas*, *neoplásicas benignas* e *neoplásicas malignas*. Porém, para facilitar a análise dos dados, esses três subgrupos foram dicotomizados após a coleta de dados, em *lesões não-neoplásicas* e *neoplásicas*.

Os dados foram digitados, processados e classificados utilizando-se o programa SPSS 15.0 for Windows – Statistical Package for Social Science – e analisados utilizando-se o programa R 2.12.0. – The R Foundation for Statistical Computing – sendo posteriormente organizados em tabelas.

Para a análise dos dados, realizou-se caracterização da população do estudo, quando foram calculadas medidas estatísticas de tendência central e de variabilidade. Foi efetuada análise bivariada, a fim de verificar a existência de associação entre as variáveis “tipo de lesão oral” e “sexo”, “idade”, “cor da pele” e “local de residência”, empregando-se o teste do χ^2 (Qui-Quadrado de Pearson). Para todos os testes foi fixado o nível de significância de 5%.

Este trabalho seguiu as diretrizes e normas que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, conforme Resolução nº 196/96.⁴ A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana-Ba, obtendo parecer favorável conforme Protocolo 123/2009 (CAAE 0129.0.059.000-09). Além disso, os dados foram utilizados mediante autorização dos coordenadores responsáveis pela guarda dos prontuários e requisições e laudos de biópsias dos centros pesquisados.

RESULTADOS

De 1996, ano de inauguração do serviço, até junho de 2010 foram encontrados 157 prontuários de pacientes com idade entre 0 a 19 anos, o que correspondeu a 6,4% de todos os prontuários armazenados no Centro de Referência de Lesões Bucais da Universidade Estadual de Feira de Santana. Conforme mostra a figura 1, ao longo dos 14 anos observados, o ano de 2001 foi o período de maior número de indivíduos encontrados, correspondendo a 13,5% do total de prontuários analisados.

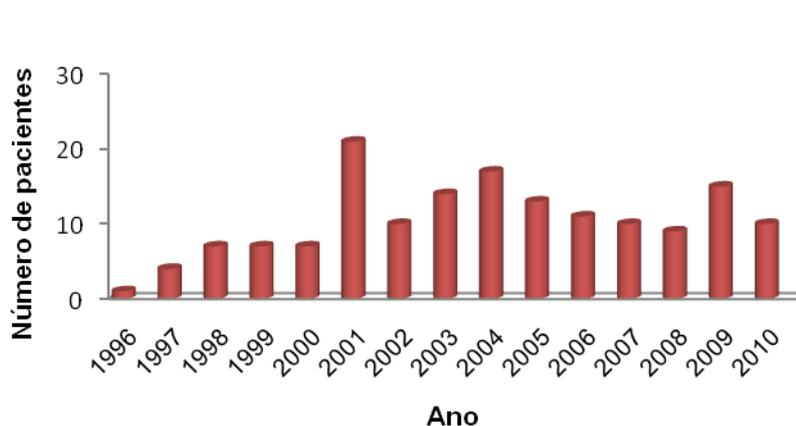


Figura 1 - Número de pacientes de 0 a 19 anos atendidos no CRLB-UEFS entre os anos de 1996 a junho de 2010.

Entre os 157 prontuários observados, 86 (54,8%) foram de indivíduos do sexo feminino, 102 (65,4%) possuíam de 10 a 19 anos e em relação à cor da pele, 63 (47,4%) foram considerados negros. Outros dados referentes a características sócio-demográficas analisadas no estudo revelaram que 106 (73,1%) encontravam-se no ensino fundamental e 95 (63,1%) moravam em Feira de Santana, cidade sede do centro de referência de lesões bucais. Apenas 2 indivíduos se declararam casados (1,3%) e 112 (83,6%) eram estudantes. Em relação ao consumo de álcool e tabaco, 55 (46,2%) declararam não fazer uso de nenhum dos dois (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de frequências absolutas e relativas dos dados sócio-demográficos dos indivíduos de 0 a 19 anos atendidos no Centro de Referência de Lesões Bucais da Universidade Estadual de Feira de Santana-BA, entre os anos de 1996 a 2010.

| Variáveis | N | % | Variáveis | N | % |
|-----------------------------------|------------|--------------|--------------------------------------|------------|--------------|
| Idade ^(a) | | | Estado Civil dos Adolescentes | | |
| 0 a 9 anos | 54 | 34,6 | Solteiro | 65 | 41,7 |
| 10 a 19 anos | 102 | 65,4 | Casado | 2 | 1,3 |
| Total | 156 | 100,0 | Não se aplica ^(b) | 89 | 57,1 |
| Gênero | | | Total | 156 | 100,0 |
| Masculino | 71 | 45,2 | Local de Residência | | |
| Feminino | 86 | 54,8 | Interior | 51 | 34,9 |
| Total | 157 | 100,0 | Sede | 95 | 65,1 |
| Cor da Pele | | | Total | 146 | 100,0 |
| Branca | 29 | 21,8 | Ocupação | | |
| Parda | 41 | 30,8 | Estudante | 112 | 83,6 |
| Negra | 63 | 47,4 | Lavadora | 1 | 0,7 |
| Total | 133 | 100,0 | Doméstica | 1 | 0,7 |
| Escolaridade | | | Vendedor | 1 | 0,7 |
| Nenhum | 19 | 13,1 | Ajudante de Chaveiro | 1 | 0,7 |
| Ensino Fundamental | 106 | 73,1 | Desempregado | 1 | 0,7 |
| Ensino Médio | 18 | 12,4 | Não se Aplica ^(c) | 17 | 12,7 |
| Ensino Superior | 2 | 1,4 | Total | 134 | 100,0 |
| Total | 145 | 100,0 | | | |
| Consumo de Álcool e Tabaco | | | | | |
| Apenas Álcool | 10 | 8,4 | | | |
| Apenas Tabaco | 0 | 0,0 | | | |
| Álcool e Tabaco | 0 | 0,0 | | | |
| Nenhum dos dois | 55 | 46,2 | | | |
| Não se aplica ^(b) | 54 | 45,4 | | | |
| Total | 119 | 100,0 | | | |

(a) Classificação de idade utilizada pela OMS: 0-9, crianças. 10-19, adolescentes.

(b) Indivíduos de 0 a 9 anos.

(c) Indivíduos de 0 a 5 anos.

Os resultados obtidos após a avaliação dos prontuários das 157 crianças e adolescentes revelaram 35 tipos diferentes de afecções. As lesões de maior prevalência em ordem decrescente foram: mucocele, fibroma, úlcera traumática, rânula, papiloma, granuloma piogênico e língua geográfica. Mucocele foi a afecção mais expressiva, totalizando 21,7% das lesões encontradas (Tabela 3).

Em relação às características das lesões, 34 (33,3%) foram consideradas como lesão fundamental do tipo nódulo e 46 (30,6%) se localizavam no lábio. A suspeita clínica mais comum relatada foi a de mucocele, feita em 34 (25,9%) dos indivíduos (Tabela 3).

Ao classificarmos as afecções observadas de acordo com a classificação da OMS (2005)³, observamos que 10,5% foram consideradas como neoplásicas benignas. Não foram encontradas lesões neoplásicas malignas (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição de freqüências absolutas e relativas dos dados sobre as lesões encontradas nos indivíduos de 0 a 19 anos atendidos no Centro de Referência de Lesões Bucais da Universidade Estadual de Feira de Santana-BA, entre os anos de 1996 a 2010.

| Variáveis | n/N | % | Variáveis | n/N | % |
|--------------------------|------------|--------------|-----------------------------|------------|--------------|
| Biópsia | | | Suspeita Clínica | | |
| Sim | 80 | 51,3 | Mucocele | 34 | 25,9 |
| Não | 76 | 48,7 | Fibroma | 16 | 12,3 |
| Total | 156 | 100,0 | Rânula | 9 | 6,9 |
| Tipo de Biópsia | | | Granuloma Piogênico | 7 | 5,3 |
| Excisional | 60 | 75,0 | Papiloma | 7 | 5,3 |
| Incisional | 10 | 12,5 | Outros | 58 | 44,3 |
| Não Informou | 10 | 12,5 | Total | 131 | 100,0 |
| Total | 80 | 100,0 | Localização da Lesão | | |
| Lesão Fundamental | | | Lábio | 46 | 30,3 |
| Nódulo | 34 | 33,3 | Mandíbula | 7 | 4,6 |
| Bolha | 25 | 24,5 | Maxila | 4 | 2,6 |
| Placa | 10 | 9,8 | Gengiva | 21 | 13,8 |
| Pápula | 8 | 7,8 | Língua | 23 | 15,1 |
| Úlcera | 7 | 6,9 | Palato | 17 | 11,2 |
| Vesícula | 6 | 5,9 | Mucosa Jugal | 8 | 5,3 |
| Mancha | 6 | 5,9 | Assoalho | 9 | 5,9 |
| Tumor | 4 | 3,9 | Outros | 17 | 11,2 |
| Mácula | 2 | 2,0 | Total | 152 | 100,0 |
| Total | 102 | 100,0 | | | |

Houve uma grande variação entre os tipos de lesões neoplásicas encontradas. O diagnóstico que mais se repetiu entre as crianças e adolescentes analisados foi o de adenoma pleomórfico, com um total de 3 entre os 14 casos (12%) de lesões neoplásicas detectadas no serviço nessa faixa etária (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição de freqüências absolutas e relativas dos dados sobre o tipo de lesões encontradas nos indivíduos de 0 a 19 anos atendidos no Centro de Referência de Lesões Buciais da Universidade Estadual de Feira de Santana-BA, entre os anos de 1996 a 2010.

| Variáveis | N | % |
|------------------------------------|------------|--------------|
| Diagnóstico Histopatológico | | |
| Mucocele | 34 | 21,7 |
| Fibroma | 10 | 6,4 |
| Úlcera Traumática | 10 | 6,4 |
| Rânula | 7 | 4,5 |
| Papiloma | 6 | 3,8 |
| Granuloma Piogênico | 5 | 3,2 |
| Língua Geográfica | 5 | 3,2 |
| Outros | 56 | 42,1 |
| Total | 133 | 100,0 |
| Lesões Neoplásicas | | |
| Adenoma Pleomórfico | 3 | 12,0 |
| Cementoblastoma | 2 | 8,0 |
| Fibroma de Células Gigantes | 1 | 4,0 |
| Queilite Actínica | 1 | 4,0 |
| Hemangioma | 1 | 4,0 |
| Hemangioliinfangioma | 1 | 4,0 |
| Hemangiopericitoma | 1 | 4,0 |
| Linfangioma | 1 | 4,0 |
| Mixoma | 1 | 4,0 |
| Neurilenoma Plexiforme | 1 | 4,0 |
| Neurofibroma | 1 | 4,0 |
| Total | 14 | 100,0 |
| Tipo de Lesão^(a) | | |
| Não Neoplásica | 119 | 89,5 |
| Neoplásica Benigna | 14 | 10,5 |
| Neoplásica Maligna | 0 | 0,0 |
| Total | 133 | 100,0 |

(a) Tipo de lesão, segundo a classificação da OMS (Organização Mundial da Saúde).

A prevalência global de lesões neoplásicas entre os indivíduos analisados foi de 10,5%. A identificação da prevalência de lesões neoplásicas segundo características sócio-demográficas está descrita na Tabela 4.

Após a análise bivariada foi possível observar que as lesões neoplásicas apareceram com mais frequência no sexo feminino, em crianças até 09 anos, de cor da pele parda e que moravam em cidades circunvizinhas ao centro de referência (Tabela 4).

Tabela 4. Razões de Prevalência de lesões orais neoplásicas, de acordo com a idade, sexo e cor da pele dos indivíduos atendidos no Centro de Referência de Lesões Buciais, UEFS, entre os anos de 1996 a 2010.

| Variáveis Preditoras | Prevalência (%) | RP (IC 95%) (a) | valor de p (b) |
|----------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|
| Idade (132) | | | |
| 10 – 19 anos | 5,7 | 0,28 (0,10-0,80) | 0,017 |
| 0 – 9 anos ^(c) | 20,0 | - | - |
| Sexo (133) | | | |
| Feminino | 12,1 | 1,43 (0,50-4,05) | 0,495 |
| Masculino ^(c) | 8,4 | - | - |
| Cor da Pele (114) | | | |
| Negra | 9,6 | 0,74 (0,26-2,14) | 0,584 |
| Parda | 16,2 | 1,78 (0,64-4,93) | 0,264 |
| Branca ^(c) | 8,0 | - | - |
| Local de Residência (127) | | | |
| Interior | 11,9 | 1,26 (0,44-3,63) | 0,662 |
| Sede(c) | 9,4 | | |

(a) Razão de Prevalência Bruta e Intervalo de Confiança a 95%.

(b) Valor de p referente à taxa bruta.

(c) Grupos de Referência.

DISCUSSÃO

A série histórica analisada (1996 a 2010) corresponde ao período de funcionamento do Centro de Referência de Lesões Bucais de uma Universidade Pública Baiana. Dessa forma, os dados apresentados são capazes de representar o perfil fidedigno da população de 0 a 19 anos usuária do serviço.

A vantagem de utilizar dados de um centro de referência é a possibilidade de ter acesso a uma gama maior de crianças e adolescentes que já apresentaram algum tipo de lesão oral, já que esse evento é relativamente raro nesta faixa etária. Apenas 6,4% do total de indivíduos atendidos no serviço encontravam-se na faixa etária de 0 a 19 anos. O baixo número de pacientes encontrados corrobora com outros estudos, que também observaram que o número de biópsias realizadas em pacientes pediátricos geralmente ocorre em menos de 10% de todos os casos analisados pelo serviço de patologia investigado.^{2, 5,6}

Foi possível observar, na população estudada, uma proporcionalidade entre os sexos, assim como em grande parte da literatura.^{2,5,7,8} Este fato pode ser atribuído à preocupação e ao cuidado da família com a saúde bucal das crianças e adolescentes, independente do sexo. Quando a população de estudo é composta por adultos, observa-se que a frequência feminina é maioria absoluta.⁹

Em relação à idade, 65,4% dos pacientes analisados encontravam-se na faixa de 10 a 19 anos, considerados adolescentes pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A falta de padronização de uma classificação única entre os estudos para a divisão das faixas etárias dificulta a comparação entre os trabalhos. O uso de um critério mundialmente conhecido, como o da OMS, deveria ser utilizado com maior frequência.

Foi possível observar uma grande variedade de lesões orais acometendo crianças e adolescentes (cerca de 35 tipos), o que indica a

importância do conhecimento da estomatologia pelo clínico geral e principalmente pelo odontopediatra, para o correto diagnóstico e conseqüente tratamento dessas lesões em pacientes infanto-juvenis. Os tipos e prevalência de lesões encontradas podem variar de acordo com a população estudada e os critérios de diagnóstico utilizados em cada estudo. Outros trabalhos realizados revelaram de 25 a 60 tipos de lesões diferentes.^{7,8,10}

Felizmente, assim como em outros estudos, as crianças e adolescentes avaliados possuíam em sua grande maioria lesões orais não neoplásicas, consideradas de menor gravidade.^{8,10,11,12} Grande parte das lesões mais encontradas foram geradas pelo fenômeno de extravasamento de muco, comum nas glândulas salivares, devido à injúria a um ducto excretor, geralmente causada por trauma local. O mucocèle foi a lesão mais encontrada, corroborando com outros trabalhos da literatura.^{2,10} Os mucocèles são mais comuns em crianças e adultos jovens, porque talvez estes indivíduos sejam submetidos com maior freqüência a traumatismos que induzem ao extravasamento de mucina.¹³

Diferenças entre os tipos e freqüências das lesões entre os estudos podem ser justificadas por questões geográficas, características sócio-demográficas da população estudada, metodologia e critérios de diagnóstico estabelecidos.⁷ Trabalhos realizados com populações ou amostras provenientes de crianças e adolescentes hospitalizados, por exemplo, tendem a apresentar como lesões mais prevalentes aquelas ligadas a infecções oportunistas, como a candidose, queilite angular e gengivoestomatite herpética.^{12,14,15}

Os sítios de localização da lesão mais encontrados entre os pacientes de 0 a 19 anos foram, respectivamente: lábio, mandíbula e maxila. Lima et al² também encontraram como sítios mais prevalentes os três citados anteriormente, porém na seguinte ordem decrescente: maxila, mandíbula e lábio. No trabalho de Shulman¹⁶, os sítios mais comuns foram lábio, dorso da língua e mucosa bucal.

A avaliação da associação entre a prevalência de lesões orais neoplásicas e características sócio-demográficas em crianças e adolescentes neste estudo utilizou variáveis como idade, sexo e cor da pele por estas terem sido citadas em estudos anteriores como possíveis preditores para lesões orais.^{1,7,8,16}

Apenas a variável idade apresentou associação estatisticamente significativa com o tipo de lesões orais neoplásicas, mas, por se tratar de um censo, podemos afirmar que na população analisada as lesões neoplásicas apareceram com mais frequência no sexo feminino, em crianças até 09 anos, de cor da pele parda e que moravam em cidades circunvizinhas ao centro de referência.

Existe na literatura uma divergência em relação à prevalência de lesões orais relacionada ao sexo. Enquanto a maioria dos trabalhos descrevem proporcionalidade na ocorrência de lesões entre meninas e meninos^{7,8}, Shulman¹⁶ observou que lesões orais foram significativamente mais prevalentes no sexo masculino ($p < 0,001$). Entretanto, nesta pesquisa houve maior prevalência de lesões orais neoplásicas no sexo feminino. Essas discordâncias devem ser melhor investigadas para descobrir se essa variação está relacionada a diferenças geográficas, ou se devem apenas a diferenças na metodologia utilizada, já que neste trabalho foi analisada apenas a prevalência de lesões neoplásicas, ao contrário da maioria dos trabalhos que não fazem distinção em relação ao tipo de lesões.

Em relação à idade, por não existir um único critério para categorização dessa variável, é difícil comparar os resultados encontrados com outros trabalhos da literatura.

A grande prevalência da cor não-branca na população baiana, confirmada pelo relatório do censo demográfico 2010 do IBGE¹⁷, pode ser uma das razões capazes de justificar a maior ocorrência de lesões em negros neste trabalho.

O ideal é sempre avaliar a variável raça/cor conjuntamente a variáveis sócio-econômicas (a exemplo de renda), já que muitas vezes a associação encontrada pode ser devido a condições sócio-econômicas da população

estudada e não à cor da pele propriamente dita. A variável cor da pele deve ser abordada como construto sócio-histórico e não biológico.

A inclusão da variável “local de residência” foi uma tentativa de analisar uma variável com algum poder sócio-econômico capaz de avaliar aspectos relacionados a acesso aos serviços de saúde. Teoricamente, indivíduos que moram em regiões do interior que não possuem centros de referência de lesões orais, seriam pessoas com menor acesso a serviços de saúde nessa área e é sabido que algumas lesões estão relacionadas diretamente à privação.^{18,19} Analisando apenas esse aspecto, foi possível comprovar que o acometimento de crianças e adolescentes por lesões orais neoplásicas foi mais prevalente em moradores das cidades circunvizinhas à cidade sede do centro de referência pesquisado. Esse resultado sugere que sejam realizados mais estudos que tentem comprovar a susceptibilidade de aparecimento de lesões orais a desigualdades sócio-demográficas e geográficas, assim como sugerem Antunes et al¹⁸ em relação à cárie dentária.

Em condições ideais, os estudos de prevalência de lesões orais devem ser realizados em locais que permitam encontrar indivíduos sem lesões e com lesões, como os estudos que envolvam grandes bases populacionais. Porém, estes estudos além de serem considerados de alto custo, são repetidos raramente, o que muitas vezes impede que este fenômeno seja estudado de outra forma que não seja utilizando dados retrospectivos de serviços especializados. Tal fato pode tornar a amostra viciada, pois aqueles que procuram estes serviços fatalmente apresentam algum tipo de alteração. Isso dificulta a análise dos dados, sendo necessário utilizar diferentes classificações que permitam a comparação entre os grupos. Neste trabalho foi necessário utilizar a classificação da OMS (2005)³ dicotomizada em lesões neoplásicas e não neoplásicas para facilitar a análise.

Foi possível identificar a prevalência de lesões orais e o perfil dos pacientes infanto-juvenis atendidos no Centro de Referência de Lesões Bucais da Universidade Estadual de Feira de Santana - BA, no período de 1996 a 2010. Porém, estudos epidemiológicos de maior porte, envolvendo a população como um todo, devem ser realizados para traçar um perfil epidemiológico mais

acurado das lesões orais que acometem a população de 0-19 anos na população baiana. Além disso, é importante a caracterização das especificidades destas afecções na população infanto-juvenil, buscando aliar informações relativas a hábitos deletérios, hábitos de higiene oral, utilização de adereços na cavidade oral, oclusopatias, episódios de traumatismos, dentre outros.

REFERÊNCIAS

1. Hipólito RA, Martins CR. Prevalência de alterações da mucosa bucal em adolescentes institucionalizados em dois centros de reeducação de Belo horizonte. *Cien Saude Colet* 2010;15(2):3233-42.
2. Lima GS, Fontes ST, Araújo LIMA, Etges A, Tarquinio SBC, Gomes APN. A survey of oral and maxillofacial biopsies in children: a single-center retrospective study of 20 years in Pelotas-Brazil. *J Appl Oral Sci* 2008; 16(6):397-402.
3. World Health Organization. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. Geneva: *World Health Organization*, 2005.
4. Jones AV, Franklin CD. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in children over a 30-year period. *Int J Paediatr Dent* 2006;16(1):19–30.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Brasília (DF); 2001.
6. Gultelkin SE, Tokman B, Turlseven MR. A review of peadiatric oral biopsies in Turkey. *Int Dent J* 2003; 53(1):26-32.
7. Bessa CFN, Santos PJB. Prevalence of oral mucosal alterations in children from 0 to 12 years old. *J Oral Pathol Med* 2004;33:17-22.
8. Parlak AH et al. Prevalence of oral lesions in 13- to 16-year-old students in Duzce, Turkey. *Oral Dis* 2006;12:553-558.
9. Rocha DAP, Oliveira LMM, SOUZA LB. Neoplasias benignas da cavidade oral: estudo epidemiológico de 21 anos (1982 a 2002). *Rev Odontol Univ Cid São Paulo* 2006;18(1):53-60.
10. Cavalcante ASR et al. Lesões Bucais de Tecido Mole e Ósseo em Crianças e Adolescentes. *Rev Fac Odontol Sao Jose Dos Campos* 1999;2(1):67-75.

11. Arendorf TM, Van Der Ross R. Oral soft tissue lesions in a black pre-school South African population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996;24(4):296-7.
12. Silva, VCR. Prevalência de alterações bucais em bebês de 0 a 24 meses do Instituto Cândida Vargas, João Pessoa – PB. [mestrado]. [João Pessoa (PB)]: Universidade Federal da Paraíba; 2003. 91 p.
13. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral & Maxilofacial*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. 183-186, 373p.
14. Gordón-Núñez M A, Pinto LP. Candidíase e sua relação com a mucosite oral em pacientes oncológicos pediátricos. *Rev bras patol oral* 2003;2(2):4-9.
15. Cruz MCFN et al. Avaliação clínica das alterações de mucosa bucal em crianças hospitalizadas de 3 a 12 anos. –*RGO* 2008;56(2):157-161. Shulman, JD. Prevalence of oral mucosal lesions in children and youths in the USA. *Int J Paediatr Dent* 2005;15:89–97
16. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000 – Características gerais da população, resultados da amostra. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default_populacao.shtm>. Acesso em: 30 de novembro de 2010.
17. Antunes JLF, Peres MA, Mello TRC. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. *Cien Saude Colet* 2006;11(1):79-87.
18. Crivelli MR, Muhlmann M, Adler I, Cornicelli JC. Prevalência de patologia bucal em ninõs. *Rev Asoc Odontol Argent* 1986;74(3):80.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou identificar a prevalência de lesões orais e o perfil dos pacientes infanto-juvenis que foram atendidos em centros de referência de universidades públicas baianas, no período de 1996 a 2010.

Foi possível observar que grande parte dos pacientes atendidos nestes centros possuíam entre 10 e 19 anos, a maioria era composta por não-brancos e apresentavam uma proporcionalidade entre os sexos. A localização anatômica mais acometida pelas alterações orais foi o lábio, e a maioria dos indivíduos teve como diagnóstico histopatológico as lesões citadas a seguir: mucocele, fibroma, granuloma piogênico, hiperplasia fibrosa, ameloblastoma, cisto dentífero, odontoma, cisto radicular e papiloma.

A prevalência global de lesões orais não neoplásicas foi de 80,6%, enquanto que a prevalência de lesões orais neoplásicas encontradas para esta faixa etária foi de 19,4%.

Tanto as lesões neoplásicas quanto as lesões não neoplásicas apresentaram associação positiva com a idade dos indivíduos.

Estudos epidemiológicos referentes às lesões orais em crianças e adolescentes devem contribuir para a caracterização das especificidades destas afecções na população infanto-juvenil. Assim, um estudo de base populacional que possua um instrumento de coleta baseado nessas especificidades, como informações relativas a hábitos deletérios, hábitos de higiene oral, utilização de adereços na cavidade oral, oclusopatias, episódios de traumatismos, dentre outros, pode ser capaz de traçar um perfil epidemiológico mais acurado das lesões orais que acometem a população de 0-19 anos no estado da Bahia.

REFERÊNCIAS

ARENDORF, T.M.; VAN DER ROSS, R. Oral soft tissue lesions in a black pre-school South African population. **Community Dental Oral Epidemiology**, v.24, n.4, p.296-7, 1996.

ADEBAYO, E.T.; AJIKE, S.O.; ADEKEYE, E.O. Odontogenic tumours in children and adolescents: a study of 78 Nigerian cases. **Journal of CranioMaxillofacial Surgery**, v.30, p. 267-272, 2002.

AJAYI, O.F. et al. Malignant orofacial neoplasms in children and adolescents: A clinicopathologic review of cases in a Nigerian tertiary hospital. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, v.71, p.959-963, 2007.

AJAYI, O.F. et al. Odontogenic tumours in Nigerian children and adolescents – a retrospective study of 92 cases. **World Journal of Surgical Oncology**, v.2, n.39, p.1-5. 2004.

ALVAREZ, J.H.A. TOLLARA, M.N. CORRÊA, M.S.N.P. Manifestações bucais em crianças com dentição decídua expostas passivamente ao tabaco. **Pediatria Moderna**, v.45, n.1, p.18-21. 2009.

ANTUNES, J.L.F. PERES, M.A. MELLO, T.R.C. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 79-87. 2006.

ANTUNES, J.L.F. PERES, M.A. **Fundamentos de Odontologia – Epidemiologia da Saúde Bucal**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006a. 235-248p.

BALDANI, M.H. LOPES, C.M.L. SCHEIDI, W.A. Prevalência de alterações bucais em crianças atendidas nas clínicas de bebês públicas de Ponta Grossa – PR, Brasil. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v.15, n.4, p. 302-307, out/dez. 2001.

BESSA, C.F.N.; SANTOS ,P.J.B. Prevalence of oral mucosal alterations in children from 0 to 12 years old. **Journal of Oral Pathology and Medicine**, v.33, p. 17-22, 2004.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=29. Acesso em: 18 de Fevereiro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Brasília (DF); 2001.

BRYN, A.L. **Estudo das alterações e lesões dos tecidos moles da boca em crianças de 7 a 13 anos na cidade de São Paulo**. 1992. 71 p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. 1992.

CAVALCANTE, A.S.R. et al. Lesões Bucais de Tecido Mole e Ósseo em Crianças e Adolescentes. **Pós-Graduação em Revista (Faculdade de Odontologia de São José dos Campos)**, v.2, n.1, p. 67-75, 1999.

CRIVELLI, M.R. et al. Prevalência de patologia bucal em ninõs. **Revista de la Asociación Odontológica Argentina**, v.74, n.3, p. 80. 1986.

CRUZ, M.C.F.N. et al. Avaliação clínica das alterações de mucosa bucal em crianças hospitalizadas de 3 a 12 anos. **Revista Gaúcha de Odontologia - RGO**, v.56, n.2, p. 157-161, abr-jun. 2008.

DHANUTHAI, K.; BANRAI, M.; LIMPANAPUTTAJAK, S. A retrospective study of paediatric oral lesions from Thailand. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 17, p. 248-253, 2007.

ESPINOSA-ZAPATA, M. et al. Prevalence of buccal mucosa lesions in pediatric patients. Preliminary report. **Cirurgía y Cirujanos**. , v.74, p.153-7. 2006.

GARCIA-POLA, M.J.V. GARCIA-MARTIN, J.M. GONZÁLEZ-GARCIA, M. Estudio epidemiológico de la patologia de la mucosa oral em la población infantil de 6 años de Oviedo (España). **Medicina Oral**, v.7, p. 184-91. 2002.

GODOY, G.P. et al. Quistes de los maxilares en niños: un análisis clínico. **Revista Asociación Dental Mexicana**, v.64, n.6, p.226-229, 2007.

GORDÓN-NÚÑEZ, M. A.; PINTO, L. P. Candidíase e sua relação com a mucosite oral em pacientes oncológicos pediátricos. **Revista Brasileira de Patologia Oral**, v.2, n.2, p. 4-9, 2003.

GOURSAND, D. et al. Seqüelas bucais em crianças submetidas à terapia antineoplásica: causas e definição do papel do cirurgião dentista. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v.42, n.3, p.161-256, jul./set. 2006.

GUERRISI, M. PILONI, M.J., KESZLER, A. Odontogenic tumors in children and adolescents. A 15-year retrospective study in Argentina. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, v. 12, p.E180-5. 2007.

GULTELKIN SE, TOKMAN B, TURLSEVEN MR. A review of peadiatric oral biopsies in Turkey. **International Dental Journal** , v.53, n.1, p.26-32, 2003.

HIPÓLITO RA, MARTINS CR. Prevalência de alterações da mucosa bucal em adolescentes institucionalizados em dois centros de reeducação de Belo horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p.3233-42. 2010.

JONES, A.V.; FRANKLIN, C.D. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in children over a 30-year period. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v.16, n.1, p.19–30. 2006.

LIMA, G. S. et al. A survey of oral and maxillofacial biopsies in children: a single-center retrospective study of 20 years in Pelotas-Brazil. **Journal of Applied Oral Science**, v.16, n.6, p.397-402, Nov.-Dec. 2008.

MATHEW, A.L. et al. The prevalence of oral mucosal lesions in patients visiting a dental school in Southern India. **Indian Journal of Dental Research**, v.19, n.2, p. 99-103 , 2008.

MORET Y.; RIVERA H.; CARTAYA, M. Prevalencia de lesiones en la mucosa bucal de pacientes diagnosticados en el laboratorio central de histopatología bucal "dr. Pedro tinoco" de la facultad de odontología de la universidad central de venezuela durante el período 1968-1987. **Acta Odontológica Venezolana**, v.45, n.2, p.1-7, 2007.

NEVILLE, B.W. et al. **Patologia Oral & Maxilofacial**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 183-186; 373p.

PARLAK, A.H. et al. Prevalence of oral lesions in 13- to 16-year-old students in Duzce, Turkey. **Oral Diseases**, v. 12, p. 553-558, 2006.

PINTO, A. et al. Patologia pediátrica dos tecidos moles orais. **Acta Pediátrica Portuguesa**, v.40, n.1, p.15-21. 2009.

ROCHA, D.A.P., OLIVEIRA, L.M.M.; SOUZA, L.B. Neoplasias benignas da cavidade oral: estudo epidemiológico de 21 anos (1982 a 2002). **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, vol.18, n.1, p.53-60. 2006.

SANTOS, F.F.C. et al. Prevalência de alterações orais congênitas e de desenvolvimento em bebês de 0 a 6 meses. **Revista Odonto Ciência**, v.24, n.1, p.77-80, 2009.

SANTOS, P.J.B. et al. Cross-sectional study of oral mucosal conditions among a central Amazonian Indian community, Brazil. **Journal of Oral Pathology and Medicine**, v. 33, p.7-12, 2004.

SILVA, F.W.G.P et al. Principais tumores odontogênicos que podem acometer a cavidade bucal de crianças. **Revista de Odontologia de Universidade Cidade de São Paulo**, v.19, n.2, p.181-7, 2007.

SILVA, V. C. R. **Prevalência de alterações bucais em bebês de 0 a 24 meses do Instituto Cândida Vargas, João Pessoa – PB**. 2003. 91 p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Federal da Paraíba João Pessoa, 2003.

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

VÖRÖS-BALOG, T.; VINCZE, N.; BÁNÓCZY, J. Prevalence of tongue lesions in Hungarian children. **Oral Diseases**, v. 9, p. 84-87, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours*. Geneva: World Health Organization, 2005.

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento de Pesquisa - Formulário utilizado para a coleta de dados

ANEXO A - INSTRUMENTO DE PESQUISA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - NÚCLEO DE CÂNCER ORAL



31

| | | | |
|---|--|---|------------------------|
| | | Nº de protocolo: _____ / _____ | |
| NOME: _____ | | Suspeita clínica: | |
| Estado civil: _____ | Data de entrada: ____ / ____ / ____ | | 1- Actinomicose |
| Nacionalidade: _____ | Local de Residência: _____ | | 2- Adenoma |
| Escolaridade: _____ ° grau I C | Ocupação: _____ | | 3- Adenoma pleomórfico |
| Idade: _____ | Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ | Sexo: _____ | 4- Ameloblastoma |
| | | (1) Feminino (2) Masculino | 5- Cálculo salivar |
| Cor do paciente: | | | |
| (1) Faioderma (2) Leucoderma (3) Melanoderma (4) Xantoderma | | | |
| Biópsia | Data da biópsia: ____ / ____ / ____ | Tipo de biópsia: | |
| (1) Sim (2) Não | | (1) Excisional (2) Incisional | |
| Superfície da lesão: | | Profundidade da lesão: | |
| (1) Lisa (2) Rugosa | | (1) Intra-óssea (2) Submucosa (3) Superficial | |
| Cor da lesão: (7) rósea (8) acastanhada (9) Outra: | | | |
| (1) Amarela (2) Azul (3) Branca (4) Negra (5) Vermelha (6) Violácea | | | |
| Crescimento da lesão: | | Implantação da lesão: | |
| (1) Endofítico (2) Exofítico | | (1) Sésil (2) Pediculada | |
| Consistência da lesão: (1) Dura | | Desenvolvimento da lesão: | |
| (2) Mole (3) Fibrosa (4) Borrachóide | | (1) Lento (2) Rápido | |
| Lesão Fundamental: (1) Bolha (2) Mácula (8) Placa (9) Úlcera | | | |
| (3) Mancha (4) Nódulo (5) Pápula (6) Tumor (7) Vesícula | | | |
| Forma: _____ | Duração: _____ anos meses | Tamanho: _____ mm | |
| Diagnóstico diferencial: | | | |
| Diagnóstico histopatológico: | | Esta lesão é recidiva de: _____ / _____ | |
| Localização da lesão: | | Consumo de álcool e tabaco: | |
| (1) Assoalho de boca | | (1) Apenas álcool | |
| (2) Borda lateral de língua | | (2) Apenas tabaco | |
| (3) Dorso de língua | | (3) Álcool e tabaco | |
| (4) Ventre de língua | | (4) Nenhum dos dois | |
| (5) Língua | | Abandonou o consumo de tabaco: | |
| (6) Gengiva inferior anterior | | (1) Sim (2) Não | |
| (7) Gengiva inferior posterior | | Se abandonou tabaco, há quanto tempo? | |
| (8) Gengiva não especificada | | _____ anos | |
| (9) Gengiva superior anterior | | Abandonou o consumo de álcool? | |
| (10) Gengiva superior posterior | | (1) Sim (2) Não | |
| (11) Lábio inferior | | Se abandonou álcool, há quanto tempo? | |
| (12) Lábio superior | | _____ anos | |
| (13) Mandíbula não especificada | | Usa prótese? | |
| (14) Maxila não especificada | | (1) Sim (2) Não | |
| (15) Mucosa alveolar inferior anterior | | Tipo de prótese? | |
| (16) Mucosa alveolar inferior posterior | | (1) PT (2) PPR (3) PPF | |
| (17) Mucosa alveolar não especificada | | A prótese é traumatizante? | |
| (18) Mucosa alveolar superior anterior | | (1) Sim (2) Não | |
| (19) Mucosa alveolar superior posterior | | Nova lesão: | |
| (20) Mucosa jugal | | (1) Sim (2) Não | |
| (21) Palato duro | | Data da nova lesão: ____ / ____ / ____ | |
| (22) Palato mole | | | |
| (23) Rebordo alveolar inferior anterior | | | |
| (24) Rebordo alveolar inferior posterior | | | |
| (25) Rebordo alveolar não especificado | | | |
| (26) Rebordo alveolar superior anterior | | | |
| (27) Rebordo alveolar superior posterior | | | |
| (28) Região retromolar | | | |
| (29) Região submentoniana | | | |
| (30) Outro: _____ | | | |
| Preenchido em: ____ / ____ / ____ Por: _____ | | Utilizar: | |
| Digitado por: _____ e _____ | | 888 - Não informado | |
| | | 999 - Não se aplica | |
| | | 59- Outro: _____ | |

ANEXO B – Protocolo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS**

Av. Transnordestina, S/N – Novo Horizonte - Módulo I – 44.036-900 – Feira de Santana-BA
Fone: (75) 224-8124 E-mail: cep.uefs@yahoo.com.br

Feira de Santana, 21 de outubro de 2009
Of. CEP-UEFS nº 227/2009

Senhor(a) Pesquisador(a): Tecia Daltro Borges Alves

Tenho satisfação em informar-lhe que o seu Projeto de Pesquisa intitulado “Lesões orais em crianças e adolescentes atendidos em Centros de Referência de Universidades Públicas Baianas”, registrado sob Protocolo N.º 123/2009 (CAAE 0129.0.059.000-09), foi apreciado pelos membros do CEP-UEFS em sua reunião plenária de 09 de outubro de 2009 e satisfaz às exigências da Res. 196/96. Assim, seu projeto foi **Aprovado** (vide parecer anexo), podendo ser iniciada a coleta de dados com os Sujeitos da pesquisa conforme orienta o *Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96*.

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b*.

Relembro que conforme instrui a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c, V.Sa.* deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano (21/10/2010) este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,


Maria da Glória Sampaio Gomes
Vice-Coordenadora do CEP-UEFS

NORMAS REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA USP

Resumo

São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das categorias de artigos.

Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivos do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

Métodos – Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – Devem ser apresentados em uma seqüência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura

científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o estilo **Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication**, ordenadas alfabeticamente e numeradas. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Medline, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documentado citado, de acordo com os exemplos abaixo.

Exemplos:

Artigos de periódicos

Narvai PC. Cárie dentária e flúor:uma relação do século XX. *Cienc Saude Coletiva*. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-81232000000200011

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005.

Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão. *Cad Saude Coletiva* [Internet].2005;21(1):256-65. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/28.pdf> DOI:10.1590/S0102-311X2005000100028

Livros

Nunes ED. Sobre a sociologia em saúde. São Paulo; Hucitec;1999.

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13] Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (“Citing Medicine”) da National Library of Medicine (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>).

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

Citação no texto: A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de **expoente** após a pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes e similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por &. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de et al. em caso de autoria múltipla).

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans & Stoddart,⁹ que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15}

Tabelas

Devem ser apresentadas depois do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 12 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Tabelas que não se enquadram no nosso limite de espaço gráfico podem ser publicadas na versão eletrônica. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras, em sobrescrito e negrito.

Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização para sua reprodução, por escrito.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital que permitam sua impressão, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras em cores são publicadas quando for necessária à clareza da informação. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões. Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

- [CONSORT](#) checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- [STARD](#) checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- [MOOSE](#) checklist e fluxograma para meta-análise
- [PRISMA](#) checklist e fluxograma para revisões sistemáticas
- [STROBE](#) checklist para estudos observacionais em epidemiologia
- [RATS](#) checklist para estudos qualitativos

Informações complementares:

- Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.
- As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.
- As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser

substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

ANEXO D – Normas para publicação na Revista Baiana de Saúde Pública - RBSP**NORMAS PARA PUBLICAÇÃO**

A Revista Baiana de Saúde Pública (RBSP), publicação oficial da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), de periodicidade trimestral, publica contribuições sobre aspectos relacionados aos problemas de saúde da população e à organização dos serviços e sistemas de saúde e áreas correlatas. São aceitas para publicação as contribuições escritas preferencialmente em português, de acordo com as normas da RBSP, obedecendo a ordem de aprovação pelos editores. Os trabalhos são avaliados por pares, especialistas nas áreas relacionadas aos temas referidos. Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à RBSP, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto no que se refere ao texto como às ilustrações e tabelas, quer na íntegra ou parcialmente. Devem ainda referenciar artigos sobre a temática abordados nesta Revista. Os autores devem assinar e encaminhar uma declaração de responsabilidade.

CATEGORIAS ACEITAS:

1 Artigos originais:

1.1 Pesquisa: artigos apresentando resultados finais de pesquisas científicas

(10 a 20 laudas);

1.2 Ensaio: artigos com análise crítica sobre um tema específico (5 a 8

laudas);

1.3 Revisão: artigos com revisão crítica de literatura sobre tema específico, solicitados pelos editores (8 a 15 laudas).

2 Comunicações: informes de pesquisas em andamento, programas e

relatórios técnicos (5 a 8 laudas).

3 Teses e dissertações: resumos de dissertações de mestrado e teses de doutorado/livre docência defendidas e aprovadas em universidades

brasileiras (máximo 2 laudas). Os resumos devem ser encaminhados com

o título oficial da tese, dia e local da defesa, nome do orientador e local

disponível para consulta.

4 Resenha de livros: livros publicados sobre temas de interesse, solicitados pelos editores (1 a 4 laudas).

5 Relato de experiências: apresentando experiências inovadoras (8 a 10

laudas).

6 Carta ao editor: comentários sobre material publicado (2 laudas).

7 Editorial: de responsabilidade do editor. Pode também ser redigido por convidado, mediante solicitação do editor.

8 Documentos: de órgãos oficiais sobre temas relevantes (8 a 10 laudas).

ORIENTAÇÕES AOS AUTORES

INSTRUÇÕES GERAIS PARA ENVIO

Os trabalhos a serem apreciados pelos editores e revisores seguirão a ordem de recebimento e deverão obedecer aos seguintes critérios de apresentação:

- encaminhar à secretaria executiva da revista uma cópia impressa. As páginas devem ser formatadas em espaço 1,5, com margens de 2 cm, fonte Times New Roman, tamanho 12, página padrão A4, numeradas no canto superior direito;
- enviar opcionalmente para o e-mail da revista, desde que não contenham desenhos ou fotografias digitalizadas;
- entregar uma cópia em CD-ROOM ou via e-mail com a versão final aceita para publicação.

ARTIGOS

Folha de rosto: informar o título (com versão em inglês e espanhol), nome(s) do(s) autor(es), principal vinculação institucional de cada autor, órgão(s) financiador(es) e endereço postal e eletrônico de um dos autores para correspondência.

Segunda folha: iniciar com o título do trabalho, sem referência à autoria, e acrescentar um resumo de no máximo 200 palavras, com versão em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen). Trabalhos em espanhol ou inglês devem também apresentar resumo em português. Palavras-chave (3 a 5) extraídas do vocabulário DECS (Descritores em Ciências da Saúde/www.decs.bvs.br) para os resumos em português e do MESH (Medical Subject Headings/www.nlm.nih.gov/mesh) para os resumos em inglês.

Terceira folha: título do trabalho sem referência à autoria e início do texto com parágrafos alinhados nas margens direita e esquerda (justificados), observando a sequência: introdução – conter justificativa e citar os objetivos no último parágrafo; material e métodos; resultados, discussão e referências. Digitar em página independente os agradecimentos, quando necessários.

RESUMOS

Os resumos devem ser apresentados nas versões português, inglês e espanhol. Devem expor sinteticamente o tema, os objetivos, a metodologia, os principais resultados e as conclusões. Não incluir referências ou informação pessoal.

TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS

Obrigatoriamente, os arquivos das ilustrações (quadros, gráficos, fluxogramas, fotografias, organogramas etc.) e tabelas devem ser independentes e impressos em folhas separadas; suas páginas não devem ser numeradas. Estes arquivos devem ser compatíveis com processador de texto “Word for Windows” (formatos: PICT, TIFF, GIF, BMP).

O número de ilustrações e tabelas deve ser o menor possível. As ilustrações coloridas somente serão publicadas se a fonte de financiamento for especificada pelo autor.

Na seção resultados, as ilustrações e tabelas devem ser numeradas com algarismos arábicos, por ordem de aparecimento no texto, e seu tipo e número destacados em negrito (e.g. “[...] na **Tabela 2** as medidas [...]).

No corpo das tabelas, não utilizar linhas verticais nem horizontais; os quadros devem ser fechados.

Os títulos das ilustrações e tabelas devem ser objetivos, situar o leitor sobre o conteúdo e informar a abrangência geográfica e temporal dos dados (e.g.: **Gráfico 2**. Número de casos de AIDS por região geográfica – Brasil – 1986-1997).

Ilustrações e tabelas reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição após o título.

ÉTICA EM PESQUISA

Trabalho que resulte de pesquisa envolvendo seres humanos ou outros animais deve vir acompanhado de cópia de documento que ateste sua aprovação prévia por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), além da referência na seção Material e Métodos.

REFERÊNCIAS

Preferencialmente, qualquer tipo de trabalho encaminhado (exceto artigo de revisão) deverá listar até **30 fontes**.

As referências no corpo do texto deverão ser numeradas em sobrescrito, consecutivamente, na ordem em que forem mencionadas a primeira vez no texto.

As notas explicativas são permitidas, desde que em pequeno número, e devem ser ordenadas por letras minúsculas em sobrescrito.

As referências devem aparecer no final do trabalho, listadas pela ordem de citação, alinhadas apenas à esquerda da página, seguindo as regras propostas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos/Vancouver), disponíveis em <http://www.icmje.org> ou www.abeceditores.com.br.

Quando os autores forem mais de seis, indicar apenas os seis primeiros, acrescentando a expressão et al.

Exemplos:

a) LIVRO

Acha PN, Szyfres B. Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales. 2ª ed. Washington: Organizacion Panamericana de la Salud; 1989.

b) CAPÍTULO DE LIVRO

Almeida JP, Rodriguez TM, Arellano JLP. Exantemas infecciosos infantiles. In: Arellano JLP, Blasco AC, Sánchez MC, García JEL, Rodríguez FM, Álvarez AM, editores. Guía de autoformación en enfermedades infecciosas. Madrid: Panamericana; 1996. p. 1155-68.

c) ARTIGO

Azevêdo ES, Fortuna CMM, Silva KMC, Sousa MGF, Machado MA, Lima AMVMD, et al. Spread and diversity of human populations in Bahia, Brazil. *Human Biology* 1982;54:329-41.

d) TESE E DISSERTAÇÃO

Britto APCR. Infecção pelo HTLV-I/II no Estado da Bahia [Dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 1997.

e) RESUMO PUBLICADO EM ANAIS DE CONGRESSO

Santos-Neto L, Muniz-Junqueira I, Tosta CE. Infecção por *Plasmodium vivax* não apresenta disfunção endotelial e aumento de fator de necrose tumoral-5(FNT-) e interleucina-1 (IL-1). In: Anais do 30º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Salvador, Bahia;1994. p. 272.

f) DOCUMENTOS EXTRAÍDO DE ENDEREÇO DA INTERNET

Autores ou sigla e/ou nome da instituição principal. Título do documento ou artigo. Extraído de [endereço eletrônico], acesso em [data]. Exemplo: COREME, Comissão de Residência Médica do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Regimento Interno da COREME. Extraído de [<http://www.hupes.ufba.br/coreme>], acesso em [20 de setembro de 2001].

Não incluir nas Referências material não-publicado ou informação pessoal. Nestes casos, assinalar no texto: (i) Antunes Filho FF, Costa SD: dados não publicados; ou (ii) Silva JA: comunicação pessoal, 1997. Todavia, se o trabalho citado foi **aceito** para publicação, incluí-lo entre as referências, citando os registros de identificação necessários (autores, título do trabalho ou livro e periódico ou editora), seguido da expressão latina *In press* e o ano. Quando o trabalho encaminhado para publicação tiver a forma de relato de investigação epidemiológica, relato de fato histórico, comunicação, resumo de trabalho final de curso de pós-graduação, relatórios técnicos, resenha bibliográfica e carta ao editor, o(s) autor(es) deve(m) utilizar linguagem objetiva e concisa, com informações introdutórias curtas e precisas, delimitando o problema ou a questão objeto da investigação. Seguir as orientações para referências, ilustrações e tabelas.

As contribuições encaminhadas só serão aceitas para apreciação pelos editores e revisores se atenderem às normas da revista.

Endereço para remessa de trabalho:

Revista Baiana de Saúde Pública Escola da Saúde Pública Prof. Francisco
Peixoto de Magalhães Netto
Rua Conselheiro Pedro Luiz, nº 171
Rio Vermelho – Salvador – Bahia
CEP 41950-610
TEL/FAX 0XX 71 3334 0428
saude.revista@saude.ba.gov.br