



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

**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LESÕES BUCAIS EM IDOSOS
NOS CENTROS DE REFERÊNCIA DE UNIVERSIDADES PÚBLICAS DA
BAHIA**

SARAH MASCARENHAS SOUZA

Feira de Santana/BA

2012

SARAH MASCARENHAS SOUZA

**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LESÕES BUCAIS EM IDOSOS
NOS CENTROS DE REFERÊNCIA DE UNIVERSIDADES PÚBLICAS DA
BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado, da Universidade Estadual de Feira de Santana.

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

2012

Catálogo-na-Publicação: Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

Souza, Sarah Mascarenhas
S718l Levantamento epidemiológico de lesões bucais em idosos nos centros de referências de universidades públicas da Bahia / Sarah Mascarenhas Souza. – Feira de Santana - BA, 2012. 60 f.

Orientador: Prof. Dr. Márcio Campos Oliveira.
Coorientadora: Profa. Dra. Técia Daltro Borges Alves.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012.

1. Patologia bucal - idoso - Bahia. 2. Doença bucal - idoso - Bahia. 3. Idoso - saúde bucal - Bahia. 4. Epidemiologia.
I. Oliveira, Márcio Campos. II. Alves, Técia Daltro Borges. III. Universidade Estadual de Feira de Santana. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU: 616.314: 577.71(814.2)

SARAH MASCARENHAS SOUZA

**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LESÕES BUCAIS EM IDOSOS
NOS CENTROS DE REFERÊNCIA DE UNIVERSIDADES PÚBLICAS DA
BAHIA**

Feira de Santana, BA, ____ / ____ / ____

Banca examinadora:

Prof. Dr. Márcio Campos Oliveira
(Orientador- UEFS)

Prof^a. Dr^a. Tecia Daltro Borges Alves
(co-orientadora - UEFS)

Prof^a Dr^a Simone Seixas da Cruz
(Examinadora – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia)

Prof. Dr. Gustavo Pina Godoy
(Examinador - Universidade Estadual da Paraíba)

Feira de Santana/BA

2012

Dedico este trabalho aos meus avôs Luisa (in memoriam), Antônio, Bete, Roque (in memoriam) e tios-avôs que sempre têm um ensinamento de vida com seus anos de vivências com o mundo.

AGRADECIMENTOS

Na trajetória do Mestrado me deparei com pessoas que fortaleceram a idéia que o mais importante na vida é viver com amor e fazer sempre o bem. Este espaço não será suficiente para homenagear nominalmente a todos que me apóiam e compartilham momentos de alegrias e de superação, mas aproveito para agradecer a ajuda e o amor de todos que tornaram essa tarefa capaz de ser realizada.

A Deus, por me mostrar sempre um caminho e me fortalecer com as dificuldades. És a luz da minha vida!

A toda minha Família, minha fortaleza e alegria, pelo apoio constante e em especial aos meus pais que sempre me apoiam, incentivam e acreditam que sou capaz.

Ao meu esposo pela companhia, apoio, compreensão e amor.

Ao Prof. Márcio Campos, meu orientador, pela ajuda, colaboração constante, aprendizado e amizade.

À Prof^a Técia Daltro, minha co-orientadora, pela disponibilidade, ensino e acolhida.

Ao Prof Davi Félix por me instigar a pensar, pela disponibilidade de ajudar e pelas orientações epidemiológicos com carinho e atenção.

À Prof^a Lydia Santos pela disponibilidade, amizade e incentivo à minha inscrição na seleção deste mestrado.

Ao Prof Nelson Oliveira pelos ensinamentos de estatística com paciência e dedicação.

Ao Prof Jean Nunes pela disponibilidade e facilidade de acesso a UFBA.

Às funcionárias do Laboratório de Patologia Cirúrgica da UFBA, D. Mirian e D. Lourdes, pela ajuda e boa vontade em servir.

Aos colegas do mestrado, especialmente Camila, Nélia, Ana Margarete, Gabriela, Clarice pela companhia, amizade e colaboração no projeto.

Aos bolsistas do NUCAO, Deyvid, Camila, Danilo, Carolina pela ajuda durante a coleta dos dados e digitação do banco.

A todos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, professores, funcionários, que contribuíram de alguma forma para que eu, hoje, seja uma pessoa melhor, mais humana e reflexiva com o mundo.

Aos professores da disciplina OPS IV (Marla, Valéria, Michelle, Márcio, Bruno, Nilton, Maria Emília e Fernando) pelos ensinamentos durante o estágio e bons dias de convivência.

Aos funcionários da Clínica CION pelo apoio constante.

Aos meus amigos que mesmo na distância me apóiam e torcem por mim.

À CAPES, pelo apoio e disponibilidade da bolsa durante o mestrado.

“Nos olhos do jovem arde a chama. Nos do velho brilha a luz.” *Victor Hugo*

APRESENTAÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno que ocorre em escala global, em especial, nos países desenvolvidos. No contexto de grandes desigualdades regionais e sociais, esse envelhecimento populacional tem causado grande impacto sobre a qualidade de vida da população. Em relação à saúde bucal, esta tem sido relegada ao esquecimento quando se discutem as condições de saúde da população idosa, principalmente em relação às lesões bucais. No Brasil, poucos são os estudos para o diagnóstico e a identificação da prevalência de lesões na mucosa bucal da população idosa. O presente trabalho teve como objetivo principal estimar a frequência de lesões bucais, segundo o diagnóstico clínico-histopatológico, dos pacientes idosos atendidos nas unidades de referência de lesões bucais de universidades públicas da Bahia (Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS e Universidade Federal da Bahia - UFBA) no período de Janeiro/2002 a Agosto/2010.

Na Bahia há três cursos de Odontologia em universidades públicas, contudo um deles teve sua implantação em 2002, não possuindo, ainda, um centro de referência em lesões bucais. Assim, as duas unidades de referência de lesões bucais vinculados às instituições de ensino superior públicas (UEFS e UFBA) deste estado prestam serviços de diagnóstico, tratamento e promoção de saúde gratuitamente à população baiana, além de serem ambientes de aprendizado para futuros profissionais da área de saúde, uma vez que a atenção ao paciente é integral.

O projeto original desse estudo intitulado “LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LESÕES BUCAIS EM IDOSOS NOS CENTROS DE REFERÊNCIA DE UNIVERSIDADES PÚBLICAS DA BAHIA” encontra-se registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob número CAAE nº 0017.059.000-11 e no CEP-UEFS nº 022/2011.

O estudo é apresentado sob a forma de dois artigos: o primeiro intitulado “**Lesões orais em idosos nos centros de referência de lesões bucais da Bahia**” corresponde a um estudo transversal descritivo que visa estimar a frequência de lesões bucais, segundo o diagnóstico clínico-histopatológico, e descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes idosos atendidos nas unidades de referência de lesões bucais de universidades públicas da Bahia

(Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS e Universidade Federal da Bahia - UFBA); o segundo denominado “**Condições sociodemográficas e o câncer bucal nos idosos da Bahia, em jan/2002- ago/2010**” identifica as condições sociodemográficas associadas ao desenvolvimento do câncer bucal em idosos atendidos nas unidades de referência de lesões bucais de universidades públicas da Bahia (UEFS e UFBA) no período de Janeiro/2002 a Agosto/2010.

Com esse trabalho espera-se caracterizar a população idosa atendida nos centros de referência e auxiliar na elaboração de programas assistenciais e educativos voltados para esta faixa etária, colaborando com a qualidade de vida dessa população e promovendo a equidade em saúde.

RESUMO

O envelhecimento populacional constitui um dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea, especialmente em países em desenvolvimento, onde este fenômeno ocorre em ambiente de pobreza e grande desigualdade social. A saúde bucal, parte integrante e inseparável da saúde geral dos indivíduos, tem sido relegada ao esquecimento quando se discutem as condições de saúde da população idosa. Portanto, conhecer o perfil das condições bucais de parte dessa população auxilia na elaboração de programas assistenciais e educativos voltados para esta faixa etária. O estudo teve caráter transversal, com coleta dos dados nos prontuários odontológicos do centro de referência de lesões bucais da UEFS e nas fichas de biópsias do Laboratório de Patologia Cirúrgica da UFBA. Para esta coleta foi utilizado um formulário, que avaliou as seguintes variáveis: condições sociodemográficas, suspeita clínica, diagnóstico histopatológico, localização e características clínicas da lesão, estilo de vida (uso de tabaco e bebidas alcoólicas) e uso de prótese. Para a análise estatística utilizou-se a taxa de prevalência como medida de ocorrência e a razão de prevalência como medida de associação. Este estudo é apresentado no formato de dois artigos. O primeiro artigo corresponde a um estudo transversal que visou estimar a frequência de lesões bucais, segundo o diagnóstico clínico-histopatológico, e descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes idosos atendidos nas unidades de referência de lesões bucais de universidades públicas da Bahia (UEFS e UFBA), no período de Janeiro/2002 a Agosto/2010. O segundo artigo identifica as condições sociodemográficas associadas ao desenvolvimento do câncer bucal em idosos atendidos nas unidades de referência de lesões bucais da UEFS e UFBA. Na UEFS foram identificadas 683 lesões em idosos e na UFBA 296. Nas populações observou-se predomínio do sexo feminino, da cor da pele preta e a minoria dos idosos era aposentada. Em relação ao diagnóstico clínico, o fibroma e o carcinoma escamocelular foram mais prevalentes e no diagnóstico histopatológico, o carcinoma escamocelular e a hiperplasia fibrosa. Os resultados identificaram algumas condições sociodemográficas como fatores de risco para a ocorrência do câncer de boca em idosos: ser do sexo masculino, ter idade avançada e ser trabalhador rural. Necessita-se da implantação de uma política de prevenção e controle de lesões bucais na Bahia, para viabilizar a redução da incidência de novos casos, diagnóstico precoce e tratamento adequado das lesões bucais.

Palavras-chave: Doenças da boca. Idosos. Odontologia. Epidemiologia

ABSTRACT

The aging of the population is the one of the greatest challenges for the contemporary public health, especially in countries in development, where it's occurs in an environment of poverty and with social inequality. The oral health, an integral and inseparable part of the main health of the people, has been relegated to oblivion when discussing about the health of the elderly population. Therefore, knowing the profile of the oral conditions of some of these people helps in developing educational and social programs directed to this age. The study was a transversal nature with data collected from dental records of the UEFS center of oral lesions and on the biopsy records of the Laboratory of Surgical Pathology at UFBA. For this collection, a form was used to evaluate the following variables: sociodemographic conditions, clinical suspicion, histopathology, location and clinical characteristics of the lesion, lifestyle (smoking and alcohol usage) and prosthesis usage. For this statistical analysis was used the prevalence rate as an occurrence measurement and the ratio of the prevalence as a measure of association. This study is presented in the form of two articles. The first article corresponds to transversal study in order to estimate the frequency of the oral lesions, according the clinical and histopathological diagnostic and describe the sociodemographic profile of elderly patients treated at the reference units of oral lesions of public universities in Bahia (UFBA and UEFS) during the period between January/2002 and August/2010. The second article identifies the sociodemographic conditions associated with the oral cancer development in elderly patients in the reference units of oral lesions in UFBA and UEFS. Were identified lesions in 683 elderly people at UEFS while 296 lesions occurred at UFBA. Analyzing the populations was observed female and black skin predominance and the minority of elderly people were retired. About the clinical diagnosis, fibroid and squamous cell carcinomas were more prevalent while in the histopathological diagnosis, squamous cell carcinoma and fibrous hyperplasia were more prevalent. The results identified some sociodemographic conditions risk factors for the occurrence of oral cancer in the elderly: being male, an advanced age and be farmworkers. The results identified certain sociodemographic A prevention policy needs to be implemented to control the oral lesions in Bahia in order to enable the reduction of the incidence of new cases, early diagnosis and appropriate treatment of oral lesions.

Key-words: Mouth diseases. Elderly. Dentistry. Epidemiology

LISTA DE TABELAS

Artigo I - Lesões orais em idosos nos centros de referência de lesões bucais da Bahia

Tabela 1 - Freqüências dos idosos segundo aspectos sociodemográficos, atendidos nos centros de referência de lesões bucais de universidades públicas da Bahia (UEFS, Feira de Santana/BA e UFBA, Salvador/BA) no período de Jan/2002 – Ago/2010. p. 52

Tabela 2 - Freqüências de lesões bucais mais prevalentes segundo a suspeita clínica nos idosos atendidos nos centros de referência de lesões bucais de universidades públicas da Bahia (UEFS, Feira de Santana/BA e UFBA, Salvador/BA) no período de Jan/2002 – Ago/2010. p. 53

Tabela 3 - Freqüências de lesões bucais mais prevalentes segundo o resultado histopatológico nos idosos atendidos nos centros de referência de lesões bucais de universidades públicas da Bahia (UEFS, Feira de Santana/BA e UFBA, Salvador/BA) no período de Jan/2002 – Ago/2010. p. 53

Tabela 4 - Freqüências da localização anatômica das lesões bucais nos idosos atendidos nos centros de referência de lesões bucais de universidades públicas da Bahia (UEFS, Feira de Santana/BA e UFBA, Salvador/BA) no período de Jan/2002 – Ago/2010. p. 54

Artigo II – Condições sociodemográficas e o câncer bucal nos idosos da Bahia, em jan/2002- ago/2010

Tabela 1 - Frequências dos idosos acometidos por câncer p. 71
bucal atendidos no CRLB- UEFS e na UFBA, Bahia, Brasil,
2002-2010.

Tabela 2 - Razões de prevalências (RP) do Câncer bucal e p. 72
intervalos de 95% de confiança (IC95%), segundo as categorias
das variáveis sociodemográficas, em idosos atendidos nos
centros de referência de universidades públicas da Bahia,
Brasil, 2002-2010.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CRLB - Centro de Referência de Lesões Bucais
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%
INCA - Instituto Nacional do Câncer
IARC – Agência Internacional para Pesquisa em Câncer
LDB – Lei de Diretrizes e Bases
MG - Minas Gerais
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PR - Paraná
RP – Razão de Prevalência
UBS - Unidade Básica de Saúde
UEFS - Universidade Estadual de Feira de Santana
UFBA - Universidade Federal da Bahia
UnicenP - Centro Universitário Positivo
USP - Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

Levantamento epidemiológico de lesões bucais em idosos nos centros de referência de universidades públicas da Bahia

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 16 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA..... | 17 |
| 3 OBJETIVOS..... | 31 |
| 4 METODOLOGIA..... | 31 |

5 ARTIGO I: Lesões orais em idosos nos centros de referência de lesões bucais da Bahia

| | |
|------------------|----|
| Resumo | |
| Abstract | |
| Introdução..... | 36 |
| Metodologia..... | 37 |
| Resultados..... | 38 |
| Discussão..... | 42 |
| Conclusão..... | 48 |
| Referências..... | 49 |

6 ARTIGO II: Condições sociodemográficas e o câncer bucal nos idosos da Bahia, em jan/2002- ago/2010

| | |
|-------------------------|----|
| Resumo | |
| Abstract | |
| Introdução..... | 56 |
| Material e Métodos..... | 58 |
| Resultados..... | 59 |
| Discussão..... | 62 |
| Conclusão..... | 67 |
| Referências..... | 67 |

| | |
|------------------------------------|-----------|
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 73 |
| 8 REFERÊNCIAS..... | 75 |
| 9 APÊNDICES..... | 86 |
| 10 ANEXOS..... | 88 |

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno que ocorre em escala global, em especial, nos países desenvolvidos. Esse processo caracteriza-se pelo constante aumento da expectativa de vida e pela queda da taxa de fecundidade, resultando numa grande quantidade de idosos e significativa redução de crianças e jovens. Este panorama proporciona uma transição demográfica, modificando a forma da pirâmide etária – a base, composta por jovens, fica estreita e o topo, representado por idosos, alarga (OMS, 2005).

O aprimoramento das áreas da saúde, a melhora das condições de vida e do acesso aos avanços da medicina como medidas profiláticas, saneamento básico, controle de doenças parasitárias, imunização de doenças infecciosas, controle das infecções por antibióticos e tratamentos preventivos das doenças fatais são os principais fatores responsáveis pelo aumento da expectativa de vida da população (BELTRÃO, CAMARANO, KANSO, 2004). Conforme dados da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1950 existiam 250 milhões de indivíduos com mais de 60 anos no planeta. Esse número quase se triplicou, até o ano 2000, somando 606 milhões de pessoas.

A taxa de fecundidade vem sofrendo reduções significativas a cada ano, considerada como um fenômeno global. Vários países apresentam taxas de crescimento populacional baixíssimas e um elevado aumento da população idosa, como alguns países da Europa, por exemplo, a Itália, Alemanha e Espanha. Atualmente, a taxa mundial de crescimento da população idosa é de 1,9% ao ano, maior que a do crescimento da população em geral, que é de 1,17%. No Brasil, esta transição demográfica começou no final dos anos 80 e segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2000, o número de pessoas acima de 65 anos correspondeu a 5% da população nacional e a expectativa é de que, em 2050, o contingente populacional idoso poderá ser de 13,7 milhões (para cada 100 crianças de 0 a 14 anos existirão 172,7 idosos) (IBGE, 2008).

Nos países desenvolvidos essa transição foi acompanhada pela ampliação da cobertura dos sistemas de proteção social e melhoria das condições de vida. Já no Brasil, num contexto de grandes desigualdades regionais e sociais, esse envelhecimento populacional tem causado grande

impacto sobre a qualidade de vida da população, que não encontra amparo adequado no sistema público de saúde e acumula as seqüelas das doenças crônico-degenerativas (CHAIMOWICZ, 1997).

Como resultado deste aumento na expectativa de vida também crescem os registros de doenças crônico-degenerativas, típicas dos indivíduos com idade mais avançada. Neste sentido, os idosos têm procurado os cuidados de profissionais da área da saúde com mais freqüência para prevenir doenças e melhorar a qualidade de vida. No entanto, a conscientização sobre a importância da prevenção de doenças bucais não acontece da mesma forma.

Em relação às lesões bucais, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) (2009), o número de casos novos de câncer de cavidade oral estimados para o Brasil em 2010 será de 10.330 entre homens e de 3.790 nas mulheres. Estes valores correspondem a um risco estimado de 10 casos a cada 100 mil homens e 3 casos a cada 100 mil mulheres. Sendo que na região Nordeste, este câncer é o quinto mais freqüente nos homens (6/100.000) e o sétimo nas mulheres (3/100.000) e na Bahia, estima-se a taxa de 3,51 casos de câncer de cavidade bucal para cada 100.000 mulheres e 7,42 casos para cada 100.000 homens.

Desenvolver estudos epidemiológicos descritivos em Odontologia é fundamental para a caracterização de uma população a respeito das condições de saúde bucal e para auxiliar na elaboração de programas assistenciais e educativos voltados para determinada faixa etária, colaborando com a qualidade de vida dessa população. Assim, este estudo visou estimar a freqüência das lesões bucais, segundo o diagnóstico clínico-histopatológico, em idosos atendidos nas unidades de referência de lesões bucais de universidades públicas da Bahia (UEFS e UFBA).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O IDOSO NO BRASIL

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1984), a idade cronológica de 60 anos é usada para definir a população idosa em países em desenvolvimento.

Adicionalmente, no Brasil, existem documentos oficiais como a Lei 8.842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, que no seu artigo 2º diz "considera-se idoso, para todos os efeitos desta lei, a pessoa maior de 60 anos de idade", e a Política Nacional de Saúde do Idoso, sancionada pelo Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial em 13 de dezembro de 1999, que define a idade a partir dos 60 anos para designar o idoso.

A legislação brasileira, no Estatuto do Idoso, qualifica o que entende por idoso, explícito na lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003, em seu artigo 1º :

Art. 1º.: é instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Considerando a necessidade de assistência à saúde do idoso foi criada a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria GM/MS nº. 1395/99). Esta política admite que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, que dificultará a realização de suas atividades diárias. Assim, diretrizes foram criadas, como a promoção do envelhecimento saudável, manutenção da capacidade funcional, assistência às necessidades de saúde do idoso, reabilitação da capacidade funcional comprometida, capacitação dos recursos humanos especializados para manter o máximo o idoso com sua família, e apoios ao desenvolvimento de cuidados informais e de estudos e pesquisas nesta temática.

De acordo com o IBGE (2006), o número de brasileiros em 1960 com 60 anos ou mais era de aproximadamente 5% da população; em 1980, este índice alcançou 6,3% e, em 1990, chegou-se a 7,3% da população nacional. A perspectiva para o século XXI é de que, em 2025, o Brasil seja a sexta maior população de idosos no mundo, com aproximadamente 32 milhões de pessoas neste grupo, sendo o grupo etário que mais cresce no país.

Na América Latina, o Brasil apresenta 8,6% de idosos em relação à população total e as Projeções Populacionais das Nações Unidas para 2008 apontaram que o Brasil ocupava a quinta posição entre os países mais populosos. A ONU (2005) fez uma projeção que o Brasil terá 14% de idosos na população em 2025.

Em 2003, segundo as informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a população de 60 anos ou mais era de cerca de 17 milhões de pessoas, representando cerca de 10% da população total do país. A PNAD em 2006 apontou que os idosos alcançaram, aproximadamente, 19 milhões de pessoas, evidenciando o acelerado processo de envelhecimento da população brasileira.

Segundo dados do PNAD (2009), na população de 60 anos ou mais, o crescimento foi de 697 mil pessoas entre 2008 e 2009, o que representou um aumento de 3,3%, contra uma elevação de 1% no total da população residente no país. Em 2009, 11,3% dos brasileiros tinham 60 anos ou mais, frente a 11,1% em 2008 e 9,7% em 2004.

Com o envelhecimento da população, estão mudando os padrões patológicos predominantes. As doenças isquêmicas cardíacas e cardiovasculares são a principal causa de morte nas populações mais velhas, seguidas pelas neoplasias e pelas doenças respiratórias, principalmente pneumonia. Com o aumento da proporção de idosos, cresce também a proporção da população que sofre doenças crônicas e deficiências; assim, são necessários mais recursos de saúde para a atenção de doentes crônicos, enquanto permanece mais ou menos constante o custo do atendimento curativo e tratamento de doenças agudas (OPAS, 1998).

O Brasil também está experimentando esta transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbi-mortalidade. As doenças infecto-contagiosas, que representavam 40% das mortes registradas no país em 1950, foram responsáveis por menos de 10% em 2000. O oposto ocorreu em relação às doenças cardiovasculares: em 1950, eram causa de 12% das mortes e, no ano 2000, representavam mais de 40%. Em menos de 40 anos, o país passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um desenho caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas (GORDILHO et al, 2000).

O envelhecimento populacional constitui um dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea, especialmente em países em desenvolvimento, onde este fenômeno ocorre em ambiente de pobreza e grande desigualdade social (BATISTA et al, 2008).

2.2 O ENVELHECIMENTO E A CAVIDADE BUCAL

Envelhecimento ou senescência corresponde a eventos biológicos que ocorrem desde as primeiras alterações morfológicas e psicossociais da idade adulta até o declínio total e a morte. O envelhecimento deve ser encarado como parte da evolução natural do organismo e não como doença, pois representa uma etapa do desenvolvimento individual, cuja característica principal é a acentuada perda da capacidade de adaptação e menor expectativa de vida (NERI; RESENDE; CACHIONI, 2002).

O envelhecimento constitui-se em um processo biológico, necessitando-se diferenciar entre o que é doença do que é consequência normal da idade. Um dos principais critérios utilizados para identificar um idoso bem sucedido é a manutenção por toda a vida de sua dentição natural, saudável e funcional, e todos os benefícios biológicos e sociais que possam advir dela como a estética, conforto e capacidade mastigatória (PUCCA JR, 2002).

Na odontologia, uma preocupação que deverá configurar como das mais importantes no futuro é a manutenção da saúde bucal do paciente idoso que sofre influência de uma série de fatores que tornam este paciente suscetível a diversas doenças, não somente nos elementos dentários, mas também nas diversas estruturas que compõem o sistema estomatognático (ISOLAN, 2006).

O crescimento do contingente de idosos também colocou em pauta no setor da saúde a discussão de estratégias e políticas públicas para garantir qualidade de vida desses indivíduos. Nesse contexto, destaca-se a necessidade de avaliação da saúde bucal dos idosos e, conseqüentemente, desenvolvimento de ações para esta faixa etária (CRISPIM; SAUPE; BOING, 2009).

Em contrapartida, apesar de não existirem doenças bucais relacionadas diretamente ao envelhecimento do indivíduo, alguns problemas, como a diminuição da capacidade mastigatória, a dificuldade de deglutição, xerostomia, modificações no paladar e a perda de dimensão vertical têm efeitos cumulativos negativos e prejudiciais para o indivíduo (ROSA et al, 1992; SILVA, VALSECKI JR, 2000).

Várias alterações anatômicas e fisiológicas ocorrem no sistema estomatognático com o envelhecimento, mas não necessariamente constituem

desequilíbrios no processo saúde-doença. Muitos problemas odontológicos encontrados no idoso são, na realidade, complicações de processos patológicos acumulados durante toda a vida do indivíduo, devido à higiene bucal deficiente, iatrogenia, falta de orientação e de interesse em saúde bucal e a falta de acesso aos serviços de assistência odontológica (PUCCA JR, 1996).

O envelhecimento do indivíduo ocorre em todas as estruturas do organismo. A cavidade oral é uma delas, onde ocorrem determinadas doenças e alterações funcionais por consequência do envelhecimento, como a mastigação. Todos os tecidos da cavidade oral sofrem atrofia e perda de elasticidade, desde a mucosa até as estruturas ósseas, passando pelos tecidos de sustentação e estruturas musculares (ALENCAR; CURIATTI, 2002).

A mucosa bucal do idoso pode apresentar, clinicamente, aspecto de normalidade, admitindo-se que seja menos resistente que a de um jovem. Isto ocorre por alterações celulares e metabólicas que tornam a mucosa mais atrófica e com elasticidade diminuída, ficando o idoso mais suscetível a lesões frente aos fatores traumáticos constantemente existentes na boca (FIGUEIREDO et al, 1993).

Os problemas de saúde apresentados pelos idosos são mais complexos, pois geralmente correspondem a um conjunto composto por alterações e doenças sistêmicas que atuam agravando as doenças bucais para essa clientela específica (ARCURI; RAMOS; SCABAR, 2006).

Os componentes do sistema estomatognático interagem de forma simultânea, integrada e interdependente, anatômica e fisiologicamente, e podem influir no funcionamento de outros sistemas. A cavidade bucal da pessoa idosa apresenta transformações decorrentes do envelhecimento relacionadas ao funcionamento normal e patológico de suas estruturas. Algumas das alterações ocorrem em consequência das manifestações de doenças sistêmicas, deficiências nutricionais, efeitos causados pelo uso de medicamentos e que poderão repercutir no funcionamento dos tecidos periodontais, na dentição, glândulas salivares e mucosas bucais (BARBOSA; BARBOSA, 2002).

A maioria das enfermidades sistêmicas apresenta manifestações bucais que predispõem ao desenvolvimento de processos patológicos, tornando o equilíbrio saúde-doença muito mais frágil (KAMEM, 1997). Adicionalmente, o

inverso também acontece: há indícios de que doenças bucais não tratadas podem levar a infecções sistêmicas (BARNETT; HYMAN, 2006).

Muitas doenças sistêmicas se manifestam com mais frequência na terceira idade, como a hipertensão, cardiopatias, diabetes, osteoporose, reumatismo, hipercolesterolemia, mal de Alzheimer, câncer, dores orofaciais e disfunção temporo-mandibular. Associados às doenças, os idosos trazem outros problemas, como deficiências físicas e mentais, depressão, exclusão social e familiar (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002).

No estudo realizado por Batista et al. (2008), 79,06% dos idosos apresentaram um ou mais problemas de saúde geral, sendo a alteração mais prevalente a hipertensão, seguida pelos problemas gastrointestinais, demência e depressão. As demais se apresentaram em baixos percentuais, porém, merecem igual atenção quando o paciente for se submeter ao tratamento odontológico.

Em virtude da diversidade de enfermidades sistêmicas encontradas nos idosos, uma variedade de fármacos é utilizada, ressaltando-se que o mesmo indivíduo faz uso de mais de um medicamento, o que acaba por comprometer a fisiologia do sistema estomatognático. De acordo com Paunovich et al (1997) a maioria das drogas prescritas tem potencial para gerar efeitos colaterais na boca. As reações mais comuns são xerostomia, alterações no paladar e estomatites.

A perda total de dentes (edentulismo) ainda é aceita pela sociedade como algo normal e natural com o avanço da idade, e não como reflexo da falta de políticas preventivas de saúde, destinadas principalmente à população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas (PUCCA JR., 2000).

A grande proporção de desdentados totais entre a população idosa reflete a história da Odontologia dos últimos 80 anos no Brasil. O elevado número de próteses totais decorre de uma época onde as extrações eram indicadas por médicos e cirurgiões-dentistas como medida profilática para doenças sistêmicas baseadas na teoria da infecção focal (SCELZA et al., 2001).

Os serviços públicos, incapazes de limitar os danos causados pela cárie por ausência de programas preventivos, realizam extrações em massa e

disponibilizam à população idosa apenas atendimento emergencial, fazendo com que suas necessidades de tratamento se acumulem, atingindo níveis muito elevados. Com isso, há grande demanda de tratamentos protéticos, necessitando de resolutividade, seja no serviço público, através do centro de especialidades odontológicas (CEO), seja na clínica particular (FERNANDES et al, 1997).

Não são realizados levantamentos sobre saúde bucal de forma mais sistemática em idosos. Pois, nos levantamentos realizados, os dados em geral são restritos a prevalência e incidência de cárie dental, desconsiderando-se as outras afecções bucais (SHINKAI; DEL BEL CURY, 2000).

Assim, é necessário conhecer o estado de saúde bucal desse grupo etário, como também obter dados epidemiológicos que sirvam de subsídios para o desenvolvimento de programas direcionados a essa população, uma vez que os mesmos ainda são praticamente inexistentes no Brasil (PUCCA JR., 2002).

2.3 LESÕES BUCAIS EM IDOSOS

Estudos epidemiológicos podem promover uma importante visão para o entendimento da prevalência, extensão e severidade das doenças orais nesta população. Contudo, existe ainda um número limitado de estudos na literatura voltados para o diagnóstico e a identificação da prevalência de lesões na mucosa bucal da população idosa. A maioria dos estudos dá ênfase à cárie, doença periodontal, má higiene e perda dentária (MOREIRA et al, 2005).

A saúde bucal, parte integrante e inseparável da saúde geral dos indivíduos, tem sido relegada ao esquecimento quando se discutem as condições de saúde da população idosa, principalmente em relação às lesões bucais. O projeto SB Brasil (2003) foi o primeiro levantamento epidemiológico com abordagem populacional que incluiu o exame para alteração de tecidos moles, entretanto não identificou o tipo de lesão mais prevalente. Este trabalho concluiu que a maior proporção (24,09%) de alterações em tecidos moles foi observada no grupo etário de 65-74 anos, correspondente aos idosos.

O espectro de agentes causadores de alterações na mucosa oral é bastante amplo e incluem infecções (bacterianas, virais, fúngicas e

parasitárias), traumas de natureza física e química, desregulação e disfunções do sistema imune, doenças sistêmicas de natureza não imunológica e neoplasias. Todas as doenças decorrentes da ação destes agentes expressam-se com características próprias, embora muitas vezes não exclusivas, que eventualmente se sobrepõem. Estes fatos tornam o processo de diagnóstico diferencial mais complexo, exigindo atenção a determinados aspectos que auxiliem neste discernimento. Neste sentido, dados sobre a população alvo do processo podem auxiliar nesta tarefa, em especial aqueles de caráter sociodemográfico e clínico, como idade, sexo e topografia (REICHART, 2000).

Inúmeros trabalhos têm sido publicados sobre a epidemiologia do câncer bucal, todavia estudos mais abrangentes que incluam outras lesões e alterações de mucosa bucal são escassos (HENRIQUE et al, 2009).

Mallo-Perez, Rodriguez-Baciero e Lafuente-Urdinguio (2002) realizaram um estudo transversal através de exame clínico em 3.282 idosos institucionalizados da população espanhola entre as idades de 65 e 95 anos. Obtiveram como resultado uma maior prevalência do sexo masculino e encontraram como lesões bucais mais prevalentes, a leucoplasia (2,8%), o líquen plano (1,1%) e a eritroplasia (0,4%).

Jainkittivong et al (2002) realizaram um estudo para obter informação de base sobre a incidência de lesões bucais em uma população de idosos tailandeses e investigar diferenças na apresentação destes resultados em relação à idade, sexo e o uso de prótese. A amostra foi constituída por 500 pacientes tailandeses com idade de 60 anos ou mais. A incidência de lesões bucais nos idosos tailandeses foi de 83,6%. A incidência de lesões orais aumentou significativamente com o avanço da idade. A amostra também incluiu 19 (3,8%) indivíduos totalmente dentados, 419 (83,8%) foram parcialmente desdentados e 62 (12,4%) eram desdentados, sendo que usuários de prótese total correspondiam a 62,7%. Em relação ao hábito de fumar, 86% dos idosos eram não-fumantes, 7,2% eram fumantes e 6,8% eram ex-fumantes.

No Chile, Espinoza et al (2003) determinaram a prevalência das lesões orais e fatores associados em idosos chilenos. Foram examinados clinicamente 889 idosos e obtiveram uma prevalência de 53% de lesões orais, sendo a estomatite protética (22,3%) e a hiperplasia (9,4%) as lesões mais comuns.

Coutinho e Martins (2005) realizaram levantamento dos fatores de risco para câncer bucal em 48 idosos no bairro Cascavel Velho, no município de Cascavel/PR, através do exame clínico realizado nas visitas domiciliares da Unidade Básica de Saúde (UBS) do referido bairro. Obtiveram como resultado que 68,75% dos idosos eram do gênero feminino. Os fatores de risco para o câncer bucal foram identificados em 67% dos pacientes avaliados, representados pela má higiene, etilismo, tabagismo, consumo diário de chimarrão e alterações teciduais. As alterações na mucosa apresentaram-se como lesões vermelhas (46,67%), lesões brancas (26,67%), lesões nodulares (20%) e úlceras (6,67%). A necessidade de atendimento odontológico foi observada em 85% da amostra e 46% dos idosos eram portadores de próteses removíveis e destas, 56% apresentavam problemas de estabilidade.

Deboni et al (2005) analisaram a frequência e os tipos de diagnósticos histológicos estabelecidos pelos exames anatomopatológicos solicitados pela Disciplina de Cirurgia Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP) e as características demográficas da população atendida através de estudo retrospectivo dos exames anatomopatológicos, durante um período de 8 anos. Foram avaliados 731 laudos, nos quais os diagnósticos histológicos mais frequentes estavam associados a doenças de origem odontogênica. Os diagnósticos mais frequentes foram relacionados a lesões inflamatórias originadas da necrose pulpar e a dentes impactados. Os dados demográficos indicaram que a maioria da população atendida pertencia ao gênero feminino (62,3%), era leucoderma (74,5%) e se encontrava entre a segunda e terceira décadas de vida (26,9% e 24,7% respectivamente), apesar dos idosos serem atingidos em 16% dos casos. O material recolhido para o exame foi retirado da maxila em 51,2% dos casos, da mandíbula em 46,2% e de outras regiões intrabucais em 2,6%.

No estudo descritivo realizado em clínicas da cidade de Camagüey (Cuba) por Hidalgo, Diaz e Franch (2005) com intuito de descrever as lesões orais encontradas em 159 pacientes geriátricos reabilitados por prótese acrílica, verificaram que a maioria era do sexo feminino e que cerca da metade dos estudados (53,45%) tinham lesões na mucosa oral. As áreas mais afetadas foram o palato (39,25%) e o rebordo alveolar (38,32%). Foi observado que pacientes com próteses totais há 21 anos foram os mais afetados pela

presença de condições inflamatórias, como úlceras e épulis. Não foi possível estabelecer uma relação direta entre a higienização de próteses e o aparecimento de lesões bucais. Concluíram que as lesões orais mais comuns em idosos são originadas de próteses dentárias mal adaptadas.

Mesas, Andrade e Cabrera (2006) verificaram a condição dentária e periodontal, o uso e necessidade de prótese e a presença de lesões associadas ao uso de prótese em idosos residentes em uma área urbana do município de Londrina, Paraná. Obtiveram como resultado que 59,2% nunca estudaram ou tinham escolaridade inferior a 4 anos de estudo e 59,9% eram mulheres. Dos 204 indivíduos que usavam prótese, 40,7% apresentavam lesões de mucosa. A hiperplasia fibrosa inflamatória teve a maior prevalência no grupo, sendo mais frequente no sexo feminino, seguida de candidose e ulceração traumática.

Isolan (2006) avaliou a saúde oral de idosos freqüentadores do Convento Santo Antônio no centro da cidade do Rio de Janeiro, através do exame clínico de 263 indivíduos, utilizando a ficha de avaliação OMS. Concluíram que 11,7% dos idosos apresentaram ulceração pelo uso de prótese, 45,62% apresentaram doença periodontal, 20,2% dos idosos eram edentados totais superiores, 1,1% edentados totais inferiores e 26,6% edentados totais superiores e inferiores. A complicação sistêmica mais encontrada foi a hipertensão, com acometimento de 28% dos idosos. Dos dentes remanescentes, 13,9% apresentavam cárie. A maioria da população examinada não apresentou lesão bucal (75,3%). Dentre as lesões bucais diagnosticadas, as mais prevalentes foram úlcera, lesão por Candidíase e queilite angular.

Na Espanha, na região da Múrcia, para avaliar a presença de lesões orais em pacientes institucionalizados e não institucionalizados com mais de 65 anos de idade, Jornet e Pérez (2006) examinaram 385 idosos e encontraram uma prevalência de lesões orais de 17,8% para os indivíduos não institucionalizados e de 14,2% para os institucionalizados. A lesão mais comum foi a úlcera traumática associada a prótese, seguida da língua geográfica e da candidose.

Corrêa et al (2006) objetivaram verificar a incidência de lesões orais em idosos brasileiros através de um levantamento utilizando as biópsias orais. Um

total de 17.329 registros de biópsias orais foram analisados e os autores concluíram que as três lesões bucais mais prevalentes no grupo de idosos foram a hiperplasia fibrosa inflamatória, o carcinoma de células escamosas e o fibroma.

Bertoja et al (2007) realizaram um levantamento epidemiológico por meio de análise retrospectiva de lesões bucais diagnosticadas no Laboratório de Histopatologia do Centro Universitário Positivo (UnicenP), no período de 2003 a 2006, e estabeleceram correlação quanto à prevalência, à idade e ao gênero, em comparação com a literatura mundial. O perfil epidemiológico de pacientes acometidos por patologias mostrou percentual maior em indivíduos do sexo feminino (65,82%), com maior frequência na 5.^a década de vida (24%) e média de idade de 44,2 anos. Os dados evidenciaram a hiperplasia fibrosa inflamatória como a lesão mais prevalente (30,6%), seguida de fibroma (21,29%), cisto radicular (5,2%) e mucocele (5,04%).

Costa Jr (2007) realizou um estudo epidemiológico retrospectivo das doenças bucais em idosos, baseado no levantamento dos casos diagnosticados no Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Uberlândia – Minas Gerais, no período de 1978 a 2006. A maioria dos idosos estava na faixa etária entre 60-69 anos e era do sexo feminino. A hiperplasia fibrosa foi a entidade mais prevalente (33,2%), seguida por carcinoma epidermóide (13,6%) e cisto radicular (5,4%). Em relação à localização da lesão na cavidade bucal, o rebordo alveolar, a mucosa jugal e o palato foram as áreas mais acometidas.

Dundar e Ilhan Kal (2007) realizaram um estudo na Turquia com objetivo de determinar a prevalência de alterações da mucosa oral dos idosos e associar os fatores de risco. A amostra do estudo consistiu de 700 pacientes acima de 60 anos de idade, os quais através do exame clínico identificaram uma prevalência de 40% de alterações da mucosa bucal nos idosos. As lesões ou alterações mais prevalentes neste estudo foram língua fissurada (65%), varicosidade lingual (58%), úlcera traumática (40%), estomatite protética (40%), hiperplasia gengival (34%).

Batista et al (2008) avaliaram as condições de saúde bucal dos idosos do Instituto São Vicente de Paulo, no município de Campina Grande – PB. Os resultados referem-se aos 43 idosos participantes da pesquisa, correspondente

a 59,7% da população da instituição, com uma média de idade de 74 anos. Destes, 58,13% eram do gênero feminino, 48,83% apresentaram algum hábito, sendo os mais prevalentes o tabagismo e o etilismo. A presença de enfermidades sistêmicas foi evidenciada em 79,06% dos idosos, sendo a hipertensão a mais prevalente. A necessidade de algum tipo de prótese foi observada em 74,41% dos participantes e apenas 25,58% já faziam uso delas, indicando uma condição bucal insatisfatória em função dos danos acarretados principalmente à capacidade mastigatória. Entre as alterações patológicas mais frequentes estão a estomatite protética, o nevo pigmentado e a hiperplasia. Este estudo concluiu que a maioria dos idosos atendidos apresentou alterações sistêmicas que podem vir a ter interferência direta sobre as condições de saúde bucal.

Na Venezuela, Mujica, Rivera e Carrero (2008) determinaram a prevalência das lesões orais nos tecidos moles em pacientes encaminhados a uma unidade geriátrica. O estudo foi realizado com 340 pacientes avaliados clinicamente, destes 266 foram institucionalizados e 74 foram atendidos no ambulatório, com idade variando de 60-104 anos. Concluíram que 57% da população estudada apresentou uma ou mais lesões orais, associadas ao uso de prótese, trauma e consumo de tabaco, sendo as mulheres mais afetadas que os homens. Em relação as alterações, as mais frequentes foram: estomatite protética, leucoplasia, hemangioma, mácula melanótica oral, fibroma traumático, hiperplasia fibrosa inflamatória e queilite angular.

Vasconcelos et al (2008) avaliaram a prevalência das lesões superficiais da mucosa da cavidade bucal em pacientes diabéticos em Pernambuco. Observaram que dos 30 pacientes, 70% era do sexo feminino e 60% tinham mais de 60 anos. Treze tipos diferentes de alterações da mucosa foram diagnosticados, entre estes, as varizes na língua (36,6%) e a candidose (27,02%) foram os mais prevalentes. A localização bucal mais frequente das lesões foi o ventre da língua. Concluíram que a maioria dos pacientes diabéticos apresentou pelo menos um tipo de lesão da mucosa bucal.

Crispim, Saupe e Boing (2009) estimaram a prevalência do uso e a necessidade de próteses e alterações de mucosa bucal em idosos de uma comunidade do município de Itajaí (SC). Observou-se que 74% da população estudada usava algum tipo de prótese dentária superior e 42,9% inferior. Ainda

assim, foi constatado alto percentual de necessidade de próteses (63,3% arco superior; 82,1% arco inferior) para esta população. Adicionalmente foi observada alta prevalência de alterações da mucosa bucal (43,4%) entre os idosos. Quanto às lesões de mucosa relacionadas ao uso de próteses dentárias, observou-se 41,1% com estomatite protética, 12,6% com hiperplasia papilar palatal, 7,3% com épulis fissurada, 2,1% com úlcera traumática e 1,1% com queilite angular. No exame de outras lesões orais não relacionadas a próteses, verificou-se que 13,7% dos examinados apresentavam leucoplasias, 4,2% lipomas - o mesmo percentual de nevo pigmentado e também de queilite actínica. A melanose e mucocele, cada uma, apareceram em 3,2% dos sujeitos da pesquisa.

Em Governador Valadares (MG), Garcia (2009) realizou um levantamento da frequência das alterações de normalidade e lesões da mucosa bucal e sua localização topográfica em 136 idosos institucionalizados. Os resultados apontaram predomínio do sexo feminino, idade acima de 70 anos, solteiros, com baixa escolaridade e ganhando um salário mínimo. A varicosidade na face ventral da língua foi a alteração de maior ocorrência (54,2%), seguida da língua saburrosa (20,8%) e da candidose (16,7%). As lesões associadas ao uso de próteses apresentaram a frequência de 10,4%. A alteração de normalidade mais perceptível pelos idosos foi a que estava localizada no lábio inferior. O percentual de edentulismo foi de 69,9%, com baixo percentual do uso de prótese e alto percentual de necessidade de prótese.

Mendes et al (2009) investigaram a prevalência de lesões de mucosa bucal entre idosos de Montes Claros - MG, apresentando resultados parciais do levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população de Montes Claros. Até o momento da publicação foram entrevistados e examinados 431 idosos (64,7% da amostra total). A maioria dos idosos é do sexo feminino (62,9%), residentes na zona urbana (96,5%), declararam-se da raça não branca (64%), relataram menos de quatro anos de estudo (43,3%) ou nenhuma escolaridade (19,7%), terem usado os serviços odontológicos há três anos ou mais (59%) e terem renda de até um salário mínimo (95,1%). A maior parte dos participantes não apresentava nenhum dente remanescente (59,3%) e necessitava de prótese dentária (68,7%). A maioria não apresentou lesão de

mucosa clinicamente visível na cavidade bucal. Entre os 106 indivíduos que tiveram lesão, a maioria apresentava apenas uma lesão (75%) O local onde as lesões foram identificadas com maior freqüência foi o palato e o tipo de lesão mais prevalente foi a mancha.

Ferreira, Magalhães e Moreira (2010) realizaram um estudo transversal em Belo Horizonte (MG) através de uma revisão dos registros médicos e um exame intra-oral de uma amostra de 335 indivíduos com mais de 60 anos de idade selecionados aleatoriamente. Foram diagnosticadas 646 alterações bucais, sendo 59,1% consideradas variações da mucosa oral normal. A maioria da amostra foi constituída por indivíduos com idade de 80 anos ou mais (50%), do sexo feminino (73%), solteiros ou divorciados (94%) e com 1 a 4 anos de estudo (43,6%). Os idosos que usavam próteses apresentaram uma prevalência significativamente maior de lesões da mucosa oral ($p = 0,00$) do que aqueles que não usam prótese dentária. Concluíram que a prevalência de alterações da mucosa foi muito elevada entre os idosos institucionalizados e foi associada com o uso de prótese dentária. A maior prevalência de alterações em mucosa oral não relacionadas com o uso de próteses removíveis foram varicosidades sublinguais (51,6%) e língua saburrosa (27,8%). As lesões da mucosa bucal mais freqüentes foram as induzidas por próteses, tais como a estomatite protética (15,25%) e a hiperplasia por dentadura (12,8%).

Carvalho et al (2011) objetivaram avaliar a freqüência de lesões orais em uma população idosa brasileira. Um total de 534 casos de lesões orais recuperadas a partir das biópsias bucais realizadas na Universidade de Pernambuco, entre 1991 e 2008, foram descritivamente e qualitativamente avaliados. Obtiveram os seguintes resultados: as lesões não-neoplásicas ($n = 353$; 66,1%) foram mais prevalentes que as neoplasias benignas ($n = 85$; 15,9%), câncer oral ($n = 56$; 10,4%) e lesões potencialmente malignas ($n = 40$; 7,4%). As cinco lesões bucais mais predominantes foram hiperplasia fibrosa ($n = 102$; 19,1%), processos inflamatórios crônicos não-específicos ($n = 49$; 9,18%), carcinoma de células escamosas ($n = 42$; 7,87%), cistos odontogênicos não especificados ($n = 32$; 5,99%) e displasia epitelial ($n = 28$; 5,24%).

No Irã, Mozafari et al (2011) determinaram a prevalência de lesões bucais em idosos institucionalizados em Mashhad e concluíram que 98% dos

casos tiveram pelo menos uma lesão bucal. As lesões mais comuns foram língua fissurada (66,5%), glossite atrófica (48,8%), varicosidades sublinguais (42%) e xerostomia (38%), e nenhum caso de lesão maligna foi detectado.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL: Estimar a frequência das lesões bucais, segundo o diagnóstico clínico-histopatológico, em idosos atendidos nas unidades de referência de lesões bucais de universidade públicas da Bahia (UEFS e UFBA) no período de Janeiro/2002 a Agosto/2010.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever o perfil sociodemográfico dos idosos atendidos nas unidades de referência de lesões bucais de universidade públicas da Bahia;
- Identificar as condições sociodemográficas associadas ao desenvolvimento de lesões orais em idosos atendidos nesses centros;
- Comparar as frequências das lesões bucais e o perfil sociodemográfico dos pacientes atendidos entre as unidades de referência de lesões bucais;
- Identificar as condições sociodemográficas associadas ao desenvolvimento do câncer bucal em idosos atendidos nesses centros.

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Esta pesquisa constituiu-se de um estudo descritivo, exploratório, do tipo transversal.

4.2 POPULAÇÃO

A população deste estudo foi constituída por idosos que foram atendidos nas unidades de referência de lesões bucais da UEFS e da UFBA no período

de Janeiro/2002 a Agosto/2010. Na UEFS a população foi constituída por 683 pacientes idosos e na UFBA por 296.

Critérios de inclusão: pacientes com 60 anos de idade ou mais e que eram portadores de pelo menos uma lesão oral.

Critérios de exclusão: os prontuários odontológicos e as fichas de biópsias, nos quais o campo referente a suspeita clínica ou ao diagnóstico histopatológico, respectivamente, não estava preenchido ou estava ilegível.

4.3 PROCEDIMENTO DE COLETAS DE DADOS

Os dados do estudo foram coletados a partir dos registros feitos nos prontuários odontológicos do centro de referência de lesões bucais da UEFS e nas fichas padrão de requisição de biópsia do Laboratório de Patologia Cirúrgica da UFBA.

Para consolidar e avaliar os dados da pesquisa correspondente a cada variável do estudo, utilizou-se um formulário (Anexo A), como instrumento de coleta, onde foram transcritos os dados e informações constantes nos prontuários odontológicos ou fichas de biópsia. Este formulário foi validado em pesquisa anterior. Entre os dados transcritos, possíveis variáveis de estudo, mencionam-se condições sociodemográficas (sexo, idade, cor da pele, ocupação, estado civil, escolaridade, local de moradia), suspeita clínica, diagnóstico histopatológico, localização da lesão, características clínicas da lesão, consumo de tabaco, de bebidas alcoólicas, de bebidas alcoólicas e tabaco juntos, abandono do tabagismo e etilismo, uso de prótese dentária, o tipo de prótese dentária utilizada e se esta está traumatizando. As informações que identificavam de forma direta o paciente não foram divulgadas em nenhum momento.

4.4 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram tabulados e analisados estatisticamente por intermédio do programa R versão 2.13.1. Na análise estatística utilizou-se a taxa de prevalência como medida de ocorrência e a razão de prevalência para medida de associação, a qual foi obtida a partir da regressão de Poisson, assim como o intervalo de 95% de confiança.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A utilização desses prontuários e fichas de biópsia foi possível em virtude da existência de um termo de autorização, que consta na ficha clínica, em que o paciente se declara ciente quanto à eventualidade de uso dos materiais que compõem o prontuário em projetos de pesquisa. Como forma de ter livre acesso a esses prontuários/fichas de biópsia, solicitou-se a autorização assinada pela coordenação do centro de referência de lesões bucais da UEFS (Apêndice A) e pelo coordenador do Laboratório de Patologia Cirúrgica da UFBA (Apêndice B), fiéis depositários dos materiais arquivados. Contudo, submeteu-se o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS (Anexo B), obedecendo aos critérios estabelecidos pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

5 ARTIGO I^a**Lesões orais em idosos nos centros de referência de lesões bucais da Bahia**

Oral lesions in elderly patients in referral centers for oral lesions of Bahia

Sarah Mascarenhas Souza¹Jean Nunes dos Santos²Técia Daltro Borges Alves³Márcio Campos Oliveira⁴

¹Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Brasil; ²Doutor, Professor Adjunto da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil; ³Doutora, Professora Adjunta UEFS, Feira de Santana, Brasil; ⁴Doutor, Professor Titular do curso de Odontologia da UEFS. Tutor do PET Odontologia da UEFS, Feira de Santana, Brasil.

^a Artigo escrito de acordo com as normas de publicação da Revista Ciência e Saúde Coletiva (Anexo C).

Resumo

O envelhecimento populacional é um fenômeno que ocorre em escala global e este processo de envelhecer atinge todas as estruturas do organismo, inclusive a cavidade oral. Este estudo objetiva estimar a frequência de lesões bucais, segundo o diagnóstico clínico-histopatológico, e descrever o perfil sociodemográfico dos idosos atendidos nas unidades de referência de lesões bucais de universidades públicas da Bahia. Realizou-se um estudo epidemiológico descritivo entre os pacientes idosos no período de Janeiro/2002 a Agosto/2010. Para a coleta de dados foi utilizado um formulário. A análise descritiva consistiu no cálculo das frequências simples e relativas das variáveis sociodemográficas e das lesões bucais. Nas populações observou-se predomínio do sexo feminino, da cor da pele preta e a minoria dos idosos era aposentada. Em relação ao diagnóstico clínico, o fibroma (13%) e o carcinoma escamocelular (14,5%) foram mais prevalentes e no diagnóstico histopatológico, o carcinoma escamocelular (30,7%) e a hiperplasia fibrosa (24%). Necessita-se da implantação de uma política de prevenção e controle de lesões bucais na Bahia, para viabilizar a redução de novos casos, diagnóstico precoce e tratamento adequado das lesões bucais.

Palavras-chave: Epidemiologia, Doenças da boca, Idoso, Mucosa bucal

Abstract

The population aging is a phenomenon occurring on global scale and this process affects all of the structures of organisms, including the oral cavity. This study aims to estimate the frequency of oral lesions, according to the clinical and histopathological diagnoses and describe the sociodemographic profile of the elderly treated at the reference units of oral lesions of public universities in Bahia. A descriptive epidemiological study was made with transversal characteristics on the elderly patients between January/2012 and August/2010. For the data collection, was used a form. The descriptive analysis consisted of calculating the simple and relative frequencies of sociodemographic variables and oral lesions. Analyzing the populations was observed female and black skin predominance and the minority of elderly people were retired. About the clinical diagnosis, fibroid (13%) and squamous cell carcinoma (14,5%) were more prevalent while in the histopathological diagnosis, squamous cell carcinoma (30,7%) and fibrous hyperplasia. A prevention policy needs to be implemented to control the oral lesions in Bahia in order reduce new cases, early diagnosis and appropriate treatment of oral lesions.

Keywords: Epidemiology, Mouth diseases, Elderly, Mouth mucosal

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional constitui um dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea, especialmente em países em desenvolvimento, onde este fenômeno ocorre em ambiente de pobreza e grande desigualdade social¹.

Na odontologia, uma preocupação que deverá configurar como das mais importantes no futuro é a manutenção da saúde bucal do paciente idoso, que sofre influência de uma série de fatores que torna este paciente suscetível a diversas doenças, não somente nos elementos dentários, mas também nas diversas estruturas que compõem o sistema estomatognático^{2,3}.

Poucos são os trabalhos na literatura em relação à prevalência das lesões bucomaxilofaciais em idosos, pois muitos artigos relacionam o estado de saúde dos idosos com ênfase à cárie, doença periodontal, má higiene e perda dentária¹⁻⁴, sem o enfoque para as lesões bucais, o que não permite uma visão ampla da ocorrência das doenças.

Desenvolver estudos epidemiológicos descritivos em Odontologia é fundamental para a caracterização de uma população a respeito das condições de saúde bucal e para auxiliar na elaboração de programas assistenciais e educativos voltados para determinada faixa etária, colaborando com a qualidade de vida dessa população.

Dessa forma, este estudo visa estimar a frequência de lesões bucais, segundo o diagnóstico clínico-histopatológico, e descrever o perfil sociodemográfico dos idosos atendidos nos centros de referência de lesões bucais de universidades públicas da Bahia (Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS e Universidade Federal da Bahia - UFBA).

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo epidemiológico descritivo, exploratório, de caráter transversal, de abrangência censitária, entre os pacientes idosos que foram atendidos no Centro de Referência de Lesões Bucais da UEFS (CRLB) e no Laboratório de Patologia Cirúrgica da UFBA, no período de Janeiro/2002 a Agosto/2010. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, que aprovou sua execução, sob protocolo nº 022/2011.

A população do estudo foi constituída por 683 idosos na UEFS e 296, na UFBA. Foram consideradas elegíveis para o estudo todas as pessoas com 60 anos de idade ou mais e portadoras de pelo menos uma lesão oral. Foram excluídos do estudo os indivíduos cujos prontuários odontológicos e as fichas de biópsia, nos quais o campo referente a suspeita clínica ou ao diagnóstico histopatológico, respectivamente, não estava preenchido ou estava ilegível.

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário validado, onde foram transcritos os dados e informações constantes nas fichas de biópsia/prontuários odontológicos. Entre os dados transcritos, possíveis variáveis de estudo, mencionou-se condições sociodemográficas (sexo, idade, cor da pele, profissão, estado civil, escolaridade, local de moradia), suspeita clínica, diagnóstico histopatológico, localização e características clínicas da lesão, consumo de tabaco, de bebidas alcoólicas, de bebidas alcoólicas e tabaco juntos, abandono do tabagismo e etilismo, uso e tipo de prótese dentária e trauma provocado por prótese dentária. Os dados referentes a estilo de vida e uso de prótese dentária só foram possíveis de serem coletados nos prontuários, pois nas fichas de biópsia essas informações não estavam presentes.

Após a digitação dupla do banco de dados, realizou-se a análise estatística através do programa R⁵. A análise descritiva consistiu no cálculo das frequências

simples e relativas das variáveis sociodemográficas e das lesões bucais, segundo o diagnóstico clínico-histopatológico. No estudo foi utilizado somente técnicas da estatística descritiva, ou seja, não se realizou testes de inferência da estatística analítica, já que não foram retiradas amostras.

Além das frequências simples e relativa da variável categórica referente às lesões bucais, estas também foram divididas em 3 grupos: lesões não neoplásicas, lesões neoplásicas benignas e lesões neoplásicas malignas, de acordo com a classificação da OMS⁵. Sendo assim, verificaram-se as frequências desses grupos nas populações estudadas para a suspeita clínica e para o diagnóstico histopatológico.

Na Bahia tem três cursos de Odontologia em universidades públicas, entretanto, em apenas duas, há centros de referência de lesões bucais consolidados às estas instituições de ensino superior (UEFS e UFBA), que prestam serviços de diagnóstico, tratamento e promoção de saúde gratuitamente a população baiana, além de serem ambientes de aprendizado para futuros profissionais da área de saúde, uma vez que a atenção ao paciente é integral.

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico

Na UEFS, foram identificadas 683 lesões em idosos, sendo 447 no sexo feminino e 236 no sexo masculino (1,9: 1). Houve predomínio das faixas etárias entre 69 a 100 anos (52,7%), a média de idade foi de 70,12 (desvio-padrão – DP = 7,88). Mais da metade dos idosos (55,1%) não possuía companheiros. Utilizando-se a classificação proposta pelo IBGE para cor/raça, foram encontrados 190 (31,1%) indivíduos de cor parda, 164 (26,8%) brancos, 256 (41,9%) pretos e um (0,2%) amarelo.

Em relação à ocupação, 33,6% eram aposentados, 26,7% trabalhadores urbanos (com maior destaque para as profissões dona do lar e doméstica) e 39,7% eram trabalhadores rurais.

Analisando esta população quanto à escolaridade, verificou-se a maioria era analfabeta (39,5%) e tinha o 1º grau incompleto (37,2%). Para o local de moradia dos pacientes, 506 (76,4%) relataram morar em municípios circunvizinhos da instalação do CRLB-UEFS (Tabela 1).

A informação sobre o tabagismo e o etilismo não estava preenchida em apenas dois prontuários, 143 (21%) eram apenas tabagistas, 48 (7%) apenas etilistas, 262 (38,5%) tabagistas e etilistas e 228 (33,5%) não faziam uso de nenhuma destas substâncias.

Com relação ao uso de prótese dentária, não foi encontrada informação em 14 (2,1%) prontuários, sendo que 340 (50,8%) idosos faziam uso de algum tipo de prótese, mas com relato de traumatismo em 197 (70,9%). A prótese mais identificada nestes pacientes foi a total (73,3%), seguida da prótese parcial removível (17%).

Perderam-se informações sobre as variáveis estado civil, cor da pele, ocupação, escolaridade, local de moradia, consumo de álcool e tabaco, uso e tipo de prótese.

Na UFBA, foram coletadas 305 fichas de biópsia, no entanto, 9 destas eram comuns com a UEFS. O exame clínico era realizado nesta última instituição e enviado para a primeira instituição apenas para obter o resultado histopatológico das biópsias até meados de 2006. Assim, excluiu-se da UFBA estas fichas para não haver duplicidade de dados.

Logo, o número de idosos elegíveis para o estudo na UFBA totalizou 296, sendo 194 do sexo feminino e 102 do masculino (1,9: 1). Observou-se predomínio das faixas etárias mais jovens (60 a 68 anos: 57,1%), sendo a média de idade de 68,73 anos

(DP = 6,74). Cerca de 102 pacientes (41,5%) eram casados, 76 (30,9%) solteiros, 4 (1,63%) separados e 64 (26%) viúvos. Para cor da pele, identificou-se que a maioria era preto (47,6%).

Em relação à ocupação, 85 (35,1%) eram aposentados, 132 (54,5%) trabalhadores urbanos (tendo maior destaque também para as profissões dona do lar e doméstica) e 25 (10,3%) eram trabalhadores rurais. Dos dados referentes ao local de moradia, 64,3% dos idosos vinham de cidades circunvizinhas para serem atendidos no centro de referência de lesões bucais da UFBA (Tabela 1).

Não se obteve informações sobre a escolaridade e o estilo de vida (consumo de álcool e tabaco, uso de prótese dentária) nas fichas de biópsia. Perderam-se informações sobre as variáveis estado civil, cor do paciente, ocupação e local de moradia. Mas esta última variável foi a que obteve mais perdas (85,8%), obtendo apenas 42 respostas, sendo destas 26 mulheres.

Características das lesões bucais

Utilizando-se a classificação da OMS (2005) e através do exame clínico, na UEFS, as lesões não neoplásicas foram identificadas em 318 idosos (51,8%). Entre as lesões bucais identificadas, o carcinoma escamocelular foi a suspeita clínica mais prevalente (14,5%), seguida da leucoplasia (8,8%), hemangioma (8,1%), fibroma (7,3%) e estomatite protética (6,7%), conforme a tabela 2. Para a suspeita clínica, 614 prontuários foram devidamente preenchidos com identificação de uma suposta lesão bucal e 69 prontuários continham informações sobre alterações de normalidade da mucosa oral.

No entanto, na UFBA, as doenças bucais não neoplásicas foram identificadas com exame clínico em 187 (67,3%) fichas de biópsia e as neoplasias malignas foram

suspeitadas em 10,8% das fichas de biópsia. Dentre as lesões bucais caracterizadas neste centro de referência através da suspeita clínica, o fibroma foi a mais prevalente (13%), seguido da hiperplasia fibrosa (10,2%), carcinoma escamocelular (10,2%) e leucoplasia (6,7%) (tabela 2). Através dos achados do exame clínico, identificou-se a prevalência de 32,7% de lesões neoplásicas.

Analisando-se os achados do exame histopatológico, na UEFS, 194 idosos realizaram a biópsia, mas 2 idosos não possuíam registro do resultado da biópsia nos prontuários. Pôde-se concluir o diagnóstico dos casos e observou-se que destes resultados, 83 (44,1%) não eram neoplasias e 68 (36,2%) idosos foram diagnosticados com neoplasias malignas. Em relação ao diagnóstico histopatológico, a tabela 3 mostra que o carcinoma escamocelular obteve uma prevalência de 30,7% dos casos, seguido de hiperkeratose (10,4%), hiperplasia fibrosa (7,3%) e hemangioma (6,8%). Na população idosa do CRLB-UEFS, através da comprovação do diagnóstico com exame histopatológico, a prevalência de câncer bucal foi de 36,2%.

Em relação ao diagnóstico histopatológico realizado na UFBA, as lesões neoplásicas benignas foram encontradas em 44 (16,2%) fichas de biópsia e as lesões neoplásicas malignas estavam presentes em 40 fichas de biópsia. Houve 24 resultados histopatológicos descritivos e/ou inconclusivos. A hiperplasia fibrosa foi a lesão bucal mais prevalente (24%), seguida de carcinoma escamocelular (8,8%), hiperkeratose (6,8%), fibroma (5,1%) (Tabela 3). A prevalência de doenças não neoplásicas foi de 69,1%, diagnosticadas em 188 fichas de biópsia. Na população de idosos da UFBA, a prevalência de câncer bucal foi 14,7%, comprovada através do exame histopatológico.

Para a identificação da localização anatômica da lesão, no CRLB-UEFS apenas 23 indivíduos não continham essa informação no prontuário. A localização da lesão bucal mais prevalente foi palato (23,6%), mucosa jugal (15,6%), lábio (14,7%), língua

(13%) e rebordo alveolar (10,2%). Na UFBA, apenas 8 fichas de biópsia não continham a identificação da localização da lesão bucal. Nesta instituição, o rebordo alveolar foi a localização mais prevalente para lesões bucais, presente em 52 (18%) fichas de biópsia, seguido da mucosa jugal (15,6%), mandíbula (13,8%), palato (9,7%), lábio (8,7%) e língua (8,7%) (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Estudos epidemiológicos podem promover uma importante visão para o entendimento da prevalência, extensão e severidade das doenças orais na população. Contudo, existe ainda um número limitado de estudos na literatura voltados para o diagnóstico e a identificação da prevalência de lesões na mucosa bucal da população idosa^{3, 4}; e quando o objeto de estudo é lesão bucal focalizam apenas para o câncer de boca⁷.

Dentre os dados disponíveis, assim como no presente estudo, observa-se predominância do sexo feminino^{1, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18}. Este fato é caracterizado pelo IBGE¹⁹ como feminização da população idosa, explicado pelos diferenciais de sobrevivência entre os sexos, haja visto que, em média, as mulheres vivem oito anos a mais que os homens. Outro fator que corrobora com a maior prevalência de mulheres nesse estudo são os aspectos comportamentais, que mostram uma maior fidelização da mulher a programas preventivos e educacionais, além de demandarem mais os serviços ambulatoriais de saúde do que os homens²⁰.

Não houve uniformização quanto às faixas etárias nos dois centros de pesquisa. As faixas etárias mais atingidas na UEFS localizaram-se entre 69 e 100 anos, o que condiz com os estudos de Ferreira et al¹³ e Carvalho et al¹⁴. O grupo de idosos que cresce mais rapidamente no Brasil é o dos anciãos, ou seja, que têm 80 ou mais anos de

idade²¹. Entretanto, Côrrea et al¹⁸ encontraram uma maior prevalência de lesões bucais na faixa etária idosa mais jovem, assim como no estudo realizado na UFBA.

Em relação ao estado civil, a maioria das populações do nosso estudo é solteira, separada ou viúva, estando de acordo com outros estudos^{13, 19}. Os dados desse estudo induzem ao entendimento que as chances de as mulheres enfrentarem o declínio da capacidade física e mental sem apoio de um marido são maiores, pois na UEFS 289 idosas viviam sem companheiros contra 82 idosos sem companheiras e na UFBA 114 idosas contra 51 idosos nesta mesma condição.

O critério usado pelo IBGE para a classificação de cor da pele é a autodeclaração. No entanto, para tal qualificação nos prontuários/fichas de biópsia utilizados neste estudo não houve como comprovar essa padronização devido a diversidade de preenchimento. O estudo teve mais da metade dos idosos de cor da pele preta/parda comprovando a miscigenação da população baiana. Este resultado está contraditório com os autores Deboni et al⁸ e Carvalho et al¹⁴. A Bahia é o estado do Nordeste que tem maior quantidade de idosos negros; entretanto, a população idosa brasileira registrada na PNAD é de 55,4% branca¹². Contudo, ainda se percebe a situação de desigualdade e discriminação racial que sofrem os grupos historicamente desfavorecidos.

Nos países em desenvolvimento e nos países com economias em transição, a maioria das pessoas que hoje são anciãs e continuam trabalhando fazem parte da economia informal, o que comumente as priva dos benefícios e das condições de trabalho apropriadas e da assistência social oferecida pelo setor formal da economia²². Este dado pode ser comprovado neste estudo, onde a minoria (35,1% na UFBA e 33,6% na UEFS) era aposentada.

Quando se analisou a escolaridade, verificou-se que a maior parte dos idosos estava representada por nenhum grau de instrução (39,5%), seguido de pacientes com 1º grau incompleto (37,2%). Assim, conclui-se que a maior parte da população estava caracterizada por analfabetos e idosos com até a 8ª série, o que demonstra similaridade com outros trabalhos^{10, 13}, convergente também com os dados da PNAD¹², mas divergente com o estudo realizado no Irã¹⁷.

O nível educacional é um dos indicadores na caracterização do perfil socioeconômico da população. No caso da população idosa, o indicador de alfabetização é considerado um termômetro das políticas educacionais brasileiras do passado. Até a década de 1950, o ensino fundamental ainda era restrito a segmentos sociais específicos. Assim, a baixa escolaridade média dessa população em estudo é um reflexo desse acesso desigual. Embora o quadro educacional para os idosos tenha melhorado nos últimos anos, a situação deste contingente populacional continua sendo muito desfavorável e afeta a sua condição de vida e a de seus familiares¹⁹.

Em relação ao local de moradia dos pacientes, ambos os centros atenderam mais os pacientes das cidades circunvizinhas, correspondendo à zona rural. Esta situação se configura como o êxodo rural que vem caracterizando o processo de urbanização brasileiro, da migração de pequenos centros para grandes cidades²³. No entanto, precisa-se destacar que apenas 42 fichas de biópsia continham a informação sobre o local de moradia e nenhuma com as características sobre escolaridade e o estilo de vida dos pacientes. Essas informações são importantes e devem estar descritas nas fichas de biópsia, pois é mais um dado colaborador para a identificação da doença bucal e para rastrear grupos de risco.

Apenas no estudo realizado na UEFS verificou-se informação sobre tabagismo e/ou etilismo nos prontuários. A maior parte dos pacientes tanto eram tabagistas quanto

etilistas (38,5%), 21% dos idosos eram apenas tabagistas e 33,5% deles não tinham nenhum destes hábitos de vida. Estes achados, referidos ao maior incremento de pacientes tabagistas e etilistas, corrobora com Batista et al¹, cujos tabagismo e etilismo foram os hábitos mais prevalentes (48,8%). Em relação ao uso de prótese dentária pelos idosos, 340 (50,8%) faziam uso desta, sendo a prótese total (73,3%) a mais prevalente, estando de acordo com Isolan², Jainkittivong et al¹⁵ e Dundar et al²⁴. A grande proporção de desdentados totais entre a população idosa reflete a história da Odontologia dos últimos 80 anos no Brasil, onde as extrações eram indicadas por médicos e cirurgiões-dentistas como medida profilática para doenças sistêmicas baseadas na teoria da infecção focal²⁵.

Na literatura há uma diversidade de nomenclaturas de lesões bucais e de metodologias de estudo quando o objeto é lesão bucal em idosos, dificultando, assim, a comparação dos dados. Logo, necessita-se de uma padronização desses critérios para melhor avaliação das condições de saúde bucal dos idosos.

Para as lesões bucais identificadas apenas com o exame clínico, na UFBA o fibroma (13%) teve a maior prevalência, divergindo de Mesas et al¹⁰, Espinoza et al¹⁶ e Dundar et al²⁴, os quais identificaram a hiperplasia fibrosa como a lesão bucal mais prevalente nestes estudos. Na UEFS, diferentemente do outro centro, o carcinoma escamocelular (14,5%) foi mais prevalente dentre as lesões bucais quando suspeitado apenas com o exame clínico.

Ao realizar a biópsia, pode-se comprovar o diagnóstico da lesão com o exame histopatológico. Assim, na UFBA a maior prevalência foi para a hiperplasia fibrosa (24%), seguida do carcinoma escamocelular (8,8%), corroborando como os estudos realizados por Carvalho et al¹⁴ e Côrrea et al¹⁸, onde a hiperplasia fibrosa foi a lesão bucal mais prevalente nas biópsias realizadas nos idosos. Apesar de não ter dados

referentes ao uso de prótese na UFBA, sabe-se que a maioria dos idosos faz uso de prótese dentária como consequência de uma era mutiladora da odontologia²⁵; dessa forma, sugere-se que o maior predomínio da hiperplasia fibrosa esteja associado ao trauma protético nos idosos. Na UEFS, o carcinoma escamocelular (30,7%) continuou sendo a lesão mais prevalente através deste método de diagnóstico, seguido das lesões não neoplásicas (hiperceratose e hiperplasia fibrosa) e do hemangioma. Estes dados ressaltam a importância da conduta correta para o diagnóstico de lesões bucais, pois a incidência de câncer bucal no Brasil vem aumentando, alcançando o quinto tipo de câncer mais freqüente entre os homens e o sétimo entre as mulheres²⁶; e quando esta lesão é detectada precocemente, apresenta um índice de sobrevida maior do que o de outros tipos de câncer²⁷.

Quanto à localização anatômica, não houve uniformização nos centros estudados, apesar de ambos os centros terem freqüências iguais para mucosa jugal. Nos idosos atendidos na UEFS, o palato (23,6%) foi a localização mais prevalente das lesões, assim como no estudo de Hidalgo et al⁹. Diferentemente aconteceu na UFBA, onde a localização bucal mais prevalente foi o rebordo alveolar (18%).

Os estudos epidemiológicos com caráter descritivo auxiliam na avaliação da condição de saúde bucal do idoso; a incidência e prevalência de doenças na mucosa bucal são importantes parâmetros para auxiliar nas estratégias de melhoria da saúde bucal dessa população. Entretanto, devem-se destacar algumas limitações do estudo, como fidedignidade dos dados coletados e falhas no preenchimento do prontuário e da ficha de biópsia, pois o exame clínico é um ato subjetivo e está implícito o conhecimento do aluno/profissional, além de diferentes examinadores fazerem o registro. Afinal, estes centros de referência de lesões bucais fazem parte de instituições

de ensino superior, onde há constante busca do aprimoramento do saber e diversidades de conhecimentos e olhares para a realidade.

Os dados obtidos não devem ser encarados como representativos da população idosa em geral, já que o estudo foi realizado em serviços, cujas conclusões obtidas devem ser voltadas apenas para aquela população assistida, e muitas das doenças que ocorrem nesta faixa etária são diagnosticadas pela sua expressão clínica (história, sinais e sintomas) a partir de dados observacionais com e sem provas terapêuticas. Outros fatores que merecem destaque são as possíveis interferências na expressão das doenças que se traduzem pela maior ou menor exposição a fatores causais, cuja prevalência varia geograficamente.

A modificação da estrutura populacional dá origem a modificações de abordagens e planejamento de tratamentos odontológicos. O aumento do contingente de idosos necessita de amparo adequado no sistema público de saúde, pois podem sofrer agravamento das condições de saúde, muitas vezes ligadas ao envelhecimento, como acúmulo de seqüelas de doenças, desenvolvimento de incapacidades e a perda da autonomia e da qualidade de vida.

Os levantamentos epidemiológicos são utilizados para a avaliação da saúde bucal de determinadas populações, sendo de grande importância para a criação de métodos promocionais e preventivos de saúde, e através destes torna-se possível diminuir a incidência e a evolução de determinadas doenças²⁸.

CONCLUSÃO

No levantamento epidemiológico das lesões bucais em idosos realizado nos centros de referência de universidades públicas da Bahia em um período de 08 anos, a hiperplasia fibrosa e o carcinoma escamocelular foram as lesões bucais mais

diagnosticadas no exame histopatológico, apesar do fibroma e do carcinoma escamocelular serem mais identificados no exame clínico. O sexo feminino teve proporção maior que o masculino, a cor da pele preta e os idosos sem companheiros foram os dados sociodemográficos mais prevalentes nos centros.

Os resultados do presente estudo direcionam os dentistas para um exame clínico mais apurado dos pacientes idosos, além do desenvolvimento de atividades educativas, com destaque para o auto-exame para detecção precoce de lesões bucais.

Novas pesquisas são necessárias para elucidar alguns achados deste estudo, além de servir de base para estudos analíticos futuros. Os dados sugerem a necessidade de implantação de uma política de prevenção e controle de lesões bucais na Bahia, no sentido de viabilizar a redução de novos casos, diagnóstico precoce e tratamento adequado das lesões bucais.

SM Souza trabalhou na concepção, metodologia, pesquisa e na redação final, MC Oliveira na concepção, metodologia e na redação final, JN Santos na metodologia, TDB Alves na concepção.

REFERÊNCIAS

1. Batista ALA, Barbosa ECS, Godoy GP, Catão MHCV, Lins RDAU, Maciel SML. Avaliação das condições de saúde bucal de idosos institucionalizados no município de Campina Grande – PB. *Odont clín.-científ* 2008; 7(3): 203-208.
2. Isolan CP. *Saúde oral dos idosos que freqüentam o convento Santo Antônio: centro, Rio de Janeiro* [dissertação] Rio de Janeiro (RJ): Universidade Veiga de Almeida; 2006.

3. Silva EMM, Barão VAR, Santos DM, Delben JA, Ribeiro ACP, Gallo AKG. Principais alterações e doenças bucais que acometem o paciente geriátrico – revisão da literatura. *Odonto* 2011; 19(37): 39-47.
4. Moreira RS, Ninco LS, Tomita NE, Ruiz T. A Saúde Bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saúde Publica* 2005; 21(6): 1665-75.
5. R Development Core Team. *R: A language and environment for statistical computing*. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2008. [acessado em 02 setembro 2011]. Disponível em: <http://www.R-project.org>.
6. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. *World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumors*. Lyon: IARC Press; 2005.
7. Henrique RB, Bazaga Jr M, Araújo VC, Junqueira JLC, Furuse C. Prevalência de alterações da mucosa bucal em indivíduos adultos da população de Uberaba, Minas Gerais. *RGO* 2009; 57(3): 261-267.
8. Deboni MCZ, Traina AA, Trindade IK, Rocha EMV, Teixeira VCB, Takahashi A. Levantamento retrospectivo dos resultados dos exames anatomopatológicos da disciplina de cirurgia da FOU SP – SP. *RPG rev. pós grad* 2005; 12(2): 229-33.
9. Hidalgo SH, Diaz MJR, Franch NF. Alteraciones bucales en pacientes geriátricos portadores de prótesis total en dos áreas de salud. *Arch. méd. Camaguey* 2005; 9(6).
10. Mesas AE, Andrade SM, Cabrera MAS. Condições de saúde bucal de idosos de comunidade urbana de Londrina, Paraná. *Rev Bras Epidemiol* 2006; 9(4): 471-80.
11. Mujica V, Rivera H, Carrero M. Prevalence of oral soft tissue lesions in an elderly venezuelan population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008; 13(5): p. E270-4.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 a 2009*. [acessado 05 outubro 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
13. Ferreira RC, Magalhães CS, Moreira AN. Oral mucosal alterations among the institutionalized elderly in Brazil. *Braz Oral Res* 2010; 24(3): 296-302.
14. Carvalho MV, Iglesias DPP, Nascimento GJF, Sobral APV. Epidemiological study of 534 biopsies of oral mucosal lesions in elderly Brazilian patients. *Gerodontology* 2011; 28: 111–115.
15. Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. *Oral Dis* 2002; 8, 218–223.
16. Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Garmonal J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. *J Oral Pathol Med* 2003; 32: 571–575.

17. Mozafari PM, Dalirsani Z, Delavarian Z, Amirchaghmaghi M, Shakeri MT, Esfandyari A et al. Prevalence of oral mucosal lesions in institutionalized elderly people in Mashhad, Northeast Iran. *Gerodontology* 2011.
18. Corrêa L, Frigerio MLMA, de Sousa SCOM, Novelli MD. Oral lesions in elderly population: a biopsy survey using 2250 histopathological records. *Gerodontology* 2006; 23; 48–54
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000*. Rio de Janeiro, 2002.
20. Parahyba MI, Veras R. Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. *Cienc Saúde Colet* 2008; 13(4):1257-1264.
21. Organização das Nações Unidas. *Plano de ação internacional contra o envelhecimento*, 2002. Tradução Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2007.
22. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
23. Martine G, Camaro AM, Neupert R, Beltrão K. *A urbanização no Brasil: retrospectiva, componentes e perspectiva. Para a Década de 90: Prioridades e Perspectivas de Políticas Públicas*. Brasília: IPEA-IPLAN, 1990.
24. Dundar N, Ilhan Kal B. Oral mucosal conditions and risk factors among elderly in a Turkish school of dentistry. *Gerontology* 2007; 53(3): 165-72.
25. Scelza MFZ, Rodrigues C, Silva VS, Faria LCM, Câmara V, Scleza Neto P. Saúde Bucal dos pacientes do programa interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia da UFF. *Ver Bras Odontol* 2001; 58(5): 351-4.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 2009.
27. Mashber SAM. Early detection, diagnosis and management of oral and oropharyngeal cancer. *Cancer* 1989; 67: 88-9.
28. Colussi CF, Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Cad Saúde Publica*. 2002 set-out; 18(5): 1313-20.

Tabela 1: Frequências dos idosos segundo aspectos sociodemográficos, atendidos nos centros de referência de lesões bucais de universidades públicas da Bahia (UEFS, Feira de Santana/BA e UFBA, Salvador/BA) no período de Jan/2002 – Ago/2010.

| Variável | UEFS (N=683) | | UFBA (N=296) | |
|---|--------------|------|--------------|------|
| | n | % | n | % |
| Sexo | | | | |
| Masculino | 236 | 34,6 | 102 | 34,5 |
| Feminino | 447 | 65,4 | 194 | 65,5 |
| Idade | | | | |
| 60-68 anos | 323 | 47,3 | 169 | 57,1 |
| 69-100 anos | 360 | 52,7 | 127 | 42,9 |
| Estado civil* | | | | |
| Solteiro | 119 | 17,7 | 76 | 30,9 |
| Casado | 302 | 44,9 | 102 | 41,5 |
| Separado | 25 | 3,7 | 04 | 1,6 |
| Viúvo | 227 | 33,7 | 64 | 26 |
| Cor da pele* | | | | |
| Parda | 190 | 31,1 | 89 | 35,3 |
| Branca | 164 | 26,8 | 43 | 17,1 |
| Preta | 256 | 41,9 | 120 | 47,6 |
| Amarela | 01 | 0,2 | 0 | 0 |
| Ocupação* | | | | |
| Aposentado | 215 | 33,6 | 85 | 35,1 |
| Trabalhador rural | 254 | 39,7 | 25 | 10,3 |
| Trabalhador urbano | 171 | 26,7 | 132 | 54,5 |
| Escolaridade* | | | | |
| 1º grau incompleto | 223 | 37,2 | ... | ... |
| 1º grau completo | 67 | 11,2 | | |
| 2º grau incompleto | 22 | 3,7 | | |
| 2º grau completo | 43 | 7,2 | | |
| 3º grau incompleto | 01 | 0,2 | | |
| 3º grau completo | 07 | 1,2 | | |
| Analfabeto | 237 | 39,5 | | |
| Local de moradia* | | | | |
| No mesmo local do centro de referência | 157 | 23,7 | 15 | 35,7 |
| Município circunvizinho do centro de referência | 506 | 73,3 | 27 | 64,3 |

* Variável com dados perdidos

(...) Dado não coletado

Tabela 2: Frequências de lesões bucais mais prevalentes segundo a suspeita clínica nos idosos atendidos nos centros de referência de lesões bucais de universidades públicas da Bahia (UEFS, Feira de Santana/BA e UFBA, Salvador/BA) no período de Jan/2002 – Ago/2010.

| Lesão bucal | UEFS (N=614) | | UFBA (N=284) | |
|-------------------------|--------------|------|--------------|------|
| | n | % | n | % |
| Candidose oral | 29 | 4,7 | 0 | 0 |
| Carcinoma escamocelular | 89 | 14,5 | 29 | 10,2 |
| Estomatite protética | 41 | 6,7 | 0 | 0 |
| Fibroma | 45 | 7,3 | 37 | 13,0 |
| Granuloma piogênico | 12 | 2,0 | 13 | 4,6 |
| Hemangioma | 50 | 8,1 | 1 | 0,4 |
| Hiperplasia fibrosa | 36 | 5,9 | 29 | 10,2 |
| Leucoplasia | 54 | 8,8 | 19 | 6,7 |
| Líquen plano | 16 | 2,6 | 6 | 2,1 |
| Mucocele | 17 | 2,8 | 5 | 1,8 |
| Queilite actínica | 31 | 5,0 | 1 | 0,4 |
| Úlcera traumática | 16 | 2,6 | 2 | 0,7 |

Tabela 3: Frequências de lesões bucais mais prevalentes segundo o resultado histopatológico nos idosos atendidos nos centros de referência de lesões bucais de universidades públicas da Bahia (UEFS, Feira de Santana/BA e UFBA, Salvador/BA) no período de Jan/2002 – Ago/2010.

| Lesão bucal | UEFS (N=188) | | UFBA (N=296) | |
|-------------------------|--------------|------|--------------|------|
| | n | % | n | % |
| Carcinoma escamocelular | 59 | 30,7 | 26 | 8,8 |
| Fibroma | 5 | 2,6 | 15 | 5,1 |
| Granuloma piogênico | 5 | 2,6 | 7 | 2,4 |
| Hemangioma | 13 | 6,8 | 1 | 0,3 |
| Hiperkeratose | 20 | 10,4 | 20 | 6,8 |
| Hiperplasia fibrosa | 14 | 7,3 | 71 | 24,0 |
| Líquen plano | 2 | 1,0 | 3 | 1,0 |
| Mucocele | 3 | 1,6 | 1 | 0,3 |
| Processo inflamatório | 4 | 2,1 | 14 | 4,8 |
| Queilite actínica | 3 | 1,6 | 2 | 0,7 |
| Laudo descritivo | 4 | 2,1 | 23 | 7,8 |

Tabela 4: Frequências da localização anatômica das lesões bucais nos idosos atendidos nos centros de referência de lesões bucais de universidades públicas da Bahia (UEFS, Feira de Santana/BA e UFBA, Salvador/BA) no período de Jan/2002 – Ago/2010.

| Localização anatômica das lesões bucais | UEFS (N=653) | | UFBA (N=289) | |
|--|---------------------|----------|---------------------|----------|
| | n | % | n | % |
| Comissura labial | 24 | 3,6 | 1 | 0,3 |
| Lábio | 97 | 14,7 | 25 | 8,7 |
| Língua | 86 | 13 | 25 | 8,7 |
| Mandíbula | 15 | 2,3 | 40 | 13,8 |
| Mucosa jugal | 103 | 15,6 | 45 | 15,6 |
| Palato | 156 | 23,6 | 28 | 9,7 |
| Rebordo alveolar | 67 | 10,2 | 52 | 18 |
| Soalho de boca | 38 | 5,8 | 9 | 3,1 |

6 ARTIGO II^b**Condições sociodemográficas e o câncer bucal nos idosos da Bahia, em jan/2002-
ago/2010**

Sociodemographic conditions and oral cancer in elderly of Bahia in jan/2002- ago/2010

Sarah Mascarenhas Souza¹

Davi Félix Martins Júnior²

Jean Nunes dos Santos³

Técia Daltro Borges Alves⁴

Márcio Campos Oliveira⁵

¹Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Brasil; ²Mestre, Professor Assistente da UEFS, Feira de Santana, BA; ³Doutor, Professor Adjunto da Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA; ⁴Doutora, Professora Adjunta UEFS, Feira de Santana, BA; ⁵Doutor, Professor Titular do curso de Odontologia da UEFS, Feira de Santana, Brasil.

Autor responsável: Márcio Campos Oliveira. E-mail: marciopatologiaoral@gmail.com
Endereço: Rua Coronel Procópio, 96 - casa 17, Condomínio Residencial Paul Cezanne
– Bairro: Brasília, Feira de Santana – Ba. CEP: 44088-564 Telefone: (75)34868570

^b Artigo escrito de acordo com as normas de publicação da Gerontology (Anexo D).

Resumo

Com a transição demográfica, cresce também a proporção da população que sofre doenças crônicas, dentre elas o câncer. **OBJETIVO:** Este trabalho objetiva identificar quais das condições sociodemográficas estavam associadas ao desenvolvimento do câncer bucal em idosos atendidos nos centros de referência de lesões bucais de universidades públicas da Bahia no período de Janeiro/2002 a Agosto/2010. **MATERIAL E MÉTODOS:** Realizou-se um estudo epidemiológico transversal, de abrangência censitária, utilizando o resultado da análise histopatológica das fichas de biópsia e dos prontuários. **RESULTADOS:** Analisou-se 188 prontuários e 296 fichas de biópsia. Na UEFS, a prevalência do câncer bucal durante 8 anos foi de 36,2% e na UFBA, 14,7% nos idosos. **CONCLUSÃO:** Algumas condições sociodemográficas foram indicadas como fatores de risco para a ocorrência do câncer de boca em idosos: ser do sexo masculino, ter idade avançada e ser trabalhador rural.

Palavras-chave: Câncer Bucal, Epidemiologia, Idoso, Biópsia bucal

Abstract

With the demographic transition, increases the proportion of people who suffer chronic diseases, among them cancer. **OBJECTIVE:** This study aims to identify which of sociodemographic conditions were associated with the development of oral cancer in elderly patients in the reference units of oral lesions public universities of Bahia in the period January 2002 to August/2010. **MATERIALS AND METHODS:** We conducted a cross-sectional epidemiological study of census coverage, using chips from the results of histopathological analysis in the biopsy chips and in the medical records. **RESULTS:** We analyzed 188 medical records biopsy and 296 biopsy chips. In UEFS, the prevalence of oral cancer for 8 years was 36,2% and at UFBA, 14,7% in the elderly. **CONCLUSION:** Some demographic conditions were indicated as risk factors for the occurrence of oral cancer in the elderly: being male, an advanced age and be farmworkers.

Keywords: Oral Cancer, Epidemiology, Aged, Oral biopsy

INTRODUÇÃO

A transição demográfica vem acompanhada pela ampliação da cobertura dos sistemas de proteção social e melhoria das condições de vida. No Brasil, num contexto de grandes desigualdades regionais e sociais, esse envelhecimento populacional tem causado grande impacto sobre a qualidade de vida da população, que não encontra

amparo adequado no sistema público de saúde e acumula as seqüelas das doenças crônico-degenerativas¹.

Anualmente, são diagnosticados cerca de 6,4 milhões de casos de tumores malignos no mundo, sendo o câncer oral responsável por 10% dos casos². A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC) reconhecem as neoplasias de cabeça e pescoço como uma das topografias mais comuns, com aproximadamente 400.000 novos casos por ano³. Esta localização anatômica é a 11^a mais frequente no mundo. A taxa de sobrevida em cinco anos é de 50% ou menos. A identificação precoce do câncer de boca é a conduta mais efetiva para reduzir a mortalidade, a morbidade e o desfiguramento produzido pela doença⁴.

Os tumores de cabeça e pescoço, pela expressiva incidência e morbidade, assim como alta letalidade, constituem relevante problema de saúde pública, particularmente nos países em desenvolvimento. Desde 2003, as neoplasias malignas constituem-se na segunda causa de morte na população⁵. Segundo as estimativas de 2010 do Instituto Nacional de Câncer (INCA), dentre aproximadamente 489 mil casos de neoplasias malignas diagnosticadas no Brasil, 2,9% estarão localizados na boca⁵.

No Brasil, segundo estimativas do INCA para o ano de 2012⁶, cerca de 9.990 novos casos de câncer com localização primária em cavidade bucal serão diagnosticados no sexo masculino, enquanto para o sexo feminino a previsão é de 4.180 casos. Para o estado da Bahia estima-se uma das maiores taxas brutas de incidência no país por 100 mil habitantes, sendo de 6,65 e 2,86 para os gêneros masculino e feminino, respectivamente.

O conhecimento dos fatores de risco contribui para uma prevenção efetiva da doença⁷, bem como o reconhecimento da sintomatologia por parte do paciente, podendo

o diagnóstico ser realizado precocemente e o indivíduo encaminhado de imediato para tratamento, o que auxilia na redução da morbidade e mortalidade causadas pelo câncer⁸.

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é identificar quais as condições sociodemográficas estavam associadas ao desenvolvimento do câncer bucal em idosos atendidos nas unidades de referência de lesões bucais de universidades públicas da Bahia (Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS e Universidade Federal da Bahia-UFBA), no período de Janeiro/2002 a Agosto/2010.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um estudo epidemiológico transversal, exploratório, de abrangência censitária, entre os pacientes idosos que foram atendidos no Centro de Referência de Lesões Buciais da UEFS (CRLB-UEFS) e no Laboratório de Patologia Cirúrgica da UFBA no período de Janeiro/2002 a Agosto/2010. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, que aprovou sua execução, sob protocolo nº 022/2011.

Foram considerados elegíveis para o estudo todos os indivíduos com 60 anos de idade ou mais e que eram portadores de pelo menos uma lesão oral. Foram excluídos do estudo os prontuários odontológicos e as fichas de biópsia, nos quais o campo referente ao diagnóstico histopatológico não estava preenchido ou estava ilegível.

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário, onde foram transcritos os dados e informações constantes nas fichas de biópsia/prontuários odontológicos. Os seguintes dados foram selecionados para análise: condições sociodemográficas (sexo, idade, cor da pele, escolaridade, ocupação, estado civil, local de moradia), diagnóstico histopatológico e localização da lesão bucal.

A análise estatística dos dados foi feita no programa R⁹. Os dados foram apresentados de modo comparativo entre os pacientes da UEFS e da UFBA. Inicialmente, analisou-se o perfil sociodemográfico dos pacientes acometidos pelo câncer de boca que foram diagnosticados histologicamente nesses centros de referência de lesões bucais supracitados.

Em seguida, foi testada a associação da variável dependente câncer bucal com as variáveis independentes referentes à condição sociodemográfica das populações por meio da regressão de Poisson, que produziu estimativas de razões de prevalências brutas (RP) como medida e seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC 95%).

A variável dependente, “Câncer bucal”, foi criada a partir das respostas dos resultados dos exames histopatológicos nas fichas de biópsia e nos prontuários odontológicos. Pôde-se criar essa variável de acordo com os critérios de classificação de lesões bucais da OMS¹⁰, que classificam as lesões em não neoplásicas, neoplasias benignas e neoplasias malignas. Para tal estudo, dicotomizou-se essa classificação, sendo que as neoplasias malignas foram representadas pelo câncer bucal e as neoplasias benignas e as lesões não neoplásicas representadas pelas lesões não cancerosas.

Considerando que este estudo tem caráter exploratório, onde não é testada uma associação principal, considerou-se necessária a realização de processos de análise bivariada para várias hipóteses de associação.

RESULTADOS

Foram analisados 683 prontuários na UEFS e 305 fichas de biópsia na UFBA. Mas na primeira instituição apenas 190 tinham realizado biópsia e destes 188 estavam com resultado histopatológico no período de Janeiro/2002 a Agosto/2010. Na UFBA, neste mesmo período, entretanto só foram incluídas neste estudo 296 devido à

duplicidade dos dados. Em alguns prontuários e fichas de biópsia, quando não continha o resultado histopatológico ou o laudo histopatológico era apenas de forma descritiva/inconclusivo, estes dados não foram incluídos na análise. Na UEFS obteve-se 4 laudos descritivos e na UFBA 23, e um laudo inconclusivo.

Entre os idosos da UEFS, 68 tiveram o diagnóstico de câncer bucal através do laudo histopatológico, dos quais 36 eram do sexo masculino (52,9%) e 38 (57,6%) não eram casados. A idade variou entre 60 a 96 anos, com média de idade de 70,12 (desvio-padrão – DP = 7,88), mas com maior prevalência de lesão neoplásica maligna no grupo de 70 anos e mais de idade. O baixo nível de escolaridade foi uma realidade (29 eram analfabetos e nenhum paciente com câncer de boca tinha nível superior). A maioria dos idosos com câncer de boca era da cor da pele negra (69,1%) e 30 (46,9%) desenvolviam atividade na zona urbana, apresentando a atividade doméstica/dona de casa com maior frequência. O maior número dos idosos com neoplasia maligna (n=45) atendidos neste centro era de municípios circunzinhos a localização do centro (tabela 1).

Verificou-se que 40 idosos examinados no Laboratório de Patologia Cirúrgica da UFBA apresentaram resultado histopatológico positivo para neoplasia maligna bucal, dos quais 23 (57,5%) eram do sexo feminino, assim como 20 (55,6%) não eram casados. A idade também variou entre 60 e 97 anos, mas com média de idade de 68,8 (DP = 6,74), e com maior prevalência deste tipo de neoplasia na faixa etária a partir de 70 anos de idade. Houve 30 (85,7%) idosos identificados como negro com a lesão maligna.

Em relação à ocupação, 13 (37,1%) eram aposentados e 14 (40%) trabalhadores urbanos (maior destaque para as profissões dona de casa e doméstica) estavam com câncer de boca. Contudo, não se obteve nenhuma informação sobre escolaridade destes pacientes, pois as fichas de biópsia não continham tal dado, assim como, apenas 39

fichas tinham dados sobre o local de moradia destes idosos, sendo 4 com o diagnóstico de neoplasia bucal maligna e morando em local diferente a instalação do centro (tabela 1).

A prevalência de câncer bucal nos idosos da unidade de referência da UEFS durante 8 anos foi de 36,2% e da UFBA, de 14,7% neste mesmo período. Em ambos os centros de referência de lesões bucais, o tipo histológico de neoplasia maligna mais prevalente foi o carcinoma escamocelular, sendo 86,8% dos idosos que realizaram biópsia na UEFS diagnosticadas com esta lesão e 65% dos idosos na UFBA.

Neste estudo a localização anatômica mais prevalente para o desenvolvimento do câncer de boca no CRLB-UEFS foi o soalho de boca (22,7%) seguido de língua (15,2%), lábio (12,1%), mucosa jugal (10,6%), rebordo alveolar (7,5%) e palato (6,1%). Na UFBA, as regiões anatômicas mais acometidas com esta lesão bucal foram língua (25%), mucosa jugal (12,5%), região retromolar, rebordo alveolar e palato (cada um com 10%) e soalho de boca (7,5%).

Como os dois centros de referência em lesões bucais fazem parte de instituições de ensino superior, com perfis de atendimento semelhantes, os dados foram agrupados para melhor análise.

A análise bivariada avaliou associação entre câncer bucal e variáveis sociodemográficas. Observou-se que o câncer bucal nos idosos estava associado às seguintes condições sociodemográficas: ser do sexo masculino (RP = 1,569/ IC95%: 1,132 – 2,176), ter idade entre 70 e 100 anos (RP = 1,971/ IC95%: 1,403 – 2,771), ser trabalhador rural (RP = 1,791/ IC95%: 1,212 – 2,645) (tabela 2).

DISCUSSÃO

No centro da UEFS o sexo masculino teve maior prevalência das neoplasias bucais malignas, estando de acordo com os dados da literatura^{11,12,13} e divergindo dos dados da UFBA, nos quais o câncer bucal foi mais prevalente no sexo feminino. Acredita-se numa mudança de comportamento das mulheres, as quais podem estar mais expostas aos fatores de risco (álcool e fumo) do câncer bucal, assim como a associação desta estatística com a alta incidência do papiloma vírus e também por elas demandarem mais aos serviços ambulatoriais de saúde. No entanto, na análise conjunta, o sexo masculino foi considerado fator de risco para o câncer de boca, pois a prevalência desta lesão nos idosos foi de 1,56 vezes maior do que nas idosas.

Quanto à idade, percebe-se uma maior frequência do câncer bucal com o avançar da idade¹⁴, corroborando com nossos dados, nos quais o risco do câncer de boca em um idoso entre 70 e 100 anos é 97% maior do que em um idoso entre 60 e 69 anos. Em relação ao estado civil, a maioria dos pacientes com câncer bucal da UEFS não era casada, assim como os pacientes da UFBA. Acredita-se na possibilidade deste achado estar correlacionado com o aumento das relações instáveis e mudanças no comportamento sexual, além de o idoso desacompanhado ter maior chance de ter depressão e conseqüentemente provoca uma diminuição na sua imunidade, deixando-o mais susceptível a doenças¹⁵.

Quanto à cor da pele dos pacientes, nossos resultados estão divergentes com os encontrados na literatura^{11, 16}. Apesar dos relatos da maior prevalência de câncer bucal em pacientes brancos, tem-se que levar em consideração o local onde foi desenvolvido o estudo. Nosso estudo realizou-se na Bahia, que é o estado do Nordeste que tem maior quantidade de negros¹⁷, assim a prevalência deste câncer no nosso estudo foi maior nos negros. A afirmação que a prevalência por um segmento racial tem relação com o grau

de miscigenação em cada região¹⁸ dificulta a comparação de resultados. Ainda se percebe a não aceitação da cor da pele devido ao reflexo da discriminação racial que os grupos historicamente desfavorecidos sofriam.

O estudo realizado tanto no CRLB-UEFS quanto na UFBA, a prevalência do câncer de boca foi maior nos trabalhadores urbanos, seguido de aposentados, divergindo assim do estudo de Gervásio et al¹⁹, os quais verificaram que a maior parte dos pacientes acometidos pela neoplasia maligna bucal (36%) tinha como ocupação o trabalho no campo. Nosso estudo verificou-se uma associação estatisticamente significativa do trabalhador rural com o câncer de boca, ressaltando que na atividade rural os indivíduos estão em constante exposição ao sol e em contato com substâncias carcinogênicas, o que contribui para o desenvolvimento do câncer. No entanto, segundo Andreotti et al²⁰, no Brasil não há pesquisas reportando especificamente os efeitos da ocupação na gênese do câncer da cavidade bucal e orofaringe; apesar do estudo deles constatar que o emprego em oficinas mecânicas e a profissão de mecânico de automóveis apresentam risco para câncer oral e orofaringe.

Os dados referentes à escolaridade só foram obtidos nos prontuários da UEFS e ao se analisar, verificou-se que a maior parte da população estudada que realizou exame histopatológico estava composta por pacientes com ensino fundamental e sem nenhuma instrução. Este resultado é similar ao de outros trabalhos, cuja maior parte da população de estudo estava representada por analfabetos e indivíduos com até a 8ª série^{11, 16}.

Para local de moradia, na UFBA só houve 39 registros, o que pode ter gerado um viés neste dado, mas na UEFS a maior prevalência da neoplasia maligna foi para os pacientes que moravam em local diferente do centro de referência em lesões bucais. Esta situação pode ser consequência do fato de que nestes municípios não há um serviço

público capacitado para diagnóstico e tratamento de lesões bucais com facilidade de acesso à população.

Em relação ao tipo histológico, este estudo está de acordo com outros estudos^{21, 22}, comprovando-se que o carcinoma espinocelular (CEC), escamocelular ou epidermóide de boca corresponde entre 90% a 95% dos casos de câncer na boca²².

As localizações bucais mais prevalentes para a ocorrência do câncer de boca nestes centros de referência foram o soalho de boca (22,7% na UEFS, 7,5% na UFBA) e a língua (15,2% na UEFS e 25% na UFBA). Esses achados são similares com a literatura^{11, 13, 19, 23}. Na cavidade oral, excetuando-se a região dos lábios, com alta incidência de tumores malignos, a língua e o soalho bucal são as localizações preferenciais de ocorrência do câncer bucal²².

Em relação à prevalência do câncer bucal nestes centros, esta foi maior do que a relatada por Borges et al²¹ e Carvalho et al²⁴. Corrêa et al²⁵ analisaram 2.250 laudos histopatológicos de boca de pacientes e verificaram uma participação de 11,5% de lesões malignas epiteliais em pacientes idosos e 1,8% de lesões malignas epiteliais em pacientes não idosos, no universo de todas as lesões estudadas. Assim, percebe-se que com o aumentar da idade, aumenta-se o risco de desenvolvimento de uma lesão maligna. Este dado também é similar ao nosso estudo, o qual mostrou uma prevalência do câncer bucal na idade de 70 a 100 anos quase 2 vezes maior do que na idade de 60 a 69 anos.

Poucos achados atuais na literatura reportam a associação do câncer de boca com os fatores sociodemográficos. Boing e Antunes²⁶ realizaram uma revisão sistemática no período de 1970 a 2007 das condições socioeconômicas com o câncer de cabeça e pescoço em 25 artigos e concluíram que há necessidade de pesquisas adicionais, com critérios uniformes para proceder aos ajustes nos modelos de regressão

e amostra suficiente. Contudo, eles concluíram que a maior parte das pesquisas reportou associação entre piores condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço. Carvalho et al²⁷ destacaram que as características culturais do povo, o nível socioeconômico e o grau de acesso ao tratamento e tecnologia nos serviços públicos de saúde determinam a variação da incidência do câncer de boca. Santos et al²⁸ observaram uma correlação positiva entre o câncer bucal e componentes do índice de desenvolvimento humano e de condições de vida. Logo, em países desenvolvidos, o câncer de boca apresenta taxas de incidência e mortalidade menores quando comparados aos países em desenvolvimento²⁷.

Nossos resultados mostraram que, embora diferenças tenham sido observadas nos dois centros de referência durante esses 8 anos, algumas condições sociodemográficas foram indicadas como fatores de risco para a ocorrência do câncer de boca em idosos: ser do sexo masculino, ter idade avançada e ser trabalhador rural, conforme mostra a tabela 2. Contudo, mais estudos precisam ser realizados para complementar e confirmar as associações destas condições para o desenvolvimento do câncer de boca, e em especial, com desenho de estudo epidemiológico com a finalidade de comprovar a associação entre o câncer de boca e fatores socioeconômicos.

Na literatura está elucidado que o tabaco e o álcool são os principais fatores de risco para o câncer de boca^{22, 29}. Observa-se um crescente interesse sobre a possibilidade de agentes biológicos terem um papel na etiologia desta neoplasia, assim como a má higiene bucal, dietas pobres em frutas e vegetais³⁰. Os fenômenos irritativos, embora não haja estudos com comprovação conclusiva de causa-efeito, podem contribuir para o desenvolvimento do carcinoma^{11, 31}. A exposição repetida e excessiva aos raios solares ultravioletas pode representar um considerável fator de risco para o câncer de lábio²². Estima-se que até 80% dos casos dessa neoplasia poderiam ser evitados diminuindo-se a

exposição das pessoas ao longo de suas vidas aos fatores de risco já identificados³². Conclui-se, dessa forma, que se necessita de novos estudos sobre os fatores sociodemográficos na gênese do câncer bucal, uma vez que essas condições também servirão para determinar os grupos de risco.

Alguns fatores precisam ser considerados quando se analisar os resultados deste estudo: (1) dados coletados foram referentes ao ano de 2002 a 2010, resultando em limitações relacionadas à disponibilidade de conteúdo dos registros odontológicos; (2) pesquisas baseadas em prontuários/fichas de biópsia completados por estudantes ou profissionais diferentes, como é o caso deste estudo, possibilitam a ocorrência de viés; (3) os estudos de demanda costumam se restringir à avaliação de um serviço em particular ou de um território mais delimitado, havendo carência de estudos de maior abrangência capazes de revelar diferenças entre contextos macro-regionais; (4) gravidade do estágio da neoplasia bucal, uma vez que se através do exame clínico houvesse suspeita de câncer bucal e o estágio desta neoplasia estivesse avançado, não se realizava o exame histopatológico no centro de referência da UEFS e logo se encaminhava para o serviço de alta complexidade em oncologia como uma forma de agilizar o tratamento. Dessa forma estes casos não foram registrados e contabilizados neste estudo. Contudo, nos últimos anos no CRLB-UEFS a biópsia é realizada antes de encaminhar o paciente para o devido tratamento; (5) devido à condição sistêmica do idoso pode-se contraindicar a realização da biópsia em nível ambulatorial, interferindo também nos resultados; (6) no contexto deste estudo transversal, é difícil o estabelecimento de relação temporal clara entre “exposição” (avaliada como “sexo, idade do paciente, cor do paciente, estado civil, ocupação, escolaridade, local de moradia”) e “efeito” (avaliado como “doença neoplásica maligna ou câncer bucal”).

Uma melhor compreensão da etiologia do câncer, principalmente com relação as condições sociodemográficas e econômicas, precisam ser detectados e investigados na literatura. O conhecimento dos fatores de risco constitui a base para uma prevenção efetiva da doença, mesmo sendo o câncer de boca uma doença multifatorial.

CONCLUSÃO

Através deste estudo identificaram-se algumas condições sociodemográficas como fatores de risco para a ocorrência do câncer de boca nos idosos das populações estudadas, tais como: ser do sexo masculino, ter idade avançada e ser trabalhador rural. Dessa forma, estas condições também auxiliam no mapeamento de grupos de risco e alertam os profissionais de saúde quanto às oportunidades de diagnóstico. Contudo, mais estudos com esta abordagem se fazem necessários para contribuir com o entendimento da epidemiologia do câncer bucal.

O treinamento dos profissionais de saúde quanto à abordagem epidemiológica do câncer bucal, destacando-se os fatores preventivos e o diagnóstico precoce das lesões, assim como a elaboração de rotinas programadas nos serviços de saúde para detecção de lesões suspeitas e divulgação à população da importância do auto-exame rotineiramente também são medidas colaboradoras para o controle da doença.

REFERÊNCIAS

1. Chaimowich F. A saúde dos idosos às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(2) [acessado 11 setembro 2010]. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/~rsp>
2. Stewart BW, Kleihues P, editors. *World cancer report*. Lyon: IARC Press; 2003.
3. Boyle P, Levin B. *World Cancer Report*. Genève: World Health Organization; 2008. IARC Sci Publ.

4. Scott SE, Grunfeld EA, McGurk M. Patient's delay in oral cancer: a systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34: 337-43.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil* / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2009.
6. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Inca, 2011.
7. Oliveira EF, Silva OMP, Blachman IT, Pio MRB. Oral cancer epidemiological profile in São Paulo city, Brazil. *Rev Odontol UNESP* 2005; 34(4): 141-47.
8. Wunsch-Filho V. The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil. *Oral oncol* 2002; 38(8): 737-46.
9. R Development Core Team. *R: A language and environment for statistical computing*. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2008. [acessado em 02 de setembro 2011]. Disponível em: <http://www.R-project.org>.
10. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. (eds.) *World Health Organization classification of tumours: pathology and genetics of tumours of the head and neck*. Lyon: IARC; 2005.
11. Daher GCA, Pereira GA, Oliveira ACD. Características epidemiológicas de casos de câncer de boca registrados em hospital de Uberaba no período 1999-2003: um alerta para a necessidade de diagnóstico precoce. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(4): 584-96.
12. Costa ALL, Pereira JC, Nunes AAF, Arruda M LS. Correlation between TNM classification, histological grading and anatomical location in oral squamous cell carcinoma. *Pesqui Odontol Bras* 2002; 16(3): 216-20.
13. Abdo EN, Garrocho AA, Barbosa AA, Oliveira EL, França-Filho L, Negri SLC et al. Time elapsed between the first symptoms, diagnosis and treatment of oral cancer patients in Belo Horizonte, Brasil. *Med Oral Patol Oral Cir Buca*. 2007; 12(7): 469-73.
14. Oliveira LR, Silva AR, Zucoloto S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. *J Bras Patol Med Lab* 2006; 42(5): 385-92.
15. Oliveira DAAP, Gomes L, Oliveira RF. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40(4).
16. Aguiar MCF, Garrocho AA, Abdo EM. Perfil do paciente portador de carcinoma epidermóide da cavidade bucal, em tratamento no Hospital Mário Penna em Belo Horizonte. *Rev Bras Cancerol* 2002; 48(3): 357-62.

17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 a 2009*. [acessado 05 outubro 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
18. Abdo EM, Garracho AA, Aguiar MCF. Perfil do paciente portador de carcinoma epidermóide da cavidade bucal, em tratamento no Hospital Mário Penna em Belo Horizonte. *Rev Bras Cancerol* 2002; 48(3): 357- 62.
19. Gervásio OLAS, Dutra RA, Tartaglia SMA, Vasconcellos WA, Barbosa AA, Aguiar MC. Oral squamous cell carcinoma: a retrospective study of 740 cases in a Brazilian population. *Braz Dent J* 2001; 12: 57-61.
20. Andreotti M, Rodrigues NA, Cardoso LMN, Eluf-Neto J, Wünsch-Filho V. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(3):543-552.
21. Borges FT, Garbin CAS, Carvalhosa AA, Castro PHS, Hidalgo LRC. Epidemiologia do câncer de boca em laboratório público do Estado de Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(9): 1977-1982.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA, *Falando Sobre Câncer da Boca*. – Rio de Janeiro: INCA, 2002.
23. Teixeira AKM, Almeida MEL, Holanda ME, Sousa FB, Almeida PC. Carcinoma Espinocelular da Cavidade Bucal: um Estudo Epidemiológico na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. *Rev Bras Cancerol* 2009; 55(3): 229-236.
24. Carvalho MV, Iglesias DPP, Nascimento GJF, Sobral APV. Epidemiological study of 534 biopsies of oral mucosal lesions in elderly Brazilian patients. *Gerodontology* 2011; 28: 111–115.
25. Corrêa L, Frigerio MLMA, Souza SCOM, Novelli MD. Oral lesions in elderly population: a biopsy survey using 2250 histopatological records. *Gerodontology* 2006; 23: 48-54.
26. Boing AF, Antunes JLF. Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura. *Ciênc saúde coletiva* 2011; 16(2): 615-622.
27. Carvalho LA, Singh B, Spiro RH, Kowalski LP, Shah JP. Cancer of the oral cavity: a comparison between institutions in a developing and a developed nation. *Head Neck* 2004; 26: 31-8.
28. Santos LCO, Cangussu MCT, Batista OM, Santos JP. Oral Cancer: Population Sample of the State of Alagoas at a Reference Hospital. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2009; 75(4): 524-9.

29. Franco E, Kowalski LP, Oliveira BV, Curado MP, Pereira RN, Silva ME et al. Risk factors for oral cancer in Brazil: a case control study. *Int J Cancer*. 1989; 43: 992-1000.
30. Lopes FF, Cutrim MCFN, Casal CP, Fagundes DM, Montoro LA. Aspectos epidemiológicos e terapêuticos do câncer bucal. *Rev Bras Odontol* 2002; 59(2): 98-9.
31. Marzola C, Medani EH, Campos CRN, Toledo-Filho JL, Oliveira MG. Oral Cancer - Incidence, Etiopatogeny, Diagnosis, Precancerous Lesions, Treatment and Prognosis. *Revista ATO* [periódico on line] 2006; 6(2). [Acessado em 10 de agosto de 2011]. Disponível em <http://www.actiradentes.com.br/revista/index.php>
32. Tomatis L, editor. *Cancer: causes, occurrence and control*. Lyon: IARC Sci Publ; 1990.

Tabela 1: Frequências dos idosos acometidos por câncer bucal atendidos no CRLB- UEFS e na UFBA, Bahia, Brasil, 2002-2010.

| Variável | UEFS | | UFBA | |
|--------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Sim n (%) | Não n (%) | Sim n (%) | Não n (%) |
| Sexo | | | | |
| Feminino | 32 (47,1) | 75 (62,5) | 23 (57,5) | 155 (66,8) |
| Masculino | 36 (52,9) | 45 (37,5) | 17 (42,5) | 77 (33,2) |
| Idade | | | | |
| 60-69 anos | 24 (35,3) | 67 (55,8) | 18 (45) | 147 (63,4) |
| 70-100 anos | 44 (64,7) | 53 (44,2) | 22 (55) | 85 (36,6) |
| Estado civil* | | | | |
| Casado | 28 (42,4) | 69 (57,5) | 16 (44,4) | 80 (41,9) |
| Não casado | 38 (57,6) | 51 (42,5) | 20 (55,6) | 101 (58,1) |
| Cor da pele* | | | | |
| Negro | 38 (69,1) | 81 (75) | 30 (85,7) | 163 (82,7) |
| Não negro | 17 (30,9) | 27 (25) | 5 (14,3) | 34 (17,3) |
| Ocupação* | | | | |
| Aposentado | 18 (28,1) | 31 (28,2) | 13 (37,1) | 68 (36,4) |
| Trabalhador rural | 16 (25) | 44 (40) | 8 (22,9) | 16 (8,6) |
| Trabalhador urbano | 30 (46,9) | 35 (31,8) | 14 (40) | 103 (55,1) |
| Escolaridade* | | | | |
| Analfabeto | 29 (51,8) | 54 (49,5) | ... | ... |
| Ensino fundamental | 20 (35,7) | 45 (41,3) | | |
| Ensino médio | 7 (12,5) | 8 (7,3) | | |
| Ensino superior | 0 | 2 (1,8) | | |
| Local de moradia* | | | | |
| Mesmo local onde está o centro | 18 (28,6) | 15 (12,8) | 0 | 13 (37,1) |
| Local diferente do centro | 45 (71,4) | 102 (87,2) | 4 (100) | 22 (62,9) |

UEFS: N = 188 indivíduos/ UFBA: N=296

*Dados perdidos

(...) Dado não informado nas fichas de biópsia

Tabela 2: Razões de prevalências (RP) do Câncer bucal e intervalos de 95% de confiança (IC95%), segundo as categorias das variáveis sociodemográficas, em idosos atendidos nos centros de referência de universidades públicas da Bahia, Brasil, 2002-2010.

| Variável | RP | IC (95%) |
|--------------------------------|-----------|-----------------|
| Sexo | | |
| Feminino* | | |
| Masculino | 1,569 | 1,132 – 2,176 |
| Idade | | |
| 60-69 anos * | | |
| 70-100 anos | 1,972 | 1,403 – 2,771 |
| Estado civil** | | |
| Casado * | | |
| Não casado | 1,156 | 0,822 – 1,626 |
| Cor da pele** | | |
| Negro* | | |
| Não negro | 1,216 | 0,803 – 1,842 |
| Ocupação** | | |
| Aposentado* | | |
| Trabalhador rural | 1,791 | 1,212 – 2,645 |
| Trabalhador urbano | 0,711 | 0,454 – 1,112 |
| Escolaridade** | | |
| Analfabeto* | | |
| Ensino fundamental | 0,881 | 0,551 – 1,406 |
| Ensino médio | 1,336 | 0,722 – 2,472 |
| Local de moradia** | | |
| Local diferente do centro* | | |
| Mesmo local onde está o centro | 1,382 | 0,897 – 2,127 |

*Categoria de referência

**Dados perdidos

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou estimar a frequência de lesões bucais, segundo o diagnóstico clínico-histopatológico, e descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes idosos atendidos nas unidades de referência de lesões bucais de universidades públicas da Bahia (Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS e Universidade Federal da Bahia - UFBA) no período de Janeiro/2002 a Agosto/2010.

Pesquisou-se na UEFS 683 lesões em idosos e na UFBA 296. Nessas populações observou-se predomínio do sexo feminino, da cor da pele preta e a minoria dos idosos era aposentada. Em relação ao diagnóstico clínico, as lesões bucais mais prevalentes foram o fibroma e o carcinoma escamocelular e no diagnóstico histopatológico, o carcinoma escamocelular e a hiperplasia fibrosa em ambas as instituições.

A prevalência do câncer de boca na UEFS foi de 36,2% e na UFBA, de 14,7%. Quando se avaliou a lesão câncer bucal nos idosos, os resultados identificaram algumas condições sociodemográficas como fatores de risco para a ocorrência do câncer de boca: ser do sexo masculino, ter idade avançada e ser trabalhador rural.

A literatura apresenta-se escassa de estudos com identificação das lesões bucais e na verificação da prevalência dessas lesões em idosos. Assim, precisa-se de mais estudos com essa temática, uma vez que o envelhecimento populacional é uma realidade, nos instigando à melhor capacitação quanto às enfermidades que podem interferir na qualidade de vida do idoso, e o aumento da incidência do câncer de boca no Brasil e no mundo.

Este estudo demonstra a robustez desses centros de referência de lesões bucais na Bahia, tanto no diagnóstico e tratamento das lesões quanto ao mérito social prestado por estes à sociedade baiana.

O presente trabalho também auxiliou para o avanço do conhecimento sobre as condições sociodemográficas relacionadas aos idosos, enfatizando a necessidade de pesquisar mais estas variáveis que interferem no dinamismo do processo saúde-doença.

Dessa forma, necessita-se da implantação de uma política de prevenção e controle de lesões bucais na Bahia, para viabilizar a redução da incidência de novos casos, diagnóstico precoce e tratamento adequado das lesões bucais.

8 REFERÊNCIAS

ABDO, E.M.; GARRACHO, A.A.; AGUIAR, M.C.F. Perfil do paciente portador de carcinoma epidermóide da cavidade bucal, em tratamento no Hospital Mário Penna em Belo Horizonte. *Rev Bras Cancerol*, v. 48, n. 3, p. 357- 62, 2002.

ABDO E.N. et al. Time elapsed between the first symptoms, diagnosis and treatment of oral cancer patients in Belo Horizonte, Brasil. *Med Oral Patol Oral Cir Buca*, v. 12, n. 7, p. 469-73, 2007.

AGUIAR, M.C.F.; GARROCHO, A.A.; ABDO, E.M. Perfil do paciente portador de carcinoma epidermóide da cavidade bucal, em tratamento no Hospital Mário Penna em Belo Horizonte. *Rev Bras Cancerol*, v. 48, n. 3, p. 357-62, 2002.

ALENCAR, Y.M.G.; CURIATTI, J.A.E. Envelhecimento do aparelho digestivo. In *Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. 2ª Ed. São Paulo: Atheneu 2002. p. 311-30.

ANDREOTTI, M.; RODRIGUES, N.A.; CARDOSO L.M.N.; ELUF-NETO, J.; WÜNSCH-FILHO, V. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 3, p. 543-552, 2006.

ANTUNES, A.A.; TAKANO, J.H.; QUEIROZ, T.C.; VIDAL, A.K.L. Perfil Epidemiológico do Câncer Bucal no CEON/HUOC/UPE e HCP. *Odontologia. Clín.-Científ*, v. 2, n. 3, p. 181-186, 2003.

ARCURI, P.M.; RAMOS, N.B.; SCABAR, L.F. Pacientes geriátricos do Brasil. *Rev Inst Ciênc Saúde*, v. 24, n. 1, p.43-5, 2006.

BATISTA, A.L.A. et al. Avaliação das condições de saúde bucal de idosos institucionalizados no município de Campina Grande – PB. *Odontologia. Clín.- Científ.*, Recife, v.7, n. 3, p. 203-208, jul/set., 2008.

BARBOSA, A.F.; BARBOSA, A.B. Odontologia geriátrica: perspectivas atuais. *J. Bras. Clín. Odontol. Integr.*, v.6, n.33, p.231-4, mai-jun, 2002.

BARNES L. et al. *World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumors*. Lyon: IARC Press; 2005.

BARNETT, M.L.; HYMAN, J. Challenges in interpreting study results: The conflict between appearance and reality. *JADA*, v. 137(Suppl), p. 32S-36S, 2006.

BELTRÃO, K.I.; CAMARANO, A.A.; KANSO, S. Texto para discussão nº: 1034. *Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX*. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/td_1034.pdf. Acesso em 10 de agosto de 2010.

BERTOJA, I.C. et al. Prevalência de lesões bucais diagnosticadas pelo Laboratório de Histopatologia do UnicenP. *RSBO*, v. 4, n. 2, 2007.

BOING, A.F.; ANTUNES, J.L.F. Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura. *Ciênc saúde coletiva*, v. 16, n. 2, p. 615-622, 2011.

BOYLE, P.; LEVIN, B. *World Cancer Report*. Gêneve: World Health Organization; 2008. IARC Sci Publ.

BORGES F.T., et al. Epidemiologia do câncer de boca em laboratório público do Estado de Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.24, n.9, p. 1977-1982, 2008.

BRASIL. Decreto nº. 1948, 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual “dispões sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências”. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, DF, 3 jul. 1996.

_____. Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde*. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer*. – Rio de Janeiro: INCA, 2009.

_____. Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da população Brasileira*. Disponível em: www.saude/saudebucal. Acesso em outubro de 2010.

_____. Portaria GM/MS nº 1395/99. *Política Nacional de Saúde do Idoso*. Brasília, DF, 1999.

_____. Ministério da Saúde. *A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil*. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer*. – Rio de Janeiro: INCA, 2009.

BRUNETTI, R.F.; MONTENEGRO, F.L.B. *Odontogeriatría – Noções de interesse clínico*. São Paulo: Artes Médicas, 2002, p. 481.

CARVALHO, L.A.; SINGH, B.; SPIRO, R.H.; KOWALSKI, L.P.; SHAH, J.P. Cancer of the oral cavity: a comparison between institutions in a developing and a developed nation. *Head Neck*, v. 26, p. 31-8, 2004.

CARVALHO, M.V.; IGLESIAS, D.P.P.; NASCIMENTO, G.J.F.; SOBRAL, A.P.V. Epidemiological study of 534 biopsies of oral mucosal lesions in elderly Brazilian patients. *Gerodontology*, v.28, p. 111–115, 2011.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*, v. 31, n. 2, 1997. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/~rsp>. Acesso em 11 de setembro de 2010.

COLUSSI, C.F.; FREITAS, S.F.T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, n. 5, p.1313-1320, set-out, 2002.

CORRÊA, L.; FRIGERIO, M.L.M.A.; DE SOUSA, S.C.O.M.; NOVELLI, M.D. Oral lesions in elderly population: a biopsy survey using 2250 histopathological records. *Gerodontology*, v. 23, p. 48–54, 2006.

COSTA, A.L.L.; PEREIRA, J.C.; NUNES, A.A.F.; ARRUDA, M.L.S. Correlation between TNM classification, histological grading and anatomical location in oral squamous cell carcinoma. *Pesqui Odontol Bras*, v. 16, n.3, p. 216-20, 2002.

COSTA JR, G.T. *Lesões bucais em pacientes idosos: Estudo retrospectivo de 838 casos diagnosticados e registrados no laboratório de patologia bucal da*

Universidade Federal de Uberlândia- MG- Brasil. 2007. Dissertação (Mestrado), Uberlândia, MG, 2007.

COUTINHO, K.V.; MARTINS, A.C.M. Fatores de risco para o câncer bucal na população idosa do Cascavel Velho. In: 2º. *SEMINÁRIO NACIONAL ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL*. 2005, UNIOESTE. Disponível em: [http://cac-
php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/trabalhos/saude/msau21.pdf](http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/trabalhos/saude/msau21.pdf). Acessado em 05/10/2010.

CRISPIM, J.A.; SAUPE, R.; BOING, A.F. Perfil epidemiológico do uso e necessidade de prótese e de alterações de tecidos moles bucais em idosos de uma comunidade de Itajaí – SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, vol. 38, n. 2, 2009.

DAHER, G.C.A.; PEREIRA, G.A.; OLIVEIRA, A.C.D. Características epidemiológicas de casos de câncer de boca registrados em hospital de Uberaba no período 1999-2003: um alerta para a necessidade de diagnóstico precoce. *Rev Bras Epidemiol*, v. 11, n. 4, p. 584-96, 2008.

DEBONI, M.C.Z.; TRAINA, A. A. ; TRINDADE, I.K. ; ROCHA, E.M.V. ; TEIXEIRA, V.C.B; TAKAHASHI, A. Levantamento retrospectivo dos resultados dos exames anatomopatológicos da disciplina de cirurgia da FOU SP – SP. *RPG Rev Pós Grad*, v.12, n. 2, 2005.

DEDIVITIS, R.F.; FRANÇA, C.M.; MAFRA, A.C.B; GUIMARÃES, F.T.; GUIMARÃES, A.V. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Rev Bras Otorrinolaringol*, v. 70, n. 1, p. 35-40, 2004.

DUNDAR, N.; ILHAN KAL, B. Oral mucosal conditions and risk factors among elderly in a Turkish school of dentistry. *Gerontology*, v. 53, n. 3, p. 165-72, 2007.

ESPINOZA, I.; ROJAS, R.; ARANDA, W.; GARMONAL, J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. *J Oral Pathol Med*, v. 32, p. 571–575, 2003.

FERNANDES, R.A.C. et al. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos que demandam um Centro de Saúde. *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 54, p. 107-110, 1997.

FERREIRA, R.C. *Saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte*. 2007. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

FERREIRA, M.B.C.; AZEVEDO, M.P. Prescrição de Medicamentos em Odontogeriatrics. In: WANNMACHER, L.; FERREIRA, M.B.C., *Farmacologia Clínica para Dentistas*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 281-289, 1999.

FERREIRA, R.C.; MAGALHÃES, C.S.; MOREIRA, A.N. Oral mucosal alterations among the institutionalized elderly in Brazil. *Braz. oral res.*, v.24, n.3, São Paulo, jul./set., 2010.

FIGUEIREDO, M.A.Z. et al. Alterações fisiológicas freqüentemente presentes na cavidade bucal do paciente idoso. *Revista Odonto Ciência*, v. 5, n. 10, p. 57-61, 1993.

FRANCO, E.; KOWALSKI, L.P.; OLIVEIRA, B.V.; CURADO, M.P.; PEREIRA, R.N.; SILVA, M.E. et al. Risk factors for oral cancer in Brazil: a case control study. *Int J Cancer.*, v. 43, p. 992-1000, 1989.

GARCIA, R.C.A. *Estudo epidemiológico das principais alterações da normalidade e lesões de mucosa bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Governador Valadares, 2008-2009*. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós- Graduação em Ciências Biológicas da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), 2009.

GERVÁSIO, O.L.A.S.; DUTRA, R.A.; TARTAGLIA, S.M.A.; VASCONCELLOS, W.A.; BARBOSA, A.A.; AGUIAR, M.C. Oral squamous cell carcinoma: a retrospective study of 740 cases in a Brazilian population. *Braz Dent J*, v. 12, p. 57-61, 2001.

GORDILHO, A. et al. *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso*. Rio de Janeiro: UnATI, 2000.

HENRIQUE, R.B. et al. Prevalência de alterações da mucosa bucal em indivíduos adultos da população de Uberaba, Minas Gerais. *RGO*, Porto Alegre, v. 57, n. 3, p. 261-267, jul./set. 2009.

HIDALGO, S.H.; DIAZ, M.J.R.; FRANCH, N.F. Alteraciones bucales en pacientes geriátricos portadores de prótesis total en dos áreas de salud. *Revista "Archivo Médico de Camagüey"*, v. 9, n. 6, 2005.

IBGE. *IBGE: população brasileira envelhece em ritmo acelerado*. Comunicação Social, 27 de novembro de 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=1272. Acesso em 11 de novembro de 2010.

_____. *Síntese de indicadores sociais 2005*. Comunicação Social, 12 de abril de 2006. Disponível em: http://www.ibge.com.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=580&id_pagina=1. Acesso em outubro/2010.

_____. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 a 2009*. . Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em outubro/2010.

_____. *Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil em 2000*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfilidosos2000.pdf>. Acesso em 13 de outubro de 2010.

ISOLAN, C.P. *Saúde oral dos idosos que freqüentam o convento Santo Antônio: centro, Rio de Janeiro*. 2006. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2006.

KAMEN, P.R. Peridontal care. *Dental Clinics os North America*, v. 41, p. 751-762, 1997.

JAINKITTIVONG, A.; ANEKSUK, V.; LANGLAIS, R.P. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. *Oral Diseases*, v. 8, p. 218–223, 2002.

JORNET, P.L.; PÉREZ, M.S. Prevalencia de lesiones mucosas en población anciana de la Región de Murcia. *Av. Odontoestomatol.*, v. 22, n. 6, p. 327-334, 2006.

LOPES, F.F.; CUTRIM, M.C.F.N.; CASAL, C.P.; FAGUNDES, D.M.; MONTORO, L.A. Aspectos epidemiológicos e terapêuticos do câncer bucal. *Rev Bras Odontol*, v. 59, n. 2, p. 98-9, 2002.

LORENZO, E.R.; NÚÑEZ, M.O.; DÍAZ, R.M. Comportamiento de las lesiones bucales y sus factores de riesgo. *Rev. habanera cienc. méd*, v. 3, n. 10, 2004.

MALLO-PEREZ, L.; RODRIGUEZ-BACIERO, G.; LAFUENTE-URDINGUIO, P. Lesiones orales precancerosas en los ancianos: Situación en España. *RCOE*, Madrid, v. 7, n. 2, abr, 2002 . Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2002000300002&lng=es&nrm=iso. Acesso em 11 de novembro de 2010.

MARIN, H.J.I; SILVEIRA, M.M.F; SOUZA, G.F.M.; PEREIRA, J.R.D. Lesões bucais: concordância diagnóstica na Faculdade de Odontologia de Pernambuco. *Odontol Clín-Cient*, v. 6, n. 4, p. 315-18, out-dez, 2007.

MARTINE, G.; CAMARO, A.M.; NEUPERT, R.; BELTRÃO, K. *A urbanização no Brasil: retrospectiva, componentes e perspectiva. Para a Década de 90: Prioridades e Perspectivas de Políticas Públicas*. Brasília: IPEA-IPLAN, 1990.

MASHBER, S.A.M. Early detection, diagnosis and management of oral and oropharyngeal cancer. *Cancer*, v. 67, p. 88-9, 1989.

MARZOLA, C.; MEDANI, E.H.; CAMPOS, C.R.N.; TOLEDO- FILHO, J.L.; OLIVEIRA, M.G. Oral Cancer - Incidence, Etiopatogeny, Diagnosis, Precancerous Lesions, Treatment and Prognosis. *Revista ATO* [periódico on line] v. 6, n. 2, 2006. Disponível em <http://www.actiradentes.com.br/revista/index.php>. Acessado em 10 de agosto de 2011.

MENDES, L.A. et al. Prevalência de Lesões de Mucosa Bucal entre idosos de Montes Claros – MG. In: *III Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão (Anais on line)*. Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes. Disponível em: <http://www.fepeg.unimontes.br/evento2009/index.php/fepeg/fepeg2009/schedConf/presentations?searchInitial=G&track=>. Acesso em 26 de setembro de 2010.

MESAS, A.E.; ANDRADE, S.M.; CABRERA, M.A.S. Condições de saúde bucal de idosos de comunidade urbana de Londrina, Paraná. *Rev Bras Epidemiol*, v. 9, n. 4, p. 471-80, 2006.

MOREIRA, R.S. et al. A Saúde Bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1665-75, 2005.

MOZAFARI, P.M.; DALIRSANI, Z.; DELAVARIAN, Z.; AMIRCHAGHMAGHI, M.; SHAKERI M,T.; ESFANDYARI, A.; FALAKI, F.. Prevalence of oral mucosal lesions in institutionalized elderly people in Mashhad, Northeast Iran. *Gerodontology* 2011.

MUJICA, V.; RIVERA, H.; CARRERO, M. Prevalence of oral soft tissue lesions in an elderly venezuelan population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, May1, v. 13, n. 5, p. E270-4, 2008.

NERI, A.L.; RESENDE, M.C.; CACHIONI, M.. Atitudes em relação à velhice. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L.; ROCHA, S.M. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002.

OLIVEIRA, E.F.; SILVA, O.M.P.; BLACHMAN, I.T.; PIO, M.R.B. Oral cancer epidemiological profile in São Paulo city, Brazil. *Rev Odontol UNESP*, v. 34, n. 4, p. 141-47, 2005.

OLIVEIRA, L.R.; SILVA, A.R.; ZUCOLOTO, S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. *J Bras Patol Med Lab*, v. 42, n. 5, p. 385-92, 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Plano de ação internacional contra o envelhecimento*, 2002. Tradução Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Salud de las personas de edad: envejecimiento y salud: un cambio de paradigma* / *Health of elder persons*. Washington, D.C; Organización Panamericana de la Salud; ago., p. 16, 1998.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *População de idosos vai dobrar no Brasil até 2025*. Brasília, 12 de Dezembro de 2005. Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/view_news.php?id=3315. Acesso em: 10 de agosto de 2010.

PARAHYBA, M.I.; VERAS, R. Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v.13, n. 4, p. 1257-1264, 2008.

PAUNOVICH, E.D. et al. The most frequently prescribed medications in the elderly and their impact on dental treatment. *Dent Clin North Am*, v. 41, p. 699-726, 1997.

PEREIRA, M.G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PRADO, B.N.; TREVISAN, S.; PASSARELLI, D.H.C. Estudo epidemiológico das lesões bucais no período de 05 anos. *Rev. odontol. Univ. Cid. São Paulo*, v. 22, n. 1, p. 25-9, 2010.

PUCCA Jr., G.A., 1996. Saúde bucal do idoso: Aspectos sociais e preventivos. In: *Gerontologia* (M. Papaléo Neto, org.), pp. 297-310, São Paulo: Editora Atheneu.

_____. *A saúde bucal do idoso - Aspectos demográficos e epidemiológicos*. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=81> Acesso em 04/10/2010.

R DEVELOPMENT CORE TEAM. *R: A language and environment for statistical computing*. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2008. Disponível em: <http://www.R-project.org>. Acesso em 02 de setembro 2011.

REICHART, P.A. Oral mucosal lesion in a representative cross-sectional study of aging Germans. *Community Dent Oral Epidemiol.*, v. 28, p. 380-8, 2000.

ROSA, A.G.F. et al. Condições de Saúde Bucal em pessoas de 60 anos ou mais no município de São Paulo. Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 26, n.3, p.155-60, junho, 1992.

SANTOS, L.C.O.; CANGUSSU, M.C.T.; BATISTA, O.M.; SANTOS, J.P. Oral Cancer: Population Sample of the State of Alagoas at a Reference Hospital. *Braz J Otorhinolaryngol.*, v. 75, n. 4, p. 524-9, 2009.

SCELZA, M.F.Z. et al. Saúde Bucal dos pacientes do programa interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia da UFF. *RBO*, v.58, n.5, set/out, p. 351-4, 2001.

SCOTT, S.E.; GRUNFELD, E.A.; MCGURK, M. Patient's delay in oral cancer: a systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 34, p. 337–43, 2006.

SHINKAI, R.S.A.; DEL BEL CURY, A.A. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Cad. Saúde Pública*, v. 16, n. 4, p. 1099-1109, 2000.

SLAVKIN, H.C. Does the mouth put the heart at risk? *Journal of the American Dental Association*, n. 130, p. 109-113, 1999.

SILVA, S.R.C.; VALSECKI JR, A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, v. 8, n. 4, 2000.

SILVA, E.M.M.; BARÃO, V.A.R.; SANTOS, D.M.; DELBEN, J.A.; RIBEIRO, A.C.P.; GALLO, A.K.G. Principais alterações e doenças bucais que acometem o paciente geriátrico – revisão da literatura. *Odonto*, v. 19, n. 37, p. 39-47, 2011.

STEWART, B.W.; KLEIHUES, P., editors. *World cancer report*. Lyon: IARC Press; 2003.

TEIXEIRA, A.K.M.; ALMEIDA, M.E.L.; HOLANDA, M.E.; SOUSA, F.B.; ALMEIDA, P.C. Carcinoma Espinocelular da Cavidade Bucal: um Estudo Epidemiológico na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. *Rev Bras Cancerol*, v. 55, n. 3, p. 229-236, 2009.

TOMATIS, L., editor. *Cancer: causes, occurrence and control*. Lyon: IARC Sci Publ; 1990.

VASCONCELOS, B.C.E. et al. Prevalence of oral mucosa lesions in diabetic patients: a preliminary study. *Rev Bras Otorrinolaringol*, v. 74, n. 3, p. 423-8, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Who). *The uses of Epidemiology in the study of the elderly*. Geneva, WHO, 1984.

WORLD POPULATION PROSPECTS: THE 2006 REVISION. *Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat*. Disponível em: <http://esa.un.org/unpp>. Acesso em outubro de 2010.

WÜNSCH-FILHO, V. The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil. *Oral oncol*, v. 38, n. 8, p. 737-46, 2002.

APÊNDICE A

Feira de Santana/Ba, 28 de Fevereiro de 2011

DECLARAÇÃO

Autorizo o levantamento de dados secundários oriundos dos prontuários odontológicos do centro de referência de lesões bucais/UEFS, que fará parte da pesquisa intitulada "Levantamento epidemiológico de lesões bucais em idosos nos centros de referência de universidades públicas da Bahia", objeto de estudo para uma futura Dissertação do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Atenciosamente,



Márcio Campos Oliveira

Coordenador do Centro de Referência da UEFS/BA

APÊNDICE B

Salvador/BA, 17 de Fevereiro de 2011

DECLARAÇÃO

Autorizo o levantamento de dados secundários oriundos das fichas de biópsia do Laboratório de Patologia Cirúrgica da UFBA/BA, que fará parte da pesquisa intitulada "Levantamento epidemiológico de lesões bucais em idosos nos centros de referência de universidades públicas da Bahia", objeto de estudo para uma futura Dissertação do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Atenciosamente,



Jean Nunes dos Santos

Coordenador do Laboratório de Patologia Cirúrgica da UFBA

ANEXO A – INSTRUMENTO DE PESQUISA *

| UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA DEPARTAMENTO DE SAÚDE - NÚCLEO DE CÂNCER ORAL | | NÚCAO | 31 |
|--|---|--|------------------------------------|
| NOME: _____ | | | Nº de protocolo: _____ / _____ |
| Estado civil: _____ | Data de entrada: ____ / ____ / ____ | | Suspeita clínica: |
| Nacionalidade: _____ | Local de Residência: _____ | | 1- Actinomicose |
| Escolaridade: _____º grau I C | Ocupação: _____ | | 2- Adenoma |
| Idade: _____ | Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ | Sexo: _____ | 3- Adenoma pleomórfico |
| (1) Feminino (2) Masculino | | | 4- Ameloblastoma |
| Cor do paciente: | | | 5- Cálculo salivar |
| (1) Faioderma (2) Leucoderma (3) Melanoderma (4) Xantoderma | | | 6- Candidíase |
| Biópsia | Data da biópsia: ____ / ____ / ____ | Tipo de biópsia: | 7- Carcinoma de céls escamosas |
| (1) Sim (2) Não | | (1) Excisional (2) Incisional | 8- Carcinoma verrucoso |
| Superfície da lesão: | Profundidade da lesão: | | 9- Ceratocisto odontogênico |
| (1) Lisa (2) Rugosa | (1) Intra-óssea (2) Submucosa (3) Superficial | | 10- Cisto |
| Cor da lesão: (7) Rósea (8) Acastanhada (9) Outra: | | | 11- Cisto dentígero |
| (1) Amarela (2) Azul (3) Branca (4) Negra (5) Vermelha (6) Violácea | | | 12- Cisto dermóide |
| Crescimento da lesão: | | Implantação da lesão: | 13- Cisto epidermóide |
| (1) Endofítico (2) Exofítico | | (1) Sésil (2) Pediculada | 14- Cisto fissural |
| Consistência da lesão: (1) Dura | | Desenvolvimento da lesão: | 15- Cisto periapical |
| (2) Mole (3) Fibrosa (4) Borrachóide | | (1) Lento (2) Rápido | 16- Cisto periodontal |
| Lesão Fundamental: (1) Bolha (2) Mácula (8) Placa (9) Úlcera | | | 17- Displasia cementária |
| (3) Mancha (4) Nódulo (5) Pápula (6) Tumor (7) Vesícula | | | 18- Displasia fibro-óssea |
| Forma: _____ | Duração: _____ anos _____ meses | Tamanho: _____ mm | 19- Displasia fibrosa |
| Diagnóstico diferencial: | | | 20- Displasia flórida |
| Diagnóstico histopatológico: _____ | | Esta lesão é recidiva de: _____ | 21- Displasia óssea |
| | | / | 22- Displasia óssea flórida |
| Localização da lesão: | | Consumo de álcool e tabaco: | 23- Doença linfoproliferativa |
| (1) Assoalho de boca | | (1) Apenas álcool | 24- Eritroplasia |
| (2) Borda lateral de língua | | (2) Apenas tabaco | 25- Estomatite nicotínica |
| (3) Dorso de língua | | (3) Álcool e tabaco | 26- Estomatite protética |
| (4) Ventre de língua | | (4) Nenhum dos dois | 27- Fibroceratose |
| (5) Língua | | Abandonou o consumo de tabaco: | 28- Fibroma |
| (6) Gengiva inferior anterior | | (1) Sim (2) Não | 29- Fibroma cimento-ossificante |
| (7) Gengiva inferior posterior | | Se abandonou tabaco, há quanto tempo? | 30- Fibroma ossificante |
| (8) Gengiva não especificada | | _____ anos | 31- Fibroma ossificante periférico |
| (9) Gengiva superior anterior | | Abandonou o consumo de álcool? | 32- Granuloma piogênico |
| (10) Gengiva superior posterior | | (1) Sim (2) Não | 33- Hemangioma |
| (11) Lábio inferior | | Se abandonou álcool, há quanto tempo? | 34- Herpes |
| (12) Lábio superior | | _____ anos | 35- Hiperkeratose |
| (13) Mandíbula não especificada | | Usa prótese? | 36- Hiperplasia |
| (14) Maxila não especificada | | (1) Sim (2) Não | 37- Hiperplasia adenomatóide |
| (15) Mucosa alveolar inferior anterior | | Tipo de prótese? | 38- Lentigo simples |
| (16) Mucosa alveolar inferior posterior | | (1) PT (2) PPR (3) PPF | 39- Lesão central de céls gigantes |
| (17) Mucosa alveolar não especificada | | A prótese é traumatizante? | 40- Leucoeritroplasia |
| (18) Mucosa alveolar superior anterior | | (1) Sim (2) Não | 41- Leucoplasia |
| (19) Mucosa alveolar superior posterior | | Nova lesão: | 42- Lipoma |
| (20) Mucosa jugal | | (1) Sim (2) Não | 43- Líquen plano oral |
| (21) Palato duro | | Data da nova lesão: ____ / ____ / ____ | 44- Mácula melanótica |
| (22) Palato mole | | | 45- Mucocele |
| (23) Rebordo alveolar inferior anterior | | Utilizar: | 46- Neurofibroma |
| (24) Rebordo alveolar inferior posterior | | 888 - Não informado | 47- Nevo |
| (25) Rebordo alveolar não especificado | | 999 - Não se aplica | 48- Osteoma |
| (26) Rebordo alveolar superior anterior | | | 49- Osteomielite |
| (27) Rebordo alveolar superior posterior | | | 50- Papiloma |
| (28) Região retromolar | | | 51- Queilite actínica |
| (29) Região submentoniana | | | 52- Rânula |
| (30) Outro: _____ | | | 53- Sialolitíase |
| Preenchido em: ____ / ____ / ____ | Por: _____ | | 54- Tatuagem por amalgama |
| Digitado por: _____ e _____ | | | 55- Tecido cicatricial |
| | | | 56- Torus |
| | | | 57- Tumor de glândula |
| | | | 58- Verruga vulgar |
| | | | 59- Outro: |

* Nota: Formulário elaborado pelo Núcleo de Câncer Oral da UEFS e validado em pesquisa anterior (Estudo clínico-patológico das lesões orais identificadas em unidades de referência de universidades públicas baianas).

ANEXO B – Protocolo de Aprovação do CEP



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS

Av. Universitária, S/N – Módulo I – 44.031-460 – Feira de Santana-BA
Fone: (75) 224-8124 Fax: (75) 224-8019 E-mail: cep.uefs@yahoo.com.brFeira de Santana, 03 de agosto de 2011
Of. CEP-UEFS nº 152/2011

Senhor(a) Pesquisador(a): Profº Márcio Campos Oliveira

Tenho satisfação em informar-lhe que o seu Projeto de Pesquisa intitulado “**Levantamento epidemiológico de lesões bucais em idosos nos Centros de referência de Universidades Públicas da Bahia**”, registrado neste CEP sob protocolo nº 022/2011 (CAAE nº 0017.059.000-11), foi apreciado pelos membros do CEP-UEFS e satisfaz às exigências da Res. 196/96. Assim, seu projeto foi **Aprovado**, 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, Vossa Senhoria 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 (03/08/2012) este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,

Maria Ângela Alves do Nascimento
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa -UEFS

ANEXO C – Normas para publicação na Revista Ciência e Saúde Coletiva

Ciência & Saúde Coletiva INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 1413-8123 *versão impressa*
ISSN 1678-4561 *versão online*

- [Objetivo e política editorial](#)
- [Seções da publicação](#)
- [Apresentação de manuscritos](#)

Objetivo e política editorial

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade bimestral, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista C&SC adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 3.500 caracteres.

Debate: encomendado pelos editores, trata-se de artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O artigo deve ter, no máximo, 40.000 caracteres; os textos dos debatedores e a réplica, máximo de 10.000 caracteres cada um.

Artigos Temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta no número temático. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres; os de revisão, 50.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores devem encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução de alta definição da capa do livro resenhado.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 7.000 caracteres).

Observação: O limite máximo de caracteres considera os espaços e inclui texto e bibliografia; o resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final do artigo.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações.
3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.
6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).
7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, etc.).
9. O **resumo/abstract**, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, objetivos, metodologia, abordagem teórica e resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na

elaboração do artigo (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.
2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, de preferência, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw. Estes formatos conservam a informação VETORIAL, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e NÃO conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, deve ser enviado o material original em boas condições para reprodução

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles a outros

tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de !maturidade do PSF" ¹¹ ...

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (<http://www.icmje.org>).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

ANEXO D – Normas para publicação na Gerontology

Submission

Only original papers written in English are considered and should be submitted online

Online Manuscript
Submission

Should you experience any problems with your submission, please send your article as e-mail attachment (the preferred word-processing package is MS-Word) to the Editorial Office:

gerontology@i-med.ac.at

Editorial Office 'Gerontology'

Georg Wick, MD

Laboratory of Autoimmunity

Innsbruck Medical University

Peter-Mayr-Strasse 4a

A-6020 Innsbruck

Austria

Tel. +43 512 9003 70960

Fax +43 512 9003 73271

A statement signed by all authors saying that they agree with the publication of the paper should accompany the manuscript.

Original Papers (max. 6,000 words and 40 references) must describe new research results, not published or under consideration in another journal. All papers should be arranged with an Introduction, Methods, Results and Discussion. Abbreviations should be explained and limited to a minimum. All terms abbreviated in the text, abstract and in the figures must, on the first occasion, be given in full, followed by the abbreviation (e.g. electrocardiogram (ECG)). Any papers dealing, partly or wholly, with basic science should include a few lines of description to any concept which may not be well known to some readers who are primarily practising clinicians.

Mini-Reviews (max. 4,000 words plus approx. 20 references) and occasionally Extensive Reviews, are to be submitted exclusively upon solicitation by the Editors. They are not subject to page charges.

The *Debate* and *Viewpoint* categories publish arguments, critical statements and theoretical papers reflecting the authors' views on mechanisms of the aging process at all levels of biological and medical organization and clinical matters of general interest and controversy. Manuscripts are to be submitted exclusively upon solicitation by the Editors and be limited to 4,000 words and 20 references.

The *Short Communications* (max. 2,000 words plus approx. 10 references) must contain data derived from front-edge research and be of potential interest to a large fraction of the readership.

Letters to the Editor (max. 1,000 words plus approx. 10 references) are encouraged if they directly concern articles previously published in this journal and clinical subjects related to the matters discussed. The editor reserves the right to submit copies of such letters to the authors of the articles concerned prior to publication in order to permit them to respond in the same issue of the journal. Letters on general scientific or medical subjects in gerontology are also welcome.

Conditions

Only manuscripts that conform with the Guidelines for Authors will be considered. All manuscripts are subject to editorial review. Manuscripts are received with the explicit understanding that they are not under simultaneous consideration by any other publication or have not already been published. Submission of an article for publication implies the transfer of the copyright from the author to the publisher upon acceptance. Accepted papers become the permanent property of 'Gerontology' and may not be reproduced by any means, in whole or in part, without the written consent of the publisher. It is the author's responsibility to obtain permission to reproduce illustrations, tables, etc. from other publications.

Conflict of Interest

All forms of funding and support, including that from companies, and any potential competing financial interests should be acknowledged in the cover letter to the editor when applicable. The statement has to be listed at the end of the article.

Ethical Requirements

Appropriate proof has to be provided that all ethical prerequisites have been fulfilled. These include permission granted by responsible Ethical Committees and informed consent of participants in studies on human subjects, as well as permission obtained from Review Boards for animal experiments.

Arrangement

Title page: The first page of each paper should indicate the title, the authors' names, the institute where the work was conducted, and a short title for use as running head.

Full address: The exact postal address of the corresponding author complete with postal code must be given at the bottom of the title page. Please also supply phone and fax numbers, as

well as e-mail address.

Key words: Please supply 3–10 key words in English that reflect the content of the paper (no abbreviations).

Each **Abstract** should be structured as follows:

Background: What prompted the study?

Objective: What is the purpose of the study?

Methods: How was the study carried out?

Results: What are the most important findings?

Conclusion: What is the most important conclusion?

The abstract should not exceed 350 words, and any abbreviations must be explained.

Footnotes: Avoid footnotes. When essential, they are numbered consecutively and typed at the foot of the appropriate page.

Tables and illustrations: Tables and illustrations (both numbered in Arabic numerals) should be prepared on separate pages. Tables require a heading and figure legends should be supplied on a separate page. For technical reasons, figures with a screen background should not be submitted. When possible, group several illustrations on one block for reproduction (max. size 180 x 223 mm) or provide crop marks. Electronically submitted b/w half-tone and color illustrations must have a final resolution of 300 dpi after scaling, line drawings one of 800–1200 dpi. Figure files must not be embedded in a document file but submitted separately.

Color Illustrations

Online edition: Color illustrations are reproduced free of charge. In the print version, the illustrations are reproduced in black and white. Please avoid referring to the colors in the text and figure legends.

Print edition: Up to 6 color illustrations per page can be integrated within the text at CHF 800.00.

References

Identify references in the text with Arabic numerals [in square brackets]. Material submitted for publication but not yet accepted should be noted as 'unpublished data' and not be included in the reference list. The list of references should include only those publications cited in the text. Do not alphabetize; number references in the order in which they are first mentioned in the text. The surnames of the authors followed by initials should be given. There should be no punctuation other than a comma to separate the authors. Preferably, please cite all authors. Abbreviate journal names according to the Index Medicus system. Also see International Committee of Medical Journal Editors: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals (www.icmje.org).