



UNESP - Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”
Faculdade de Odontologia de Araraquara



Carolina da Silva Nunes

**Perfil epidemiológico de um Serviço de Medicina Bucal: estudo retrospectivo
de 17 anos**

Araraquara

2024



UNESP - Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”
Faculdade de Odontologia de Araraquara



Carolina da Silva Nunes

Perfil Epidemiológico de um Serviço de Medicina Bucal: estudo retrospectivo de 17 anos

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araraquara para obtenção do título de Mestre em Ciências Odontológicas, na Área de Diagnóstico e Cirurgia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elaine Maria Sgavioli Massucato

Araraquara

2024

N972p

Nunes, Carolina da Silva

Perfil epidemiológico de um Serviço de Medicina Bucal:
estudo retrospectivo de 17 anos / Carolina da Silva Nunes. --
Araraquara, 2024

51 p. : il., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
(UNESP), Faculdade de Odontologia, Araraquara

Orientadora: Elaine Maria Sgavioli Massucato

1. Patologia bucal. 2. Diagnóstico. 3. Prevalência. 4. Boca. 5.
Epidemiologia. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca do
Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia, Araraquara.
Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

Carolina da Silva Nunes

**Perfil epidemiológico de um Serviço de Medicina Bucal: estudo retrospectivo
de 17 anos**

Comissão julgadora

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ciências Odontológicas

Presidente e orientadora: Prof^a. Dr^a. Elaine Maria Sgavioli Massucato

2º Examinador: Prof^a. Dr^a. Cláudia Maria Navarro

3º Examinador: Prof^a. Dr^a. Ana Carolina Prado Ribeiro e Silva

Araraquara, 07 de março de 2024.

DADOS CURRICULARES

Carolina da Silva Nunes

NASCIMENTO: 16 de abril de 1994 – Terra Roxa – São Paulo.

FILIAÇÃO: Maria Antônia da Silva Nunes e Pascoal Caio Nunes.

2014/2017: Bacharelado em Odontologia pelo Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos (UNIFEB).

2017/2017: Aperfeiçoamento em Cirurgia Bucomaxilofacial pela Associação Paulista de Cirurgiões-dentistas (APCD).

2017/2017: Atualização em endodontia pela Associação Paulista de Cirurgiões-dentistas (APCD).

2018/2020: Residência multiprofissional em Odontologia pelo Hospital de Amor de Barretos.

2022/atual: Pós-graduação em Ciências Odontológicas, área de Diagnóstico e Cirurgia pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araraquara (FOAr).

Dedico este trabalho ao Serviço de Medicina Bucal da Faculdade de Odontologia de Araraquara (FOAr-UNESP) e espero que as informações aqui contidas possam auxiliar novos trabalhos e impulsionar novas pesquisas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por jamais ter me desamparado, mesmo nos momentos que eu não fui sua melhor filha, mesmo quando eu já não tinha mais forças para agradecer ou pedir ajuda, ele sempre esteve lá, à frente de tudo, e me guiou quando eu estava na escuridão e não conseguia enxergar. Mesmo falhando na minha fé ele nunca me desamparou. E, se hoje eu consegui concluir esta etapa, foi porque eu me agarrei no mínimo de força e fé que tive, e ele, na sua infinita misericórdia, simplesmente me deu tudo o que eu precisava.

Aos meus pais, que nunca mediram esforços para que eu pudesse realizar um sonho, que sempre me incentivaram a estudar, que me mostraram que a educação é o melhor caminho.

À minha orientadora, Prof.^a Elaine, não tenho palavras que possam descrever minha gratidão à sua orientação, por toda sua paciência e compreensão nos momentos que mais precisei.

Ao Gabriel, meu namorado, que me acompanhou em muitas viagens até Araraquara, me ensinou a dirigir na estrada e em uma cidade maior que a minha, e esteve comigo me dando todo suporte emocional que precisei.

Aos meus colegas, Deborah e Héric, que me acompanharam nessa caminhada. Sofremos, rimos, estudamos, pesquisamos, viajamos e apresentamos vários trabalhos juntos. Sem o apoio de vocês com certeza o mestrado não teria sido o mesmo.

Às Professoras Andreia e Cláudia, por todos os ensinamentos, sorrisos e paciência.

À Marcela e sua família, que me abrigaram tantas vezes em Araraquara, como se eu fosse parte de sua família, e me deram todo o apoio que precisei.

A todos os funcionários da FOAr, que se empenham e dão o melhor de si, tornando possível que a universidade seja uma das mais conceituadas no país, e tornando possível a realização deste trabalho.

Nunes CS. Perfil epidemiológico de um Serviço de Medicina Bucal: estudo retrospectivo de 17 anos [dissertação de mestrado]. Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2024.

RESUMO

Os estudos de epidemiologia de lesões bucais, são essenciais para que se estabeleça causa, prevalência, incidência e correlações com condições sistêmicas, hábitos e vícios, aspectos demográficos e geográficos em diversas regiões, tanto no Brasil como no mundo. O Serviço de Medicina Bucal (SMB) da Faculdade de Odontologia de Araraquara (FOAr) – Unesp é um centro de referência em atendimento estomatológico de todo Departamento Regional de Saúde III (DRSIII), concentrando uma grande quantidade de diagnósticos de patologias bucais, sendo os dados epidemiológicos levantados neste estudo essenciais para se traçar um perfil epidemiológico. Este estudo tem como objetivo estabelecer um perfil epidemiológico da população atendida em um serviço de medicina bucal, e descrever a frequência de patologias orais diagnosticadas. Este é um estudo observacional transversal retrospectivo onde foram analisados os prontuários com as fichas clínicas dos pacientes atendidos no SMB da FOAr – UNESP no período de 1999 a 2016, perfazendo um total de 8955 prontuários. Os dados foram coletados por meio do Google formulários, e os dados obtidos foram tabulados em planilhas no Google planilhas. Posteriormente, o aplicativo Epi Info 7 e o Microsoft Excel foram utilizados para a análise de dados. Foram coletadas informações referentes às características demográficas dos pacientes, história médica, uso de medicamentos, hábitos/vícios, diagnóstico, localização da patologia e ano de diagnóstico. Dentre os 8.955 prontuários, 114 foram excluídos por não estarem de acordo com os critérios de inclusão, dessa forma, foram coletados dados referentes à 8.841 prontuários, que somaram 14.996 patologias orais, sendo 1,7 patologias por paciente atendido. O grupo com a maior prevalência foi o de patologias epiteliais, seguido pelas doenças infecciosas. E as patologias mais frequentes foram a candidose oral, fibroma traumático/ hiperplasia fibrosa inflamatória e queilite actínica. Esses resultados destacam a importância da vigilância epidemiológica e da compreensão do perfil dos pacientes atendidos no SMB para a implementação de estratégias de prevenção e tratamento adequado das patologias orais, contribuindo assim para a melhoria da saúde bucal da população atendida.

Palavras – chave: Patologia bucal. Diagnóstico. Prevalência. Boca. Epidemiologia.

Nunes CS. Epidemiological profile of an oral medicine service: a 17-year retrospective study [dissertação de mestrado]. Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2024.

ABSTRACT

Epidemiological studies play a crucial role in establishing the cause, prevalence, incidence, and correlations of oral lesions with systemic conditions, habits, and addictions, as well as demographic and geographic aspects in various regions worldwide, including Brazil. The Oral Medicine Service (SMB) at the Faculty of Dentistry of Araraquara (FOAr) – Unesp is a highly regarded reference center for stomatological care in the Regional Health Department III (DRSIII). With its expertise in diagnosing a large number of oral pathologies, the epidemiological data collected in this study are crucial for creating an accurate epidemiological profile. This study aims to establish an epidemiological profile of the population served in an oral medicine service, and describe the frequency of diagnosed oral pathologies. This retrospective cross-sectional observational study analyzed the medical and clinical records of 8.955 patients treated at FOAr - UNESP SMB from 1.999 to 2.016. The data was collected using Google Forms and tabulated in Google Spreadsheets. The data analysis was performed using the Epi Info 7 application and Microsoft Excel. The collected information includes patients' demographic characteristics, medical history, medication use, habits, diagnosis, location of the pathology, and year of diagnosis. Out of the 8.955 medical records, 114 were excluded for not meeting the inclusion criteria. Therefore, data was collected from 8.841 medical records, which included a total of 14.996 oral pathologies, averaging 1.7 pathologies per treated patient. Epithelial pathologies had the highest prevalence, followed by infectious diseases. The most common pathologies were oral candidiasis, traumatic fibroma/inflammatory fibrous hyperplasia, and actinic cheilitis. These results highlight the importance of epidemiologic surveillance and understanding the profile of patients treated at SMB in order to implement strategies for prevention and appropriate treatment of oral pathologies, thus contributing to improving the oral health of the population served.

Keywords: Pathology, Oral. Diagnosis. Prevalence. Mouth. Epidemiology.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 PROPOSIÇÃO.....	12
3 REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1 Epidemiologia.....	13
3.2 Epidemiologia e Patologias Orais.....	14
3.2.1 Diagnóstico das patologias orais	15
3.3 Principais Patologias Orais	16
3.3.1 Anomalias do desenvolvimento.....	16
3.3.2 Doenças do periápice e cistos odontogênicos inflamatórios.....	17
3.3.3 Doenças infecciosas.....	17
3.3.4 Lesões traumáticas.....	18
3.3.5 Doenças alérgicas e imunológicas	19
3.3.6 Patologias epiteliais.....	19
3.3.7 Patologias de glândulas salivares	22
3.3.8 Neoplasias de tecidos moles	23
3.3.9 Patologias ósseas.....	24
4 MATERIAL E MÉTODO.....	27
4.1 Caracterização do Estudo	27
4.2 Critérios de Inclusão e Exclusão	27
4.3 Coleta de Dados	27
4.4 Análise Estatística	29
5 RESULTADO.....	30
6 DISCUSSÃO.....	38

7 CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS	43
ANEXO A – PARECER DO CEP.....	47

1 INTRODUÇÃO

A epidemiologia é o campo dedicado à investigação da distribuição e dos determinantes dos eventos ou padrões de saúde em populações específicas. A aplicação dos estudos epidemiológicos não apenas visa controlar problemas de saúde, mas também proporciona uma perspectiva para compreender a prevalência, extensão e gravidade das doenças em diferentes populações estudadas^{1,2}.

Diversos estudos foram publicados relacionados à epidemiologia de lesões bucais, porém ainda são poucos, quando comparados aos estudos referentes a doença cárie e doença periodontal. Esses estudos são essenciais para que se estabeleça causa, prevalência, incidência e correlações com condições sistêmicas, hábitos e vícios, aspectos demográficos e geográficos em diversas regiões, tanto no Brasil como no mundo³⁻⁷.

As lesões da mucosa oral podem ser definidas como qualquer alteração de cor, superfície, volume, ou perda de integridade. Podem interferir negativamente na qualidade de vida do indivíduo, afetando a fala, mastigação, deglutição, fonação e na socialização do indivíduo, com sintomas como dor, queimação e irritação. Apresentam etiologia variada, podendo surgir desde um trauma constante na mucosa, até pela infecção de agentes biológicos, como vírus, bactérias e fungos^{7,8}.

O diagnóstico e o tratamento das lesões que acometem a cavidade bucal fazem parte dos cuidados em saúde bucal, e nas últimas décadas a abordagem do paciente evoluiu muito, passando para uma visão mais ampla que compreende além da alteração local, considerando também seu impacto sistêmico⁹.

Ao contrário de outras partes do corpo humano, a cavidade bucal oferece um bom acesso para o exame clínico. Dessa forma, lançar mão da inspeção visual e da palpação pode auxiliar o clínico a chegar a um diagnóstico preciso. Porém, um grande número de lesões que se manifestam na região orofacial exige análise microscópica para confirmação diagnóstica, sendo a biópsia e a análise histopatológica o padrão ouro para diagnóstico da maioria dos processos patológicos da cavidade bucal¹⁰⁻¹².

O Serviço de Medicina Bucal da Faculdade de Odontologia de Araraquara – Unesp é um centro de referência em atendimento estomatológico da região, recebendo pacientes referenciados de toda Departamento Regional de Saúde (DRSIII), que abrange 24 municípios, além de receber pacientes de outras regiões,

concentrando uma grande quantidade de diagnósticos de lesões bucais para onde se direciona este estudo. Sendo assim, os dados epidemiológicos levantados neste estudo podem ser importantes para que se trace um perfil epidemiológico dessas lesões.

2 PROPOSIÇÃO

Este estudo tem como objetivo estabelecer um perfil epidemiológico da população atendida em um serviço de medicina bucal e descrever a frequência de patologias orais diagnosticadas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A presente revisão de literatura aborda o estado atual do conhecimento em relação à epidemiologia das patologias orais, e se propõe a sintetizar e analisar criticamente as descobertas mais recentes, destacando lacunas no entendimento atual, e identificando tendências emergentes e suas implicações práticas e teóricas.

3.1 Epidemiologia

A epidemiologia é o estudo da ocorrência e distribuição de eventos de saúde em populações específicas, abrangendo os determinantes que influenciam esses processos. Embora seja dirigida às populações, compreende um espectro que vai desde as moléculas até as pessoas. Com o passar dos anos, a epidemiologia sofreu uma evolução, que veio destacar o quanto a área é abrangente, englobando além dos determinantes, o controle, a prevenção e a distribuição de problemas de saúde em populações¹³.

Essa evolução da epidemiologia se deu em resposta às transformações sociais e ao surgimento de novas doenças, e sustentou a relevância e utilidade da epidemiologia como uma ferramenta essencial para identificar e compreender doenças e eventos de saúde¹⁴.

A pesquisa epidemiológica adota uma abordagem empírica, centrando-se na coleta sistemática e quantificação de dados relacionados a eventos de saúde em uma população específica. Seu propósito principal é descrever a frequência, distribuição, padrões e tendências temporais dos eventos de saúde, com o objetivo de compreender ou explicar esses fenômenos em populações ou subpopulações específicas. Além disso, busca intervir e modificar aspectos relevantes para aprimorar a saúde pública¹.

Tanto leigos quanto profissionais de saúde têm interesse em avaliar a evolução da epidemiologia, a eficácia das atividades de prevenção, o impacto dos tratamentos na sobrevivência dos pacientes e a adequação das políticas de saúde. Os estudos epidemiológicos, independentemente de sua sofisticação, têm consistentemente contribuído para fornecer respostas a essas questões. As respostas, em geral, são fundamentadas em medidas de frequência, sendo a prevalência uma medida muito

utilizada, que reflete a ocorrência de casos de uma doença em um momento específico, em contraste com a dinâmica do processo de adoecimento¹.

3.2 Epidemiologia e Patologias Orais

Identificar a frequência de lesões diagnosticadas na cavidade bucal é essencial para a compreensão dos padrões da doença dentro de determinada população e capacita o clínico quanto as lesões ou doenças que existem maior probabilidade de que ele encontre em sua prática. Os estudos epidemiológicos fornecem uma visão ampla para que se estabeleça causa, prevalência, incidência e correlações com condições sistêmicas, hábitos e vícios, além de ser uma das principais ferramentas para o diagnóstico^{3,15,16}.

As prevalências de lesões podem variar em diferentes populações, o que pode ser explicado pelo protocolo de estudo, método de seleção dos indivíduos, idade, sexo, local do estudo, condição estudada, características sociodemográficas, cultura de determinadas regiões que podem influenciar hábitos e vícios, e os fatores de risco associados com a população estudada^{8,17}.

Em um estudo de prevalência realizado em uma clínica de estomatologia de uma universidade no Rio de Janeiro, foram diagnosticadas 1,3 lesões para cada paciente participante da pesquisa. Esse resultado evidencia uma elevada prevalência de lesões que acometem a cavidade bucal e o clínico deve estar capacitado para diagnosticar essas lesões, ou pelo menos saber detectar a alteração para encaminhar ao profissional capacitado para o diagnóstico. Dessa forma, estudos deste tipo são de suma importância para o estabelecimento de um perfil epidemiológico de lesões e doenças bucais no Brasil³.

Em um trabalho realizado por Mathew et al.⁶ no sul da Índia, com objetivo de analisar a prevalência de patologias orais, podemos verificar entre as patologias mais frequentes a fibrose submucosa e a mucosa dos mascadores de betel, alterações geralmente encontradas nesta região, devido a um fator cultural associado ao hábito de mascar *betel quid* ou sachê de betel. No entanto, quando analisamos estudos realizados no México, Nova Zelândia e Brasil essas patologias não são observadas, reforçando que a prevalência das patologias orais pode variar de acordo com a população estudada^{3,4,10}.

O conhecimento dos fatores de risco também exerce grande influência nos estudos epidemiológicos. De acordo com Domingo et al.⁵ que estudaram a prevalência de tumores benignos da mucosa oral, pacientes com higiene oral inadequada ou que não realizavam higienização apresentaram maior prevalência sobre lesões reativas como o granuloma piogênico e a lesão de células gigantes periférica. Ainda neste estudo, também foi encontrada uma relação entre o uso de próteses não ajustadas com o desenvolvimento de hiperplasia fibrosa inflamatória.

Além disso, um fator de risco bastante conhecido, e que está relacionado ao desenvolvimento de patologias na cavidade oral, é o uso do tabaco e do álcool. Várias patologias orais foram descritas tendo ambos como fatores de risco, principalmente as desordens potencialmente malignas orais (DPMOs) e o câncer de cavidade oral¹⁸.

Por mais que a Organização Mundial da Saúde (OMS) tenha encorajado a realização de estudos epidemiológicos, poucas pesquisas de grande escala foram publicadas, principalmente no Brasil. Cada pesquisa apresenta suas especificidades e importância no estudo epidemiológico das patologias orais, e os estudos realizados em clínicas de universidades de odontologia são um modelo indicativo do que o cirurgião-dentista irá encontrar em sua prática clínica diária^{4,19}.

3.2.1 Diagnóstico das patologias orais

A cavidade bucal é a porta de entrada para o organismo humano e por meio dela, a mucosa bucal mantém íntimo contato com alimentos, microrganismo e agentes irritantes tanto químicos quanto físicos, que podem tornar o ambiente susceptível ao desenvolvimento de condições reativas, inflamatórias, infecciosas, imunomediadas e neoplásicas. Estabelecer um diagnóstico correto é imprescindível para o tratamento adequado do paciente^{20,21}.

O diagnóstico e tratamento de lesões bucais faz parte dos cuidados em saúde bucal e nas últimas décadas essa abordagem evoluiu para uma visão mais ampla das doenças, distúrbios e condições que afetam o complexo bucomaxilofacial e não só do elemento dental. O diagnóstico das lesões bucais é uma parte vital da prática odontológica, podendo ser bastante desafiador^{9,22}.

A cavidade bucal, ao contrário de outras partes do corpo humano, oferece um bom acesso para o exame clínico. Existe uma gama patologias bucais que se assemelham umas às outras, e a aparência da patologia pode fornecer informações

diagnósticas valiosas. Dessa forma, lançar mão da inspeção visual e da palpação pode auxiliar o clínico a chegar a um diagnóstico preciso. Além disso, suas características clínicas muitas vezes são suficientes para um diagnóstico definitivo¹⁰⁻¹².

No entanto, é recomendado que todo tecido com aspectos clínicos de anormalidade seja biopsiado e enviado a análise histopatológica, o que irá confirmar a hipótese diagnóstica ou refinar o diagnóstico prévio. A biópsia e a análise histopatológica representam o padrão ouro para o diagnóstico de processos patológicos da cavidade bucal, e suas indicações incluem lesões com suspeita de malignidade, lesões persistentes que não respondem ao tratamento ou de etiologia incerta, e confirmação do diagnóstico clínico^{12,23}.

3.3 Principais Patologias Orais

A região orofacial pode ser afetada por diversas patologias, abrangendo mucosa oral, pele e tecido ósseo. Estas incluem lesões epiteliais, neoplasias, doenças ósseas, cistos, tumores odontogênicos, lesões traumáticas, imunológicas, manifestações de doenças sistêmicas e dermatológicas. Essas condições causam transtornos nas atividades diárias, como interferência na alimentação, dor e assimetria facial. Por outro lado, algumas variantes normais da mucosa oral não causam danos, mas podem ser erroneamente diagnosticadas como patologias²⁴.

3.3.1 Anomalias do desenvolvimento

As anomalias do desenvolvimento compreendem um conjunto de alterações que incluem variações na anatomia normal da cavidade oral, desprovidas de riscos, bem como síndromes que acometem o complexo buco-maxilo-facial, cistos do desenvolvimento e outras anomalias congênicas raras²⁵.

Diversos pesquisadores conduziram estudos sobre a prevalência de patologias bucais, abrangendo as anomalias do desenvolvimento. Nestas investigações, destaca-se uma significativa ocorrência de variações da normalidade afetando a cavidade oral. Em sua pesquisa, Oivio et al¹⁷. identificaram uma prevalência de 18,2% de tais variações, destacando-se grânulos de Fordyce, língua fissurada, língua geográfica e língua pilosa como as mais frequentes.

3.3.2 Doenças do periápice e cistos odontogênicos inflamatórios

As lesões periapicais são consideradas uma resposta de defesa imunológica do hospedeiro para evitar a disseminação de infecções bacterianas do canal radicular para os tecidos circundantes. Com maior frequência, essas lesões se apresentam na forma de granulomas apicais. Algumas citocinas pró-inflamatórias podem como fatores de crescimento para células derivadas dos restos epiteliais de Malassez, contribuindo, assim, para a formação de cistos radiculares.

Os cistos odontogênicos inflamatórios são assim chamados por se desenvolverem a partir de processos inflamatórios periapicais, muitas vezes estão associados a dentes não vitais. De acordo com a última classificação da OMS, os cistos odontogênicos inflamatórios são os cistos radicular ou periapical e o cisto colateral ou paradental¹⁸.

3.3.3 Doenças infecciosas

A cavidade oral é colonizada por uma vasta diversidade de microrganismos, totalizando mais de 700 espécies, que incluem bactérias, vírus, fungos e, em alguns casos, protozoários. Geralmente, esses microrganismos coexistem harmoniosamente com o hospedeiro; entretanto, qualquer modificação imunológica ou direta no ambiente pode propiciar a proliferação de determinados microrganismos, desencadeando assim um processo infeccioso²⁶.

As infecções bacterianas mais frequentes na cavidade oral são a cárie dentária e a doença periodontal. Entretanto, outras infecções bacterianas podem surgir de infecções sistêmicas com manifestação na cavidade oral, ou devido a proliferação local de bactérias. As infecções bacterianas que podem acometer a cavidade oral e a região perioral são: sífilis, infecções estreptocócicas, impetigo, hanseníase, tuberculose e actinomicose^{25,27}.

De maneira geral, se apresentam com sinais como dor de cabeça, mal-estar, náusea, febre, dor e aumento dos gânglios linfáticos. Contudo, em infecções localizadas, sinais e sintomas sistêmicos podem não ser observados, e na cavidade oral são frequentemente identificadas por meio de ulcerações ou áreas eritematosas²⁷.

Na cavidade oral, as infecções virais em sua grande maioria, são representadas pelas infecções pelo herpes vírus humano (HHV), no entanto, podemos ter manifestações de outras doenças sistêmicas virais como do vírus da imunodeficiência humana (HIV), que pode causar patologias secundárias na cavidade oral. A família dos herpes vírus possui oito tipos de vírus identificados, o herpes simplex tipo 1 e tipo 2 (HHV ou HSV 1 e 2), varicela zoster (HHV-3 ou VZV), Epstein-barr (HHV-4 ou EBV), citomegalovírus (HHV-5 ou CMV), e os tipos identificados mais recentemente, que são HHV-6, 7 e 8²⁵.

Todos os HHVs produzem uma infecção primária no organismo humano e posteriormente passam para um estado de latência, podendo ser reativado em momentos de queda da defesa imunológica, e causar novas lesões. As lesões causadas pelos HHVs em sua maioria são caracterizadas pela presença de vesículas ou bolhas, que se rompem e formam ulcerações. Na cavidade oral são comumente encontradas lesões causadas pelo HSV-1²⁵.

Existem uma gama de lesões que podem ser causadas por fungos na cavidade oral, como: candidose, paracoccidioidomicose, blastomicose, aspergilose, mucormicose e histoplasmose. A infecção fúngica mais comum na cavidade oral é a candidose, causada pelo fungo *Candida spp.* Acomete geralmente indivíduos em extremos de idade, aqueles que fazem uso de próteses removíveis, e imunocomprometidos. A candidose oral pode exibir vários padrões clínicos, dentre eles: pseudomembranoso, eritematoso, hiperplásico, mucocutâneo, queilite angular e glossite romboide mediana²⁵.

3.3.4 Lesões traumáticas

As lesões traumáticas que afetam a cavidade oral são, geralmente, resultantes de fatores físicos e químicos, podendo manifestar-se como espessamento epitelial, eritema, ulcerações e alterações na coloração da mucosa. Entre as lesões comuns nesse contexto, incluem-se ulcerações traumáticas, queimaduras, mucosa mordiscada, equimoses e hematomas, tatuagem por amálgama e melanose decorrente do uso do tabaco²⁵.

Fazem parte desta categoria também as complicações causadas pela terapia antineoplásica, como a mucosite quimio e radioinduzida, osteonecrose pelo uso de

antirreabsortivos, osteorradionecrose, disgeusia ou hipogeusia, xerostomia/hipossalivação e algumas anomalias do desenvolvimento²⁵.

3.3.5 Doenças alérgicas e imunológicas

As lesões imunomediadas na cavidade oral representam um grupo diversificado de condições patológicas influenciadas por respostas imunológicas desreguladas. Estas condições resultam de respostas imunológicas hiperativas direcionadas contra componentes próprios do tecido oral. Essas lesões podem abranger uma variedade de diagnósticos, incluindo doenças autoimunes como líquen plano oral, pênfigo vulgar, pênfigo paraneoplásico, penfigóide benigno das mucosas, penfigóide bolhoso, eritema multiforme, lupus eritematoso, psoríase, síndrome de Behçet e doença do enxerto *versus* hospedeiro²⁵.

Já as doenças alérgicas que afetam a cavidade oral abrangem condições como alergias alimentares, a medicamentos e reações alérgicas locais. Manifestações orais de alergias alimentares podem incluir os sintomas a seguir: edema labial, eritema, lesões vesiculares e prurido, muitas vezes associados a alimentos específicos. A alergia a medicamentos pode resultar em reações orais variadas, desde erupções cutâneas até manifestações graves. Além disso, a hipersensibilidade a componentes odontológicos, como metais em restaurações dentárias, pode desencadear reações alérgicas localizadas na cavidade oral²⁸.

O diagnóstico preciso dessas lesões requer avaliação clínica, histopatológica e, em alguns casos, exames imunológicos. O manejo clínico dessas condições geralmente envolve terapias imunossupressoras para modular a resposta imunológica e controlar as manifestações orais, para as lesões imunomediadas, e a eliminação do alérgeno desencadeante, medicamentos antialérgicos e, em casos graves, intervenções de emergência, para as reações alérgicas²⁸.

3.3.6 Patologias epiteliais

Lesões brancas também são relativamente comuns na cavidade oral e geralmente ocorrem alterações secundárias ao espessamento do epitélio com acúmulo de queratina, detritos epiteliais, descamação, redução da vascularização submucosa, exsudato fibrinoso que recobre uma úlcera ou colônias fúngicas^{29,30}.

Apresentam variadas etiologias, sendo as mais comuns de origem infecciosa, imunológica, neoplásica, hereditária ou traumática^{29,31}.

Várias condições que afetam a mucosa oral e se apresentam morfologicamente em forma de manchas ou placas brancas ou branco-acinzentadas, destacáveis ou não, são agrupadas entre as lesões brancas. Em sua maioria, não oferecem risco, e requerem apenas um diagnóstico definitivo e acompanhamento regular. No entanto, uma parte dessas lesões pode oferecer riscos, devido ao seu potencial de malignidade, as chamadas DPMOs, o que inclui a leucoplasia verrucosa proliferativa, o líquen plano e a fibrose submucosa³².

As DPMOs são um grupo de condições que podem preceder o desenvolvimento de um carcinoma de células escamosas oral (CEC), sejam elas alterações clinicamente detectáveis ou alterações moleculares em uma mucosa normal. Até o ano de 2017 eram consideradas as seguintes condições: eritroplasia, eritroleucoplasia, leucoplasia oral, leucoplasia verrucosa proliferativa (LVP), fibrose submucosa, disqueratose congênita, queratose do tabaco sem fumaça, lesões palatinas associadas ao fumo invertido, líquen plano oral, lupus eritematoso, disqueratose congênita, epidermólise bolhosa e queilite actínica. Após 2017, surgiram evidências de outras condições que também apresentam potencial de malignidade, sendo elas: candidose crônica hiperplásica, lesões liquenoides orais, hiperplasia verrucosa exofítica e a doença do enxerto versus hospedeiro^{18,33}.

Como mencionado anteriormente, as diferentes formas de uso do tabaco e o consumo crônico de bebidas alcoólicas são considerados os maiores fatores de risco para o desenvolvimento dessas patologias. O diagnóstico e tratamento correto fazem parte dos cuidados preventivos para o desenvolvimento do câncer bucal³².

As diferenças culturais podem influenciar a prevalência dessas lesões em diversas regiões no mundo. A eritroplasia e a leucoplasia são lesões comumente encontradas nos países ocidentais, já a fibrose submucosa é mais comum nas populações asiáticas, que fazem uso de tabaco sem fumaça e da noz de areca. A queilite actínica está associada a constante exposição à radiação solar, portanto, é reportada, principalmente nos países tropicais, afetando principalmente homens brancos que trabalham ao ar livre³⁴.

O diagnóstico das DPMOs pode ser realizado de acordo com o histórico do indivíduo, avaliação clínica e confirmação de alterações epiteliais na análise histopatológica. Dentre as alterações epiteliais, a displasia epitelial constitui um

marcador preditivo para determinar o potencial maligno de uma patologia, e pode ser definida como modificações arquitetônicas e citológicas no epitélio, causadas por um acúmulo de alterações genéticas^{18,32}.

A displasia epitelial pode ser classificada em leve, moderada e severa, de acordo com o grau de atipia celular. As lesões avermelhadas como eritroplasia e eritroleucoplasia estão associadas a graus mais elevados de displasia epitelial do que as lesões brancas, sendo assim, as lesões com áreas avermelhadas apresentam maior risco de transformação maligna. Em alguns casos, quando há displasia celular moderada e severa, a taxa de transformação maligna pode ser superior a 36%³⁵.

O CEC é originário do epitélio da mucosa oral. Constitui a neoplasia maligna mais prevalente na cavidade bucal e geralmente é precedido por distúrbios potencialmente malignos, já descritos anteriormente. É mais comum em homens do que em mulheres, e na maioria dos casos afeta pessoas acima dos 50 anos de idade, embora tenha apresentado nos últimos anos um aumento significativo em pessoas abaixo dos 45 anos de idade^{18,36}.

Em orofaringe, o CEC geralmente apresenta-se em estágios mais avançados devido à sua capacidade de crescer sem ser detectado. As queixas mais comuns incluem a presença de uma massa cervical, dor de garganta e disfagia. Um dos fatores de risco para o desenvolvimento deste carcinoma na orofaringe é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV), especificamente pelo tipo 16³⁷.

Os fatores de risco para o desenvolvimento do CEC são os mesmos descritos para as distúrbios potencialmente malignos orais, e incluem o uso do tabaco (tanto fumo, quanto sem fumaça), ingestão de bebidas alcoólicas, consumo de *betel quid* e exposição à radiação solar. O tratamento para este tipo de carcinoma engloba a remoção cirúrgica da patologia, com 1 a 2 centímetros de margem de segurança, e esvaziamento cervical, além de radioterapia e quimioterapia, sempre de acordo com o estadiamento tumoral^{38,39}.

Outras patologias que fazem parte das alterações epiteliais incluem as lesões pigmentadas, que se manifestam por meio de manchas ou placas escurecidas, devido à pigmentação melânica ou devido a processos patológicos causados por transtornos locais ou sistêmicos. A prevalência das lesões pigmentadas da mucosa bucal compreende menos de 2% de todos os diagnósticos bucais. No estudo realizado por Albuquerque et al.⁴⁰ no Brasil, de 77.074 espécimes recebidos para análise

histopatológica, menos de 1% representavam lesões pigmentadas da mucosa bucal^{31,40}.

As lesões causadas pelo papilomavírus humano (HPV) também estão no grupo de patologias epiteliais. O vírus possui um certo tropismo pelo epitélio pavimento, podendo infectar tanto a mucosa quanto a pele. As lesões benignas causadas pelo HPV compreendem: o papiloma escamoso, a verruga vulgar, o condiloma acuminado e a hiperplasia epitelial focal⁴¹.

3.3.7 Patologias de glândulas salivares

Na cavidade bucal existem três pares de glândulas salivares maiores: parótida, submandibular e sublingual e milhares de glândulas salivares menores. Essas glândulas são responsáveis pela produção de saliva, que desempenha várias funções na cavidade bucal, dentre elas, manter a mucosa íntegra e saudável. Existe uma gama de lesões que podem afetar as glândulas salivares, dentre elas anomalias do desenvolvimento, condições inflamatórias e infecciosas, obstrutivas, imunológicas e neoplásicas³¹.

Geralmente as doenças que acometem as glândulas salivares apresentam como sintomatologia principal dor, inchaço ou boca seca, além de sintomas locais e sistêmicos de infecções. Em muitos casos o exame clínico pode proporcionar um diagnóstico definitivo, contudo, algumas lesões exigem biópsia e análise histopatológica para confirmação diagnóstica⁴².

Não é indicado que se realize biópsias incisionais em glândulas salivares maiores, principalmente na glândula parótida, devido a possibilidade de lesão do nervo facial, que anatomicamente está em íntimo contato com a glândula, além da possibilidade de infecção e surgimento de fístulas salivares. Recomenda-se que biópsia seja realizada por punção aspirativa por agulha fina (PAAF)⁴².

Existem várias patologias associadas às glândulas salivares, incluindo inflamações, também chamadas de sialadenites, cálculos salivares ou sialólitos, xerostomia/hipossalivação, lesões traumáticas, como os fenômenos de extravasamento de muco, mucocèle e rânula, infecções e neoplasias benignas e malignas²⁵.

3.3.8 Neoplasias de tecidos moles

As neoplasias ou tumores são considerados crescimentos teciduais independentes, sem coordenação, capazes de se proliferar de maneira ilimitada e não regredem após a remoção de uma possível causa. As neoplasias benignas apresentam crescimento lento, progressivo e limitado, não são invasivas, não produzem metástases, as recidivas são raras, e normalmente não afetam a saúde geral do paciente. Histologicamente apresentam pouca mitose e alta diferenciação celular^{5,31}.

No estudo realizado por Allon et al.¹⁶, dentre os tumores benignos os mais prevalentes foram lipoma (27,4%), hemangioma (23,3%) e tumores de glândulas salivares (16,5%), sendo a língua, mucosa labial e mucosa jugal as localizações mais frequentes.

As lesões hiperplásicas reativas, também fazem parte das neoplasias de tecidos moles, são frequentemente encontradas na cavidade bucal e se caracterizam por uma proliferação tecidual, comumente de origem inflamatória que se desenvolve em resposta a estímulos crônicos de baixa intensidade e longa duração, tais como cálculo dental, restaurações mal adaptadas, próteses mal ajustadas, elementos dentários fraturados, e impactação alimentar^{31,43}.

Essas lesões reativas desencadeiam uma resposta tecidual exagerada, podendo haver formação de tecido de granulação e ulcerações na superfície. Geralmente se apresentam como crescimentos de consistência flácida ou fibrosa, de coloração avermelhada ou da cor da mucosa, base séssil ou pediculada, ocorrendo em qualquer local da cavidade bucal, porém mais comumente encontradas na gengiva, local onde há maior exposição aos agentes irritantes^{44,45}.

Dentre as lesões que compõem essa categoria temos: granuloma piogênico, lesão central e periférica de células gigantes, hiperplasia fibroepitelial inflamatória, hiperplasia papilar inflamatória, fibromatose gengival hereditária, hiperplasias gengivais inflamatórias e aquelas induzidas por fármacos. A remoção cirúrgica e análise histopatológica são indicadas para o diagnóstico definitivo destas lesões para que se possa estabelecer um correto plano de tratamento, inclusive para se evitar recidivas^{31,45}.

3.3.9 Patologias ósseas

Existem várias patologias ósseas que podem afetar a região oral e maxilofacial, incluindo os ossos da mandíbula, maxila, seios paranasais e estruturas adjacentes. Essas patologias compreendem condições genéticas, distúrbios do metabolismo ósseo, lesões idiopáticas, lesões fibro-ósseas, neoplasias benignas e malignas, e se estendem também aos cistos odontogênicos e não odontogênicos do desenvolvimento e tumores odontogênicos e não odontogênicos²⁵.

Os distúrbios metabólicos mais comuns incluem: osteólise maciça e a doença de Paget do osso. Já as condições genéticas são caracterizadas pelas seguintes patologias: osteogênese imperfeita, osteopetrose, disostose cleidocraniana e querubismo. E, as lesões fibro-ósseas incluem: displasia fibrosa, displasia óssea, displasia óssea focal, displasia óssea periapical, displasia óssea florida e o fibroma ossificante²⁵.

Os cistos odontogênicos e não odontogênicos do desenvolvimento e os tumores odontogênicos e não odontogênicos estão dispostos no Quadro 1, de acordo com a última classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Quadro 1 – Relação de cistos odontogênicos e não odontogênicos do desenvolvimento, e tumores odontogênicos e não odontogênicos, de acordo com a OMS

Cistos odontogênicos e não odontogênicos do desenvolvimento
• Cisto dentígero
• Ceratocisto
• Cisto periodontal lateral ou cisto botrioide
• Cisto gengival
• Cisto odontogênico glandular
• Cisto odontogênico calcificante
• Cisto odontogênico ortoqueratinizado
• Cisto do ducto nasopalatino
Tumores odontogênicos e não odontogênicos
Tumores do epitélio odontogênico
• Ameloblastoma
• Tumor odontogênico escamoso
• Tumor odontogênico epitelial calcificante
• Tumor odontogênico adenomatoide
Tumores odontogênicos mistos
• Fibroma ameloblástico
• Tumor odontogênico primordial
• Odontoma
• Tumor dentinogênico de células fantasmas
Tumores mesenquimais
• Fibroma odontogênico
• Fibromixoma/mixoma odontogênico
• Cementoblastoma
• Fibroma cimento-ossificante

Fonte: El-naggar et al.¹⁸.

O diagnóstico preciso destas condições frequentemente requer uma combinação de exame clínico, imaginológicos e, na maioria dos casos, biópsia e análise histopatológica. O manejo terapêutico varia conforme a natureza da patologia, envolvendo desde tratamento medicamentoso até procedimentos cirúrgicos

complexos. Compreender a diversidade dessas patologias e suas características clínicas é fundamental para orientar estratégias de diagnóstico e tratamento eficazes no contexto da prática odontológica.

4 MATERIAL E MÉTODO

Este trabalho foi realizado mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araraquara (FOAr) - UNESP, sob o protocolo CAAE: 62338222.4.0000.5416 (ANEXO A).

4.1 Caracterização do Estudo

Este é um estudo observacional transversal retrospectivo onde foram analisados os prontuários com as fichas clínicas de pacientes atendidos no Serviço de Medicina Bucal da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP no período de 1999 a 2016, perfazendo um total de 8.955 prontuários. Todos os dados foram obtidos das informações incluídas nas fichas clínicas e outros documentos contidos nestes prontuários, sem qualquer contato com o paciente.

4.2 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos no estudo todos os prontuários entre os anos de 1999 a 2016. E, foram excluídos, apenas os prontuários e fichas clínicas ausentes.

4.3 Coleta de Dados

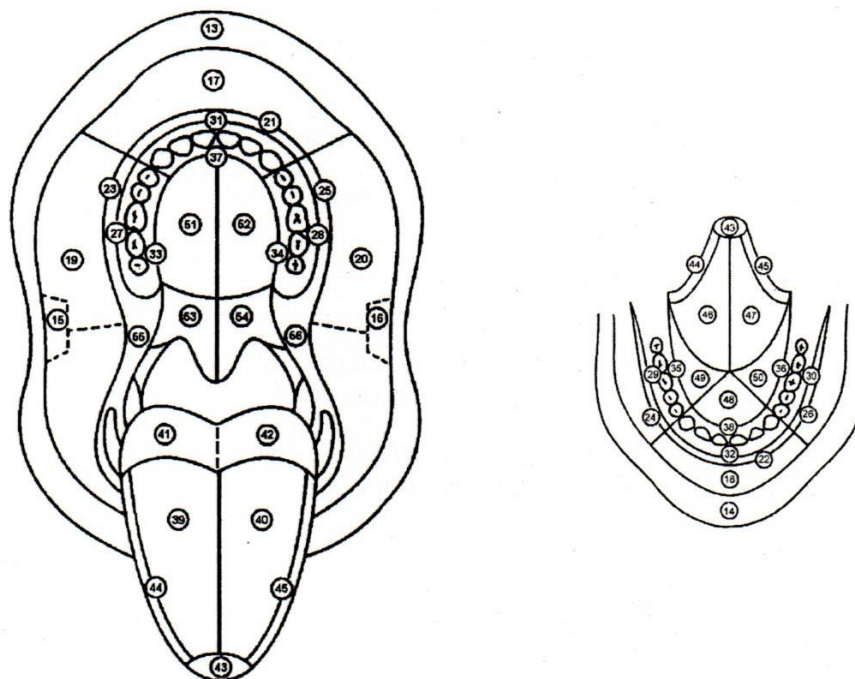
A coleta de dados foi realizada o Google formulários, um aplicativo de gerenciamento de pesquisas e posteriormente, os dados foram tabulados em planilhas no Google planilhas.

Foram coletadas informações referentes: às características demográficas dos pacientes, história médica, uso de medicamentos, hábitos e vícios, diagnóstico da patologia, localização e ano de diagnóstico.

Dentro das características demográficas foram coletadas informações referentes: ao sexo, idade e cor da pele. A localização das patologias foi identificada de acordo com a Classificação Topográfica da Cavidade Bucal da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Figura 1). As doenças ou alterações sistêmicas foram classificadas de acordo com os sistemas do corpo humano, em: (1) cardiovascular, (2) endócrino, (3) genito-urinário, (4) hematológico, (5) neurológico, (6) psiquiátrico,

(7) imunológico, (8) respiratório, (9) gastrintestinal, (10) musculoesquelético e (11) outro para as doenças que não se enquadravam em nenhuma dessas categorias.

Figura 1 - Classificação topográfica da cavidade bucal da Organização Mundial da Saúde (OMS)



Classificação topográfica da mucosa oral Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)					
Vermelhão do lábio	13) Superior	14) Inferior	Dorso da língua	39) Direito	40) Esquerdo
Comissura labial	15) Direito	16) Esquerdo	Base da língua	41) Direito	42) Esquerdo
Mucosa labial	17) Superior	18) Inferior	Ponta da língua	43) Ponta de língua	
Mucosa jugal	19) Direito	20) Esquerdo	Lateral de língua	44) Direito	45) Esquerdo
Sulco labial	21) Superior	22) Inferior	Face ventral de língua	46) Direito	47) Esquerdo
Sulco bucal direito	23) Superior	24) Inferior	Assoalho de boca	48) Frontal	
Sulco bucal esquerdo	25) Superior	26) Inferior	Assoalho de boca lateral	49) Direito	50) Esquerdo
Gengiva posterior superior ou rebordo alveolar	27) Direito	28) Esquerdo	Palato duro	51) Direito	52) Esquerdo
Gengiva posterior inferior ou rebordo alveolar	29) Direito	30) Esquerdo	Palato mole	53) Direito	54) Esquerdo
Gengiva anterior ou rebordo alveolar	31) Superior	32) Inferior	Pilar amigdaliano anterior	55) Direto	56) Esquerdo
Gengiva posterior superior ou rebordo alveolar - palatino	33) Direito	34) Esquerdo			
Gengiva posterior inferior ou rebordo alveolar - lingual	35) Direito	36) Esquerdo			
Gengiva anterior ou rebordo alveolar palatino - lingual	37) Superior	38) Inferior			

Fonte: World Health Organization⁴⁶.

Os medicamentos foram agrupados segundo a sua classe, em: (1) hipoglicemiantes, (2) insulina, (3) anticoncepcionais, (4) anti-hipertensivos, (5) anticoagulantes, (6) corticoides, (7) psiquiátricos, (8) anticonvulsivantes, (9) bisfosfonatos e antirreabsortivos. Além dessas, a opção “não soube relatar” foi utilizada quando o paciente não soube relatar os medicamentos que fazia uso.

Para o agrupamento das patologias, utilizou-se uma classificação adaptada da obra Patologia Oral & Maxilofacial²⁵, onde estas foram categorizadas em 14 grupos, a saber: (1) Defeitos do desenvolvimento; (2) Doenças do periápice (incluindo cistos odontogênicos inflamatórios); (3) Doenças periodontais; (4) Doenças infecciosas; (5) Lesões físicas e químicas (traumáticas); (6) Doenças alérgicas e imunológicas; (7) Patologia epitelial; (8) Patologia de glândulas salivares; (9) Neoplasias de tecidos moles; (10) Patologia óssea (incluindo cistos e tumores odontogênicos e não odontogênicos); (11) Dor facial e doenças neuromusculares; (12) Outros.

Na presença de mais que um diagnóstico clínico, foi considerado o primeiro que estava descrito nas fichas. As patologias que foram biopsiadas mais de uma vez, em regiões anatômicas diferentes e/ou em tempos diferentes, foram consideradas mais de uma vez na análise de dados. Patologias extensas, que atingiam mais de uma região anatômica, foram classificadas de acordo com sua localização principal, e para as patologias múltiplas, que acometiam mais de uma localização simultaneamente, foram consideradas todas as áreas afetadas.

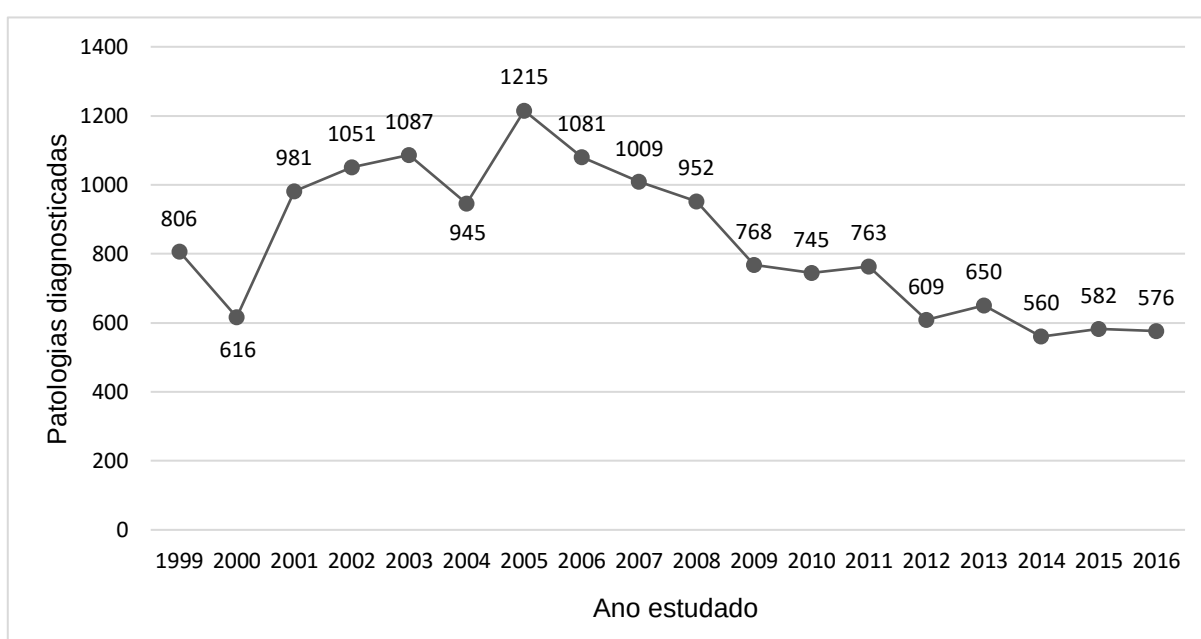
4.4 Análise Estatística

Para as análises dos dados, foram utilizados os aplicativos Epi Info 7 e Microsoft Excel. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, utilizando-se porcentagem para as variáveis qualitativas, intervalo de confiança em dados de prevalência, e média aritmética e desvio-padrão para as variáveis quantitativas.

5 RESULTADO

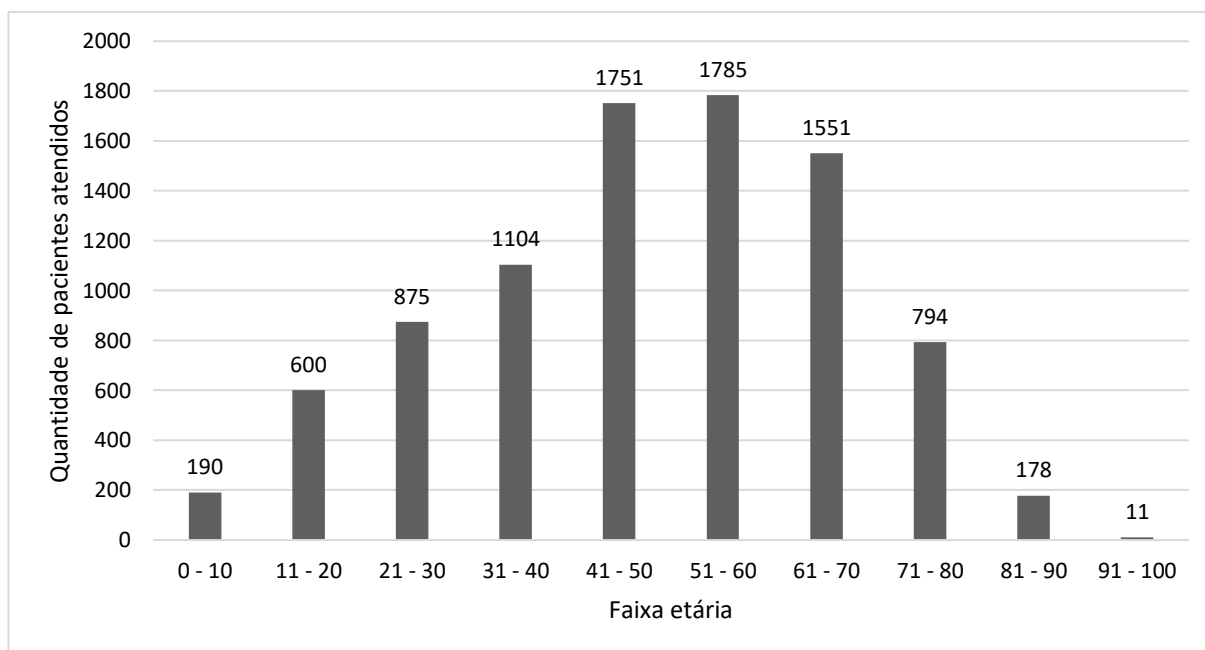
Foi analisado um total de 8.955 prontuários, sendo que 114 destes foram excluídos por não estarem de acordo com os critérios de inclusão, dessa forma, foram coletados dados referentes a um total de 8.841 prontuários, onde foram identificadas 14.996 patologias orais, sendo 1,7 patologias por paciente atendido. No gráfico 1, temos a distribuição das patologias diagnosticadas por ano de estudo.

Gráfico 1 - Distribuição de diagnósticos das patologias orais por ano estudado



Fonte: Elaboração própria.

A média de idade dos pacientes atendidos foi de 48,40 anos (desvio-padrão de 6,5). No gráfico 2, temos a distribuição de pacientes atendidos por faixa etária, onde podemos observar que a faixa etária de 41 a 70 foi a mais prevalente.

Gráfico 2 - Distribuição de pacientes atendidos por faixa etária

Fonte: Elaboração própria.

Os dados referentes ao sexo e cor da pele estão distribuídos na tabela 1, onde observamos maior prevalência de atendimentos de pacientes do sexo feminino e pessoas de etnia branca.

Tabela 1 - Distribuição do sexo e cor da pele dos pacientes atendidos

Variáveis	n	%	IC _{95%}	
			Li	Ls
Sexo				
Feminino	5.226	59,11	58,09	60,14
Masculino	3.611	40,84	39,82	41,87
Não informado	4	0,05	0,00	0,09
Cor da pele				
Branco	6.732	76,15	75,26	77,03
Pardo/ negro	865	9,78	9,16	10,40
Amarelo	28	0,32	0,20	0,43
Não informado	1.216	13,75	13,04	14,47
Total	8.841	100		

IC = Intervalo de confiança a 95%; Li= limite inferior; Ls= limite superior.

Fonte: Elaboração própria.

Com relação ao uso de medicamentos e doenças relatadas, temos na tabela 2 a distribuição percentual dos dados de maior prevalência. As demais categorias, devido à menor prevalência, foram agrupadas em “outros”. Nota-se uma maior prevalência no uso de medicamentos anti-hipertensivos, psiquiátricos e hipoglicemiantes, e de doenças cardiovasculares, gastrintestinais e endócrinas. Dentre as doenças endócrinas, vale ressaltar que 62,2% é representado pelo diabetes mellitus.

Tabela 2 - Distribuição de medicamentos em uso e doenças relatadas

Variáveis	%	IC _{95%}	
		Li	Ls
Medicamentos			
Não faz uso	33,98	33,13	34,83
Anti-hipertensivos	21,23	20,50	21,97
Psiquiátricos	11,35	10,78	11,92
Hipoglicemiantes	5,29	4,89	5,69
Anticoncepcionais	3,68	3,34	4,02
Anticoagulantes	3,50	3,17	3,83
Outros	19,97	19,25	20,69
Não souberam relatar	0,99	0,81	1,17
Doenças			
Não apresenta	28,77	27,98	29,57
Cardiovasculares	23,31	22,57	24,05
Gastrintestinais	10,85	10,30	11,37
Endócrinas	10,40	9,87	10,94
Musculoesqueléticas	6,94	6,50	7,39
Psiquiátricas	6,24	5,81	6,66
Outras	13,38	12,78	13,98
Não souberam relatar	0,10	0,05	0,16
Total	100		

IC = Intervalo de confiança a 95%; Li = limite inferior;
Ls= limite superior.

Fonte: Elaboração própria.

Na tabela 3 estão distribuídas as informações referentes aos hábitos e vícios. Mais de 37% relataram não ter nenhum hábito ou vício e mais de 18% eram ex-

tabagistas, e tabagistas. Dentro dessa distribuição, ainda temos aqueles que faziam uso concomitante de tabaco e álcool, representando 8,12%.

Tabela 3 - Distribuição de hábitos/ vícios relatados

Hábitos/ vícios	%	IC _{95%}	
		Li	Ls
Sem vícios	37,90	37,00	38,82
Ex-tabagista	18,49	17,77	19,23
Tabaco	18,34	17,62	19,08
Álcool	16,88	16,18	17,60
Ex-alcoolista	7,30	6,83	7,81
Outros	1,08	0,91	1,30
Total	100,00		

IC= Intervalo de confiança a 95%; Li= limite inferior; Ls= limite superior.

Fonte: Elaboração própria.

A língua foi a localização mais comum das patologias diagnosticadas, seguida pela gengiva/rebordo alveolar e palato duro. Na tabela 4, temos a distribuição de todos os locais da cavidade bucal e respectivas prevalências.

Tabela 4 - Distribuição das localizações das patologias

Localização	%	IC _{95%}	
		Li	Ls
Língua	21,31	20,72	21,9
Gengiva/ rebordo alveolar	17,21	16,67	17,75
Palato duro	16,49	15,96	17,03
Mucosa jugal	13,22	12,74	13,71
Lábio inferior	9,39	8,97	9,80
Mucosa labial	6,25	5,91	6,60
Comissura labial	4,90	4,59	5,21
Sulco labial/ bucal	3,76	3,48	4,03
Assoalho bucal	2,83	2,60	3,07
Palato mole	1,92	1,73	2,12
Lábio superior	1,88	1,69	2,07
Pilar amigdaliano anterior	0,83	0,70	0,96
Total	100		

IC= Intervalo de confiança a 95%; Li= limite inferior; Ls= limite superior.

Fonte: Elaboração própria.

Na tabela 5 estão distribuídas as prevalências das patologias, separadas em grandes grupos. O grupo com a maior prevalência é o de patologias epiteliais, seguido pelas doenças infecciosas e defeitos do desenvolvimento. Na tabela 6, temos as patologias com as maiores prevalências, destacando-se a candidose oral, fibroma traumático/ hiperplasia fibrosa inflamatória e a queilite actínica. E, na tabela 7 temos as principais patologias diagnosticadas por grupo.

Tabela 5 - Prevalência das patologias diagnosticadas classificadas em grupos

Grupo de patologias	n	%	IC _{95%}	
			Li	Ls
Patologia epitelial	3022	20,15	19,40	20,60
Doenças infecciosas	2835	18,91	18,30	19,50
Defeitos do desenvolvimento	2228	14,86	14,29	15,43
Neoplasias de tecidos moles	2043	13,62	13,07	14,17
Patologia de glândulas salivares	1378	9,19	8,73	9,65
Doenças alérgicas e imunológicas	1189	7,93	7,50	8,36
Lesões traumáticas	1028	6,86	6,46	7,26
Doenças do periápice	329	2,19	1,96	2,42
Dor facial e doenças neuromusculares	283	1,89	1,67	2,11
Doenças periodontais	276	1,84	1,62	2,06
Outros	239	1,59	1,40	1,78
Patologia óssea	146	0,97	0,82	1,12
Total	14996	100,00		

IC = Intervalo de confiança a 95%; Li = limite inferior; Ls = limite superior.

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 6 - Patologias mais prevalentes

Patologias orais diagnosticadas	n	%	IC _{95%}	
			Li	Ls
Candidose oral	1.916	12,78	12,50	13,05
Fibroma traumático e hiperplasia fibrosa inflamatória	1.596	10,64	10,15	11,14
Queilite actínica	1.072	7,15	6,94	7,36
Hipossalivação/ xerostomia	648	4,32	4,16	4,49
Hiperqueratose friccional	598	3,99	3,83	4,15
Úlcera traumática	533	3,55	3,40	3,71
Língua saburrosa	515	3,43	3,29	3,58
Líquen plano	483	3,22	3,08	3,37
Mucocele	440	2,93	2,80	3,07
Úlcera aftosa recorrente	413	2,75	2,62	2,89
Varicosidades	393	2,62	2,49	2,75
Queilite angular	370	2,47	2,34	2,59
Língua geográfica	306	2,04	1,93	2,16
Carcinoma de células escamosas	258	1,72	1,61	1,83
Leucoplasia	244	1,63	1,52	1,73
Língua fissurada	224	1,49	1,39	1,59
Abscesso dentoalveolar/ infecção odontogênica	193	1,29	1,19	1,38
Hemangioma	179	1,19	1,10	1,28
Papiloma	179	1,19	1,10	1,28

IC = Intervalo de confiança a 95%; Li = limite inferior; Ls = limite superior.

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 7 - Principais patologias diagnosticadas por grupo

(Continua)

Patologias	n	%	IC _{95%}	
			Li	Ls
Defeitos do desenvolvimento				
Língua saburrosa	515	3,43	3,14	3,73
Varicosidades	393	2,62	2,37	2,88
Língua geográfica	306	2,04	1,81	2,27
Doenças do periápice				
Abscesso dentoalveolar/ infecção odontogênica	193	1,29	1,11	1,47
Fístula	71	0,47	0,36	0,58
Cisto periapical	28	0,19	0,12	0,26
Doenças periodontais				
Gengivite inflamatória	83	0,55	0,43	0,67
Doença periodontal	56	0,37	0,28	0,47
Hiperplasia gengival	49	0,33	0,24	0,42
Doenças infecciosas				
Candidose oral	1.916	12,78	12,24	13,31
Queilite angular	370	2,47	2,22	2,72
Herpes simples recorrente	239	1,59	1,39	1,79
Lesões traumáticas				
Úlcera traumática	533	3,55	3,26	3,85
Mucosa mordiscada	136	0,91	0,76	1,06
Tatuagem por amálgama	106	0,71	0,57	0,84
Doenças alérgicas e imunológicas				
Líquen plano	483	3,22	2,94	3,50
Úlcera aftosa recorrente	413	2,75	2,49	3,02
Pênfigo vulgar	35	0,23	0,16	0,31
Patologias epiteliais				
Queilite actínica	1.072	7,15	6,74	7,56
Hiperqueratose	598	3,99	3,67	4,30
Carcinoma de células escamosas	258	1,72	1,51	1,93
Patologias de glândulas salivares				
Xerostomia	648	4,32	4,00	4,65
Mucocele	440	2,93	2,66	3,20
Rânula	48	0,32	0,23	0,41
Neoplasias de tecidos moles				
Hiperplasia fibrosa inflamatória/ fibroma traumático	1.597	10,65	10,16	11,14
Hemangioma	179	1,19	1,02	1,37
Granuloma piogênico	146	0,97	0,82	1,13
Patologia óssea				
Cistos odontogênicos do desenvolvimento	27	0,18	0,11	0,25
Exposição óssea	10	0,07	0,03	0,11
Osteomielite	10	0,07	0,03	0,11

Tabela 7 - Principais patologias diagnosticadas por grupo

(Conclusão)

Dor facial e doenças neuromusculares				
DTM	126	0,84	0,69	0,99
Ardência bucal	32	0,21	0,14	0,29
Neuralgia	30	0,20	0,13	0,27

IC= Intervalo de confiança a 95%; Li= limite inferior; Ls= limite superior.

Fonte: Elaboração própria.

6 DISCUSSÃO

Muitos estudos são realizados a respeito da epidemiologia e prevalência de patologias orais, no entanto, a maioria se limita a grupos específicos de patologias, como o estudo de Allon et al.¹⁶, que buscou apenas tumores benignos da mucosa oral, e o de Al-Maweri et al.²⁹ que se limitou às lesões brancas. Este estudo consistiu em uma análise retrospectiva dos prontuários de um serviço de medicina bucal, em um período de 17 anos, para levantar todas patologias orais diagnosticadas, sem nos limitarmos a um único grupo.

Foram diagnosticadas 1,7 patologias para cada paciente atendido, um número que se aproxima dos resultados encontrados no estudo realizado por Amaral et al.³, que diagnosticaram 1,3 patologias por paciente atendido. Podemos constatar que com o passar dos anos o número de patologias diagnosticadas reduziu drasticamente, o que teve uma relação direta com a redução de atendimentos no SMB.

A esta redução de atendimentos podemos atribuir várias causas, como a capacitação dos cirurgiões-dentistas, tanto da atenção básica quanto da iniciativa privada, para o diagnóstico e biópsia das patologias orais mais comuns, reduzindo assim a quantidade de paciente referenciados. Além disso, também houve uma redução nas atividades clínicas no SMB.

Assim como em outros estudos semelhantes^{7,17,47}, houve um predomínio de mulheres atendidas em relação aos homens. Em geral, há uma percepção de que as mulheres tendem a ser mais cuidadosas com a saúde em comparação aos homens, como exemplo disso, temos o estudo de Carrard et al.⁴⁸, onde observou-se pior higiene oral associada a uma alta prevalência de inflamação gengival severa e destruição periodontal em homens.

Nas últimas décadas, o Brasil tem experimentado uma rápida transição demográfica, caracterizada pela queda acentuada da taxa de fecundidade e pelo aumento significativo nos índices de envelhecimento da população. Paralelamente, há também um aumento no número de doenças crônicas e seus fatores de risco, fato este destacado em nosso estudo, onde observamos uma alta prevalência de doenças cardiovasculares, gastrintestinais e endócrinas⁴⁹.

Simultaneamente, vemos em nosso estudo também que a faixa etária de indivíduos de 31 a 70 anos é predominante, e de acordo com o Ministério da Saúde, as doenças cardiovasculares, gastrintestinais e endócrinas, chamadas de doenças

crônicas não transmissíveis (DCNT) representam a maior causa de morte pessoas com 50 anos ou mais, e a segunda causa de morte em pessoas na faixa de 30 a 49 anos⁴⁹.

No contexto do uso de medicamentos, constatamos que a maior prevalência recaiu sobre os anti-hipertensivos, representados por 21,23% dos medicamentos usados, indo de encontro com os resultados obtidos em relação às doenças cardiovasculares, que foram as mais prevalentes no grupo de doenças. No estudo realizado por El Toum et al.⁷, eles também encontraram uma maior prevalência de doenças cardiovasculares e uso de anti-hipertensivos, porém, com uma prevalência menor, de 10,7%.

Contudo, é preocupante observar que a segunda maior prevalência está associada aos medicamentos psiquiátricos, especialmente quando apenas 6,24% dos participantes relataram possuir doenças psiquiátricas. Esta constatação suscita a preocupação de que, em sua maioria, o uso desses medicamentos ocorre sem o devido acompanhamento médico.

Mais de 37% dos pacientes atendidos não apresentavam vícios, porém mesmo apresentando um percentual maior de pacientes ex-tabagistas (18,49%), obtivemos um percentual semelhante de tabagistas ativos (18,34%). Em consonância com o relatório publicado OMS, em 2022 as tendências apontaram para uma diminuição nas taxas de consumo de tabaco em escala global. No cenário brasileiro, as taxas de consumo apresentaram uma redução relativa de 35% desde o ano de 2010⁵⁰.

No que diz respeito ao consumo simultâneo de tabaco e álcool, constatamos uma taxa de prevalência de 8,12%. Este é um dado muito buscado em estudos de prevalência de patologias orais, uma vez que é amplamente reconhecido na literatura que a utilização concomitante dessas substâncias exerce um sinergismo na mucosa oral potencializando seus efeitos deletérios, estando essas duas substâncias associadas ao desenvolvimento de distúrbios orais potencialmente malignos e o câncer bucal.

As localizações mais frequentemente afetadas por patologias na cavidade oral foram a língua (21,31%), seguida pela gengiva/rebordo alveolar (17,21%) e palato duro (16,49%). Esses achados diferem dos resultados encontrados por Gupta et al.²⁴, cujo estudo indicou que a mucosa jugal era a localização mais prevalente das lesões, representando 22,23% das lesões diagnosticadas.

Entretanto, o estudo conduzido por Friesen et al.⁴⁷, que abordou os padrões de encaminhamento a um serviço de medicina bucal, foi observado que a língua era o local mais comum entre as lesões encaminhadas, correspondendo a 31,6%. Essas diferenças ressaltam a variabilidade nas localizações preferenciais das patologias orais em diferentes estudos, evidenciando a diversidade dessas condições em diferentes países e regiões do mundo.

Os grupos de patologias mais prevalentes incluíram as patologias epiteliais, com uma prevalência de 20,15%, seguidas pelo grupo das doenças infecciosas, com 18,91%, e defeitos do desenvolvimento, com 14,86%. E, as patologias mais prevalentes identificadas no estudo foram a candidose oral (12,78%), o fibroma traumático/ hiperplasia fibrosa inflamatória (10,64%), e a queilite actínica (7,15%).

Esses resultados relacionados à candidose oral convergem com os achados de Carrard et al.⁴⁸, que também identificaram a candidose oral como a patologia mais frequente em seu estudo, representando 14% da amostra. Por outro lado, no estudo de Amaral et al.³, a candidose oral foi a segunda patologia mais prevalente, com 5,3% dos casos, sendo a hiperplasia fibrosa inflamatória a primeira patologia mais comum, com 8,3%, que foi a segunda patologia mais frequente em nossos resultados, com 10,64% de prevalência. Destaca-se que os estudos de ambos os autores acima citados foram realizados também no Brasil, porém em regiões diferentes do país.

A queilite actínica, por sua vez, foi identificada como a patologia mais prevalente no estudo de Gheno et al.⁵¹, com quase 44% de prevalência, um número maior do que o encontrado em nosso estudo, que registrou 7,15%. Notavelmente, este estudo é uma exceção entre as referências citadas e outros estudos semelhantes, sendo o único a apresentar uma prevalência significativa para a queilite actínica.

Vale ressaltar que assim como nosso estudo, o estudo de Gheno et al.⁵¹ também foi realizado no Brasil, um país tropical, e a alta prevalência de queilite actínica pode ser atribuída às condições climáticas e ao maior grau de exposição solar que os indivíduos experimentam nesse contexto geográfico.

Importante ressaltar que a prevalência do carcinoma de células escamosas em nosso estudo foi de 1,72%, uma prevalência relativamente alta quando comparada com as demais patologias, sendo a terceira mais frequente no grupo de patologias epiteliais. O estudo de Kansky et al.⁸ observou-se uma prevalência para o CEC semelhante à nossa, de 1,39%. O câncer de cavidade oral, representado pelo CEC é

hoje no Brasil o oitavo tipo mais frente entre os cânceres, estimando-se 15.100 novos casos cada ano do triênio de 2.023 a 2.025⁵².

Uma limitação significativa deste estudo reside em sua natureza retrospectiva, uma vez que alguns fatores, como a falta de padronização das informações nos prontuários e as alterações na prática clínica, que evoluíram de acordo com as evidências científicas, dificultaram a organização e interpretação dos dados. A análise retrospectiva pode apresentar desafios inerentes à dependência da disponibilidade e consistência dos registros passados, o que pode comprometer a precisão e completude das informações coletadas. Essa limitação deve ser considerada ao interpretar e generalizar os resultados do estudo.

Entretanto, é importante observar que a grande maioria dos pacientes atendidos no SMB é encaminhada de outros serviços odontológicos, nos quais, frequentemente, já foi conduzido um exame clínico inicial, identificando alguma alteração na cavidade oral. Essa característica do fluxo de pacientes contribui para que nossos resultados possam ser considerados representativos do que é encontrado na prática clínica diária, oferecendo uma perspectiva abrangente sobre as condições observadas em um contexto mais amplo.

7 CONCLUSÃO

A análise do perfil epidemiológico revelou que a média de idade dos pacientes atendidos foi de 48,40 anos, com uma faixa etária prevalente de 41 a 70 anos, indicando uma predominância de pacientes de meia-idade e idosos. Houve maior prevalência de atendimentos de pacientes do sexo feminino e de etnia branca, e quanto ao histórico de medicamentos e doenças relatadas, observou-se uma alta frequência no uso de medicamentos anti-hipertensivos, bem como a presença significativa de doenças cardiovasculares. 37% dos pacientes relataram não apresentar nenhum vício, enquanto mais de 18% eram ex-tabagistas e tabagistas. Além disso, uma proporção considerável fazia uso concomitante de tabaco e álcool.

Quanto às localizações das patologias orais diagnosticadas, a língua foi a mais comum, seguida pela gengiva/rebordo alveolar e pelo palato duro. Os grupos de patologias mais prevalentes foram as patologias epiteliais, seguidas pelas doenças infecciosas e defeitos do desenvolvimento, com destaque para a candidose oral, fibroma traumático/hiperplasia fibrosa inflamatória e queilite actínica como as condições com maiores prevalências.

Esses resultados destacam a importância da vigilância epidemiológica e da compreensão do perfil dos pacientes atendidos no SMB para a implementação de estratégias de prevenção e tratamento adequado das patologias orais, contribuindo assim para a melhoria da saúde bucal da população atendida.

REFERÊNCIAS*

1. Medronho RA. Epidemiologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2009.
2. Mumcu G, Cimilli H, Sur H, Hayran O, Atalay T. Prevalence and distribution of oral lesions: a cross-sectional study in Turkey. *Oral Dis.* 2005; 11(2): 81-7.
3. Amaral SM, Miranda AMMA, Santos Netto JN, Pires FR. Prevalence of oral and maxillofacial diseases diagnosed in an Oral Medicine service during a 7-year period. *J Oral Diag.* 2012; 1(2): 41-6.
4. Castellanos JL, Díaz-Guzmán L. Lesions of the oral mucosa: an epidemiological study of 23785 Mexican patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008; 105(1): 79-85.
5. Torres-Domingo S, Bagan J V, Jiménez Y, Poveda R, Murillo J, Díaz JM, et al. Benign tumors of the oral mucosa: a study of 300 patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008; 13(3): E161-6.
6. Mathew AL, Pai KM, Sholapurkar AA, Vengal M. The prevalence of oral mucosal lesions in patients visiting a dental school in Southern India. *Indian J Dent Res.* 2008; 19(2): 99-103.
7. el Toum S, Cassia A, Bouchi N, Kassab I. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions by sex and age categories: a retrospective study of patients attending lebanese school of dentistry. *Int J Dent.* 2018; 17: 2018: 4030134.
8. Kansky AA, Didanovic V, Dovsak T, Brzak BL, Pelivan I, Terlevic D. Epidemiology of oral mucosal lesions in Slovenia. *Radiol Oncol.* 2018; 52(3): 263–6.
9. Siar CH, Lim JSM, Tang SP, Chia HS, Loh YM, Ng KH. Identifying factors associated with diagnostic concordance/discordance in oral lichen planus. *J Oral Maxillofac Surg.* 2013; 71(10): 1688-93.
10. Patel KJ, De Silva HL, Tong DC, Love RM. Concordance between clinical and histopathologic diagnoses of oral mucosal lesions. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011; 69(1): 125–33.
11. Maymone MBC, Greer RO, Burdine LK, Dao-Cheng A, Venkatesh S, Sahitya PC et al. Benign oral mucosal lesions: clinical and pathological findings. *J Am Acad Dermatol.* 2019; 81(1): 43-56.

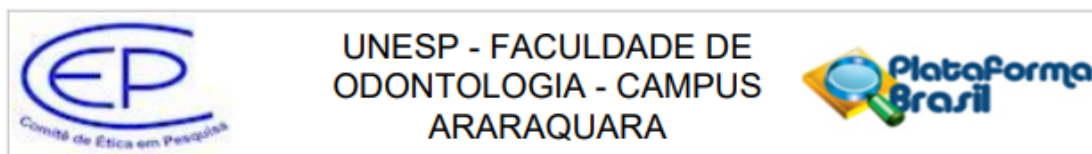
* De acordo com o Guia de Trabalhos Acadêmicos da FOAr, adaptado das Normas Vancouver. Disponível no site da Biblioteca: <http://www.foar.unesp.br/Home/Biblioteca/guia-de-normalizacao-atualizado.pdf>

12. Mendez M, Haas AN, Rados PV, Filho MS ana, Carrard VC. Agreement between clinical and histopathologic diagnoses and completeness of oral biopsy forms. *Braz Oral Res.* 2016; 30(1): e94.
13. Lau B, Duggal P, Ehrhardt S, Armenian H, Branäs CC, Colditz GA et al. Perspectives on the future of epidemiology: a framework for training. *Am J Epidemiol.* 2020; 189(7): 634-9.
14. Frérot M, Lefebvre A, Aho S, Callier P, Astruc K, Glélé SA. What is epidemiology? changing definitions of epidemiology 1978-2017. *PLoS One.* 2018; 13(12): e0208442.
15. Kelloway E, Ha WN, Dost F, Farah CS. A retrospective analysis of oral and maxillofacial pathology in an Australian adult population. *Aust Dent J.* 2014; 59(2): 215–20.
16. Allon I, Kaplan I, Gal G, Chaushu G, Allon DM. The clinical characteristics of benign oral mucosal tumors. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2014; 19(5): e438–43.
17. Oivio UM, Pesonen P, Ylipalosaari M, Kullaa A, Salo T. Prevalence of oral mucosal normal variations and lesions in a middle-aged population: a Northern Finland Birth Cohort 1966 study. *BMC Oral Health.* 2020; 20(1): 357.
18. El-Nagar AK, Chan JKC, Grand JR, Takata T, Slootweg PJ, editores. WHO classification of head and neck tumours. 4. ed. Lyon: IARC; 2017.
19. Feng J, Zhou Z, Shen X, Wang Y, Shi L, Wang Y et al. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions: a cross-sectional study in Shanghai, China. *J Oral Pathol Med.* 2015; 44(7): 490–4.
20. Shanti RM, Tanaka T, Stanton DC. Oral biopsy techniques. *Dermatol Clin.* 2020; 38(4): 421-7.
21. Poh CF, Ng S, Berean KW, Williams PM, Rosin MP, Zhang L. Biopsy and histopathologic diagnosis of oral premalignant and malignant lesions. *J Can Dent Assoc.* 2008; 74(3): 283–8.
22. Joseph BK, Ali MA, Dashti H, Sundaram DB. Analysis of oral and maxillofacial pathology lesions over an 18-year period diagnosed at Kuwait University. *J Investig Clin Dent.* 2019; 10(4): e12432.
23. Gambino A, Carbone M, Broccoletti R, Carcieri P, Conrotto D, Carrozzo M et al. A report on the clinical-pathological correlations of 788 gingival lesion. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2017; 22(6): e686–93.
24. Gupta A, Shrestha P, Poudyal S, Kumar S, Lamichhane RS, Kumar Acharya S et al. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions and normal variants among nepalese population. *Biomed Res Int.* 2023; 2023: 9375084.

25. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. *Patologia oral & maxilofacial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
26. Tahmasebi E, Keshvad A, Alam M, et al. Current infections of the orofacial region: treatment, diagnosis, and epidemiology. *Life*. 2023; 13(2): 269.
27. Santosh ABR, Reddy BVR. Oral Mucosal infections: insights into specimen collection and medication management. *Dent Clin North Am*. 2017; 61(2): 283-304.
28. Scully C. *Medicina oral e maxilofacial: bases do diagnóstico e tratamento*. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
29. Al-Maweri SA, Al-Jamaei A, Saini R, Laronde DM, Sharhan A. White oral mucosal lesions among the Yemeni population and their relation to local oral habits. *J Investig Clin Dent*. 2018; 9(2): e12305.
30. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. *Patologia oral: correlações clinicopatológicas*. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
31. Tommasi, MH. *Diagnóstico em patologia bucal*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
32. Ghosh S, Pal S, Ghatak S, Saha S, Biswas S, Srivastava P. A clinicopathologic and epidemiologic study of chronic white lesions in the oral mucosa. *Ear Nose Throat J*. 2017; 96(8): E13-E17.
33. Warnakulasuriya S. Oral potentially malignant disorders: a comprehensive review on clinical aspects and management. *Oral Oncol*. 2020; 102.
34. Mello FW, Miguel AFP, Dutra KL, Porporatti AL, Warnakulasuriya S, Guerra ENS, et al. Prevalence of oral potentially malignant disorders: a systematic review and meta-analysis. *J Oral Pathol Med*. 2018; 47(7): 633-640.
35. Kalavrezos N, Scully C. Mouth cancer for clinicians part 6: potentially malignant disorders. *Dent Update*. 2015; 42(9): 866–77.
36. Scully C, Kirby J. Statement on mouth cancer diagnosis and prevention. *Br Dent J*. 2014; 216(1): 37–8.
37. Chi AC, Day TA, Neville BW. Oral cavity and oropharyngeal squamous cell carcinoma-an update. *CA Cancer J Clin*. 2015; 65(5): 401–21.
38. Miranda-Filho A, Bray F. Global patterns and trends in cancers of the lip, tongue and mouth. *Oral Oncol*. 2020; 102: 104551.
39. Ojeda D, Huber MA, Kerr AR. Oral potentially malignant disorders and oral cavity cancer. *Dermatol Clin*. 2020; 38(4): 507-521.

40. Albuquerque DM, Cunha JLS, Roza AL, Arboleda LPA, Santos-Silva AR, Lopes MA, et al. Oral pigmented lesions: a retrospective analysis from Brazil. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2021; 26(3): e284–91.
41. Betz SJ. HPV-related papillary lesions of the oral mucosa: a review. *Head Neck Pathol*. 2019; 13(1): 80-90.
42. Ogle OE. Salivary gland diseases. *Dent Clin North Am*. 2020; 64(1): 87-104.
43. Kadeh H, Saravani S, Tajik M. Reactive hyperplastic lesions of the oral cavity. *Iran J Otorhinolaryngol*. 2015; 27(79): 137–144.
44. Palmeira ARBLS, Florêncio AG, Silva JP Filho, Silva UH, Araújo NS. Non neoplastic proliferative lesions: a ten-year retrospective study. *RGO (Porto Alegre)*. 2013; 61(4): 543-547.
45. Dutra KL, Longo L, Grando LJ, Rivero ERC. Incidence of reactive hyperplastic lesions in the oral cavity: a 10 year retrospective study in Santa Catarina, Brazil. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2019; 85(4): 399–407.
46. World Health Organization. Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and conditions. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1980; 8(1): 1-26.
47. Friesen R, McGaw T, Peters E, Lai H. A retrospective analysis of referral patterns to a university oral medicine clinic. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2019; 128(4): 381-385.
48. Carrard VC, Haas AN, Rados P V., et al. Prevalence and risk indicators of oral mucosal lesions in an urban population from South Brazil. *Oral Dis*. 2011; 17(2): 171-179.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
50. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030. Geneva: World Health Organization; 2024. [Acesso em 24 jan 2024]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375711/9789240088283-eng.pdf?sequence=1>
51. Gheno N, Martins MAT, Munerato MC, Sant’ana Filho M, Weissheimer C et al. Oral mucosal lesions and their association with sociodemographic, behavioral, and health status factors. *Braz Oral Res [online]*. 2015; 29(1):1-6.
52. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

ANEXO A – PARECER DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Perfil epidemiológico de um Serviço de Medicina Bucal: estudo retrospectivo de 17 anos

Pesquisador: Elaine Maria Sgavioli Massucato

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62338222.4.0000.5416

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.661.599

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Emenda com solicitação de alteração de número de participantes, de metodologia e título, cujo Resumo consta no PB Informações atualizado: "A epidemiologia trata-se do estudo da distribuição e dos determinantes dos eventos ou padrões de saúde em populações definidas. Diversos estudos foram publicados relacionados à epidemiologia de lesões bucais, porém ainda são poucos, quando comparados aos estudos referentes a doença cárie e doença periodontal. Esses estudos são essenciais para que se estabeleça causa, prevalência, incidência e correlações com condições sistêmicas, hábitos e vícios, aspectos demográficos e geográficos em diversas regiões, tanto no Brasil como no mundo. O Serviço de Medicina Bucal da Faculdade de Odontologia de Araraquara–Unesp é um centro de referência em atendimento estomatológico da região, recebendo pacientes referenciados de toda Diretoria Regional de Saúde (DRSIII), concentrando uma grande quantidade de diagnósticos clínicos e histopatológicos das lesões bucais para onde se direciona este estudo. Sendo assim, os dados epidemiológicos levantados neste estudo podem ser

importantes para que se trace um perfil epidemiológico dessas lesões. Este estudo tem como objetivo estabelecer um perfil epidemiológico da população atendida em um serviço de medicina bucal, e descrever a frequência de patologias orais diagnosticadas. Serão analisadas as fichas clínicas e documentos dos prontuários dos pacientes que foram atendidos no Serviço de Medicina Bucal da Faculdade de Odontologia de Araraquara-Unesp no período de 1999 a 2016, perfazendo um total de 8.955 prontuários. Para o estabelecimento de um perfil epidemiológico serão

Endereço: HUMAITA 1680, SALA 512

Bairro: CENTRO

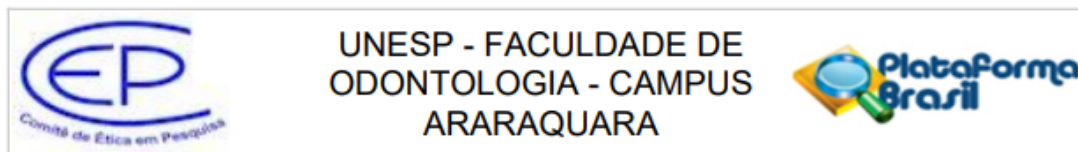
UF: SP

Município: ARARAQUARA

Telefone: (16)3301-6459

CEP: 14.801-903

E-mail: cep.foar@unesp.br



Continuação do Parecer: 6.661.599

coletadas informações referentes às características demográficas dos pacientes, história médica, uso de medicamentos, hábitos e vícios, diagnóstico clínico (hipótese diagnóstica), diagnóstico final (quando presente), localização da patologia e ano de diagnóstico."

Objetivo da Pesquisa:

Conforme o PB informações atualizado (de acordo com o projeto de pesquisa atualizado anexado na Plataforma Brasil): Este estudo tem como objetivo estabelecer um perfil epidemiológico da população atendida em um serviço de medicina bucal, e descrever a frequência de patologias orais diagnosticadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Vazamento de informações pessoais dos participantes da pesquisa contidas nos prontuários. Para minimizar esse risco os pesquisadores vinculados a pesquisa estão cientes dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme o estabelecido na Resolução CNS 466/12 e na Resolução CNS 510/16, que versa sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, e comprometem-se

a manter sigilo frente as informações contidas nos prontuários dos participantes da pesquisa.

Benefícios:

Conhecer o perfil epidemiológico dos participantes da pesquisa irá auxiliar na melhoria das políticas públicas de saúde voltadas para a prevenção e promoção da saúde bucal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de caráter acadêmico, unicêntrico, com financiamento próprio.

Destaca-se que não serão realizadas intervenções nos participantes.

Estudo observacional transversal retrospectivo onde serão analisados os prontuários com as fichas clínicas dos pacientes atendidos no SMB da FOAr – UNESP no período de 1999 a 2016, perfazendo um total de 8955 prontuários. Os dados serão coletados por meio do Google formulários, e os dados obtidos serão tabulados em planilhas no Google planilhas. Posteriormente, o aplicativo Epi Info 7 e o Microsoft Excel serão utilizados para a análise de dados. Serão coletadas informações referentes às características demográficas dos pacientes, história médica, uso de medicamentos, hábitos viciosos, diagnóstico clínico, diagnóstico histopatológico, localização da patologia e ano de diagnóstico.

O projeto propõe dispensa do TCLE devido à dificuldade em contatar todos os participantes da pesquisa, pois muitos alteraram seus dados para contato, como telefone e endereço, ou não

Endereço: HUMAITA 1680, SALA 512

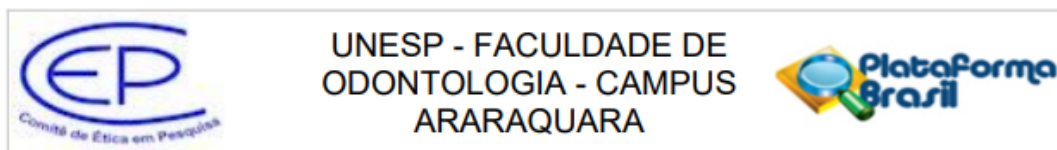
Bairro: CENTRO

CEP: 14.801-903

UF: SP **Município:** ARARAQUARA

Telefone: (16)3301-6459

E-mail: cep.foar@unesp.br



Continuação do Parecer: 6.661.599

possuem mais acompanhamento regular na instituição.

Não haverá retenção de amostras para armazenamento em banco.

Os pesquisadores envolvidos se comprometeram com a confidencialidade dos dados e da identidade dos participantes.

Patrocinador: próprio pesquisador

Previsão de início: 01/10/2022 e encerramento do estudo do estudo: 15/02/2024

Critérios de inclusão: Serão incluídos no estudo os prontuários onde suas fichas clínicas contenham todos os dados descritos no material e método.

Justificativa da Emenda: "Foram realizadas alterações no número de participantes, na metodologia e no título do trabalho". Também foi apresentado o Relatório Parcial com os resultados obtidos até o momento. Destaca-se que no Relatório Parcial foi detalhada a justificativa para as emendas: "Dentro do período estipulado não conseguimos realizar a coleta de dados proposta na primeira submissão, dessa forma reduzimos o número de participantes da pesquisa (de 10.364 para 8.955) e quantidade de anos de pesquisa, que ao invés de serem 20 anos, foram 17 anos, por isso a solicitação de alteração do título. Além disso, houveram readequações na metodologia (na classificação das lesões a serem coletadas) e redução de variáveis." Cabe acrescentar que o novo título do projeto é "Perfil epidemiológico de um Serviço de Medicina Bucal: estudo retrospectivo de 17 anos", anteriormente era "20 anos".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto completo com as adequações destacadas foi anexado na Plataforma Brasil, bem como a Folha de Rosto, o PB informações básicas, o Relatório Parcial, e cronograma.

Recomendações:

Vide campo Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

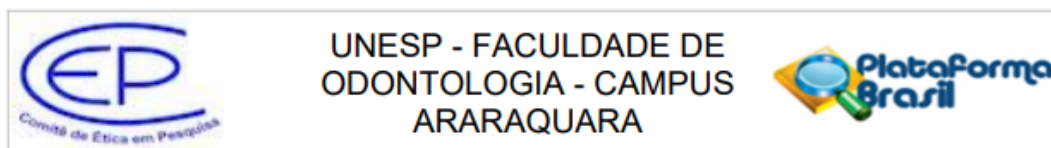
Sugere-se aprovação da emenda acompanhada de relatório parcial.

Considerações Finais a critério do CEP:

Emenda APROVADA em reunião de 21 de fevereiro de 2024.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial no meio do período da pesquisa até o prazo

Endereço: HUMAITA 1680, SALA 512	
Bairro: CENTRO	CEP: 14.801-903
UF: SP	Município: ARARAQUARA
Telefone: (16)3301-6459	E-mail: cep.foar@unesp.br



Continuação do Parecer: 6.661.599

final da pesquisa, quando deverá encaminhar o relatório final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2222090_E1.pdf	02/02/2024 15:48:30		Aceito
Outros	Relatorioparcial.doc	02/02/2024 15:47:54	CAROLINA DA SILVA NUNES	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	02/02/2024 15:47:06	CAROLINA DA SILVA NUNES	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2222090_E1.pdf	01/02/2024 11:32:09		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	01/02/2024 11:11:24	CAROLINA DA SILVA NUNES	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	01/02/2024 11:11:24	CAROLINA DA SILVA NUNES	Postado
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP2.docx	30/01/2024 16:14:43	CAROLINA DA SILVA NUNES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP2.docx	30/01/2024 16:14:43	CAROLINA DA SILVA NUNES	Postado
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2222090_E1.pdf	02/10/2023 19:40:13		Aceito
Outros	relatorioparcial.pdf	02/10/2023 19:37:52	CAROLINA DA SILVA NUNES	Aceito
Outros	relatorioparcial.pdf	02/10/2023 19:37:52	CAROLINA DA SILVA NUNES	Postado
Outros	dados.pdf	25/08/2022 10:40:52	CAROLINA DA SILVA NUNES	Aceito
Orçamento	orcamento.jpeg	24/08/2022 15:27:19	CAROLINA DA SILVA NUNES	Aceito
Outros	prontuarios.pdf	23/08/2022 14:16:04	CAROLINA DA SILVA NUNES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	compromisso.pdf	23/08/2022 14:14:33	CAROLINA DA SILVA NUNES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DispensaTCLE.pdf	23/08/2022 13:56:01	CAROLINA DA SILVA NUNES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP.docx	23/08/2022 13:55:08	CAROLINA DA SILVA NUNES	Aceito
Declaração de	infraestrutura.pdf	23/08/2022	CAROLINA DA	Aceito

Endereço: HUMAITA 1680, SALA 512

Bairro: CENTRO

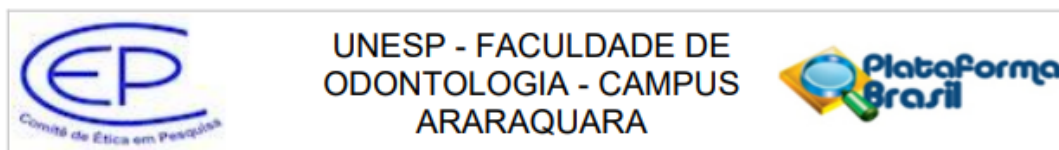
CEP: 14.801-903

UF: SP

Município: ARARAQUARA

Telefone: (16)3301-6459

E-mail: cep.foar@unesp.br



Continuação do Parecer: 6.661.599

Instituição e Infraestrutura	infraestrutura.pdf	12:51:45	SILVA NUNES	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	23/08/2022 12:45:51	CAROLINA DA SILVA NUNES	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	23/08/2022 12:42:21	CAROLINA DA SILVA NUNES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARARAQUARA, 21 de Fevereiro de 2024

Assinado por:
Andréa Gonçalves
(Coordenador(a))

Endereço: HUMAITA 1680, SALA 512

Bairro: CENTRO

CEP: 14.801-903

UF: SP

Município: ARARAQUARA

Telefone: (16)3301-6459

E-mail: cep.foar@unesp.br

Autorizo a publicação deste trabalho

(Direitos de publicação reservado ao autor)

Araraquara, 07 de março de 2024

Carolina da Silva Nunes