**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU**

BRUNA MARIA RODRIGUES VILARDI

**Avaliação retrospectiva de 25 anos sobre condições sistêmicas e
bucais de pacientes atendidos em clínica estomatológica**

**Bauru
2015**

BRUNA MARIA RODRIGUES VILARDI

**Avaliação retrospectiva de 25 anos sobre condições sistêmicas e
bucais de pacientes atendidos em clínica estomatológica**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutorado em Ciências Odontológicas Aplicadas, área de concentração Patologia Bucal.

Orientador: Prof. Dr. Arsenio Sales Peres

Versão Corrigida

**BAURU
2015**

V71a

Vilardi, Bruna Maria Rodrigues

Avaliação retrospectiva de 25 anos sobre condições sistêmicas e bucais de pacientes atendidos em clínica estomatológica / Bruna Maria Rodrigues Vilardi. – Bauru, 2015.

153p. : il. ; 31cm.

Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo.

Orientador: Prof. Dr. Arsenio Sales Peres

Nota: A versão original desta tese encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB/USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação/tese, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética no ensino e Pesquisa em seres humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo
Protocolo nº:41933015.7.0000.5417
Data: 08 de maio de 2015.

DADOS CURRICULARES

Nascimento: 10 de Junho de 1981 – Lins – SP

Filiação: Sebastião Cordeiro Vilardi
Sandra Maria Rodrigues Vilardi

2001 – 2005: Curso de Graduação Faculdade de Odontologia –
Universidade Metodista de Piracicaba/Campus Lins

Fevereiro de 2005: Curso de aperfeiçoamento Ortodontia Pré-corretiva

Dezembro de 2005: Typodont e Diagnóstico – CORA- Bauru- SP

2009 – 2011: Programa de Pós Graduação (Mestrado) em Patologia na
Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de
São Paulo

2011 – 2015: Programa de Pós Graduação (Doutorado) em Patologia
na Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade
de São Paulo

“Melhor é o fim das coisas que o princípio delas”

(Eclesiastes 7: 8)

Dedicatória

*Dedico esta tese a minha família e aos
meus orientadores: Profa. Dra. Nancy Alfieri
Nunes e Prof. Dr. Arsenio Sales Peres.*

Aos meus familiares:

Sandra, Sebastião (Tú), Taisa, Larissa,
Vinícius, Dirce, Mara e Walter.

Agradecimientos

*A*GRADECIMENTOS

A **Deus**, meu Senhor, pois a ele são todas as coisas. E tudo em minha vida é para honra e glória do Senhor!

Aos meus pais, **Sandra e Tú**, por terem se dedicado a mim sempre, por me incentivarem e me amarem. Amo vocês!

A minha irmã **Larissa**, obrigada pela amizade e companheirismo. Minha preciosidade. Amo você!

A minha irmã **Taisa**, pela amizade, amor, cumplicidade, respeito e confiança. Obrigada por sempre estar lá! Amo você!

Ao **Luiz Vinicius Morelli**, meu amor, minha vida, meu esteio, meu incentivador, companheiro, amigo. Agradeço por ser um exemplo de vida. Agradeço por desde o primeiro momento ter se entregado e por ter me amado assim como eu amo você!

A minha avó, **Dirce Bacaro Granado Rodrigues**, pelo amor, amizade, conselhos e dedicação. Amo você!

Aos meus tios, **Mara Rúbia e Walter Quintella**, por todo o carinho, incentivo e amor. Amo vocês!

A minha orientadora, pastora, amiga, **Nancy Alfieri Nunes**, por depositar confiança em mim, por se dedicar e me amar incondicionalmente. Obrigada por ser um exemplo impecável e maravilhoso. Todas as palavras não seriam suficientes! Mulher de Deus! Amo você!

Ao meu pastor, amigo e professor **Benoni**, pelo incentivo, amor e dedicação.

Aos meus amigos queridos: **Sarah, Davison e Vânia.**

Ao meu orientador **Prof. Dr. Arsenio Sales Peres**, por me proporcionar a oportunidade de realizar o doutorado, por ter me dado o seu voto de confiança e por ter sido um exemplo de profissional e de pessoa.

A **Profa. Dra. Silva Helena de Carvalho Sales Peres**, pela dedicação, incentivo e amizade.

Ao **Dr. Prof. César Antunes de Freitas**, pela amizade, por ter sido atencioso, solícito e por me auxiliar.

Ao **Prof. Dr. Marco Polo Marchese**, pelo incentivo, ensinamentos e amizade.

Ao **Prof. Dr. Marcelo Macedo Crivelini**, por todos os ensinamentos e amizade.

Ao **Felipe Fernades Koffler**, por amizade, colaboração e incentivo.

Ao **João Pedro Malheiro**, pela amizade e incentivo.

Aos meus amigos da Família Oliveira: **Aline, Lurdes, Márcio e Bruno.** Agradeço pelo carinho e apoio. Aline, amiga, tantas vezes me alegrou e mostrou o verdadeiro valor da amizade!

A família Morelli: **Luiz Antonio, Antonia (Toninha), Lucas, Milena e Mateus.** Obrigada pela amizade e carinho!

A vó **Lydia Maria Rodrigues**, por todo incentivo, carinho e amizade.

Aos meus animais de estimação que amo: **Maria Clara, Teodora, Analua, Shoshana e Nega.** Sempre me alegraram muito!

Aos professores da Disciplina de Patologia da Faculdade de Odontologia de Bauru, **Prof. Dr. Luís Antônio de Assis Taveira, Profa. Dra. Denise Tostes Oliveira, Profa. Dra. Vanessa Soares Lara e Prof. Dr. Alberto Consolaro**, pela dedicação e ensinamentos.

As funcionárias da Disciplina de Patologia da Faculdade de Odontologia de Bauru: **Fátima Aparecida Silveira, Maria Cristina Carrara Filippi e Marina Dos Santos Corrêa**, por todo carinho, amizade e apoio.

A meus amigos e colegas durante o curso de Pós-graduação, **Ana Paula Madi, Ana Casaroto, Agnes Assao, Alexandre Garcia, Taisa Vilardi, Bruno Aiello, Carine Oliveira, Diego Maurício, Helinton de Lima, Karen Pinke, Kellen Tjioe, Maria Carolina Vaz Goulart, Pepe Burgos, Simone Sita**.

A **todos os funcionários da Secretaria de Pós-graduação**, da Faculdade de Odontologia de Bauru, por auxiliar e orientar.

Aos **funcionários do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos**, da Faculdade de Odontologia de Bauru, da Universidade de São Paulo. Em especial, a Maristela Petenucci Ferrari, obrigada pela paciência e atenção.

Aos **professores, funcionários e alunos, da Universidade Metodista de Piracicaba-Faculdade de Odontologia de Lins**, pelo incentivo, amizade e carinho.

A todos os meus familiares, amigos e colegas que, direta ou indiretamente, colaboraram para a elaboração dessa tese.

AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS

À Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo, na pessoa da sua diretora, **Profa. Dra. Maria Aparecida de Andrade Moreira Machado.**

À Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Bauru – USP, na pessoa de seu presidente, **Prof. Dr. Guilherme dos Reis Pereira Janson.**

Ao Curso de Pós-graduação na Área de Concentração em Patologia Bucal, da Faculdade de Odontologia de Bauru – USP, na pessoa da sua coordenadora, **Profa. Dra. Denise Tostes Oliveira.**

A CAPES, pelo auxílio pecuniário.

Muito Obrigado!

RESUMO

Foram avaliados 624 prontuários clínicos, pertencentes a uma Clínica particular de Estomatologia localizada na cidade de Lins-SP, os quais foram confeccionados no período de 1989 a 2014. Procurou-se investigar a prevalência de alterações sistêmicas e de alterações bucais, buscando-se ainda determinar o índice de correlação entre estas duas alterações, em função do gênero, de grupo étnico-racial, dos fatores de risco (tabagismo e etilismo) e da faixa etária. Os dados coletados foram submetidos à análise estatística, tendo sido estabelecido um intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%. Utilizou-se o teste do Qui Quadrado para avaliar a associação entre variáveis e a Regressão Logística Binária para determinar os fatores preditores das principais alterações bucais observadas nesta população deste estudo, as neoplasias, as lesões precursoras e as alterações glandulares. Foi constatado que houve uma maior procura pelos serviços estomatológicos por indivíduos do gênero feminino (63,5%), leucodermas (84,3%), não fumantes (64,9%) e não etilistas (86,7%), sem prevalência de idade. Em um total de 1.902 doenças sistêmicas houve prevalência das doenças oftálmicas (54%), alterações imunológicas (38,5%), distúrbios neurológicos (36,4%) e alterações cardiovasculares (35,1%). As doenças bucais apresentaram um total de 866 alterações patológicas, abrangendo 99,52% da amostra, com prevalência das doenças inflamatórias (27,4%), lesões traumáticas (24,0%), variações da normalidade (22,4%) e doenças glandulares (19,1%). Foram verificadas as associações entre neoplasias benignas bucais e neoplasias em geral, de neoplasias malignas bucais e doenças cardiovasculares, ou com as alterações imunológicas. Foram calculados os índices de correlação entre alterações glandulares bucais e cardiovasculares, distúrbios neurológicos, doenças infectocontagiosas, geniturinárias, ósseas, distúrbios hematológicos e neoplasias. As lesões traumáticas foram associadas com alterações cardiovasculares, doenças ósseas e doenças oftálmicas. Idade maior de 50 anos e etilismo pareceram fatores preditores para neoplasias bucais e as alterações imunológicas fatores protetores. Quanto às lesões traumáticas bucais, os fatores preditores foram idade maior que 50 anos e doenças oftálmicas. Para as lesões glandulares de boca os fatores preditivos foram alterações neurológicas, geniturinárias e hematológicas.

Palavras-chaves: Doenças de boca, Epidemiologia, Diagnóstico.

ABSTRACT

Twenty five years retrospective evaluation of systemic and oral conditions of patients treated in stomatological service

A total of 624 clinical records belonging to a private Clinic of Stomatology located in Lins - SP were evaluated, which were made in the period of 1989 to 2014. We sought to investigate the prevalence of systemic diseases and oral changes, seeking to determine the correlation index between these two changes, depending on gender, ethnic and racial group, the risk factors (smoking and drinking) and age group. Data were statistically analyzed, having been established a confidence interval of 95% and 5% significance level. We used the Chi square to evaluate the association between variables and Binary Logistic Regression to determine the predictors of major oral changes observed in this population study, neoplasms, precursor lesions and glandular changes. It was found that there was a greater demand for Stomatological services by female subjects (63.5%), Caucasian (84.3%), non-smokers (64.9%) and non-alcoholic (86.7%) without prevalence of age. In a total of 1,902 systemic diseases, there was prevalence of ophthalmic diseases (54%), immunological disorders (38.5%), neurological disorders (36.4%), cardiovascular disorders (35.1%). The oral diseases were a total of 866 pathological changes, including 99.52% of the sample, with a prevalence of inflammatory diseases (27.4%), traumatic injuries (24.0%), normal variation (22.4%) and glandular disease (19.1%). Associations were found between oral cancer and benign neoplasms in general, mouth cancers and cardiovascular diseases, or immune changes. The correlation ratios between oral and cardiovascular glandular changes were calculated, neurological disorders, infectious, genitourinary and bone diseases, hematological disorders and neoplasms. Traumatic injuries have been associated with cardiovascular, bone diseases and ophthalmic diseases. Age higher than 50 years and alcohol consumption seemed predictive factors for oral cancer and immunological changes being protective factors. As for the mouth traumatic injuries, the predictors were age greater than 50 years and ophthalmic diseases. For glandular lesions of the mouth the predictive factors were neurological, genitourinary and hematological changes.

Key words: Mouth Diseases, Epidemiology, Diagnosis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra: dados demográficos e quantidade de lesões sistêmicas (e afecção em outros locais) nos pacientes dos prontuários coletados na Clínica Estomatológica de Lins.	81
Tabela 2 - Distribuição da frequência (absoluta e relativa) das doenças sistêmicas, em cada grupo dos pacientes atendidos na Clínica Estomatológica.	85
Tabela 3 - Análise das doenças sistêmicas/afecções em outros locais com as variáveis demográficas dos pacientes atendidos na Clínica Estomatológica.	88
Tabela 4 - Análise descritiva das doenças bucais, segundo a frequência absoluta e relativa dos prontuários da Clínica Estomatológica	89
Tabela 5 - Distribuição da frequência (absoluta e relativa) das principais alterações, em cada categoria das doenças bucais, encontradas nos prontuários da Clínica Estomatológica.	92
Tabela 6 - Distribuição da associação entre gênero, grupo étnico-racial, tabagismo, etilismo e faixa etária, com as alterações bucais dos prontuários da Clínica Estomatológica	93
Tabela 7 - Associação entre doenças sistêmicas e alterações bucais (neoplasias benignas ou malignas, doenças glandulares, lesões pigmentares e lesões traumáticas) nos pacientes da Clínica Estomatológica.	95
Tabela 8 - Análise multivariada dos fatores preditores da ocorrência de neoplasias	96

Tabela 9 - Análise multivariada dos fatores preditores da ocorrência de lesões traumáticas	96
Tabela 10 - Análise multivariada dos fatores preditores da ocorrência de lesões glandulares.	97

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	REVISTA DA LITERATURA.....	21
2.1	DOENÇAS SISTÊMICAS	24
2.1.1	Alterações Cardiovasculares.....	24
2.1.2	Doenças Respiratórias	27
2.1.3	Doenças Gastrointestinais	27
2.1.4	Doenças Neurológicas	29
2.1.5	Doenças Endócrinometabólicas	31
2.1.6	Doenças Infecciosas	32
2.1.7	Doenças Oftálmicas	34
2.1.8	Doenças Geniturinárias.....	35
2.1.9	Doenças Ósseas.....	38
2.1.10	Doenças Inflamatórias.....	38
2.1.11	Distúrbios Hematológicos	40
2.1.12	Neoplasias	42
2.1.13	Doenças Autoimunes	45
2.2	DOENÇAS DA MUCOSA BUCAL	47
3	PROPOSIÇÃO.....	67
4	MATERIAL E MÉTODOS	71
4.1	ASPECTOS ÉTICOS	73
4.2	BASES DE DADOS UTILIZADAS NA REVISÃO DE LITERATURA.....	73
4.3	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	74
4.3.1	Coleta de dados.....	74
4.3.2	Critérios de elegibilidade	74
4.4	ELEMENTOS AMOSTRAIS	75
4.5	LESÕES DA MUCOSA ORAL E CONDIÇÕES SISTÊMICAS.....	76
4.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA	77
5	RESULTADOS	79
6	DISCUSSÃO.....	99
7	CONCLUSÃO	123
	REFERÊNCIAS	127
	ANEXOS.....	145

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

Principalmente os adultos idosos maiores de 60 anos, acometidos por diversas doenças crônicas (tais como *diabetes mellitus*, hipertensão, artrose, osteoporose, doenças cardiovasculares ou cerebrovasculares), necessitam de serviços e procedimentos odontológicos diferenciados. Portanto, o Cirurgião - Dentista precisa compreender melhor as complexas interações entre as doenças bucais e as sistêmicas, para assim poder melhorar a qualidade do tratamento ofertado, por meio de um planejamento mais adequado (TAVARES; KARI; SAN MARTIN, 2014)

Em um estudo de 2005, Pinelli e colaboradores coletaram dados de pacientes tratados na Disciplina de Clínica Integrada, da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Universidade Estadual Paulista “Júlio Mesquita Filho” (UNESP). A amostra final continha 70 prontuários clínicos de indivíduos acima de 60 anos, de ambos os gêneros. A maior parte dos pacientes que foram atendidos na clínica eram mulheres (57%), homens foram 43%. As faixas etárias estudadas mostraram que 74,3% dos pacientes tinham 60 a 69 anos, 22,8% de 70 a 79 anos e 2,9% 80 anos ou mais. A incidência de doenças sistêmicas crônicas foi de 66 %. A prevalência foi de doença cardiovascular, especificamente a hipertensão (38,0%), e medicamento mais utilizado foi para cardiopatias (48,0%). As doenças reumáticas foram 18% da amostra e o *diabetes melitus* 12%, tanto alergias como cardiopatias assolaram aproximadamente 10% dos pacientes. Entre as intervenções cirúrgicas mais citadas estavam as ginecológicas (40,0%) e de varizes (12,0%).

Adicionalmente, Soares et al. (2005) avaliaram *diabetes melitus* do tipo 2 e condições sistêmicas e bucais. Utilizaram pacientes do Serviço de Endocrinologia do Hospital Universitário da Universidade Federal da Paraíba. Todos tinham acima de 60 anos, sendo ambos os gêneros divididos em 2 grupos: 50 diabéticos que não utilizavam insulina e 50 pacientes não diabéticos (grupo controle). Os pacientes foram submetidos a anamnese e exame físico bucal, índice CPO-D, sialometria e sondagem periodontal. A amostra era composta por 26% de homens e 74% de mulheres. A média de idade entre os diabéticos foi de 68 anos e entre os pacientes não diabéticos foi de 66 anos, em ambos os grupos. O exame físico demonstrou que

44% do grupo diabético e 40% do controle apresentavam lesão e/ou alteração na mucosa bucal. No grupo de diabéticos prevaleceram as varicosidades linguais 22%, língua fissurada 16%, língua saburrosa 14%, 4% líquen plano bucal, 4% língua geográfica, 4% grânulos de Fordyce, 4% estomatite nicotínica e 4% hiperqueratose irritativa. Observaram que no grupo controle a língua saburrosa em 20%, varicosidades linguais 16%, candidíase bucal 6%, hiperplasia papilar palatina em 4%, e melanose fisiológica em 4%. Os autores não acharam correlação significativa do *diabetes melitus* com lesões e/ou alterações na mucosa bucal, entretanto houve correlação significativa entre o *diabetes mellitus* e a prevalência de doenças e/ou condições sistêmicas.

Em 2008, Katz et al., analisaram a epidemiologia das lesões decorrentes de trauma de alto impacto na população acima de 65 anos internados devido a fraturas causadas por traumas de alto impacto no Instituto de Ortopedia e Traumatologia (Hospital Clínicas de Medicina – Universidade de São Paulo), entre os anos de 2005 e 2006. Os principais motivos de internação foram por atropelamentos (67,9%), quedas (25%) e acidentes automobilísticos (7,1%). O tempo médio de internação foi de 26,75 dias, superior ao de pacientes de faixas etárias inferiores tratados na mesma Instituição. As lesões sistêmicas observadas foram a hipertensão arterial sistêmica (50%), *diabetes melitus* (14,2%) e 7,1% apresentavam outro tipo de doença. Entre as complicações clínicas os pacientes tiveram infecção do trato urinário (28,6%), broncopneumonia (10,7%), trombose venosa profunda (10,7%), parada cardiorrespiratória (7,2%), 32,2% apresentaram outros tipos de complicações clínicas (hipotermia, constipação, diarreia, confusão mental, delirium, distúrbio hidro-elétrólítico, sepse, edema agudo de pulmão e insuficiência renal aguda), e somente 10,7% não apresentaram complicações clínicas.

Posteriormente, Silva (2010) avaliou a prevalência de doenças sistêmicas em indivíduos que passaram por consulta para algum tipo de avulsão dentária na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP), no período de 2003 a 2005. Utilizaram 922 prontuários e obtiveram uma taxa de 33,95% dos indivíduos que sofriam de alguma alteração sistêmica, os quais, 44,36% eram homens e 55,64% mulheres. Houve prevalência das doenças cardiovasculares (13,88%) onde a maioria apresentou hipertensão arterial (9,98%) e 29,39% continha

pelo menos uma doença associada; as faixas etárias mais comprometidas foram respectivamente de 81 anos ou mais, 71- 80 anos, 61-70 anos e 51-60 anos. Notou também que os pacientes apresentaram doenças endócrinas (7,16%), gastrointestinais (6,29%), neurológicas (6,18%), respiratórias (3,35%) e outros tipos de doenças sistêmicas (7,92%).

Freire Júnior et al. (2011) verificaram o perfil sistêmico de pacientes com problemas periodontais, com idade entre 20 a 60 anos, atendidos na Universidade Federal do Maranhão no período de 2006 a 2009. A maioria dos indivíduos era da faixa etária de 40-59 anos (50,5%, seguida por pacientes de 20-39 anos (26,7%) e 60 anos ou mais (22,8%). Foi observada a prevalência de hipertensão (50,5) e de *diabetes melitus* do tipo 1 (18,81%).

Em 2013, Ramos e colaboradores estudaram a doença periodontal e sua possível correlação com as doenças sistêmicas. Realizaram uma revista da literatura dentro do período de 2006 a 2011. Os autores sugeriram que dentre as doenças comumente encontradas na atualidade faziam parte a obesidade, aterosclerose, diabete e artrite reumatóide.

Mundialmente, uma das principais razões de consultas foram dores de intensidade moderada a grave, afetando principalmente adultos e comprometendo a qualidade de vida. Para sanar esse problema os antiinflamatórios não esteroidais (AINEs) foram amplamente utilizados. Uma pesquisa atual avaliou o padrão de uso de AINEs e antiinflamatórios esteroidais e o potencial de uso inadequado desses medicamentos. Os dados foram levantados no período de 18 meses, coletados de uma base de dados dos medicamentos mais vendidos a indivíduos que preencheram fichas, que continham inclusive dados demográficos. A amostra foi composta por 3.050 indivíduos com dores crônicas e a prevalência foi em mulheres (65%), na faixa etária de 39-64 anos. Quanto ao tempo de uso da medicação 2.980 sujeitos ingeriram AINEs por mais de 21 dias consecutivos em 18 meses, onde 43,2% eram do gênero feminino e a média de idade foi de 52,4 anos. Os três medicamentos mais usados foram o ibuprofeno (27,49%), cetoprofeno (15,27%), e diclofenaco (10,67%). A doença resultante destes tratamentos foi a úlcera péptica. O uso de antiinflamatórios esteroidais foi notado em 11% dos indivíduos, sendo os

homens os que utilizaram esses medicamentos por um tempo maior (USSAI et al., 2015).

Oluwagbemigun et al. (2015) em um estudo coorte correlacionou o número de dentes com doenças sistêmicas, em uma amostra de 24.313 moradores de Potsdam (Alemanha), com idade entre 35- 64 anos, e os dados foram coletados de 1994 a 1998. Observaram que as mulheres apresentaram uma média de idade de 49 anos e homens de 52 anos. O número da média de dentes foi de 25 em mulheres e 26 nos homens. Os participantes com menor número de dentes geralmente eram mais velhos, com índice maior de tabagismo e menor de etilismo, prática de atividades físicas e menor escolaridade. E ainda, esse mesmo grupo com menor número de dentes apresentou um maior incidência de hipertensão (doença com maiores taxas), e maior tendência a *diabetes melitus* tipo 2, infarto do miocárdio, acidente vasculoencefálico, câncer e periodontite. O aumento do número de dentes foi inversamente relacionado ao risco de infarto do miocárdio. Sugeriram que número de dentes foi especificamente relacionado com infarto do miocárdio, mas não com outras doenças sistêmicas crônicas, indicando que a condição dentária fortalece ainda mais a ligação entre saúde bucal e doenças cardiovasculares.

TAVARES; KARI; SAN MARTIN (2014) através de uma revista da literatura demonstraram que as doenças sistêmicas podem influenciar significativamente os procedimentos realizados na clínica odontológica. Portanto, a presente pesquisa é de grande importância e utilidade pública, uma vez que definiu as características de uma população, quanto aos dados demográficos, fatores de riscos, ocorrência de doenças sistêmicas e bucais prevalentes em uma população diferenciada. Dessa forma, alerta para a criação de estratégias direcionadas para realizar prevenção, diagnóstico e, também, planejamento de atendimentos.

*2 Revista da
Literatura*

2 REVISTA DA LITERATURA

Abrams e Thompson (2014) teceram considerações acerca do processo de envelhecimento e a saúde oral de indivíduos, por meio de revista da literatura, visto que alterações próprias e fisiológicas podem favorecer o aparecimento de doenças bucais de caráter nutricional, alteração de paladar, dores crônicas e decorrentes de estresse. Consideraram que as doenças cardiovasculares, onde há um decréscimo de reserva funcional, predispõe as mulheres (2/3), após os 50 anos, ao quadro de hipertensão. No gênero masculino também foi presente (3/4) e em ambos tendeu a se acentuar após os 75 anos de idade. Esse fato, por sua vez poderia levar ao desenvolvimento de outras doenças crônicas como o *diabetes mellitus*, mas por si só requer cuidados no atendimento do paciente hipertenso. Diminuição de massa e função também ocorrem normalmente nos pulmões, fígado e rins. Nos pulmões poderia resultar em fadiga muscular associada e perda de percepção de dispnéia, e tonicidade muscular, favorecendo, inclusive deglutição de objetos ou instrumentos utilizados na clínica odontológica e predispondo à apneia do sono e quadro hipertensivo. O metabolismo hepático e renal decresce 1% após cada ano, depois dos 40 anos de idade. Assim sendo a metabolização de medicamentos e aporte sanguíneo nestes órgãos ficaria deprimido. Quanto aos tecidos dentários todos são alterados com o envelhecimento, provocando desde atrição e perdas no esmalte dentário à fibrose pulpar, e diminuição de irrigação e sensibilidade. Geralmente ocorre diminuição da sensação de dor. Quanto à mucosa bucal, essa geralmente diminui sua elasticidade e tonicidade, com diminuição do fluxo salivar e redução óssea. A diminuição da saliva geralmente é secundária a doenças sistêmicas e medicamentos. O processo de envelhecimento pode, contudo intervir no paladar, nutrição, olfação, manutenção da forma facial e motricidade muscular, inclusive na mastigação.

2.1 DOENÇAS SISTÊMICAS

2.1.1 Alterações Cardiovasculares

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2015b), as doenças cardiovasculares compreendem alterações no coração e vasos sanguíneos, ataques cardíacos, acidente cerebrovascular, hipertensão, doença arterial periférica, doença cardíaca reumática, doença cardíaca congênita e insuficiência cardíaca. Sendo os principais fatores de risco o tabaco, sedentarismo, dieta insatisfatória e consumo de álcool.

As doenças cardiovasculares foram apontadas entre as principais causas de elevados índices de mortalidade e morbidade mundial (BRANDÃO, 2000).

No Brasil, os distúrbios cardiovasculares foram responsáveis pela principal causa *mortis*, embora haja no cenário mundial uma diminuição dos fatores de risco, ainda notam-se altos índices dessa categoria de doenças em países de baixa e média renda (LENFANT, 2001).

No âmbito nacional um fato que agravou esse quadro foi que aproximadamente um terço dos óbitos por doenças cardiovasculares ocorreram precocemente em adultos na faixa etária de 35 a 64 anos, sendo que nessa idade as principais causas de óbito por doenças do aparelho circulatório corresponderam às doenças isquêmicas do coração, cerebrovasculares e as hipertensivas. Ressaltou-se que essas causas poderiam, em grande parte, ser evitáveis, com probabilidade de diminuição da mortalidade, se houver assistência ou prevenção oportuna (YUSUF et al., 2005). E ainda, foi observado que a mortalidade por doenças cardiovasculares acomete principalmente populações menos privilegiadas socioeconomicamente (ISHITANI, 2006).

MAHANTA et al., 2014, em um estudo transversal desenvolvido na Índia, a fim de avaliar doenças cardiovasculares e hipertensão arterial utilizaram uma amostra de 1231 indivíduos com idade maior de 35 anos. Os dados foram coletados através de um questionário desenvolvido pelos autores, que continha o registro da pressão arterial. Por meio do teste do Qui-quadrado e análise de regressão logística múltipla (MLR), os resultados mostraram que a prevalência de hipertensão foi de

44,8% (551), com 481 (39,1%) sendo de caráter pré-hipertensivo. O vício de tabagismo esteve presente em 1107 (89,9%), com 1.049 (85,2%) sendo usuários no momento da pesquisa. Havia 858 (69,7%) etilistas. Quanto à dieta notaram um consumo deficiente de vegetais em 807 (65,6%) e de frutas em 1210 (98,3%). O consumo semanal de alimentos de calóricos foi encontrado em 176 (58,66%), o consumo de sal excessivo em 758 (61,6%) e sedentarismo em 339 (27,5%). Os pesquisadores demonstraram que houve correlação significativa entre nível educacional, estresse, alimentos altamente calóricos, tabagismo, etilismo, obesidade e *diabetes mellitus* com pré-hipertensão, e ainda, atividade física, alimentos energéticos, tabagismo, etilismo, sal em grande quantidade e *diabetes mellitus* com hipertensão.

Daviglus, Pizarra, Talavera (2014) realizaram uma pesquisa sobre os fatores de risco para doenças cardiovasculares para avaliar e comparar dois grupos: comunidade hispânica e não hispânica/latinos (americanos mexicanos), residentes nos Estados Unidos. No período de 2008-2011 foram avaliados através de questionário, exame clínico e exames hematológicos 16.415 sujeitos hispânicos/latinos, de 18-74 anos. Os latinos procederam do México, Porto Rico, Republica Dominicana e América Central e do Sul. Nestes subgrupos 33,4% dos homens eram leucodermas e não hispânicos e 30,7% de mulheres; 42,6% dos homens eram melanodermas e não hispânicos e 47,0% de mulheres melanodermas e não hispânicas. Os hispânicos latinos incluíram todos, inclusive os americanos mexicanos. A prevalência de hipertensão arterial foi ligeiramente menor em americanos mexicanos (30,1% e 28,8%, homens e mulheres, respectivamente) em relação aos leucodermas não hispânicos (33,4% dos homens e 30,7% das mulheres) e com ≥ 20 anos. Em todos os participantes houve prevalência no gênero masculino com 25,4% de hipertensão e dentre os hispânicos os de maior média de hipertensão foram os da República Dominicana com 32,6% e de todas as mulheres foi 23,5%, com maior média naquelas de Porto Rico (29,1%).

Em continuidade, quanto aos fatores de risco, a hipercolesteremia atingiu 51,7% no gênero masculino e 36,9% no gênero feminino, com maior média (54,9%) nos homens da América Central e nas mulheres atingiu 31,4%. Não houve diferença entre os grupos. Quanto à obesidade prevaleceu em melanodermas, 38,8% nos homens não hispânicos e em 58,5% em mulheres não hispânicas, em relação aos

americanos mexicanos e leucodermas não hispânicos. Houve prevalência da obesidade no gênero feminino em 51,4% em mulheres de Porto Rico. O *diabetes mellitus* prevaleceu também entre os melanodermas não hispânicos (13,5% e 15,4%, homens e mulheres, respectivamente), com média semelhante em homens mexicanos (19,3%) e mulheres de Porto Rico (19,4%). O tabagismo prevaleceu nos hispânicos/latinos de modo geral (16,6% no gênero masculino e 7,5% no feminino) e em homens e mulheres (34,7% e 31,7%, respectivamente, de Porto Rico).

Um dado importante para a odontologia citado por LÓPEZ-LÓPEZ et al., (2012 A) foi que as doenças cardiovasculares, como por exemplo, o infarto do miocárdio, isquemia coronária e *angina pectoris*, não causam lesões bucais, entretanto, um dos seus indícios, poderia ser uma dor irradiada na mandíbula, que levaria o paciente a procurar um cirurgião dentista. Os autores ressaltaram que essa tal sintomatologia ocorreria devido a ramos do nervo vago (MYERS 2008). Dores de origem não odontogênica (heterotópica) na cavidade bucal comumente foram de causa muscular, neurovascular, neuropática, seio maxilar, algias dentárias psicogênicas e cardíacas.

LÓPEZ-LÓPEZ et al. (2012 b) avaliaram uma amostra de 30 pacientes, de 48 a 76 anos, que sofreram infarto agudo do miocárdio ou *angina pectoris*, do departamento de cardiologia do Hospital Can Ruti (Barcelona, Espanha), no período de fevereiro a maio de 2009. Entre os sujeitos 8 eram mulheres e 22 eram homens, com média de idade média de 58 anos e 11 desses pacientes relataram dores orofacias. Nenhum dos indivíduos com dores orofaciais apresentaram problemas dentários, 3 eram do gênero feminino, de 64 a 65 anos, 8 eram do gênero masculino, de 49 a 74 anos. As dores ocorreram em todos os casos bilateralmente na mandíbula. Os autores sugeriram que essa poderia ser justificada pelos tipos de processamento cerebral da dor e tipo de inervação.

2.1.2 Doenças Respiratórias

As doenças respiratórias representaram 17,4% das causas *mortis*. Os principais tipos de doenças que assolaram as pessoas foram as infecções do trato respiratório inferior, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), tuberculose e câncer pulmonar. As doenças respiratórias crônicas demonstram uma tendência de aumento em seus índices devido ao tabagismo e ao envelhecimento da população, destacando-se dentre elas a doença pulmonar obstrutiva crônica, asma e câncer de pulmão (WHO, 2002c). No ano de 1995 as doenças respiratórias já apresentavam mortalidade de 8% nos países desenvolvidos e 5% nos países em desenvolvimento (WHO, 1995d).

As doenças respiratórias agudas e crônicas no Brasil, em 2001, foram a segunda causa mais frequente de internação no Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Saúde, 2001). Em 2009, observou-se que as mortes devido às doenças respiratórias tinham taxa crescentes (IBGE, 2009)

Em 2015, Haroon e colaboradores, avaliaram prontuários com registros primários de doença pulmonar obstrutiva crônica, no intervalo do ano de 2001 a 2006, em pacientes ingleses. Levantaram que de 15.159 casos recentemente diagnosticados com DPOC, a média de idade foi de 70 anos, 52% eram do gênero masculino, 27% fumantes, 25% ex-fumantes e 40% não fumantes. O tabagismo foi considerado um grande fator de risco. Observaram que os principais sintomas foram à fadiga e a falta de sono. Em outros estudos recentes constataram que a tuberculose (BYRNE et al., 2015), trabalhos de riscos (STOLESKI et al., 2015) e ambientes poluídos também foram importantes fatores de risco para o desenvolvimento da DPOC (NKOSI, WICHMANN, VOYI; 2015).

2.1.3 Doenças Gastrointestinais

Gaetti-Jardim (2008) e colaboradores realizaram um levantamento dos prontuários de pacientes atendidos pelo Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, no período de 1999 a 2007. Os prontuários dos pacientes portadores de alterações sistêmicas continham informações demográficas, anamnéticas e clínicas. Foram cadastrados 4.330

prontuários e 44,13% (1.911 pacientes) eram portadores de alterações sistêmicas cardiovasculares 11,44%, problemas gastrointestinais 7,55%, respiratórios 6,56% e neurológicos (6,54%). A maior frequência foi observada em pacientes do gênero masculino (64,57%) e na faixa etária de 31-40 anos; e no gênero feminino entre 21-30 anos. Os resultados mostraram, ainda, que a hipertensão arterial foi a mais incidente das alterações cardiovasculares (85,08%) e das endocrinopatias o *diabetes mellitus* foi prevalente (87,97%). Os autores observaram os distúrbios gastrointestinais com alta incidência, sendo o segundo mais comum entre as alterações sistêmicas.

Entre as doenças gastrointestinais a úlcera péptica foi a doença mais frequente, uma vez que afetou mais de 15% da população nos países industrializados. As avaliações sobre o assunto mostraram que 5% a 10% da população mundial estava comprometida por distúrbios gastrointestinais. Uma menor incidência dessa doença na Europa do Norte e nos Estados Unidos poderia ser o resultado da redução no consumo de cigarros e aspirina, e aumento do uso dos óleos de cozinha vegetais (fonte de matéria-prima para síntese de prostaglandinas, que possuem propriedades citoprotetoras) e melhores condições de saneamento (LITTLE et al., 2008). A úlcera péptica compreende: úlceras gástricas e duodenais, ambas com uma alta morbidade e mortalidade. O *Helicobacter pylori* foi um dos principais causadores dessas úlceras, uma vez que sua erradicação demonstrou minimização do problema. E ainda, observaram que os fatores etiológicos das úlceras pépticas foi o uso de antiinflamatórios não esteróides, aspirina em baixas doses, tabagismo, etilismo e estresse (PRABHU; SHIVANI, 2014).

As gastrites crônicas, inflamações crônicas da mucosa estomacal, foram descritas também um tipo comum de alteração gastrointestinal (SIPPONEN, MAAROOS, 2015). Geralmente decorreram por infecção pelo *Helicobacter pylori*, entretanto, poderiam não ter caráter infeccioso como nas gastrites: atrófica autoimune, linfocítica, inflamação intestinal crônica, e especialmente a doença de Crohn (POLYDORIDES, 2014; VARBANOVA, FRAUENSCHLÄGER, MALFERTHEINER, 2014). Embora a gastrite crônica tenha diminuído sua incidência nos países desenvolvidos, na atualidade e mundialmente,

mais de 50% da população poderia ser portadora da mesma. E esta doença poderia evoluir para úlcera péptica e câncer gástrico (SIPPONEN, MAAROOS, 2015).

2.1.4 Doenças Neurológicas

A labirintite foi considerada como uma labirintopatia que envolve o reflexo vestibulo-ocular e promove oscilações posturais, em adultos principalmente maiores de 60 anos de idade. Para um diagnóstico correto se faz necessária a análise do reflexo vestibulo-espinal, integrando-se as informações visuais e proprioceptivas. Uma pesquisa realizada por Varela, Carneiro, Colafermina, em 2012, permitiu a aplicação de uma combinação de método computadorizado (novo sistema de sensores eletromagnéticos tridimensional) para avaliar e tratar 64 mulheres de 18-59 anos de idade com queixa de tontura aguda, acompanhada por um grupo controle. O resultado foi positivo em período de 12 meses de tratamento.

A depressão maior é uma das alterações neurológicas mais prevalentes em todos os países do mundo (LIU et al., 2015; KESSLER, BROMET, 2013), mostrando predomínio em mulheres adultas, em países de média e baixa renda. Essa doença tem caráter comumente crônico e recorrente que pode ser um fator de risco causador de distúrbios físicos crônicos (KESSLER, BROMET, 2013).

Em 2012, Rozanski demonstrou uma relação proporcional entre a gravidade de sintomas depressivos e a probabilidade de posterior desordem cardíaca. Os pacientes com sintomas depressivos leves tiveram um aumento no risco de mortalidade quando comparados com pacientes sem depressão. Nesses casos a depressão estava correlacionada com doenças cardiovasculares devido a maior concentração de péssimos hábitos de saúde, vícios tais como tabagismo, inatividade física, e descontinuidade de medicamentos em pacientes deprimidos, e devido a efeitos fisiopatológicos diretos. A relação entre depressão e doenças cardiovasculares foi bidirecional. Assim como a depressão aumenta o risco de doenças cardiovasculares (DCV), o desenvolvimento de DCV aumenta o risco de depressão. Como consequência, a prevalência de sintomas depressivos em populações cardíacas foi de mais de 30%, e aproximadamente 15% dos pacientes cardíacos manifestaram uma depressão severa, uma taxa que foi três vezes maior do que a prevalência de depressão na comunidade em geral. Pesquisou também,

101 pacientes com diversos graus de depressão em 3 grupos de tratamento: com sertralina (50-200 mg), com atividade física em grupo (3 vezes por semana), e grupo placebo. Sintomas depressivos de base foram avaliados tanto pela Escala de Hamilton para Depressão através de uma entrevista estruturada. Aproximadamente metade dos pacientes tinha depressão maior. Após quatro meses de acompanhamento houve redução comparável nos sintomas depressivos entre os pacientes que receberam a sertralina e aqueles que foram submetidos a exercícios, e ambos os grupos tiveram maior redução nos sintomas depressivos em comparação com o grupo placebo.

No mesmo ano Kort (2012), salientou que a prevalência da diarreia, sintomas gastrointestinais, inchaço, início da saciedade precoce, ansiedade e da depressão foi significativamente aumentada, predominantemente em pacientes com *diabetes mellitus* tipo 2 de longa duração, em comparação com os do grupo controle. O aumento da prevalência de sintomas gastrointestinais em pacientes com *diabetes mellitus* foi relatado anteriormente por outros, como Bytzer et al. (2002), que realizaram um estudo em um ambiente comunitário com uma grande população diabética e relataram um aumento da prevalência de diarreia ou constipação (15,6%), inchaço (12,3%), e saciedade precoce (5,4%).

Posteriormente TOPUZOĞLU et al., (2015) realizou um estudo transversal quanto a prevalência da de depressão subclínica e depressão maior, através de questionários, em 4011 indivíduos residentes em Izmir, Turquia. A pesquisa foi realizada de 2007 a 2008, com indivíduos de 15 a 64 anos de idade. Os questionários foram preenchidos corretamente em 76,5%. Observaram que houve prevalência de distúrbio depressivo maior no gênero feminino, na faixa etária de 55 a 64 anos, em indivíduos com baixa escolaridade, pessoas de baixa renda, desempregadas, sujeitos com deficiências físicas e mulheres com atividades somente domésticas. Procuraram tratamento 23,6% dos portadores de depressão subclínica e 30,6% com depressão clínica, entretanto 24,8% dos depressivos receberam tratamento minimamente adequado.

Atualmente, Angst et al. (2015) aplicaram um questionário estruturado, por meio de entrevista, em 591 indivíduos selecionados na faixa etária de 18 a 19 anos, moradores de Zurique (Suíça), no período de 1979 até 2008. Esse estudo

avaliou a incidência de transtornos mentais e correlacionaram com o gênero. As taxas de transtorno mental foram consideravelmente maiores do que aqueles geralmente relatados em estudos semelhantes. Notaram taxas de 32,5% para transtorno depressivo maior e 1,2% para transtorno bipolar. A probabilidade cumulativa de experimentar qualquer um dos transtornos mentais avaliados foi de 73,9%. No gênero feminino os pacientes relataram mais transtornos de humor, ansiedade e transtorno fóbico, e no gênero masculino observaram mais transtornos relacionados com o álcool.

A enxaqueca, um tipo de cefaleia comum, foi detectada atingindo aproximadamente 15% das mulheres e 5 % dos homens. A ocorrência da mesma principalmente se fez notória na faixa etária entre 25-45 anos (AUSIELLO, GOLDMAN, 2005).

Em um estudo transversal na Zâmbia (África), Mbewe et al., (2015) avaliaram a enxaqueca em 1.085 sujeitos, com idade entre 18 e 65 anos. Utilizaram um questionário estruturado, aplicado por meio de entrevista. Os resultados demonstraram que 450 pessoas eram do gênero masculino, 635 do feminino, 198 residiam na zona rural e 887 na zona urbana, sendo que a zona urbana apresentou altas taxas de incidência de cefaleias quando comparada a zona rural. Notaram ainda, que as cefaleias no período de 1 ano incidiram em 61,6%, distribuídas em enxaqueca (22,9%) e cefaleia do tipo tensional (22,8%). Em 11,5% dos entrevistados houve cefaléia por uso excessivo de medicação, e em 5,3% dos indivíduos estas não foram classificadas.

2.1.5 Doenças Endocrinometabólicas

Das doenças endocrinometabólicas o *diabetes mellitus* foi a terceira causa mais comum de morte nos Estados Unidos. Mais de 240 milhões de pessoas por todo o mundo demonstraram serem portadores desta e há expectativa que esse número aumente 2 a 3 vezes em 10 anos (LITTLE et al., 2008).

Os fatores de risco associados ao *diabetes mellitus* foram: pessoas maiores de 45 anos, obesidade, histórico familiar, diabetes gestacional, hipertensão arterial, alterações de colesterol, alterações prévias da regulação da glicose;

indivíduos que fazem parte de populações de risco como, por exemplo, afro-americanos e hispano-americanos. A doença diabetes é classificada geralmente em 3 tipos principais: diabetes tipo 1- com destruição das células beta, usualmente levando à deficiência completa de insulina (auto-imune ou idiopático), diabetes tipo 2 - graus variados de diminuição de secreção e resistência à insulina, e diabetes gestacional (GROSS et al., 2002).

Forouhi (2014) avaliou a incidência do diabetes em diversos países no ano de 2013 e estabeleceu uma expectativa dessas taxas para o ano de 2035. Em 2013 o Brasil tinha 11,9 milhões de diabéticos e para 2035 haveria aproximadamente 19,2 milhões. Entretanto os países que lideraram essa lista foram: China 98,4 milhões (2013) e 142,7 milhões (2035); Índia 65,1 milhões (2013) e 109 milhões (2035), e Estados Unidos da América com 24,4 milhões (2013) e 29,7 milhões de diabéticos esperados em 2035.

SCHNEIDERMAN et al., 2014, nos Estados Unidos da América avaliaram a prevalência de diabetes e as taxas entre os adultos de diversas origens, hispânico e latino hispânico, em múltiplas bases comunitárias de atendimento de saúde. O estudo utilizou a hemoglobina glicada para dosar taxas de glicose e foi realizado entre o ano de 2008 a 2011. Observaram que o diabetes afetava 10,2% sul-americanos, 13,4% cubanos, 17,7% centro-americanos, 18% dominicanos e porto-riquenhos e 18,3% dos mexicanos. Os autores afirmaram que a maior incidência do diabetes do tipo 2 ocorreu em adultos. Houve prevalência positivamente relacionada com a idade e em adultos maiores de 29 anos. Concluíram que houve grande prevalência de diabetes na população estudada.

2.1.6 Doenças Infecciosas

As doenças infecciosas são causadas por microrganismos patogênicos, e comprometem aproximadamente um terço da população mundial, apresentando relação direta com o aspecto socioeconômico (WHO, 2008e).

Kolte, Dolas, Sheno, em 2014 avaliam a prevalência e evolução, no período de 6 meses, das condições sistêmicas de pacientes indicados para cirurgia bucal. Na Índia, dentre 12.487 pacientes que procuraram o Setor Odontológico para

Cirurgia, 4,055% estavam sistemicamente comprometidos. As doenças foram agrupadas em desordens: hematológicas, cardiovasculares, metabólicas, infecciosas, respiratórias, neurológicas, envolvimento múltiplo e outras. Dentro do grupo das hematológicas (12,89%) prevaleceu a anemia; das cardiovasculares (35,57%) a hipertensão arterial; doenças metabólicas (20,35%), o *diabetes mellitus*; as neurológicas (4,34%) os problemas psicológicos; respiratórias (4,15%) a bronquite asmática; das doenças infecciosas (3,55%), de envolvimento múltiplo (13,35%), outras com 5,92%. Houve prevalência das doenças cardiovasculares (35,57%) e de doenças infecciosas (3,55%) ($p=0,01$).

Recentemente, notou-se um aumento da incidência mundial de doenças sexualmente transmissíveis. Essas alterações foram enquadradas dentro de doenças infecciosas (CINGOLANI et al., 2014).

Em 2014, pesquisadores trabalharam com a hipótese de pacientes com doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) serem prováveis indicadores de risco para transmissão, também, da síndrome da imunodeficiência adquirida. Participaram da pesquisa indivíduos matriculados no Instituto de Estudos ICONA (Italian Cohort Nare Antiretroviral), durante o período de 1998 a 2012, na faixa etária de 18 a 50 anos. As DSTs listadas incluíram sífilis, papiloma vírus humano (HPV), uretrite gonocócica e não gonocócica, vírus do *herpes simplex* genital, úlceras, vaginite, hepatite aguda B, hepatite A, e hepatite C, em usuário de drogas intravenosas. Entre 9.168 pacientes, a idade média foi de 37,3 anos, 74% do gênero masculino, e destes 996 eram portadores de DSTs. A maior incidência foi de sífilis, seguida por papiloma vírus e hepatite aguda. Houve correlação entre índices de DST e o HIV. Com o passar dos anos houve aumento no índice de DSTs. Concluíram que as intervenções para prevenir doenças sexualmente transmissíveis poderiam auxiliar na prevenção de síndrome da imunodeficiência adquirida (CINGOLANI et al., 2014).

Adicionalmente em 2015, Winston e colaboradores analisaram DSTs em adolescentes que moravam nas ruas de Eldoret (Quênia). Avaliaram 200 sujeitos, a maioria era do sexo feminino (81%) e a faixa etária foi de 12-21 anos. Foram diagnosticadas: clamídia, blenorragia, *trichomonas vaginalis*, vírus *herpes simplex*, sífilis e HIV. As mulheres foram mais afetadas por DSTs (56%) e 14,8% eram HIV

positivo. Observaram que os adolescentes estavam envolvidos em comportamentos sexuais de alto risco e que o gênero feminino teve maior prevalência de DSTs.

2.1.7 Doenças Oftálmicas

As doenças oftálmicas continuam sendo das principais afecções localizadas em órgãos, de atenção na saúde pública no século XXI, visto que levam a condições incapacitantes. As doenças oftálmicas localizadas envolvem a questão de envelhecimento do organismo e refletem a qualidade de vida no modo de envelhecer da população. Uma pesquisa realizada em Arkansans mostrou que na faixa etária maior de 40 anos houve prevalência de 5,5% de glaucoma, 5,3% de degeneração macular relacionada com a idade e 13,7% de catarata (IRAK-DERSU, BALAMURUGAN, 2010).

Em 2010, Hashemi et al. avaliaram uma afecção comum encontrada na população que é a hipermetropia. A amostra foi de moradores do Teerã com idade maior de 5 anos. Os graus de hipermetropia e a taxa de prevalência foram associados, segundo observado, pacientes com 0,5 grau compuseram 56,6% da amostra; com 1,0 grau eram 28,1%; com 2,0 graus foram 6,3% e 3,0 graus, 2,2%. A hipermetropia atingiu um número mínimo na faixa etária de 25 a 35 anos, e, aumentou de forma significativa até a idade de 70 anos. Notaram que a hipermetropia pode ser correlacionada ao avanço da idade.

Yaacov-Peña et al., em 2012, realizaram um trabalho epidemiológico no Paraguai para verificação de casos de cegueira. Para tanto foram avaliados 402 sujeitos, com testes para determinar a acuidade visual, com idade ≥ 40 anos e 60,4% eram do gênero feminino. A prevalência de cegueira e baixa visão ajustada para gênero e idade foi 1,0% e 4,5%, respectivamente. A perda de visão foi acentuada em indivíduos menores de 50 anos, com somente um caso de perda de acuidade visual após essa idade. A catarata foi a única causa relacionada à perda de visão neste grupo de sujeitos. Furtado et al (2012) em estudo realizado na América Latina referiu que as principais causas de cegueira foram o glaucoma e a retinopatia diabética.

Wilson et al. (2014) avaliaram as diferenças visuais em imigrantes e americanos nativos, residentes nos Estados Unidos da América (EUA). A análise foi

para verificação de miopia, hipermetropia, astigmatismo e acuidade visual, no período de 2003-2008, através de dados do National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). De 17.616 participantes, 81,5% eram americanos e 30,9% de imigrantes (naturalizados ou não), com idade a partir de 12 anos. Dentre os nativos 48,3% eram do gênero masculino com 50,2% de naturalizados e 55,2% não naturalizados, com prevalência de homens ($p<0,01$), da idade de 12-19 anos ($p<0,01$). Quanto à raça os leucodermas não hispânicos prevaleceram ($p<0,01$) e quanto à educação, com menos de 12 anos ($p<0,01$). A miopia e astigmatismo prevaleceram nos americanos nativos, ambos com $p<0,01$, enquanto que nos naturalizados prevaleceu a hipermetropia ($p<0,01$). Essa diferença foi atribuída aos fatores de risco como tabagismo, etilismo, exercícios, índice de metabolismo basal, comorbidades, retinopatia diabética e estado geral de saúde auto-referido. O regulamento nos EUA é que residentes, imigrantes e naturalizados ou não, só podem fazer uso de atendimento hospitalar após 5 anos no país. Após regressão logística quanto aos aspectos socioeconômicos, acesso a cuidados e outros fatores, contrastaram com outros achados nos EUA onde os nativos foram mais afetados pelos problemas visuais que os imigrantes.

2.1.8 Doenças Geniturinárias

Costa Filho, Padilha e Santos, em 2007, afirmaram que os rins são órgãos multifuncionais especializados, diretamente ligados, entre outras funções, ao equilíbrio ácido-básico do organismo, regulação do volume de fluido corpóreo, metabolismo de vários hormônios e excreção de diversas drogas. Segundo a Associação de Pacientes Renais Crônicos de São Paulo, no Brasil, aproximadamente 25.000 portadores de insuficiência renal crônica foram diagnosticados. Por definição, insuficiência renal crônica corresponde a uma síndrome metabólica, decorrente de um declínio bilateral, progressivo e irreversível no número total de néfrons funcionais com um declínio concomitante da capacidade excretória renal, tendo como principais causas a nefroesclerose, hipertensão de longa data, nefropatia devido ao diabetes, pielonefrite, rins policísticos e doenças autoimunes.

Em 2006, Nakamura e colaboradores descreveram que a nefrite intersticial aguda (NIA) é uma importante causa de lesão renal aguda, embora menos comum que a necrose tubular aguda e a glomerulonefrite aguda. Dois terços dos casos de NIA ocorreram devido a drogas como anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e antimicrobianos. A NIA apresenta sinais e sintomas não específicos, com menos de 10% de pacientes com características sistêmicas de reação imunológica, como febre, erupções cutâneas, artralgias, e eosinofilia. A maioria dos casos de NIA foi diagnosticada clinicamente. A infecção induzida na NIA correspondeu a 15% dos casos e acredita-se começar com lesão da célula tubular. A NIA idiopática respondeu por 10% dos casos de nefrite intersticial. Houveram vários relatos sobre nefrite túbulo-intersticial aguda (NTIA) e anticorpo anti-citoplasma de neutrófilo (AACN), e a maioria foi associada com drogas, tais como, a cimetidina, cefotaxime, omeprazol, indometacina, e rofecoxib. Os autores apresentaram um caso de nefrite túbulo-intersticial aguda, desenvolvida em uma mulher de 77 anos que teve uma alta taxa de mieloperoxidase (MPO) e anticorpo anti-citoplasma de neutrófilo (AACN). A constatação clínica, de achados laboratoriais e histopatológicos sugeriram nefrite idiopática túbulo-intersticial aguda. De interesse, nenhuma droga foi encontrada como responsável. Portanto, MPO-AACN puderam ser consideradas com papel causal no desenvolvimento de nefrite túbulo-intersticial aguda. No entanto, foram poucos os relatos sobre NTIA e AACN sem o envolvimento de drogas. Neste artigo, foi apresentado um caso de NTIA com um título elevado de AACN, sem vasculite sistêmica ou qualquer droga responsável. Permanece necessário e interessante especular sobre o mecanismo de NTIA.

No Brasil, Rocha et al. (2013), em uma pesquisa utilizando biópsias renais demonstraram que a glomerulosclerose focal e segmentar foi a forma mais frequente entre as glomerulonefrites primárias. Esta nefropatia é seguida por nefropatia membranosa e por imunoglobulina A. Em um estudo com 1.603 registros de biópsias renais, constava 29 pacientes de 0-6 anos, 31 de 7-12 anos e 77 de 13-18 anos, apresentando maior número de pacientes leucodermas. Os autores observaram que a glomerulopatia foi a nefropatia mais frequente. A nefrite tubulointersticial foi observada nos grupos de pacientes com idade entre 0- 6 e 13-18 anos, e a necrose tubular aguda esteve presente apenas no grupo de pacientes com idade entre 0- 6 anos. Além disso, os 3 grupos apresentaram casos de vasculopatia devido a

síndrome hemolítico-urêmica ou arteroesclerose hialina. Houve alguns casos de malformação resultante de displasia renal e de nefrolitíase no grupo de pacientes com idade de 0-6 anos.

Outra doença geniturinária importante considerada foi a infecção bacteriana do trato urinário, a cistite, comum e adquirida, presente na comunidade e nos hospitais e muito recorrente. Os uropatógenos podem ser transmitidos entre os indivíduos, tanto através do contato, como por meio de alimentos ou água. Atualmente essas bactérias tem se mostrado mais resistentes aos antibióticos disponíveis (FOXMAN, 2010).

As infecções do trato urinário refletem um problema de saúde pública, tendo altos índices de recorrência, sendo que as causas destas doenças são variadas, sendo mais frequentes a *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, *Enterococcus faecalis* e *Staphylococcus saprophyticus*. (FLORES-MIRELES et al., 2015)

Em 2013, Huang et al. utilizando o Banco de Dados Nacional de Saúde de Taiwan, analisaram a epidemiologia das doenças do trato urinário superior, desde o ano de 1997 até o ano de 2010. Foram levantados 2.005 prontuários. Observaram que a litíase urinária diminuiu em 6.5%, de 1997 para 2010. A prevalência foi observada no gênero masculino e as alterações aumentaram de acordo com o avanço da idade. A taxa de recorrência foi maior no gênero masculino, em 1 e 5 anos foi de 6,12% e 34,71%, respectivamente.

Posteriormente, Bae et al. (2014) investigaram a incidência de litíase urinária do trato superior nos dados do Serviço Nacional de Saúde da Coreia, atendidos no ano de 2009. Em um cadastro de 1.115.721 pacientes selecionaram aqueles diagnosticados com litíase urinária, que atingiram 219.328 pacientes. A incidência anual de litíase urinária no trato superior foi de 589,09/100.000 homens e 326,64/100.000 mulheres. A incidência anual de litíase urinária na Coreia foi maior do que a previamente relatada no Japão, mas inferior aos países ocidentais.

2.1.9 Doenças Ósseas

Entre as desordens ósseas foi comum o relato de osteoartrite (MARCH, BAGGA, 2004).

Murphy e Helmick (2012) realizaram em ampla revista da literatura, abrangendo artigos de 1966 a 2011 sobre o impacto da osteoartrite nos Estados Unidos da América. Notaram que essa doença foi a quarta causa mais comum de internação hospitalar no país. Verificaram que a comorbidade mais comum relacionadas à oosteoartrite foi a obesidade, e também, mas com menor taxa de correlação, a úlcera péptica, doença renal, diabetes e múltiplos fatores de risco de doenças cardiovasculares.

Hoy et al. (2010) verificaram que a dor na coluna, na região lombar, é muito comum, além de ter caráter crônico. No ano de 2014, Manchikanti e colaboradores confirmaram que a incidência dessa afecção tem aumentado nos Estados Unidos. E ainda, que há muitos fatores de comorbidades associados com a dor na região lombar da coluna incluindo obesidade, sedentarismo, aumento da idade, estilo de vida e fatores variados. Os autores concluíram que embora 80% a 90% dos casos seriam curados sem qualquer tratamento, porém, em aproximadamente 1 mês e duas semanas 5% a 10% dos pacientes desenvolveram essa doença com caráter crônico.

2.1.10 Doenças inflamatórias

Em 2014, Lau e colaboradores relataram que as amigdalites ou tonsilites, são desordens inflamatórias, um problema de saúde considerável, e também, que o tratamento dessa doença exige grandes gastos do governo da Inglaterra. Em um estudo transversal com dados nacionais no período de 1991 e 2011, notaram que a taxa de tonsilectomia caiu em 44%, a taxa de tonsilite aumentou 310% e houve um aumento de 14% nas dores de garganta associada com a remoção desse tecido linfoide.

Millington e Phillips (2014) avaliaram entre 2003 e 2012 a prevalência de tonsilite e tonsilectomia em um hospital universitário inglês. Observaram que as

taxas de tonsilectomia praticamente não tiveram diferença, entretanto as tonsilites aumentaram 118% em adultos e 179% em crianças. Os autores sugerem que maiores indicações de tonsilectomias poderia reduzir internações hospitalares de pacientes com tonsilites.

A esteatose hepática em indivíduos não etilistas é uma doença hepática crônica frequente, que afeta 14% a 30% da população, podendo ocorrer em qualquer faixa etária e representa um problema crescente devido à maior incidência de obesidade. Histologicamente, ela se assemelha a lesão hepática alcoólica, mas ocorre em pacientes que negam o consumo significativo de álcool. Este problema pode estar ligado a comorbidades, considerada como síndrome hepática metabólica quando está associada a *diabetes mellitus* tipo 2, hipertensão, hiperlipidemia, e adiposidade visceral (ABD EL-KADER, EL-DEL ASHMAWY, 2015)

Outro problema inflamatório comum corresponde à doença inflamatória do intestino (BASSOTI et al., 2014). Em 2015, Burisch e Munkholm avaliaram a incidência, mortalidade e risco de câncer para a doença inflamatória do intestino (IBD), doença de Crohn (CD) e colite ulcerativa (UC). Os dados foram coletados em estudos de coorte com base na população. Observaram que na Europa aumentou a incidência das doenças, no ano de 1962 a incidência foi de 6,0/ 100.000 pessoas com UC e 1,0/100.000 pessoas com CD; já em 2010 atingiu 9,8/100.000 pessoas com UC e 6,3 /100.000 pessoas com CD. A maior incidência de IBD foi notada nas Ilhas Faroé, e os portadores de IBD apresentaram um risco de mortalidade aumentada em até 50% e o risco de câncer do intestino delgado foi 8 vezes maior para esse pacientes.

Tendinites são amplamente observadas na população. Relatos de tendinite / tenossinovite foram correlacionados com gênero, faixa etária, raça, renda familiar e nível educacional por Frazão et al., (2010). Os dados foram coletados como parte de um suplemento de saúde de Levantamento de Domicílios realizada em 1998 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A população rural da região Norte não foi incluída. A pesquisa incluiu 221.088 indivíduos entre 15 e 64 anos; ao final a pesquisa teve 54.660 participantes. Os resultados demonstraram que a prevalência geral de tendinite / tenossinovite foi de 3,1%, 5,5% em ocupações de alto risco (n = 10.726); e 2,5% em ocupações de baixo risco (n = 43.934).

Observaram ainda que a doença incidiu mais em indivíduos leucodermas, gênero feminino, faixa etária de 45 a 64 anos, com nível socioeconômico mais elevado e a prevalência desse distúrbio foi independente da categoria profissional. Concluíram que os trabalhadores brasileiros de maior renda podem ser submetidos a maiores exigências físicas e psicológicas que, independentemente do tipo de trabalho, dessa forma têm aumento do risco de tendinite/tenossinovite.

2.1.11 Distúrbios Hematológicos

Little et al. (2008) afirmaram que aproximadamente 4% dos homens e 8% das mulheres nos Estados Unidos apresentaram anemia, que é definida por valores de hemoglobina abaixo de 13g/dL para o gênero masculino e abaixo de 12g/dL para o feminino. Nos Estados Unidos, a anemia por deficiência de ferro foi a doença hematológica mais comum. A cada 2.000 atendimentos dentários, em média, 12 homens e 24 mulheres se apresentaram anêmicos.

De acordo com Schady (2012), a anemia ferropênica é uma das deficiências nutricionais mais prevalentes no mundo, afetando mais de 2 bilhões de pessoas nos países em desenvolvimento. Anemia grave aumenta substancialmente o risco de óbito durante a gravidez e parto (RUSH, 2000). A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009f) estima que a anemia contribuiu com 20% para a morte materna. Crianças nascidas de mães anêmicas foram mais propensas a ter baixo peso ao nascer, além de baixos níveis de ferro (BONDEVİK et al., 2001; FRIEDMAN et al., 2009; LEVY et al., 2005). Na infância a anemia foi identificada como um fator de risco para a mortalidade infantil (VAN EIJK et al., 2007). Tradicionalmente, os esforços para combater a anemia em países em desenvolvimento concentraram-se em fortificação ou suplementação de ferro.

Merino et al. (2012), realizaram uma pesquisa com o objetivo de comparar o efeito do tratamento oral com ferro e intravenoso, em anemia por deficiência de ferro pós-parto. Treze mulheres com hemoglobina 10,7µg / dl e ferritina menor de 15µg / L, em 24 h pós-parto, foram divididas aleatoriamente em dois grupos: um grupo recebeu ferro intravenoso (2 doses de 200 mg de ferro sacarose) nos dias 2 e 4 após o parto, e o outro padrão de tratamento, 200 mg de sulfato ferroso oral 2 vezes / dia, durante 6 semanas. No grupo de ferro intravenoso os valores de ferritina

foram maiores no dia 7 ($p = 0,002$) ($298,3 \pm 159,1\mu\text{g} / \text{l}$) do que o ferro oral ($21,3 \pm 9,4\mu\text{g} / \text{l}$). No dia 14 foram também detectadas diferenças entre os dois grupos ($123,7 \pm 65,1\mu\text{g} / \text{L}$ de ferro intravenoso e da ferritina $24,6 \pm 9,3\mu\text{g} / \text{l}$ no grupo de ferro oral, $p=0,004$). A hemoglobina e hematócrito aumentaram em ambos os grupos nos dias 7, 14 e 42, porém não houve diferenças significativas. Os efeitos adversos foram detectados apenas no grupo de ferro oral (29%, $n=2$) com características leves. Anemia por deficiência de ferro na gravidez foi uma entidade que aparece entre 10-30% das mulheres gestantes, podendo ser severa em 10% dos casos, portanto, merece atenção especial devido às suas potenciais consequências, para a mãe e para o feto. Concluíram que o ferro intravenoso pode ser uma alternativa no tratamento da anemia ferropênica pós-parto, especialmente em pacientes que não toleram ou recusam formulações orais.

Segundo Petrosyan et al. (2012), a anemia manifestou-se como um problema significativo em idosos, e a causa da anemia em cerca de um terço da população em geral não é identificada. Foram incluídos prospectivamente pacientes anêmicos (de acordo com critérios da OMS) com 65 anos ou mais, que foram internados no Departamento Interno de Medicina. Os dados clínicos típicos foram recolhidos, e um conjunto de testes biológicos padronizado, incluindo cupremia foi realizado. Dos 360 pacientes no total, 191 (53%) pacientes apresentavam anemia, no entanto, 96 pacientes foram excluídos porque seus dados estavam incompletos. Dos restantes 95 pacientes que foram incluídos, 45 eram homens (47,4%) e 50 eram mulheres (52,6%), a idade média dos pacientes foi de 79,7 anos (66-101 anos). Pelo menos uma causa de anemia foi diagnosticada em 87 de 95 pacientes (91,6%) e anemia foi multifatorial em 44 dos 95 (46,3%) casos. As cinco causas mais importantes de anemia foram: inflamação (62,1%), deficiência de ferro (30,5%), deficiência de ácido fólico (21%), insuficiência renal crônica (17,9%) e deficiência de cobalamina (11,6%). A causa da anemia não pode ser identificada em 8 dos pacientes. Finalmente, a anemia causada por etiologia desconhecida foi rara e a deficiência de cobre não foi documentada em nenhum caso. A anemia, portanto, foi um problema significativo em pacientes idosos e com uma frequência estimada de 10% nas populações residentes na comunidade maiores 65 anos. A pesquisa confirma que há uma alta prevalência (53%) de anemia em pacientes hospitalizados

com ≥ 65 anos. Surpreendentemente, a etiologia anêmica foi causada por múltiplos fatores em muitos dos casos (43,5%).

A hipercolesteremia está entre os distúrbios hematológicos mais comuns e herdados. Nessa doença o colesterol LDL se encontra anormalmente elevado, e em níveis que causam a deposição de placa aterosclerótica e promovem ou acentuam a doença cardiovascular (SINGH, BITTNER, 2015). A hipercolesteremia, devido a hábitos alimentares, também mostrou aumento conforme o passar dos anos (CAPUANO et. al., 1998). Ruixing e colaboradores (2009) analisaram a prevalência de hiperlipidemia e os fatores de risco na população da China, residentes em Bai Ku Yao e Han. A amostra foi composta por 1.170 de Bai Ku Yao, com média de idade de 37.5 anos, com 588 do gênero masculino e 582 do feminino. O número de 1.173 sujeitos eram de Han, com média de idade de 38.3 anos, sendo 589 do gênero masculino e 584, feminino. Os resultados demonstraram que a hipercolesteremia, hipertriacilglicerolemia e hiperlipidemia, quando comparadas em Bai Ku Yao e Han foram, respectivamente, de 12.4% e 26.2%, 15% e 14.8%, 24.4% e 33.9%. A hiperlipidemia foi correlacionada com a massa muscular corpórea, circunferência da cintura e ingestão de gordura total, em Bai Ku Yao. A hiperlipidemia foi positivamente associada com a idade, consumo de álcool, massa muscular corpórea, circunferência da cintura e o consumo de gordura, em Han. Os autores concluíram que a prevalência da hipercolesteremia e hiperlipidemia foi significativamente menor em Bai Ku Yao do que na população Han, devido a diferentes hábitos alimentares, estilo de vida e nível de atividade física.

2.1.12 Neoplasias

As neoplasias fazem parte de um grupo de alterações que geram despesas à saúde pública no Brasil e acabam por influenciar a qualidade de vida da população acometida e de seus familiares (SILVA, MALDONATO, 2003).

Estas alterações patológicas são encontradas em diferentes regiões e classes sociais, pois no Brasil existe um desequilíbrio na distribuição de renda, diversidade cultural, variação nos hábitos alimentares, tornando um país altamente diversificado nas tipologias de doenças (BRAGA, DUTRA, OLIVEIRA, 2011).

As neoplasias benignas se apresentam como alterações periféricas ou centrais, e em estudos epidemiológicos comparativos os diversos tipos de neoplasias benignas são poucos. As neoplasias benignas de tecidos moles mais comuns foram os fibromas, seguidos por papiloma escamoso e hemangioma. Sendo estas mais comuns em mulheres por volta da quarta década de vida (ROCHA, OLIVEIRA, SOUZA, 2006).

Os tumores ósseos benignos, bem como os tumores odontogênicos benignos, foram relatados como relativamente incomuns, embora a sua incidência seja maior do que a de tumores malignos primários e isso certamente tem limitado uma obtenção de sua frequência relativa e insuficiente compreensão dos seus fatores de risco. Acredita-se que falta uma coleta de dados mais precisos sobre as lesões benignas, visto que normalmente, acabam sendo subestimadas durante as análises clínicas em função de seus aspectos e por apresentar ausência de sintomatologia dolorosa (FRANCHI et al., 2012). As informações epidemiológicas de incidência de tumores benignos obtidas foram escassas e muitas vezes não fidedignas, principalmente no Brasil (FREGNANI et al., 2002; FERNANDES et al., 2005; OSTERNE et al., 2011; BRAGA, DUTRA, OLIVEIRA 2011).

Parker (2007) elucidou os miomas como tumores benignos comumente encontrados, compostos por células monoclonais do músculo liso do miométrio. O colágeno tipo I e tipo III foram abundantes, mas as fibrilas de colágeno foram vistas formadas anormalmente e em desordem, bem como o colágeno, encontrado em formação de quelóide. O autor obteve uma amostra aleatória de mulheres, com idades entre 35 a 49 anos, que foram rastreadas por meio de coleta de dados anamnéticos em registros de ultrassonografias. Observou que aos 35 anos de idade a incidência de miomas foi 60% em afro-americanas, com a maior incidência de 80% aos 50 anos de idade. Mulheres caucasianas tiveram uma incidência de 40% aos 35 anos, e quase 70%, aos 50 anos de idade. Embora as causas precisas de miomas sejam desconhecidas, avanços foram feitos no entendimento dos fatores hormonais, genéticos, de crescimento e de biologia molecular destes tumores benignos. Possíveis fatores responsáveis pelo início de alterações genéticas encontradas em miomas incluem anormalidades intrínsecas do miométrio, receptores de estrogênio no miométrio congenitamente elevados, mudanças hormonais, ou uma resposta à lesão isquêmica no momento da menstruação. As mulheres com quarenta anos de

idade foram mais propensas a serem diagnosticadas com miomas, no entanto, não ficou claro se isto ocorreu devido ao número ou crescimento aumentado de mioma por causa de alterações hormonais secundárias, durante este tempo.

Duhan & Sirohiwal (2010) relataram que os miomas uterinos foram os tumores pélvicos sólidos mais comuns nas mulheres, ocorrendo em cerca de 20-40% destas em período fértil, sendo a mais frequente indicação de histerectomia. Estes foram definidos como lesões benignas originadas normalmente dos músculos lisos do útero. Cerca de 202.538 pacientes foram analisadas em um grande centro de atendimento terciário do norte da Índia nos últimos 10 anos e constataram que 69.328 das pacientes continham mioma (34.22%). Felizmente, a transformação sarcomatosa em miomas foi extremamente rara (0,13-0,23%).

As neoplasias malignas têm sido consideradas o principal motivo de morte nos países desenvolvidos e a segunda causa de morbidade naqueles em desenvolvimento. Segundo a última estimativa mundial quanto à incidência do câncer, em 2012, surgiriam aproximadamente 14,1 milhões de novos casos, ocorreriam 8,2 milhões de mortes e 32,6 milhões de pessoas estavam vivendo com câncer (IARC, 2008). No Brasil, até o ano de 2015, foram previsto 576.000 novos casos (INCA, 2014).

O envelhecimento, crescimento populacional mundial e vícios nocivos favorecem o contínuo aumento de incidência de doenças malignas. No âmbito mundial, estima-se que estas atingem mais indivíduos do gênero feminino. Os tipos mais comuns encontrados foram tumores malignos de mama, cólon retal e útero. Nos indivíduos do gênero masculino observaram-se mais casos de pulmão, próstata e cólon retal. Dentre os fatores de riscos, de maiores expressividade nesse cenário, observou-se o tabagismo, hábitos alimentares e vacinação (IARC, 2008, JEMAL, et.al., 2011).

Mistiri et al. (2015) avaliaram a incidência de câncer utilizando registros da base de dados de câncer de Bengasi (Líbia) no período de 2003 a 2005. Observaram que em uma amostra de 3.307 pacientes que a incidência foi de 135.4 homens/ 100.000 pessoas e 107.1 mulheres/100.000 pessoas. As neoplasias mais comuns do gênero masculinos foram, respectivamente, pulmão (18,9%), colo retal (10,4%), bexiga (10,1%), e próstata (9,4%). Entre as mulheres as neoplasias

malignas mais encontradas foram de mama (23,2%), colo retal (11,2%), útero (6,7%) e leucemia (5,1%). As principais causas de morte no gênero masculino foram câncer de pulmão (29,3%), colo retal (8,2%) e no cérebro (7,3%); já no feminino foram câncer de mama (14,8%), colo retal (10,6%) e fígado (7%).

2.1.13 Doenças Autoimunes

Alergias formam um grupo importante dentro das doenças imunológicas. Eseverri e colaboradores (1998) avaliaram 200 crianças, na faixa etária de um mês de idade até 15 anos, da Ala Pediátrica de Alergologia de uma unidade de alergologia de um hospital. Os resultados revelaram que 119 das alergias eram de cunho respiratório, 46 alimentar e 35 a medicamentos. 100% dos pacientes residia em zona urbana, 69% tinham histórico de alergias na família e 63,5% foram expostos ao fumo. A história natural da doença alérgica mostrou a seguinte sequência: alergia alimentar - alergia respiratória - alergia a medicação. Os autores relataram um aumento no número de doenças alérgicas em países industrializados.

A alergia alimentar teve incidência de 5% a 10% na população mundial. Foram observadas alergias a ovo, leite, amendoim, nozes, soja e trigo (SAVAGE, JOHNS, 2015). Em 2013, um estudo embasado em dados coletados entre os anos de 2007 a 2010 de 20. 686 indivíduos mostrou prevalência de alergia alimentar em 8,96%, desse 6,53% eram crianças e 9,72% em adultos. Entre os adultos e crianças a alergia mais comuns foi a alimentar e esta também foi mais frequente entre pacientes com asma ou rinites (MCGOWAN, KEET, 2013).

Em 2014, Jares e colaboradores avaliaram a epidemiologia de alergias medicamentosas em 11 países da América Latina. Fizeram parte da amostra 862 pacientes, dos quais, 71% eram do gênero feminino, adultas e idosas, 51% eram crianças do gênero feminino e crianças. Urticária e angioedema foram mais frequentes (71%), anafilaxia em 27,3% dos casos. Não houve mortes relatadas. Entre os medicamentos que mais provocavam alergias estavam os anti-inflamatórios não esteróides (52,3%), antibióticos β -lactâmicos (13,8%), e outros antibióticos (10,1%).

Conforme alega Little et al. (2008), artrite reumatoide é uma doença autoimune que se caracteriza por causar inflamação das articulações, especialmente das mãos, pés e joelhos.

De acordo com Rudan et al. (2015) a artrite reumatoide (AR) é um distúrbio imunológico e uma das principais causas de morbidade crônica em países ricos, inclusive. Os autores analisaram a incidência de artrite reumatoide com base em artigos publicados sobre o assunto. A prevalência de AR foi de 0,40% para o Sudeste Asiático, 0,37% para Mediterrâneo Oriental, 0,62%, países Europeus, 1,25%, países Americanos e 0,42% para as regiões do Pacífico Ocidental. A incidência de AR no gênero masculino foi de 0,16% e no feminino atingiu 0,75%, e a diferença entre os gêneros foi significativa ($P < 0,0001$). Os resultados demonstraram que a população feminina de países de média e baixa renda foi mais acometida.

Tavares, Kari, San Martin, (2014) abordaram também as artrites, incluindo seus vários tipos: osteoartrite, artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico, doença de Lyme, esclerodermia, fibromialgia e artrite psoriática. Elas afetaram ambos os gêneros e a idade média foi de 45 anos, ocorrendo ligeiramente mais no gênero feminino. Dentre as complicações bucais das artrites encontraram o comprometimento da articulação temporomandibular; dor, redução de movimento nas mãos e aumento do grau de dificuldade de higienização bucal. Recomendações da American Academy of Orthopaedic Surgeons sugerem o uso de quimioprofilaxia.

Sujatha (2012) classificou o lúpus eritematoso sistêmico (LES), como uma doença multissistêmica, onde o envolvimento renal é bastante comum e continua a ser uma complicação que ameaça a vida. Manifestações renais são altamente pleomórficas e pacientes apresentaram um amplo espectro de sintomas, de proteinúria assintomática à insuficiência renal, justificando a diálise. Patologicamente o espectro das lesões renais encontradas em nefrite lúpica foi amplo, envolvendo glomérulos, túbulo-intersticial e vasos sanguíneos. A nefrite foi uma das mais importantes causas de morbidade e mortalidade em pacientes com LES. Daí a importância da triagem de doença renal se tornar imperativa no lúpus.

De um modo geral, Kolte, Dolas, Sheno, em 2014 avaliaram a prevalência e evolução, no período de 6 meses, das condições sistêmicas de pacientes indicados para cirurgia bucal, na Índia. Dentre 12.487 pacientes que

procuraram o setor odontológico para cirurgia, 4,055% estavam sistemicamente comprometidos. As doenças foram agrupadas em desordens hematológicas, cardiovasculares, metabólicas, infecciosas, respiratórias, neurológicas, múltiplos sistemas e outras. Houve prevalência das doenças cardiovasculares (35,57%) e de doenças infecciosas (3,55%) ($p=0,01$).

2.2 DOENÇAS DA MUCOSA BUCAL

Buczko, Zalewska, Szarmach (2015) fizeram uma revista bibliográfica sobre o equilíbrio antioxidativo-oxidativo do sangue e da saliva na saúde do indivíduo e como fator de desenvolvimento de doença periodontal, câncer bucal, *diabetes mellitus*, artrite reumatoide, insuficiência renal crônica, apnéia obstrutiva do sono e síndrome da imunodeficiência adquirida. Na doença periodontal observaram uma associação de redução de antioxidantes salivares e aumento de agentes oxidativos na cavidade oral. Semelhantemente ocorreu com os carcinomas espinocelulares. Nas doenças periodontais e em pacientes diabéticos do tipo 2 observaram uma alta significância no decréscimo de atividade da glucantione reductase e catalase no plasma sanguíneo. Relataram uma significativa redução do valor total da capacidade antioxidativa em pessoas idosas, aumento do estresse e aumento de espécies variadas de nitrogênio na saliva, ou seja, isso possibilitaria uma oxidação das células epiteliais, o que poderia, em parte, justificar a alta prevalência de câncer nas pessoas mais idosas. A análise salivar também tem sido utilizada para averiguar neoplasias mais distantes. Marcadores salivares têm sido utilizados para avaliar as respostas que ocorrem durante o uso de aparelhos ortodônticos e do estresse decorrente da movimentação dentária. Concluíram que os materiais utilizados no tratamento ortodôntico não produzem danos na cavidade bucal nos primeiros 6 meses de tratamento. O aumento de radicais livres no plasma sanguíneo e saliva foram demonstrados em pacientes com diabetes tipo 1 e 2 e esse desequilíbrio poderia estar relacionado também com os problemas periodontais apresentados por esses pacientes. Os antioxidantes prevaleceram na saliva de jovens com artrite reumatoide (54,44%). O estresse oxidativo também esteve presentemente aumentado em pacientes com insuficiência renal e uremia.

Gil-Montoya et al. (2015) realizaram uma revista da literatura não sistemática para observar o nível de saúde oral de idosos e as possíveis repercussões no impacto e nas condições gerais de saúde e nutrição dos mesmos. As condições de satisfação em idosos foram bem documentadas na faixa de 65-74 anos, enquanto pouco se observou em faixa etária superior. Entre os dados obtidos pela pesquisa incluíram cáries, perdas dentárias, doença periodontal, edentulismo, mas também a xerostomia no idoso. Concluíram que esta adveio de condições medicamentosas, doenças sistêmicas, álcool, tabaco, alimentação e outras condições ou tipos de atividades. O câncer bucal foi outro fator levantado, visto que o tratamento do mesmo prevê a quimioterapia e radioterapia, com consequências que requerem ação de prevenção e intervenção por parte do cirurgião-dentista. A doença periodontal tem sido fator de risco para diversos tipos de alterações sistêmicas, desde o *diabetes mellitus*, doenças cardiovasculares, tipos específicos de câncer, doença renal, disfunção erétil, ao nascimento de crianças com baixo peso. Deficiências nutricionais promoveram no idoso deficiência vitamínica e mineral.

Almoznino et al. (2015) fizeram uma análise retrospectiva de jovens e adultos de meia idade, de Israel, através de diagnóstico histopatológico de doenças orais e maxilofaciais. A amostra constituiu-se de 385 sujeitos tratados no período de 2007-2009, sendo a maioria do gênero masculino (78%), nascidos em Israel (81,1%), com idade média de 21,6 anos e militares. Os critérios de exclusão utilizados foram: sujeitos portadores de problemas dentários, variações da normalidade, anomalias de desenvolvimento e condições agudas ou transitórias da mucosa bucal. As lesões foram classificadas segundo os grupos em: benignas exofíticas, com 45,3% de incidência; benignas brancas (13,5%); lesões ou desordens potencialmente malignas (10,1%); intraósseas, com 9,8% de incidência; descoloração na mucosa (7,8%); pigmentares benignas (7,3%); lesões traumáticas crônicas/ inflamação (3,9%) e neoplasias malignas (2,1%). Alterações nos tecidos moles (90,2%) foram prevalentes às intraósseas (9,8%). As alterações ou desordens malignas foram significativamente associadas com a idade ($p < 0,001$), assim como o líquen plano ($p = 0,037$) e alterações displásicas ($p = 0,013$), estas em 10% dos casos e na faixa etárias de 18-52 anos. Por outro lado as lesões pigmentares melanóticas ($p = 0,039$) e as benignas exofíticas foram negativamente associadas com a idade

($p=0,038$). Dentre as lesões que requereram exame histopatológico se destacaram as benignas de glândulas salivares ($p<0,001$). As neoplasias malignas ocorreram em 2,1% das lesões, em pacientes acima de 30 anos, gênero masculino e sem os fatores de risco comuns para seu aparecimento.

Tavares, Kari, San Martin (2014) fizeram uma correlação entre as doenças sistêmicas e alterações bucais, incluindo também cuidados necessários pelo cirurgião-dentista. Consideraram que 80% dos americanos são portadores de uma doença crônica e 50% de mais de uma. Dentre as doenças de maior mortalidade, em sujeitos ≥ 65 anos, estão as de origem cardíaca, neoplasias malignas, doenças respiratórias crônicas, doenças cerebrovasculares, doença de Alzheimer, *diabetes mellitus*, influenza, pneumonia, nefrite, acidentes circunstanciais e septicemias. Assim os autores consideraram algumas das doenças relevantes no contexto de atendimento odontológico, tais como o *diabetes mellitus*, hipertensão, doenças cardiovasculares, doenças cerebrovasculares, artrites e osteoporose.

Os mesmos autores referiram, com relação ao *diabetes mellitus*, que tanto tipo I quanto II, trazem transtornos para a cavidade bucal como problemas periodontais, alterações cardíacas (16%), hipertensão, dislipidemia, alterações oftálmicas, problemas renais (44%), alterações neurológicas (entre 60-70%) dos sujeitos diabéticos tipo II, sendo que 60% sofre amputação de membros. Dentre as consequências bucais a mais comum é a xerostomia, que promove aumento de cáries, infecções fúngicas, glossodinia, disgeusia, disfagia, dificuldade para mastigação e de remoção de próteses. O fato se agrava pela medicação múltipla que estes pacientes fazem uso. Entretanto, lesões como a língua geográfica, estomatite por prótese e queilite angular ocorrem de modo significativamente maior em diabéticos. Os autores sugeriram que a língua geográfica possa ocorrer pela microangiopatia na vascularização bucal. A candidíase foi, sem dúvida, a alteração mais comum encontrada em diabéticos, associada às alterações na própria cavidade bucal, como acidificação do pH salivar e disfunção glandular. O uso de polifármacos compromete ainda mais o quadro clínico e bucal, ou seja, o uso continuado de insulina pode, associadamente com altas doses de aspirina, promover hipoglicemia. A metformina também pode provocar o mesmo efeito com outros anti-inflamatórios não esteroidais. O ketaconazole, além de promover a hipoglicemia, leva a uma deficiência de vitamina B12, o que propicia a glossite atrófica, candidíase, queilite

angular e mesmo aftas recorrentes. Cuidados especiais são necessários com estes pacientes.

Outra doença sistêmica de grande importância, também citada pelos autores acima, foi a hipertensão arterial maior que 140 X 90 mmHg (milímetros de mercúrio), sendo mais frequente em dois terços e três quartos no gênero masculino e feminino, respectivamente, com idade de 75 anos ou mais. Porém esse quadro também pode incidir em pessoas mais jovens, causando complicações outras como uma menor expectativa de vida, propensão à doença cardiovascular crônica, aterosclerose, infarto do miocárdio e acidente cerebrovascular. Outras alterações compreenderam os aneurismas, hipertensão ocular, maior possibilidade da doença de Alzheimer e demência, além da nefropatia. De âmbito bucal foi associada à glossodinia, devido ao uso dos medicamentos anti-hipertensivos. Periodontite, hiperplasia gengival medicamentosa e reação liquenóide também foram associadas à hipertensão e medicamentos utilizados. Essa condição requer cuidados do cirurgião dentista quanto à monitoração da pressão arterial; interação medicamentosa e de anestésicos locais, com limite de 1-2 tubetes de lidocaína a 2%; redução do estresse e ansiedade; além da posição de tratamento.

No que tange às doenças cardiovasculares, tendo elas como principal causa a aterosclerose, poderiam provocar acidentes cerebrovasculares de caráter hemorrágico ou isquêmico. Os problemas decorrentes dos medicamentos utilizados abrangeram: hipossalivação, síndrome da ardência bucal, disgeusia e reações liquenóides, bem como sugerem associação com doenças periodontais (TAVARES, KARI, SAN MARTIN, 2014).

Tavares, Kari, San Martin, (2014) referindo-se às doenças cerebrovasculares, onde há um baixo fluxo sanguíneo cerebral, reportaram complicações cardíacas, arritmias, doença cardíaca congestiva, cardiopatia, complicações pulmonares, distúrbios gastrointestinais e geniturinários, bem como tromboembolismo, depressão, dor e fadiga, úlceras de decúbito, fraturas e imobilidade em associação. O paciente em uso de anticoagulantes e sofreria risco de processos hemorrágicos e sangramentos pós-operatórios, além de variados outros medicamentos que podem provocar interação medicamentosa. Também consideraram os efeitos adversos e complicações das drogas utilizadas para o

tratamento das artrites, como o aumento de sangramento gengival em tratamentos odontológicos.

Ainda citaram que a osteoporose poderia ocorrer na forma primária principalmente no período menopáusico e, no gênero masculino mais tardiamente, entretanto atingiu mais de 10 milhões de pessoas nos Estados Unidos da América. A osteoporose foi relacionada com perdas dentárias, sangramento gengival, bolsas periodontais e recessão gengival. Ademais, o uso de bifosfonatos têm sido prescritos para estabilização da osteoporose e para evitar fraturas, embora sua indicação inicial seja para tratamento e prevenção de metástases ósseas em neoplasias malignas. O uso desse medicamento por período superior a 3 anos foi considerado de alto risco para a osteonecrose dos maxilares provocada por medicamentos (BRONJ). Os cuidados dos Cirurgiões–dentistas deveriam ser quanto à prevenção, diagnóstico e tratamento correto nestes casos.

Kelloway et al. (2014) avaliaram na Austrália, pela primeira vez, através de um banco de dados eletrônico do Serviço de Patologia Oral, a prevalência de lesões diagnosticadas histopatologicamente de cabeça e pescoço, quanto ao gênero e idade média. Os dados levantados compreenderam uma amostra de 6.344 espécimes, de indivíduos adultos, maiores de 17 anos. Os cistos odontogênicos foram as alterações ósseas mais frequentes (16,3%) e processos dentários (14,5%). Dentre as patologias encontradas e mais comuns estavam as hiperplasias fibrosas inflamatórias (15,2%), os granulomas periapicais (9,6%) e os cistos radiculares (9,5%). A relação gênero masculino para o feminino foi de 0,74.

Silk (2014) teve por objetivo discutir as doenças bucais mais frequentes, quanto aos fatores de risco e incidência, classificando-as em três categorias: infecções bucais, condições inflamatórias e lesões benignas e malignas mais comuns. Dentre as infecções bucais avaliou a cárie como mais proeminente, com riscos multifatoriais, reforçando sua importância no que tange à possibilidade de promoverem outras infecções sistêmicas. A candidíase foi comum em bebês de um mês (5-7%), de 9-31% em indivíduos aidéticos e atingiu 20% dos pacientes. Como condições inflamatórias ateu-se às gengivites, presente em 50% das crianças e 90% em adultos, agravadas por estados gestacionais, menopausa, menarca e uso de anticoncepcionais e como consequência comum do *diabetes mellitus*.

Paralelamente, a periodontite, atingiu 20% dos adultos, como forma de progressão das gengivites. Além dos problemas periodontais incluiu neste grupo as estomatites, decorrentes de diversos fatores de risco, desde pobre higiene bucal, a má nutrição, deficiências alimentares, doenças crônicas e sistêmicas, imunodeficiências, próteses inadequadas, tabaco e tratamento antineoplásico. Dentre as doenças mais comuns enfatizou o torus em 3% dos casos, (25-35%) de torus palatino e 7-10% mandibular, e prevalente no gênero feminino, de caráter familiar. O cisto de retenção mucoso, como decorrente de trauma e incidente depois dos 20 anos de idade, independente de gênero. As lesões precursoras do câncer bucal, como a leucoplasia e eritroplasia incidiram entre 1 a 20%, decorrentes do consumo do tabaco ou infecção pelo Papiloma Virus Humano (HPV), com malignização em período de 10 anos. O câncer bucal de cabeça e pescoço representou 3% das neoplasias malignas nos Estados Unidos da América, chegando a atingir 30-50% mais nos afro-americanos, com prevalência no gênero masculino e acima dos 40 anos de idade.

Madani, Kuperstein, em 2014, citaram as variações da normalidade mais comuns na cavidade bucal, demonstrando um elenco significativo de aparecimento das mesmas. Os dados foram obtidos através de revista bibliográfica. Iniciaram com a mucosa mordiscada ou morsicatio buccarum ocorrendo na mucosa jugal e labial, bilateralmente, decorrente de trauma local. O leucoedema também muito comum na população americana atingiu 70-90% dos afro-americanos adultos e 50% das crianças afro-americanas, e do gênero masculino, com menor frequência em indivíduos leucodermas. Citaram o aparecimento do leucoedema também na mucosa labial, soalho bucal e região faríngea. Os grânulos de Fordyce, considerados como glândulas sebáceas ectópicas, estiveram presentes em 80 a 90% da população americana. A linha alba ou de oclusão foi considerada como variação da normalidade e decorrente de trauma friccional, pressão repetitiva ou hábito parafuncional na mucosa jugal, na área de oclusão. Referiram a úlcera traumática como sendo provocada por estímulo químico, térmico, mecânico ou físico, afetando a mucosa jugal, lábios, pós-anestesia, uso de aparelho ortodôntico, dentes mal posicionados. A anquiloglossia, que pode ser parcial ou total, foi incomum na forma total. A tireóide lingual, remanescente do processo de formação e migração da tireoide ocorreu em 90% dos casos na região lingual, atrás do forame cego e foi identificada em 10% de autopsias. No hipotireoidismo foi referido 33% de

tireóide ectópica e em 75% de crianças com o mesmo problema. A língua pilosa ocorreu em 50% de indivíduos adultos e foi mais comum em fumantes, embora possam ser consideradas outras causas como candidíase, má higienização bucal, hipossalivação, doenças sistêmicas, radiação e excesso de uso de enxaguatórios que contenham peroxidase. A língua fissurada atingiu 2-5% da população e pode ser associada com a língua geográfica. A língua fissurada foi mais frequente em portadores de Síndrome de Down e de Melkerson-Rosenthal. A língua geográfica, isoladamente ocorreu em 1 a 3% da população, com prevalência no gênero feminino, sendo a grande maioria assintomática. Afetou o dorso e ventre lingual, mas também envolveu a mucosa labial, jugal, soalho da boca, palato mole e gengiva. A tonsila lingual lateral ou papila foliácea foi encontrada com frequência bilateralmente, no terço posterior e lateral da língua, de coloração vermelho-amarelada. As varizes linguais ou varicosidades apareceram como elevações lineares ou bolhosas, contendo sangue em seu interior na face ventral da língua, soalho bucal e eventualmente outras regiões, ausentes em crianças, porém presentes em adultos e idosos. A língua crenada ou edentada correspondente a uma pressão excessiva da musculatura lingual na superfície dentária pode ser correlacionada com macroglossia, na acromegalia e apnéia obstrutiva do sono. A tatuagem de amálgama, hoje reconhecida como argirose focal, foi observada na mucosa jugal, gengiva, palato, dorso da língua e soalho bucal, decorrente de penetração de partículas de amálgama em tecido mole. A pigmentação fisiológica ou pigmentação melânica racial ocorreu em indivíduos negros ou seus descendentes, pigmentando de castanho, principalmente a gengiva livre e inserida, mas também a mucosa jugal, lábios, palato e dorso lingual. O torus ou exostose foi identificado no palato duro e face interna da mandíbula, enquanto que a exostose pode acometer qualquer região abaixo do vestíbulo bucal e gengiva.

Herrerias-Moreno, Fuertes de Vega (2014) realizaram uma revista da literatura sobre as doenças infecciosas mais frequentes na mucosa bucal. Assim observaram que dentre as doenças virais a herpes simples recorrente apresentou uma prevalência de 45 a 98% na população mundial, com sorologia positiva. O Papilomavirus humano (HPV) atingiu 25% da população, com manifestações bucais como o condiloma e hiperplasia epitelial focal. Os subtipos 13 e 32 atingiram 90% dos casos, porém nos condilomas bucais os subtipos 6 e 11 corresponderam à

maioria dos casos. A herpangina, com o vírus Coxsakievirus A e B acometeu mais crianças menores de 5 anos. A doença pé-mão-boca, provocada pelo Coxsakie A16 também produziu comprometimento bucal. Entre as doenças exantemáticas o sarampo prevaleceu e pode ser identificado na cavidade bucal pelas manchas de Koplick na mucosa jugal. A varicela pode ser vista como manchas vermelhas e formação de vesículas no palato mole. A síndrome da luva e meia afetou crianças e jovens, sem predileção por gênero e sob a forma de petéquias na mucosa palatina dura e mole. Dentre as infecções bacterianas destacaram a escarlatina, causada pelo *Streptococcus pyogenes*, em crianças de 1-10 anos e na cavidade bucal com a chamada língua em frambuesa. A sífilis, após um período de declínio, voltou a manifestar-se tanto na forma primária quanto secundária, sob a forma de lesões ulceradas, condilomas planos, aftas, queilite angular e faringotonsilite inespecífica, sendo mais comuns em sujeitos comprometidos pela síndrome da deficiência imunoadquirida (AIDS). A tuberculose também ocorreu secundariamente na mucosa bucal e em idade mais avançada sob a forma de úlceras, nódulos, fissuras, lesões granulomatosas e, em mais jovens, associada a pacientes aidéticos. A actinomicose também manifestou-se com mais de 50% dos casos na região bucal, no gênero masculino e entre 20 e 60 anos, com abscessos múltiplos seguidos de fistulação na face e região cervical. Dentre as lesões fúngicas, a candidíase destacou-se pela prevalência em 80% dos casos provocada pela *Candida albicans*. Comum em indivíduos imunossuprimidos, antibioticoterapia prolongada, discrasias sanguíneas, *diabetes mellitus*, gravidez, AIDS e alterações salivares. Foram observadas nas formas: pseudomembranosa, atrófica e queilite angular. Entre as micoses profundas referiram a histoplasmose, mais comum em aidéticos, e a paracoccidioidomicose, presente na América do Sul e ambas com manifestações bucais, com lesões ulceradas na fase secundária da doença. A primo-infecção pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) foi sintomática em 25 a 75% dos casos e em 25% acometem a mucosa bucal, com lesões semelhantes a aftas e manchas vermelhas no palato mole. Com a evolução da doença as lesões estavam presentes em 30% dos casos, sob a forma de candidíase, aftas recorrentes, sarcoma de Kaposi, doença periodontal, verrugas virais, aftas inespecíficas, comprometimento glandular e linfomas não Hodgkin.

Ali, Joseph e Sundaram (2013) avaliaram os tipos, número e localizações de lesões bucais, em um período de 2 anos no Kwaiti, utilizando para isso a inspeção intrabucal. O levantamento epidemiológico teve a finalidade de observar a prevalência de lesões comuns e seus fatores de risco. Como sendo o único serviço de atendimento público, a amostra constituiu-se de 530 pacientes, examinados por um patologista oral. As doenças foram agrupadas em lesões brancas, vermelhas, pigmentadas, ulcerativas, base exofítica e aquelas que não se enquadravam em nenhum grupo, consideradas como miscelânea. Quando necessário para estabelecer um diagnóstico final lançaram mão de exame citológico ou histopatológico. Os dados demográficos demonstraram que dentre todos os sujeitos atendidos, 58,1% apresentaram uma ou mais lesões bucais, sem prevalência entre os gêneros masculino (59,6%) e feminino (56,3%). Entretanto, foi significativa ($p<0,001$) quanto à faixa etária, quanto mais idosos (20-40 anos e ≥ 41 anos) apresentaram uma ou mais lesões. Assim ocorreu também em fumantes ($p<0,01$) e em todos os fumantes e etilistas ($p<0,001$). Geralmente os sujeitos nessa localização geográfica têm pouco conhecimento dos fatores de risco referentes ao tabaco e álcool.

Os mesmos autores observaram 570 lesões e variações da normalidade, distribuídas entre 354 sujeitos do gênero masculino e 216 do gênero feminino: 47,7% de lesões brancas, 20% pigmentadas, 18,9% exofíticas, 5,3% miscelânea, 4,4% vermelhas e 3,7% ulcerativas. Houve prevalência de grânulos de Fordyce ($p<0,001$) no gênero masculino e na faixa etária ≥ 41 anos, enquanto que o leucoedema e linha alba prevaleceram ($p<0,05$) em pacientes de 20-40 anos. As lesões pigmentares, por sua vez estavam presentes ($p<0,001$) em sujeitos de 20-40 anos, mais que em relação aos idosos (≥ 41 anos, $p<0,05$). Os indivíduos fumantes apresentaram mais grânulos de Fordyce, leucoedema, queratose friccional, estomatite nicotínica, pigmentação generalizada e língua pilosa que os não fumantes. Os locais mais afetados da mucosa bucal foram: mucosa jugal (49,1%), gengiva (19,3%), língua (17,2%), lábio ou mucosa labial (8,2%), palato (5,8%) e soalho da boca (0,9%). Outras lesões, dentre muitas, foram também avaliadas, tais como leucoplasia, liquen plano, síndrome da ardência bucal, fibroma, torus, cisto de retenção mucoso, língua fissurada, porém em número insignificante na amostra.

Mansour et al., em 2013, realizaram uma avaliação através de questionários e exame clínico, em 1.581 iranianos, maiores de 30 anos, divididos em dois grupos: portadores de lesões bucais e não portadores de lesões bucais. Os portadores de lesões bucais, por sua vez foram redivididos em subgrupos, de portadores ou não de lesões, segundo observado no exame clínico. Encontraram 19,4% de lesões bucais e estas prevaleceram no gênero masculino e em adultos jovens, dos 30 aos 40 anos de idade. Alistaram as lesões mais comuns e a língua fissurada ocorreu em 4% dos sujeitos, grânulos de Fordyce em 2,8%, língua geográfica (2,6%), pigmentação melânica racial em 2,5, candidíase em 1,8%, palato de fumador (1,6%), varicosidade lingual em 1,5%, em forma de petéquias em 1,4% e varicosidade lingual e labial em 1,4%. A leucoplasia foi observada em 0,1% dos sujeitos, sem nenhuma ocorrência de lesão maligna. Não houve diferença estatística entre os dois grupos e correlação fumantes, usuários de ópio, uso de medicamentos e higiene dentária e bucal.

Mays, Sarmadi, Moutsopoulos (2012) fizeram um levantamento bibliográfico das doenças sistêmicas autoimunes e inflamatórias em associação com lesões na mucosa bucal. As doenças autoimunes ocorreram em 5-8% da população americana e as manifestações bucais foram frequentes e primariamente vistas nesta região. A estomatite aftosa recorrente foi comum e incidiu mais comumente depois dos 5 anos de idade e antes dos 30 anos, com decréscimo com o aumento da idade. Ocorreu em 0,5% na Ásia e em proporção muito maior nos Estados Unidos- 66%. Os grupos mais afetados foram mulheres, profissionais e crianças de nível socioeconômico elevado, leucodermas e com outros casos na família, principalmente manifestando-se como afta menor. A correlação de afta recorrente foi prevalente com a doença de Behçet quanto à etnicidade, ou seja, na Coreia e Turquia. Outras condições sistêmicas associadas foram o lúpus eritematoso sistêmico e anemia, porém a maior correlação foi com *diabetes mellitus*, artrite reumatoide, neutropenia cíclica e Síndrome de Reiter. Anormalidades hematológicas, deficiências nutricionais múltiplas, deficiência hormonal e tabaco também contribuíram para o aparecimento de aftas recorrentes. A doença de Behçet teve alta incidência na costa mediterrânea e menor na América do Norte. Afetou múltiplas mucosas e, observando um protocolo para identificação desta doença, publicado em 2008, observaram 98,1% de afta recorrente e 76,9% inclusive na

região genital, e alterações oculares, com perda da acuidade visual ocorreu em 53,7% dos sujeitos. O envolvimento de articulações atingiu 50,5%, o sistema nervoso 15,3% e comprometimento vascular em 18,2%. Outros achados também foram evidenciados como processo febril em 10%, manifestações cardíacas e pulmonares, orquite e epidimite. A doença de Chron e a colite ulcerativa, doenças inflamatórias, tiveram alta incidência em leucodermas na Europa Central, com prevalência de 0,1 e 16/100.000 pessoas e de 1,4 milhões de sujeitos nos Estados Unidos da América. Clinicamente apresentaram quadro de febre frequente, diarreias, fadiga, anemia, anorexia e perda de peso. As lesões bucais foram prevalentes em crianças (40-48%). As aftas recorrentes foram comuns nestes pacientes envolvendo mucosa labial, mucosa jugal, úlceras lineares mais profundas e mucogengivites. A doença crônica do enxerto versus hospedeiro, decorrente de transplante alogênico para tratamento de diversas doenças como doenças malignas sanguíneas, medula óssea, desordens variadas do sistema linfóide e imunodeficiências, ocorreu 100 dias após o transplante alogênico e puderam estar relacionadas com síndrome de Sjögren, esclerodermia e liquen plano. As manifestações bucais envolveram as glândulas salivares e esclerose dos tecidos bucais e proximidades, alterações liquenóides, eritema, ulcerações, atrofia da mucosa e envolvimento da articulação temporomandibular. As disfunções das glândulas salivares resultaram da medicação, inflamação ou mesmo de fibrose de glândulas salivares maiores ou menores. 30 a 65% dos pacientes transplantados apresentaram a doença depois de um ano e aumentou grandemente o percentual e número de óbitos por essa causa. 45 a 83% desenvolveram lesões em múltiplos órgãos e na cavidade bucal.

Doenças com envolvimento bucal de origem autoimune como o pênfigo vulgar, penfigóide das mucosas, penfigóide bolhoso e líquen plano foram relativamente frequentes, com manifestações primárias na cavidade bucal. As desordens reumáticas incluiu a Síndrome de Sjögren e afetaram mais o gênero feminino (9:1) que o masculino e atingiu 0,5 a 5,0% da população nas últimas cinco décadas. Essa doença foi caracteristicamente evidenciada pela xerostomia e xeroftalmia progressivas, entretanto diversos sistemas estavam comprometidos desde o cutâneo, respiratório, neurológico, vascular, hepático e renal. Em decorrência da xerostomia houve aumento de cáries, ulcerações, síndrome da ardência bucal e candidíase. O lúpus eritematoso sistêmico e discóide, também

foram observados, sendo sistêmico mais frequente, e envolvendo pessoas da Ásia, hispânicos e americanos nativos, sem predileção quanto ao gênero, porém 2 a 3 vezes mais as mulheres melanodermas foram afetadas. As lesões bucais estiveram presentes em 50% dos casos, sob a forma de máculas, pápulas, lesões ulcerativas, e lesões semelhantes ao líquen plano e leucoplasia (MAYS, SARMADI, MOUTSOPOULOS, 2012).

Quanto à artrite reumatoide, também doença autoimune, os autores observaram mais no gênero feminino e na idade média de 40-50 anos, acompanhada de desordens sistêmicas, cardiovasculares e psicológicas severas. A artrite reumatoide juvenil idiopática foi mais frequente em crianças e jovens, com envolvimento da articulação temporomandibular. Atualmente uma correlação foi feita com periodontite e artrite reumatoide atingindo uma média de 1.8 a 6.99 (MAYS, SARMADI, MOUTSOPOULOS, 2012).

Mendes et al., em 2012, realizaram uma investigação clínica em pacientes idosos no Brasil, quanto aos aspectos demográficos e envolvimento da cavidade bucal, em residentes de uma comunidade, onde o número total de idosos era de 415. Dentre os critérios de seleção: doenças crônicas severas e hospitalização e sujeitos ≥ 60 anos (60-97 anos), 200 formaram a amostra. Prevalenceu o gênero feminino e a idade média foi de 70,5 anos e a mediana 69 anos. 58% eram desdentados totais e 20,8% apresentaram periodontite. As lesões bucais estiveram presentes em 21,5% dos sujeitos, sendo que 4,5% apresentaram duas ou mais. As alterações incluíram lesões reativas/ traumáticas, como a hiperplasia fibrosa inflamatória, úlceras traumáticas, estomatite nicotínica, cisto de retenção mucoso, fístulas de abscessos odontogênicos, variações da normalidade, queilite actínica e líquen plano. A candidíase prevaleceu entre as doenças bucais. Não houve correlação significativa entre as variáveis, gênero, idade, estado civil ou uso de medicamentos e doenças encontradas na mucosa bucal. A periodontite esteve diretamente relacionada com a idade: quanto mais idosos, mais prevalente, porém não correlacionadas com fumantes.

Ali, Sundaram (2012) avaliaram biopsias realizadas em tecidos moles bucais, em um estudo retrospectivo de 5 anos (2004-2009) no Kwaiti. Distribuíram as doenças em não neoplásicas, que incluiu as alterações reativas, inflamatórias,

cistos, pseudocistos, displásicas e pigmentares; e em neoplásicas, de natureza epitelial e mesenquimal, separando-as em malignas e benignas. De um total de 858 biopsias, 85,3% eram não neoplásicas e 14,7% neoplásicas. No grupo das não neoplásicas 52,7% foram consideradas como reativas e nas neoplásicas 74,6% tinham natureza epitelial e 25,4% mesenquimal, com 55,6% delas consideradas malignas e 44,4% benignas. Dentre as lesões mais comuns observaram prevalência da hiperplasia fibrosa inflamatória (46,1%), na idade média de 39,2 anos e do granuloma piogênico com 24,4%. Quando avaliados os subgrupos das doenças inflamatórias prevaleceu a mucosite liquenóide (24,6%) em relação a úlceras não específicas (18,1%). Dentre as lesões císticas ou semelhantes a cistos, o cisto de retenção mucoso atingiu 92,4%. Dentro do grupo das displásicas, as displasias epiteliais atingiram 87,5%. Nas neoplasias malignas os carcinomas espinocelulares atingiram 44,4% e nas benignas, os papilomas 12,7%. As neoplasias das glândulas salivares atingiram as glândulas menores. A incidência das lesões foi de 26,8% na mucosa jugal; 20,3% no lábio inferior; 19,9% na gengiva ou rebordo alveolar; 19,0% na língua; 2,4% no lábio superior; 5,9% no soalho da boca e 5,6% no palato. As sialodentes prevaleceram nas glândulas salivares maiores, principalmente na submandibular. Os cistos de retenção, a terceira lesão mais biopsiada, prevaleceu no lábio inferior e palato. Dado relevante para a saúde pública do país foi que o câncer bucal prevaleceu sobre as lesões precursoras, o que indica ou uma busca tardia de atendimento ou negligência profissional para o diagnóstico destas lesões precocemente.

Gaio et al., em 2012, avaliaram 217 sujeitos com 60 anos ou mais, quanto as lesões na mucosa bucal, cárie dentária, perda dentária e lesões periodontais, no Brasil. A idade média foi de 68,7 anos $\pm$ 7,4 anos e incluiu 126 do gênero feminino e 91 do masculino; 180 leucodermas e 37 não leucodermas. A metodologia consistiu de um questionário para obtenção dos dados sociodemográficos e exame clínico, com biopsias e exames complementares quando necessários. As lesões na mucosa bucal ocorreram nos sujeitos mais idosos e em 49,2% dos avaliados. Nenhum caso de câncer foi detectado. Houve prevalência de líquen plano (0,8%) e leucoplasia (0,4%), e as lesões precursoras estiveram presentes somente em fumantes. As lesões proliferativas não neoplásicas foram observadas em 10,4% e a candidíase prevaleceu duas vezes mais no gênero feminino e em 32,4% dos casos sempre

associadas com próteses totais. Outras lesões prevaleceram na cavidade bucal: ulcerativas (8,8%), fístulas em 1,3%, alterações linguais em 1,3% e neoplasias benignas com 0,7%. As lesões periodontais com perdas substanciais ósseas prevaleceram em 94% dos sujeitos, isso associado a gênero, condição socioeconômica, tabagismo e com pobre higienização oral. O edentulismo prevaleceu no grupo estudado.

Lopez et al. (2012) realizaram um levantamento retrospectivo de 2.785 pacientes atendidos no Serviço de Medicina Bucal de Rosário, na Argentina, por 5 anos, a fim de verificarem a incidência de infecção por *Candida albicans* na cavidade bucal, principalmente para detectarem a candidíase crônica na sua forma hiperplásica e fatores de risco para seu desenvolvimento, com alterações displásicas induzidas por produção endógena de nitrosaminas, ou seja, com potencial oncogênico. Foram detectados 123 casos (4,41%) de candidíases confirmadas por avaliação micológica (esfregaço e cultura) e histológica (citológico e reação de polimerase em cadeia- PCR). A idade média dos sujeitos foi de 56,10 anos, sendo as áreas afetadas a língua em associação com lesões no palato, comissuras e região retrocomissural. A língua e palato prevaleceram nestes pacientes. Dentre os portadores da infecção fúngica, 19 (15,44%) apresentaram-na como forma crônica hiperplásica. Associado às lesões 63,15% faziam uso de prótese total, 68,42% eram fumantes ($p<0,005$) e 42,1% apresentaram quadro de hipertensão e o mesmo percentual apresentou displasia. As lesões hiperplásicas prevaleceram no palato e estavam diretamente relacionadas com a *Candida albicans* ($p<0,05$). A associação dessas lesões com as leucoplasias justificaram a presença das displasias e, portanto um potencial oncogênico. Porém o que se observou, ao longo dos anos, foi que removida a causa (infecção fúngica) não houve decréscimo no risco de transformação maligna nas leucoplasias. Atualmente consideraram que as superinfecções por *Candida albicans* por si só, podem ser consideradas como fatores pro-oncogênicos, o que foi confirmado pela avaliação de displasia na superfície epitelial pelo PCR. Concluíram que, quando um indivíduo está exposto a outros fatores extrínsecos a candidíase crônica hiperplásica pode ser considerada como condição de alto risco para a tumorigênese.

Chi et al. (2011) fizeram um levantamento retrospectivo clinicohistopatológico de 1.824 casos, com diagnóstico histopatológico de 1.715

cistos de retenção mucoso, no período de 1997 a 2006. Estes ocorreram na idade média de 24,9 anos, sem predileção por gênero. Ou seja, 66% ocorreram em crianças e adultos jovens ≤ 30 anos. O tamanho médio das lesões foi de 0,8 cm, atingindo eventualmente 4 cm. Os sítios de localização prevalentes foram: 81,9% na mucosa do lábio inferior, 5,8% no soalho de boca, 5% no ventre lingual, 4,8% na mucosa jugal, 1,3% no palato e 0,5% na região retromolar. As lesões variavam de coloração superficial para azul, arroxeadas, acinzentadas e recobertas por mucosa normal e quando $\leq 0,5$ cm foram consideradas como vesículas. Os critérios utilizados descartaram 94 casos de lesões recorrentes. Clinicamente 21,3% apresentaram histórico de ruptura, 26,6% de trauma e 2,1% de lesões múltiplas. Histopatologicamente, os cistos de retenção mucosos foram classificados em: superficiais (0,2%- por falta de melhor definição de dados), mixoglobuloso (0,4%) e aqueles que apresentaram alterações semelhantes a metaplasia papilar sinovial (0,1%). Citações na literatura fazem associação dos cistos de retenção mucosos superficiais e líquen plano ou reação liquenóide. Interessante que os autores citaram que os traumas fazem a correlação mais direta à formação do processo inflamatório e obstrução do ducto de excreção da glândula salivar menor, porém estas mesmas lesões podem ser produzidas em animais de laboratório, sem presença de trauma que o justifique e mais, há histopatologicamente ausência de epitélio em boa parte deles, o que pode sugerir outra natureza. A forma clínica superficial deve ser diferenciada de doenças vesico-bolhosas subepiteliais como o penfigóide, líquen plano bolhoso ou até herpes simples recorrente. A forma metaplásica, contudo deve ser diferenciada clinicamente de cistos papilares como o cistoadenoma papilar oncocítico ou tumor de Whartin.

Carvalho et al., em 2011, realizaram um levantamento retrospectivo e epidemiológico das lesões bucais em pacientes idosos no Brasil, através de biopsias realizadas na Universidade de Pernambuco, no período entre 1991 e 2008. Entre 5.771 biopsias selecionaram aquelas concernentes a sujeitos com 60 anos de idade ou mais. Foram obtidas nesse contexto 534 biopsias. As lesões foram classificadas em não neoplásicas, neoplasias benignas ou malignas e tendo potencial para malignização. Os resultados demonstraram prevalência de lesões no gênero feminino (66,8%) em relação ao masculino (32,4%) ($p < 0,05$) e a faixa etária avaliada esteve entre 60 e 90 anos, com a média de 68,37 ($\pm 7,03$) anos. Os sujeitos mais

afetados estiveram na faixa de 60-69 anos e com prevalência em leucodermas ($p<0,05$), em relação a outros grupos étnico-raciais. As lesões na gengiva/ rebordo alveolar e intra-ósseas prevaleceram mais na mandíbula que na maxila ($p>0,05$). As lesões proliferativas não neoplásicas (66,1%) também prevaleceram em relação às com potencial para malignidade (7,49%). As lesões mais comuns encontradas foram as hiperplasias fibrosas inflamatórias (19,1%), processos inflamatórios crônicos não específicos (9,18%), carcinoma espinocelular (7,87%), cistos odontogênicos não específicos (5,99%) e displasia epitelial (5,24%). No grupo das neoplasias benignas prevaleceram aquelas originadas nos tecidos moles, seguida das estruturas odontogênicas e glândulas salivares, respectivamente o fibroma, ameloblastoma e adenoma pleomórfico. Interessante que entre as neoplasias malignas os carcinomas espinocelulares atingiram 75%.

Byakodi et al., em 2011, avaliaram 24.422 pacientes que comparecem à Universidade da Índia para tratamento dentário, quanto às lesões bucais, no período de 18 meses, de 2009 a 2010. A população avaliada era suburbana e foram encontradas 623 lesões, sendo que 2,5% dos sujeitos apresentaram uma ou mais lesões, geralmente associadas com próteses inadequadas, trauma, consumo de tabaco, álcool e vícios comuns à região, como mascar fumo, cigarro invertido e noz de betel. A prevalência de leucoplasia foi em 75 sujeitos, bem como 152 casos de fibrose submucosa, e 14 pacientes apresentaram ambas as alterações, com 82 casos de carcinoma espinocelular e 35 de liquen plano. Superando os casos de fibrose submucosa, houve 195 sujeitos com afta recorrente, 23 com estomatite protética, 28 sujeitos com fibroma e 19 com granuloma piogênico. A prevalência de lesões precursoras do câncer bucal, como a leucoplasia e fibrose submucosa, era previsível diante dos fatores de risco comuns na população estudada, bem como o alto número de carcinomas espinocelulares.

Mehrotra et al. (2010) avaliaram 3.030 sujeitos indianos e obtiveram 8,4% de lesões bucais, sendo 40,7% de leucoplasias; 9,7% de fibrose submucosa; 7,8% de displasia e 4,17% de melanose de fumantes. Esses resultados prevaleceram em sujeitos fumantes de cigarro invertido, usuários de noz de betel ou areca e mascadores de fumo, fatores estes diretamente aliados aos achados clínicos e lesões mais severas.

De igual forma Al Mobeeriek e Aldosari (2009), entre 2.552 sujeitos da Arábia Saudita, detectaram 15% de lesões bucais, avaliando-as, através de exame clínico, quanto ao tipo e extensão. O tempo aproximado da pesquisa foi de 3 anos e entre sujeitos de 15 a 73 anos de idade. Quando necessários os exames complementares foram utilizados para diagnóstico final. Foram encontradas 383 lesões bucais, sendo 57,7% no gênero feminino e 42,3% no masculino. Observaram que as lesões prevaleceram dos 31 aos 40 anos, seguido dos ≥ 61 anos e foram encontradas: grânulos de Fordyce (3,8%), leucoedema (3,4%) e 1,9% de úlceras traumáticas. As variações da normalidade na língua atingiram 4%, sendo a língua fissurada (1,4%) e a bífida (0,1%). O torus palatino foi mais frequente que o mandibular (1,3% e 0,1%, respectivamente). Outras lesões como a queratose friccional (0,9%), melanose (0,6%), estomatite nicotínica (0,5%), afta recorrente (0,4%), herpes simples (0,3%), liquen plano (0,3%) também foram observadas.

Cebeci et al. (2009) pesquisaram a prevalência e distribuição de lesões na mucosa bucal em 5.000 pacientes adultos na Turquia, através de exame clínico e, quando necessário, exame histopatológico. Dividiram as lesões em variações da normalidade, lesões ulceradas, lesões benignas e malignas. As lesões mucosas estavam presentes em 15% dos sujeitos, entre as quais as variações da normalidade prevaleceram com 7%. 6,6% compuseram as lesões ulceradas e 4,6% ocorreram na língua. Dentre as lesões benignas a leucoplasia ocorreu em 2,2% e foi 4 vezes mais frequente no gênero masculino que no feminino. Entre as lesões benignas detectaram 1,6% e 1,2% de alterações de coloração. O carcinoma espinocelular foi observado e diagnosticado em 0,06% dos sujeitos e o adenocarcinoma em 0,02%. Houve significância entre os fumantes e as lesões na mucosa bucal, mas não entre estas e etilistas, nem entre doenças sistêmicas e lesões na mucosa bucal.

O percentual no Irã foi de 27,9% de grânulos de Fordyce, seguido de língua fissurada (12,9%) (JAHANBANI et al., 2009).

Castellano, Guzmán (2008) fizeram um levantamento epidemiológico em 23.785 mexicanos, maiores de 15 anos de idade, no período de janeiro de 1982 a dezembro de 2003. Os objetivos foram obter as lesões prevalentes em 1.000 sujeitos, segundo as características clínicas, etiologia, prevalência geral e detecção

das 30 alterações mais frequentes e distribuição por gênero e idade média, com identificação das 15 lesões mais frequentes/gênero e prevalência do maior grupo de lesões. Os resultados demonstraram 356,60 lesões/1.000 pacientes, com idade entre 15 e 97 anos e a idade média de 33,06 anos. As lesões prevaleceram no gênero masculino e compuseram 68 tipos, agrupadas em alterações superficiais, massas nos tecidos moles e miscelânea. O grupo das lesões superficiais incluiu as lesões brancas, vermelhas, pigmentares, ulcerativas, vesico-bolhosas e fissurais. No grupo das massas teciduais constaram: aumentos de volume não neoplásicos e os neoplásicos. Obtiveram 8 grupos de alterações quanto à etiopatogenia, sendo que no primeiro grupo prevaleceram 76,99% das lesões, no gênero masculino, sendo 32,73% de desordens morfogénéticas (variações da normalidade), 24,35% de doenças reativas, 19,91% de lesões traumáticas, 10,64% infecciosas, 6,44% factícias; 3,02% de crescimento e neoplasias, 2,86% de imunológicas e 0,05% de doenças sistêmicas. As 30 lesões mais comuns encontradas compreenderam 98,33% de todas as identificadas, com prevalência em leucodermas e ocorrendo em 105,36/1.000 sujeitos, com idade média de 32,50 anos e no gênero masculino. As úlceras traumáticas incidiram em 40,24/1.000 sujeitos e a idade média foi de 31,64 anos. Seguiu-se a queratose friccional e na idade média de 37,03 anos; eritema traumático na idade média de 32,90 anos; *morsicatio buccarum* na idade média de 27,36 anos; candidíase crônica atrófica na faixa de 52,48 anos. A mácula melanótica do lábio prevaleceu na idade média de 31,14 anos. Todas estas lesões ocorreram significativamente no gênero masculino. Em 10º lugar estiveram as úlceras aftosas recorrentes, prevalentes também no gênero masculino e na idade média de 30,45 anos. A glossite migratória (12º lugar) na idade média de 31,97 anos. Em 17º lugar, os papilomas também prevaleceram no gênero masculino e idade média de 38,67 anos, seguido da hiperplasia fibrosa inflamatória, com incidência de 2,48 lesões/ 59 pacientes/1.000 sujeitos, sem prevalência entre gêneros e na idade média de 50,58 anos. Os cistos de retenção mucosos atingiram o 24º lugar com 1,43 lesões/34 casos/1.000 sujeitos, sem prevalência por gênero. A leucoplasia (27º lugar) ocorreu mais no gênero masculino, com incidência de 0,97/23 sujeitos/1.000. O granuloma piogênico ocorreu mais no gênero feminino e em 0,84/20 pacientes/1.000 sujeitos. Nos pacientes acima de 50 anos prevaleceu o granuloma fissurado, a candidíase crônica atrófica, a leucoplasia, a hiperplasia fibrosa papilomatosa e a melanose associada ao tabaco. Em sujeitos mais jovens houve prevalência de *morsicatio*

buccarum, fibrose e cisto de retenção mucoso. Os autores observaram que o gênero teve influência sobre a presença de lesões bucais, estando 2 a 3 vezes mais no gênero masculino. Discutiram a razão disso: diferentes perspectivas biológicas, culturais e sociais ou maior exposição aos fatores de risco, enquanto que o gênero feminino seria geneticamente menos susceptível ou serem os maiores alvos em saúde pública.

Mathew et al. (2008) observaram em 1.190 sujeitos 41,2% de lesões bucais, na Índia, também com prevalência de grânulos de Fordyce (6,55%), queratose friccional (5,79%) e língua fissurada (5,71%), sendo que o leucoedema prevaleceu no gênero masculino e fumantes.

Rocha, Oliveira, Souza (2006) avaliaram as neoplasias benignas, por meio de estudo retrospectivo de 4.592 laudos histopatológicos, em um Serviço de Histopatologia na Universidade Federal do Rio Grande do Norte-Brasil, no período de 1982-2002. Na amostra, 33% eram do gênero masculino e 67% do feminino. A faixa etária de maior incidência das neoplasias foi de 31-40 anos (20,6%), seguida de 41-50 anos. A neoplasia benigna mais frequente foi o fibroma com 34,99% (72%) no gênero feminino; papiloma em 16,7%, na faixa de 0-10 anos, ligeiramente maior no gênero feminino (53%) e hemangioma (14%) e 53% no gênero feminino. As lesões prevaleceram no gênero feminino e na mucosa jugal (29,5%).

Na Turquia, Mumcu et al. (2005) encontraram prevalência de pigmentação melânica (6,9%), juntamente com língua fissurada (5,2%) e varicosidades (4,1%).

Na Espanha, dentre 337 sujeitos pré-selecionados para tratamento periodontal e protético, Martinez-Diaz-Canel, Garcia Pola Vallejo (2002) obtiveram 58,8% de lesões bucais, com prevalência de grânulos de Fordyce (50,4%), seguido de pigmentação melânica (24,6%). Também referiram que o leucoedema era mais comum no gênero masculino e fumantes.

Por outro lado, Jainkittivong et al. (2002) avaliaram na Tailândia uma população seletiva de sujeitos idosos (≥ 60 anos) e desdentados, atingindo uma amostra de 500 indivíduos, onde encontraram 83,6% de lesões bucais e com

prevalência de varicosidades (59,6%), língua fissurada (28% e úlcera traumática (15,6%).

Na Itália, em 2001, Campini e Margiotta avaliaram as lesões precursoras em 118 pacientes com ≥ 40 anos, através do exame clínico. Obtiveram 73% de usuários de álcool e 58,5% de tabaco, entretanto na amostra geral prevaleceu 96% de fumantes. As lesões encontradas nesse grupo masculino compreenderam 81,3% de lesões bucais, com prevalência de língua saburrosa (51,4%), leucoplasia (13,8%), lesões traumáticas (9,2%), queilite actínica em 4,6% e 0,9% de carcinoma espinocelular. Houve prevalência de língua saburrosa nos fumantes ($p < 0,0001$) e da queilite actínica em fumantes/etilistas ($p < 0,05$).

Estudos semelhantes foram desenvolvidos em outros centros, como na Eslovenia, por Kovac-Kovacic e Skaleric, em 2.000, com 555 sujeitos, de 25-75 anos, onde encontraram uma prevalência de 61,6% de lesões bucais, onde os grânulos de Fordyce ocorreram em 49,79% dos pacientes; a língua fissurada em 21,19% e varicosidades em 16,6%.

3 Proposição

3 PROPOSIÇÃO

A partir da análise de prontuários clínicos, no período de janeiro de 1989 a dezembro de 2014, em clínica particular de Estomatologia, propôs-se a verificar:

1. A prevalência de alterações sistêmicas e afecções em outros locais em pacientes atendidos neste período.
 2. A prevalência de alterações bucais nos pacientes atendidos neste período.
 3. Correlação de alterações sistêmicas/afecções em outros locais e alterações bucais, de acordo com gênero, grupo étnico-racial, fatores de risco (tabagismo e etilismo) e faixa etária.
 4. Correlação da presença de alterações na cavidade bucal com alterações sistêmicas ou afecções em outros locais.
-

4 Material e Método

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

Essa pesquisa foi submetida e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru- Universidade de São Paulo (FOB-USP), sendo aprovada no dia 08 de maio de 2015 (CAAE: 41933015.7.0000. 5417) (anexo 1).

Para que fosse realizada a coleta de dados foram obtidas uma Declaração de Responsabilidade e uma Declaração do Local da Pesquisa da Profa. Dra. Nancy Alfieri Nunes, responsável pelos dados da Clínica de Estomatologia, em relação a sigilo e confiabilidade dos dados pessoais. Para a obtenção dos dados dos prontuários clínicos de cada paciente, durante os 25 anos de atendimento, foram utilizados três modelos de consentimento: informado e assinado no próprio prontuário (anexo 2); declaração e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido escrito e assinado (anexo 3), e o mesmo termo atualizado a partir de 2012 pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (anexo 4).

4.2 BASES DE DADOS UTILIZADAS PARA REVISTA DA LITERATURA

Foram realizadas buscas detalhadas na literatura através das diversas bases de dados eletrônicas: Base de dados da Universidade de São Paulo – Dedalus (www.usp.br/sibi), Bibliografia Brasileira de Odontologia – BBO (www.bireme.br), Periódicos Capes (www.periodicos.capes.gov.br), United StateNational Library of Medicine (www.pubmed.com), Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (www.teses.usp.br), SCOPUS: <http://www.scopus.com/home.url>, EMBASE: <http://www.americalatina.elsevier.com/corporate/embase.php> e SCIELO: <http://www.scielo.org>, PUBMED: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, a fim de possibilitar uma ampla visão do assunto.

4.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO

4.3.1 Coleta de dados

Os dados foram coletados através de uma ficha onde o pesquisador transcreveu dados dos prontuários referentes aos indivíduos da pesquisa. A referida ficha continha espaços destinados ao registro dos dados referentes ao exame clínico, com todos os itens correspondentes à anamnese (dados pessoais, queixa principal, história da doença atual, história odontoestomatológica, história médica, hábitos e antecedentes familiares) e exame físico (inspeção extrabucal e intrabucal, palpação de tecidos moles, duros, linfonodos e tireóide, aferição de pressão arterial e batimento cardíaco e teste de glicemia). Outras manobras estomatológicas como percussão, auscultação, olfação e diascopia foram realizadas quando necessárias.

Na História Médica foram anotadas todas as doenças sistêmicas e afecções em outros locais, tais como: alterações cardiovasculares, doenças respiratórias, doenças gastrointestinais, distúrbios neurológicos, doenças endócrinas, doenças infectocontagiosas, doenças geniturinárias, doenças ósseas, doenças oftálmicas, distúrbios hematológicos, neoplasias e alterações imunológicas. Todas as doenças sistêmicas e afecções em outros locais foram previamente diagnosticadas por profissionais da área médica, segundo relato anamnético e quando as doenças estavam presentes apresentavam o diagnóstico estabelecido por um profissional da área médica e medicação pertinente em uso.

Em relação às alterações bucais estas foram classificadas, segundo os achados clínicos e exames complementares realizados e obtido o diagnóstico final, pela estomatologista responsável, e agrupadas em: neoplasias benignas, neoplasias malignas, doenças glandulares, lesões pigmentares, lesões traumáticas, doenças inflamatórias, doenças infecciosas, lesões precursoras e alterações imunológicas.

4.3.2 Critérios de elegibilidade

O critério de inclusão incluiu a seleção de prontuários com aceitação do termo de consentimento, devidamente assinado pelo paciente ou seu responsável, maior de 18 anos de idade e o diagnóstico final estabelecido clinicamente ou através

de outros exames complementares pertinentes, incluindo-se o exame histopatológico para as lesões bucais e para as doenças sistêmicas (ou afecções em outros locais), com parecer médico e medicação compatível.

O critério de exclusão foi o não consentimento do uso de dados clínicos, fotografias, exames complementares e tratamento, com finalidade didática e publicações, pelo paciente ou responsável; e prontuários cujos sujeitos não apresentaram o diagnóstico final, quer clinicamente ou através de exames complementares, ou de inconsistência quanto à doença sistêmica (ou afecções em outros locais).

4.4 ELEMENTOS AMOSTRAIS

Para a constituição da amostra dessa pesquisa, inicialmente foram analisados 629 prontuários clínicos de pacientes atendidos numa Clínica particular de Estomatologia, localizada na cidade de Lins-SP, confeccionados no período compreendido entre janeiro de 1989 a dezembro de 2014. A Clínica atende pacientes referenciados das diferentes regiões do município de Lins-SP (norte, sul leste, oeste e centro). Os prontuários foram avaliados quanto a diferentes condições de saúde sistêmica (incluindo afecções em outros locais) e bucal.

Foram excluídos 5 daqueles prontuários, ou por não estarem com as informações completas ou por não existir autorização do uso de seus dados clínicos. Assim, a amostra final foi constituída de 624 prontuários, cada um contendo a identificação do paciente, dados de seus antecedentes familiares, os resultados do respectivo exame físico, assim como as anotações relativas aos resultados do exame clínico, juntamente com os diagnósticos estabelecidos e os tratamentos realizados. Esses prontuários foram utilizados regularmente na referida Clínica.

Todos os dados coletados foram organizadamente registrados em planilhas do conhecido Programa Excel, da Microsoft, compreendendo dois grupos principais: um primeiro, das doenças sistêmicas e afecções em outros locais (porém agrupados dentro das doenças sistêmicas) encontradas, e um segundo, das

alterações bucais verificadas. O grupamento dos dados permitiu a elaboração das tabelas adiante apresentadas.

No grupo de doenças sistêmicas, foram agrupadas as alterações cardiovasculares, as várias doenças (respiratórias, gastrointestinais, neurológicas, endócrinas, infectocontagiosas, geniturinárias, ósseas e oftálmicas- afecção em outros locais), os distúrbios hematológicos, as neoplasias e as alterações imunológicas.

Dentro do grupo de alterações bucais, houve o agrupamento das lesões em neoplasias (benignas ou malignas), doenças (inflamatórias, infecciosas ou glandulares) e lesões (pigmentares ou traumáticas); foram ainda consideradas as lesões precursoras de câncer bucal, assim como as alterações imunológicas encontradas.

4.5 LESÕES DA MUCOSA ORAL E CONDIÇÕES SISTÊMICAS

Para a avaliação das condições sistêmicas e lesões bucais foi adotada uma ficha clínica composta por: exame clínico - anamnese e exame físico, e exames complementares, de uso corrente na referida clínica, desde sua fundação (Anexo 2) (LITTLE et. al., 2008, KREUGER et.al., 2009). Para a avaliação das lesões bucais foi utilizada, como parâmetro inicial, a análise proposta pela OMS (WHO, 2013g), entretanto, dado à grande diversidade de dados esta foi expandida. As doenças sistêmicas e afecções em outros órgãos foram obtidas através de avaliação médica e medicação pertinente. Em caso de dúvida da doença sistêmica o paciente era reencaminhado para nova avaliação. As afecções em outros locais foram, com finalidade de tabulação de dados, incluídas nas doenças sistêmicas.

Para verificação da incidência das doenças sistêmicas, incluindo aquelas que apresentaram manifestações bucais, os prontuários foram agrupados e separados pelo gênero: masculino e feminino; grupo étnico-racial: leucoderma (L), melanoderma (ML) e xantoderma (XAN); distribuídos por faixas etárias: menores de 50 anos e maiores de 50 anos para correlacionar com os dados demográficos da amostra.

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi realizada no programa StatisticalPackage for Social Sciences (SPSS) versão 18.0 (Londres, Reino Unido), tendo sido estabelecido um intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para os testes aplicados.

Utilizou-se o teste do *Qui* Quadrado para avaliar possível associação entre gênero, faixa etária, grupo étnico-racial, tabagismo e etilismo com as lesões bucais. Além disso, o mesmo teste estatístico foi usado para verificar possível associação entre as doenças sistêmicas/afecções em outros locais e as lesões bucais.

A Regressão Logística Binária foi utilizada para verificar, em um modelo multivariado, quais fatores são os preditores das principais alterações bucais observadas nesta população deste estudo (neoplasias, lesões precursoras e alterações glandulares). Para tanto, foram criados modelos hierárquicos de Regressão Logística para cada uma das lesões bucais mais prevalentes como variáveis dependentes no modelo. Somente as variáveis que ficaram associadas após análise bivariada (Teste do *Qui* Quadrado, $p \leq 0,10$) foram incluídas no modelo final.

5 Resultados

5 RESULTADOS

Dentro da amostra aqui composta, de 624 pacientes, observou-se que houve uma maior procura dos serviços estomatológicos por parte de indivíduos do gênero feminino (63,5%), leucodermas (84,3%), não-fumantes (64,9%) e não-etilistas (86,7%). Quanto à faixa etária, praticamente houve equivalência entre maiores de 50 anos (50,5%) e menores de 50 anos (49,5%), como pode ser comprovado na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização da amostra: dados demográficos e quantidade de lesões sistêmicas (e afecção em outros locais) nos pacientes dos prontuários coletados na Clínica Estomatológica de Lins.

Características dos pacientes		Número de casos	%
Gênero	Feminino	396	63,5
	Masculino	228	36,5
Grupo étnico-racial	Leucoderma	526	84,3
	Melanoderma	60	9,6
	Xantoderma	38	6,1
Faixa Etária	< 50 anos	315	50,5
	> 50 anos	309	49,5
Tabagismo	Sim	219	35,1
	Não	405	64,9
Etilismo	Sim	83	13,3
	Não	541	86,7
Alterações sistêmicas e afecções em outros locais	Alterações Cardiovasculares	219	35,1
	Doenças Respiratórias	142	22,8
	Doenças Gastrointestinais	165	26,4
	Doenças Neurológicas	227	36,4
	Doenças Endócrinas	124	19,9
	Doenças Dermatológicas	0	0
	Doenças Infectocontagiosas	91	14,6
	Doenças Geniturinárias	74	11,9
	Doenças Ósseas	110	17,6
	Doenças Oftálmicas	337	54
	Distúrbios Hematológicos	63	10,1
	Neoplasias	81	13
	Doenças inflamatórias	29	4,6
	Alterações imunológicas	240	38,5

Um total de 1.902 doenças sistêmicas (e afecção em outros locais) foi encontrado nos prontuários clínicos e a grande maioria dos pacientes portavam 2 ou mais delas; alguns deles apresentavam 6 ou 7 doenças; apenas 3 não apresentavam nenhuma delas. Neste caso, isso se deveu à faixa etária, e mesmo por apresentarem condições saudáveis no momento da consulta e nenhum parecer médico de qualquer doença que permitisse a inclusão desse dado.

Conforme pode ser também visto na tabela 1, os pacientes foram agrupados de acordo com os distúrbios mais encontrados: problemas oftálmicos (54%), alterações imunológicas (38,5%), doenças neurológicas (36,4%) e alterações cardiovasculares (35,1%). Em seguida, apareceram as doenças gastrointestinais (26,4%), seguidas das respiratórias (22,8%). Dentre os distúrbios menos incidentes, encontravam-se as doenças inflamatórias (que afetaram 4,6% dos sujeitos); não foram verificadas doenças dermatológicas.

O grupo das doenças cardiovasculares abrangeu as seguintes alterações: arritmia cardíaca, hipertensão, aterosclerose, acidente vasculoencefálico, bradicardia, cardiopatia, prótese valvar, endocardite bacteriana subaguda, hipercolesteremia, infarto do miocárdio, taquicardia, prolapso de válvula mitral e *angina pectoris*. Ainda foram observadas aquelas de cunho vascular: hemorróida, trombose, varizes e flebite. Dentre todas, prevaleceram a hipertensão arterial (69,40%), as cardiopatias (34,24%) e as vasculares (25,57%).

As doenças respiratórias compreenderam: adenoides, asma, bronquite, sinusite, pneumonia, rinite, edema pulmonar, enfisema pulmonar, fibrose pulmonar, rinofaringite e trombose pulmonar. Neste grupo prevaleceu a pneumonia com 30,28%, seguida da sinusite com 26,76% e a bronquite com 25,35%.

As doenças gastrointestinais agruparam: apendicite, cálculo biliar, diverticulite, úlcera gástrica, esofagite, refluxo esofágico, colite, gastrite, fissura anal, cisticercose calcificante intestinal, hérnia de hiato, hérnia umbelical, doença de Crohn, síndrome do cólon irritado. Destas a gastrite atingiu 55,75% e o cálculo biliar 15,75%.

As doenças neurológicas incluíram: doença de Alzheimer, aneurisma cerebral, ansiedade, depressão, bulimia, convulsão, labirintite, enxaqueca, disritmia cerebral, epilepsia, mal de Parkinson, anorexia, fotofobia, paralisia facial, espasmo cerebral, polineurite, síndrome do pânico, neuralgia de trigêmeo, tromboflebite

cerebral, dependência de psicotrópicos. Prevaleram a labirintite com 43,61%, seguido da depressão (36,56%) e enxaqueca com 23,38%.

Dentre as endócrinas as alterações foram: cirrose hepática, *diabetes mellitus*, hipotireoidismo, displasia mamária, hipertireoidismo, hipoglicemia, menopausa, pré-menopausa, reposição hormonal, Síndrome de Sjögren, Síndrome de Cushing e tireoidite. Como esperado, prevaleceu o *diabetes mellitus* com 36,29%, seguida do hipotireoidismo, com 26,61% e a reposição hormonal com 25,80%.

Não houve representatividade das doenças dermatológicas embora alguns casos de vitiligo e psoríase tenham sido observados.

Assim, dentre as doenças infectocontagiosas foram incluídas: cisticercose, citomegalovirose, toxoplasmose, dengue, erisipela, tuberculose, hanseníase, hepatites, herpangina, malária, meningite, paralisia infantil, primoinfecção herpética, mononucleose infecciosa e herpes zoster. As doenças sexualmente transmissíveis também fizeram parte deste grupo com: síndrome da imunodeficiência humana, blenorragia, candidíase vaginal, clamídia, condiloma acuminado, sífilis e herpes genital. As doenças sexualmente transmissíveis (DST) prevaleceram com 58,24% sobre as hepatites (32,96%). Porém entre as DST a blenorragia prevaleceu com 15,09%.

Nas doenças genitourinárias compreenderam: cálculo renal, cisto ovariano e policístico, cistite, cisto testicular, endometriose, hiperplasia prostática, infecção renal, insuficiência renal crônica, transplante renal, pielonefrite e salpingite. O cálculo renal prevaleceu com 50%.

No grupo das doenças ósseas incluiu-se: artrite, artrite reumatoide, bursite, coluna, osteoporose, escoliose, hérnia de disco, gota, osteonecrose, reumatismo, doença do túnel do carpo. Os problemas de coluna (incluindo hérnia de disco e escoliose) prevaleceram com 30,90%, seguido da artrose com 25,45% e artrite reumatóide com 10,90%.

Nas doenças oftálmicas (afecções em outros locais, inclusive), o grupo compreendeu as seguintes alterações: retinopatia diabética, uveíte, astigmatismo, miopia, catarata, glaucoma, hipermetropia, atrofia do nervo óptico, blefarite, petirigeo, coroidite, estrabismo, toxoplasmose ocular, mácula de retina, insuficiência de convergência, conjuntivite e tracoma. A perda da acuidade visual decorrente do

envelhecimento, ou seja, hipermetropia atingiu 55,19%. Com percentual muito inferior seguiu o astigmatismo (12,46%) e a catarata com 9,49%.

Os distúrbios hematológicos abrangeram as seguintes alterações: anemias (incluindo a talassemia), hemorragias, epistaxe, hipercolesteremia, hiperlipidemia, Síndrome de Raynaud. As anemias prevaleceram com 69,84%.

Quanto às neoplasias, estas foram divididas em malignas, fazendo parte delas: adenocarcinoma, câncer de próstata, carcinomas de: tonsilas palatinas, basocelulares, cólon, garganta, intestino, mama, mandíbula, tireoide e útero; mileodisplasia, melanoma, tumor cerebral, leucemia. Dentre as benignas estavam: fibroadenoma, mioma e lipoma. As neoplasias benignas (63,0%) prevaleceram sobre as malignas (37,03%), sendo que os carcinomas diversos atingiram 32,09% dos tumores malignos e o mioma 58,02% entre os benignos, entre todo o grupo das neoplasias.

Com relação às doenças inflamatórias, fizeram parte do grupo: parotidite, pleurite, tendinite, tonsilites palatinas com tonsilectomia associada. 65,51% prevaleceram de tonsilites palatinas com tonsilectomia.

E, quanto às doenças imunológicas, estas foram divididas em: alergias (alergia alimentar, cosmética, química, medicamentosa, de contato, a anestésico local, a contraste, anestésico geral, pó, picada de inseto, pelo de animal, borracha), psoríase, fibromialgia, febre reumática, anafilaxia, pênfigo vulgar, púrpura trombocitopênica, vitiligo, edema angioneurótico, lúpus eritematoso cutâneo. As alergias atingiram, de forma geral 87,91% das alterações. A alergia medicamentosa alcançou 39,58%, seguida da de cosméticos (10,41%) e da alimentar (8,33%).

A tabela 2 demonstra a análise descritiva das doenças sistêmicas, segundo a frequência absoluta e relativa.

A análise dos dados da tabela 2 permite observar as 15 doenças sistêmicas mais prevalentes nos sujeitos atendidos na clínica estomatológica: alergias (87,91%), anemias (69,84%), hipertensão arterial (69,40%), tonsilite com tonsilectomia (65,51%), neoplasias benignas (63,0%), DST (58,24%), mioma (58,02%), gastrite (55,75%), hipermetropia (55,19%), labirintite (43,61%), alergia medicamentosa (39,58%), neoplasias malignas (37,03%), depressão (36,56%), *diabetes melitus* (36,29%) e cardiopatias (34,14%).

Tabela 2- Distribuição da frequência (absoluta e relativa) das doenças sistêmicas/outros locais, em cada grupo dos pacientes atendidos na Clínica Estomatológica.

Classificação das doenças sistêmicas	N	%
Alterações cardiovasculares	219	100,0
Hipertensão arterial	152	69,40
Cardiopatias	75	34,24
Vasculares	56	25,57
Respiratórias	142	100
Pneumonia	43	30,28
Sinusite	38	26,76
Bronquite	36	25,35
Gastrointestinais	165	100
Gastrite	92	55,75
Cálculo biliar	26	15,75
Neurológicas	227	100
Labirintite	99	43,61
Depressão	83	36,56
Enxaqueca	54	23,78
Endócrinas	124	100
<i>Diabetes melitus</i>	45	36,29
Hipotireoidismo	33	26,61
Reposição hormonal	32	25,80
Dermatológicas	0	0
Infectocontagiosas	91	100
DST	53	58,24
Hepatites	30	32,96
Blenorragia	8	15,09
Genitourinárias	74	100
Cálculo renal	37	50
Ósseas	110	100
Coluna+escoliose+hérnia de disco	34	30,90
Artrose	28	25,45
Artrite reumatoide	12	10,90
Oftálmicas	337	100
Hipermetropia	186	55,19
Astigmatismo	42	12,46
Catarata	32	9,4
Hematológicas	63	100
Anemias	44	69,84
Neoplasias	81	100
Benignas	51	63,00
Mioma	47	58,02
Malignas	30	37,03
Carcinomas	26	32,09
Inflamatórias	29	100
Tonsilite com tonsilectomia	19	65,51
Imunológicas	240	100
Alergias	211	87,91
Alergia medicamentosa	95	39,58
Alergia a cosmético	25	10,41
Alergia alimentar	20	8,33

A análise da tabela 3 demonstra prevalência das doenças no gênero feminino: oftálmicas (57,3% $p=0,028$), neurológicas (43,2% $p=0,0001$), alterações imunológicas (42,2% $p=0,01$), cardiovasculares (39,4% $p=0,003$), óssea (23% $p=0,0001$), neoplasias (17,2% $p=0,0001$), endócrinas (24,2% $p=0,0001$), hematológicas (12,6% $p=0,0060$). Contudo, as doenças respiratórias, gastrointestinais, geniturinárias e inflamatórias não apresentaram significância de acordo com o gênero. As doenças infectocontagiosas prevaleceram no gênero masculino (19,7% $p=0,006$). Não houve prevalência das alterações sistêmicas quanto ao fator étnico-racial, embora tenha ocorrido menor prevalência nos xantodermas (15,8%) nas alterações cardiovasculares.

O tabagismo e o etilismo, nessa amostra, não foram associados com as alterações sistêmicas.

Ainda, baseado na tabela 3 as alterações sistêmicas que apresentaram prevalência em pacientes menores de 50 anos foram: oftálmicas (70,2% $p=0,001$), cardiovasculares (56,6% $p=0,001$), neurológicas (46,3% $p=0,001$), gastrointestinais (30,4% $p=0,03$), endócrinas (26,2% $p=0,001$), óssea (25,9% $p=0,001$), neoplasias (19,1% $p=0,001$). E em pacientes acima de 50 anos prevaleceram: imunológicas (26,0% $p=0,04$) e respiratórias (26,0% $p=0,04$). Não houve diferença significativa quanto a faixa etária entre as infectocontagiosas, geniturinárias e inflamatórias e hematológicas.

Quando analisadas as doenças bucais, estas compreenderam um total de 866 alterações patológicas, ou seja, 99,52% apresentaram lesões bucais e a média foi de 1,39 lesões/ sujeito. Três pacientes não apresentaram lesões bucais (0,48%), fato esse relativo à faixa etária ou condição sistêmica no momento da consulta. A tabela 4 demonstra a distribuição das alterações bucais, segundo obtidas nos prontuários clínicos.

A Tabela 4 demonstra que doenças inflamatórias ocorreram em 27,4% das lesões bucais, seguida das lesões traumáticas (24,0%), variações da normalidade (22,4%) e doenças glandulares (19,1%). As alterações menos comuns foram as neoplasias benignas (9,0%), alterações imunológicas (7,9%), lesões precursoras (5,3%), lesões pigmentares (4,5%) e as neoplasias malignas (3%).

As doenças bucais, divididas nos grupos acima demonstrados, por sua vez abrangeram doenças formando subgrupos, dados apresentados na tabela 5.

Assim, nas neoplasias benignas foram incluídas: adenoma de glândula salivar menor, adenoma monomórfico, fibroma ossificante periférico, fibroma ossificante central, fibroma de células gigantes, fibropapiloma, papiloma, tumor de Whartin, hemangioma, malformação arteriovenosa, neuroma traumático, lesão proliferativa de células acinosas, tumor de células granulares claras, queratoacantoma. Entre essas lesões prevaleceu o papiloma (30,4%) e o fibroma (21,4%).

As lesões malignas incluíram o adenocarcinoma, carcinoma espinocelular, leucemia, linfoma de Burkitt e osteossarcoma. Os carcinomas prevaleceram com 78,9%.

Um subgrupo amplo constituiu as doenças glandulares com: cisto de retenção mucoso, processo inflamatório de glândulas salivares, rânula, sialodente, hiperplasia de glândula salivar menor do palato, hipossalivação, papilite de glândula salivar menor do palato, parotidite crônica, parotidite aguda supurativa, xerostomia, hiperplasia focal de glândulas salivares, processo inflamatório de glândulas salivares menores, sialodente necrosante, Síndrome de Sjögren, papilite ulcerada. Houve prevalência do cisto de retenção mucoso (50,42%), seguido em escala bem menor pela sialolitíase com 13,4%.

As lesões pigmentares foram compostas por: nevo azul, melanose focal, equimose, argirose focal, mácula melanótica. Observou-se prevalência de argirose focal em 50,0% dos casos.

Nas lesões traumáticas: úlcera traumática, galvanismo, lesão psicogênica, úlcera traumática, queimadura térmica, queratose friccional, queratose irritativa, mucosa mordiscada. Houve prevalência de úlcera traumática com 89,4% dos casos.

Tabela 3. Análise das doenças sistêmicas/afecções em outros locais com as variáveis demográficas nos pacientes atendidos na Clínica Estomatológica.

Classificação de alterações sistêmicas	Gênero			Grupo étnico-racial				Tabagismo			Etilismo			Faixa Etária		
	F	M	Valor de P	Leuco	Mel	Xanto	Valor de P	Sim	Não	Valor de P	Sim	Não	Valor de P	< 50 anos	> 50 anos	Valor de P
TOTAL	396	228		526	60	38		219	405		83	541		315	309	
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)		N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Alterações Cardiovasculares	156 (39,4)	63 (27,6)	0,003*	191 (36,3)	22 (36,7)	6 (15,8)	0,03*	76 (34,7)	143 (35,3)	0,88	33 (39,8)	186 (34,4)	0,34	175 (56,6)	44 (14,0)	0,001*
Doenças Respiratórias	89 (22,5)	53 (23,2)	0,82	121 (23,0)	16 (26,7)	5 (13,2)	0,28	46 (21,0)	96 (23,7)	0,44	16 (19,3)	126 (23,3)	0,42	60 (19,4)	82 (26,0)	0,04*
Doenças Gastrointestinais	105 (26,5)	60 (26,3)	0,95	146 (27,8)	9 (15)	10 (26,3)	0,10	59 (26,9)	106 (26,2)	0,83	24 (28,9)	141 (26,1)	0,58	94 (30,4)	71 (22,5)	0,03*
Doenças Neurológicas	171 (43,2)	56 (24,6)	0,0001*	200 (38,0)	19 (31,7)	8 (21,1)	0,08	86 (39,3)	141 (34,8)	0,27	26 (31,3)	201 (37,2)	0,30	143 (46,3)	84 (26,7)	0,001*
Doenças Endócrinas	96 (24,2)	28 (12,3)	0,0001*	108 (20,5)	9 (15,0)	7 (18,4)	0,58	42 (19,2)	82 (20,2)	0,75	11 (13,3)	113 (20,9)	0,10	81 (26,2)	43 (13,7)	0,001*
Doenças Infectocontagiosas	46 (11,6)	45 (19,7)	0,006*	76 (14,4)	7 (11,7)	8 (21,1)	0,43	28 (12,8)	63 (15,6)	0,35	17 (20,5)	74 (13,7)	0,10	37 (12,0)	54 (17,1)	0,06
Doenças Geniturinárias	48 (12,1)	26 (11,4)	0,79	63 (12,0)	5 (8,3)	6 (15,8)	0,53	24 (11,0)	50 (12,3)	0,61	10 (12,0)	64 (11,8)	0,95	35 (11,3)	39 (12,4)	0,68
Doenças Ósseas	91 (23,0)	19 (8,3)	0,0001*	94 (17,9)	12 (20,0)	4 (10,5)	0,45	33 (15,1)	77 (19,0)	0,22	9 (10,8)	101 (18,7)	0,08	80 (25,9)	30 (9,5)	0,001*
Doenças Oftálmicas	227 (57,3)	110 (48,2)	0,028*	290 (55,1)	24 (40,0)	23 (60,5)	0,06	129 (58,9)	208 (51,4)	0,07	48 (57,8)	289 (53,4)	0,45	217 (70,2)	120 (38,1)	0,001*
Distúrbios Hematológicos	50 (12,6)	13 (5,7)	0,006*	51 (9,7)	9 (15,0)	3 (7,9)	0,39	21 (9,6)	42 (10,4)	0,76	9 (10,8)	54 (10,0)	0,81	35 (11,3)	28 (11,9)	0,31
Neoplasias	68 (17,2)	13 (5,7)	0,0001*	72 (13,7)	7 (11,7)	2 (5,3)	0,31	31 (14,2)	50 (12,3)	0,52	8 (9,6)	73 (13,5)	0,33	59 (19,1)	22 (7,0)	0,001*
Doenças inflamatórias	14 (13,5)	15 (6,6)	0,08	26 (4,9)	3 (5,0)	0 (0,0)	0,37	15 (6,8)	14 (3,5)	0,06	5 (6)	24 (4,4)	0,52	13 (4,2)	16 (5,1)	0,60
Alterações imunológicas	167 (42,2)	73 (32,0)	0,01*	200 (38,0)	24 (40,0)	16 (42,1)	0,85	73 (33,3)	167 (41,2)	0,05	28 (33,7)	212 (39,2)	0,34	60 (19,4)	82 (26,0)	0,04*

F= feminino; M=masculino; Leuco=leucoderma; Mel= melanoderma; Xanto= Xantoderma. Teste do Qui² com significância a 5%. *Significância a 0,05% ou <0,05.

Tabela 4. Análise descritiva das doenças bucais, segundo a frequência absoluta e relativa, dos sujeitos da Clínica Estomatológica.

Classificação de alterações bucais	N	%
Neoplasias benignas	56	9,0
Neoplasias malignas	19	3,0
Doenças glandulares	119	19,1
Lesões pigmentares	28	4,5
Lesões traumáticas	150	24,0
Doenças inflamatórias	171	27,4
Doenças infecciosas	101	16,2
Lesões precursoras	33	5,3
Alterações imunológicas	49	7,9
Variações da normalidade	140	22,4

Dentre as doenças inflamatórias estão: síndrome de ardência bucal, papilite linfóide, processo inflamatório abscedado, granuloma piogênico, calcificação em linfonodo, cisto periapical, cisto tireoidiano, disfunção da articulação temporomandibular, gengivite, neuralgia de trigêmio, gengivite descamativa, gengivite hormonal, gengivite localizada, gengivite ulcerativa necrosante, hiperplasia inflamatória, hiperplasia fibrosa inflamatória com reação de corpo estranho, parestesia transitória, hiperplasia linfóide benigna, hiperplasia linfóide reativa ulcerada, lesão periférica de células gigantes, lesão periférica de corpo estranho, linfadenopatia aguda, linfonodo atípico, tonsilite lingual irritativa, mucosite descamativa, neuralgia, neuralgia pós-zoster, periodontite, processo inflamatório agudo, processo inflamatório crônico, placa neurogênica subepitelial lingual, mucosite inespecífica, sinusite de seio maxilar. Prevaleram 47,3% de hiperplasia fibrosa inflamatória, síndrome da ardência bucal com 13,7% e disfunções temporomandibulares com 8,2% dos casos.

No grupo das doenças infecciosas constaram: candidíase, angina de Ludwig, sífilis, blenorragia, celulite, estafilococcia, gengivoestomatite herpética, herpes simples recorrente, herpes zóster, infecção focal, queilite angular, paracoccidiodomicose, toxoplasmose, helmintíase, osteomielites, verruga. Houve prevalência da candidíase (45,5%), seguido de herpes simples recorrente (18,8%).

As lesões precursoras foram compostas de elastose solar, elastose solar com displasia, eritroplasia, queilite actínica, leucoplasia, leucoplasia pilosa. A leucoplasia prevaleceu em 45,5% dos casos.

As alterações imunológicas corresponderam a: líquen plano, afta recorrente, edema angioneurótico, líquen plano erosivo, penfigóide benigno das mucosas, vitiligo, eritema polimorfo, reação líquenóide, dermatite de Duhring-Brocq. A prevalência foi para as aftas recorrentes com 40,8%, seguido do líquen plano com 38,8%.

As variações da normalidade concerniram de: grânulos de Fordyce, língua geográfica, tórus palatino, fossetas labiais, exostose óssea, pigmentação melânica racial, tórus mandibular, hiperplasia da papila foleácea, varicosidades, leucoedema, hiperplasia tonsilar, língua fissurada, língua saburrosa, hiperplasia focal de glândulas salivares. O tórus prevaleceu com 33,6%, a língua geográfica com 30,2% dos casos e a língua fissurada com 17,2%.

O resultado demonstrou as 15 lesões mais comuns (Tabela 5) que prevaleceram na cavidade bucal dos sujeitos em atendimento estomatológico particular, as quais foram: úlcera traumática (89,4%), carcinomas (78,9%), cisto de retenção mucoso (50,42%), argirose focal (50,0%), hiperplasia fibrosa inflamatória (47,3%), leucoplasia (45,5%), candidíase (45,5%), afta recorrente (40,8), líquen plano (38,8%), tórus (33,6%), papiloma (30,4%), língua geográfica (30,2%), fibroma (21,4%), herpes simples recorrente (18,8%) e língua fissurada (17,2%).

No gênero masculino obteve-se prevalência das seguintes alterações bucais: neoplasias malignas (5,3% $p=0,01$) e variações da normalidade (22,8% $p=0,04$). Diferenças significantes não foram observadas quanto ao gênero nas neoplasias benignas, doenças glandulares, lesões pigmentares, lesões traumáticas, doenças inflamatórias, doenças infecciosas, lesões precursoras e alterações imunológicas (tabela 6).

Não foram notadas diferenças significantes em nenhuma das lesões bucais quando comparadas ao grupo étnico-facial (Tabela 6).

E ainda, em relação ao tabagismo houve prevalência em não fumantes nas doenças glandulares (19,4% $p=0,04$) e nas alterações imunológicas (9,9%

$p=0,01$). Houve prevalência em fumantes nas lesões precursoras (3,2% $p=0,006$), infecciosas (20,1% $p=0,02$) e malignas (5,2% $p=0,04$). O etilismo foi prevalente somente nas neoplasias malignas (10,8% $p=0,0001$). E não houve correlação entre o etilismo e as outras alterações bucais: neoplasias benignas, doenças glandulares, lesões pigmentares, lesões traumáticas, doenças inflamatórias, doenças infecciosas, lesões precursoras e variações da normalidade (Tabela 6).

Em pacientes abaixo ou acima de 50 anos não houve associação com neoplasias as neoplasias benignas, doenças inflamatórias, doenças infecciosas, lesões precursoras, alterações imunológicas e variações da normalidade. Dentre as faixas etárias avaliadas para prevalência de doenças bucais houve prevalência de neoplasias malignas (5,2% $p=0,002$) e lesões traumáticas (31,2% $p=0,019$) em pacientes acima de 50 anos de idade. As doenças glandulares (22,2% $p=0,0001$) foram prevalentes em sujeitos menores de 50 anos de idade.

Tabela 5. Distribuição da frequência (absoluta e relativa) das principais alterações, em cada categoria das doenças bucais, encontradas nos prontuários da Clínica Estomatológica.

Classificação de alterações bucais	N	%
Neoplasias benignas	56	100,0
Fibroma	12	21,4
Adenoma	07	12,5
Papiloma	17	30,4
Hemangioma	10	17,9
Outras	10	17,9
Neoplasias malignas	19	100,0
Carcinoma	15	78,9
Outros	04	21,1
Doenças glandulares	119	100,0
Cistos de retenção	60	50,42
Sialolitíase	16	13,4
Outras	43	36,13
Lesões pigmentares	28	100,0
Argirose focal	14	50,0
Nevos/ Outras	14	50,0
Lesões traumáticas	150	100,0
Lesões Traumáticas	134	89,4
Outras	16	10,6
Doenças inflamatórias	171	100,0
Hiperplasia fibrosa inflamatória	81	47,3
Síndrome da Ardência Bucal	23	13,7
Disfunção Temporomandibular	14	8,2
Abscesso	12	7,01
Outras	31	18,12
Doenças infecciosas	101	100,0
Candidíase	46	45,5
Herpes	19	18,8
Outras	36	35,6
Lesões precursoras	33	100,0
Leucoplasia	15	45,5
Outras	18	54,5
Alterações imunológicas	49	100,0
Aftas recorrentes	20	40,8
Líquen Plano	19	38,8
Outras	10	20,4
Variações da normalidade	116	100,0
Tórus	39	33,6
Língua geográfica	35	30,2
Língua fissurada	20	17,2
Outras	22	19,0

Tabela 6. Distribuição da associação entre gênero, grupo étnico-racial, tabagismo, etilismo e faixa etária, com as alterações bucais, encontrada na Clínica Estomatológica.

Classificação de alterações bucais	Gênero			Grupo étnico-racial				Tabagismo			Etilismo			Faixa Etária		
	F	M	Valor de P	Leuco	Mel	Xanto	Valor de P	Sim	Não	Valor de P	Sim	Não	Valor de P	< 50 anos	> 50 anos	Valor de P
TOTAL	396	228		526	60	38		219	405		83	541		315	309	
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)		N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Neoplasias benignas	33 (8,3)	23 (10,1)	0,46	47 (8,9)	6 (10,0)	3 (7,9)	0,94	19 (8,7)	37 (9,1)	0,85	07 (8,4)	49 (9,1)	0,85	29 (9,4)	27 (8,6)	0,72
Neoplasias malignas	7 (1,7)	13 (5,3)	0,01*	17 (3,2)	2 (3,3)	0 (0)	0,529	11 (5,2)	8 (1,9)	0,04*	9 (10,8)	10 (1,8)	0,000*	3 (1)	16 (5,2)	0,002*
Doenças glandulares	61 (15,4)	45 (19,7)	0,17	82 (15,6)	14 (23,3)	10 (26,3)	0,09	28 (12,8)	78 (19,4)	0,04*	16 (19,3)	90 (16,7)	0,56	70 (22,2)	36 (11,7)	0,000*
Lesões pigmentares	20 (5,0)	08 (3,5)	0,37	20 (3,8)	6 (10,0)	2 (5,3)	0,08	12 (5,5)	16 (4,0)	0,4	04 (4,8)	24 (4,4)	0,87	15 (4,8)	13 (4,2)	0,70
Lesões traumáticas	97 (24,5)	44 (19,3)	0,14	120 (22,9)	15 (25,4)	6 (15,8)	0,52	46 (21,1)	95 (23,5)	0,49	13 (15,7)	128 (23,7)	0,10	45 (14,3)	96 (31,2)	0,019*
Doenças inflamatórias	122 (30,8)	57 (25,0)	0,12	151 (28,7)	18 (30,0)	10 (26,3)	0,92	71 (32,4)	108 (26,7)	0,12	26 (31,3)	153 (28,3)	0,57	89 (28,3)	90 (29,1)	0,81
Doenças infecciosas	61 (15,4)	35 (15,4)	0,98	82 (15,6)	8 (13,3)	6 (15,8)	0,89	44 (20,1)	52 (12,8)	0,0,2*	12 (14,5)	84 (15,5)	0,80	42 (13,3)	54 (17,5)	0,15
Lesões precursoras	17 (4,3)	14 (6,1)	0,31	26 (4,9)	4 (6,7)	1 (2,6)	0,66	18 (8,2)	13 (3,2)	0,006*	4 (4,8)	27 (5,0)	0,94	10 (3,2)	21 (6,8)	0,20
Alterações imunológicas	30 (7,8)	19 (8,3)	0,73	39 (7,4)	5 (8,3)	5 (13,2)	0,44	09 (4,1)	40 (9,9)	0,01*	4 (4,8)	45 (8,3)	0,270	29 (9,2)	20 (6,5)	0,20
Variações da normalidade	65 (16,4)	52 (22,8)	0,04*	102 (19,4)	9 (15,0)	6 (15,8)	0,63	46 (21,0)	71 (17,5)	0,28	19 (22,9)	98 (18,1)	0,257	65 (21,0)	52 (16,5)	0,15

F= feminino; M=masculino; Leuco= leucoderma; Mel=melanoderma; Xanto=xantoderma. Teste do Qui-quadrado a 5% de significância. *P≤0,05

A correlação das alterações bucais e sistêmicas foi observada na tabela 7. As neoplasias benignas em boca foram associadas com neoplasias ($p=0,02$). As neoplasias malignas foram prevalentes em pacientes que não apresentavam doenças cardiovasculares ($p=0,03$), nem alterações imunológicas ($p=0,003$). As alterações glandulares foram associadas com sujeitos que não eram portadores de alterações cardiovasculares ($0,02$), doenças neurológicas ($p=0,006$), doenças infectocontagiosas ($p=0,028$), geniturinárias ($p=0,03$), ósseas ($p=0,044$), distúrbios hematológicos $p=(0,006)$ e neoplasias ($p=0,03$). Em relação as lesões traumáticas foram associadas com sujeitos que não apresentavam alterações cardiovasculares ($p=0,03$), com doenças ósseas ($p=0,02$) e doenças oftálmicas ($p=0,0001$).

Tabela 7. Associação entre doenças sistêmicas e alterações bucais (neoplasias benignas ou malignas, doenças glandulares, lesões pigmentares e lesões traumáticas) nos pacientes da Clínica Estomatológica.

Alterações Sistêmicas	Lesões Bucais														
	Neoplasias Benignas N (%)		P X ²	Neoplasias Malignas N (%)		P X ²	Doenças Glandulares N (%)		P X ²	Lesões Pigmentares N (%)		P X ²	Lesões Traumáticas N (%)		P X ²
	Sim	Não		Sim	Não		Sim	Não		Sim	Não		Sim	Não	
Alterações cardiovasculares (N=219)	19 (8,7)	200 (90,1)	0,85 0,03	11 (4,6)	208 (95,4)	0,03* 4,47	23 (10,6)	194 (89,4)	0,02* 9,78	09 (4,1)	210 (95,9)	0,74 0,11	64 (29,5)	153 (70,5)	0,03* 8,85
Doenças respiratórias (N=142)	15 (10,6)	127 (89,4)	0,45 0,56	03 (2,1)	139 (97,9)	0,46 0,54	30 (21,1)	112 (78,9)	0,14 2,17	07 (4,9)	135 (95,1)	0,77 0,0,8	30 (21,1)	112 (78,9)	0,61 0,25
Doenças gastrointestinais (N=165)	14 (8,5)	151 (91,5)	0,78 0,006	05 (3,0)	160 (97,0)	0,99 0,001	20 (12,2)	144 (87,8)	0,05 3,70	06 (3,6)	159 (96,4)	0,228 1,452	41 (24,8)	124 (75,2)	0,43 0,61
Doenças neurológicas (N=227)	18 (7,9)	209 (92,1)	0,49 0,47	09 (4)	218 (96)	0,312 1,023	26 (11,5)	200 (88,5)	0,006* 7,69	8 (3,5)	219 (96,5)	0,38 0,77	56 (24,7)	171 (75,3)	0,31 0,81
Doenças Endócrinas (N=124)	11 (8,9)	113 (91,1)	0,74 0,11	04 (3,2)	120 (96,8)	0,896 0,017	15 (12,1)	109 (87,9)	0,10 2,70	05 (4,0)	119 (96,0)	0,78 0,007	33 (26,8)	90 (73,2)	0,21 1,15
Doenças infectocontagiosas (N=91)	9 (9,9)	82 (90,1)	0,74 0,11	2 (2,2)	89 (97,8)	0,611 0,259	23 (25,3)	68 (74,7)	0,028* 5,11	03 (3,3)	88 (96,7)	0,55 0,35	16 (17,6)	75 (82,4)	0,10 1,57
Doenças geniturinárias (N=74)	10 (13,5)	64 (83,5)	0,15 2,8	1 (1,4)	73 (98,6)	0,366 0,816	06 (8,1)	68 (91,9)	0,03* 4,74	02 (2,7)	72 (97,3)	0,858 0,032	18 (8,1)	56 (91,9)	0,72 0,13
Doenças Ósseas (N=110)	11 (10,0)	99 (90,0)	0,68 0,020	3 (2,7)	107 (97,3)	0,831 0,046	10 (9,1)	100 (90,9)	0,044* 4,063	03 (2,7)	107 (97,3)	0,33 0,96	34 (30,9)	76 (69,1)	0,02* 5,17
Doenças oftálmicas (N=337)	35 (10,4)	302 (89,6)	0,18 1,77	14 (4,2)	323 (95,8)	0,08 3,20	55 (16,4)	280 (83,6)	0,65 0,20	19 (5,6)	318 (94,4)	0,13 2,23	96 (28,7)	239 (71,3)	0,0001* 14,85
Distúrbios hematológicos (N=63)	07 (11,1)	56 (88,9)	0,53 0,39	0 (0)	63 (100)	0,138 2,201	03 (4,8)	60 (95,2)	0,006* 7,48	2 (3,2)	61 (96,8)	0,674 0,177	11 (17,5)	52 (82,5)	0,29 1,08
Neoplasias (N=81)	13 (16,0)	68 (84,0)	0,02* 5,70	1 (1,2)	80 (98,8)	0,309 1,033	7 (8,6)	74 (91,4)	0,03* 4,7	05 (6,2)	76 (93,8)	0,43 0,62	20 (25,0)	60 (75,0)	0,59 0,28
Alterações imunológicas (N=240)	26 (10,8)	214 (89,2)	0,19 1,60	1 (0,4)	239 (99,6)	0,003* 9,125	45 (18,7)	195 (81,3)	0,48 0,49	10 (4,2)	230 (95,8)	0,76 0,09	48 (20,1)	191 (79,9)	0,22 1,48

N=Doenças sistêmicas= total; N nas doenças bucais= Total Sim- com doenças bucais; e Total não= sem doenças bucais;. %- = frequência relativa Teste do Qui-Quadrado. Nível de significância a 5 *p<0,05

A partir da análise multivariada para a ocorrência de neoplasias foi verificado que indivíduos com idade superior a 50 anos apresentaram, aproximadamente 4,6 vezes mais chance de desenvolver neoplasias bucais em comparação com os indivíduos com idade inferior a 50 anos. Além disso, foi observada uma chance 4,8 vezes maior da ocorrência de neoplasias bucais em indivíduos com histórico de etilismo. Por outro lado, indivíduos com alterações imunológicas apresentaram 90% menor chance de desenvolver neoplasias bucais (tabela 8).

Tabela 8. Análise multivariada dos fatores preditores da ocorrência de neoplasias.

Variáveis independentes	Wald	Odds Ratio	IC	P
Idade > 50 anos	4,77	4,60	1,17-18,03	0,03*
Gênero Feminino	0,83	0,56	0,16 -1,96	0,36
Tabagismo	0,42	0,69	0,22 – 2,1	0,52
Etilismo	5,93	4,8	1,36 – 17,15	0,015*
Alterações cardiovasculares	0,64	1,53	0,54 – 4,33	0,42
Alterações imunológicas	4,93	0,10	0,01 -0,73	0,03*

Na análise multivariada para a ocorrência de lesões traumáticas, foi verificado que indivíduos com idade superior a 50 anos apresentaram 2,2 vezes mais chance de apresentarem lesões traumáticas em comparação aos indivíduos com idade inferior a 50 anos. Além disso, foi também observado que indivíduos com alterações oftálmicas apresentam 1,67 vezes mais chance de apresentarem lesões traumáticas (tabela 9).

Tabela 9. Análise multivariada dos fatores preditores da ocorrência de lesões traumáticas.

Variáveis independentes	Wald	Odds Ratio	IC	P
Idade > 50 anos	10,9	2,2	1,38 -3,5	0,001*
Tabagismo	1,5	0,77	0,50 – 1,17	0,22
Alterações cardiovasculares	0,33	1,13	0,74 -1,74	0,56
Doenças ósseas	0,88	1,26	0,78 -2,03	0,35
Alterações oftálmicas	5,75	1,67	1,10 – 2,54	0,02*

Tabela 10. Análise multivariada dos fatores preditores da ocorrência de lesões glandulares.

Variáveis independentes	Wald	Odds Ratio	IC	P
Idade > 50 anos	0,71	1,26	0,74 – 2,14	0,4
Tabagismo	3,68	1,61	0,99 – 2,63	0,06
Alterações cardiovasculares	3,57	1,73	0,98 – 3,05	0,06
Alterações neurológicas	4,12	1,70	1,2 – 2,8	0,04*
Alterações infecto-contagiosas	3,37	0,59	0,33 – 1,04	0,06
Alterações geniturinárias	5,88	2,99	1,23 – 7,26	0,01*
Alterações ósseas	0,47	1,26	0,65 – 2,44	0,49
Alterações hematológicas	6,42	4,67	1,42 – 15,36	0,01*
Neoplasias	3,02	2,10	0,91 – 4,82	0,08

Em relação à ocorrência de lesões glandulares, observou-se que indivíduos com alterações hematológicas apresentaram aproximadamente 4,7 vezes mais chance de portarem alguma lesão glandular em comparação a indivíduos que não possuem estas doenças. Além disso, verificou-se que indivíduos com alterações geniturinárias apresentaram 3,0 vezes mais chance, enquanto os indivíduos com alterações neurológicas apresentaram 1,70 vezes mais chance, de portarem lesões glandulares em comparação com os indivíduos que não possuem estas doenças (tabela 10).

6 Discussão

6 DISCUSSÃO

As alterações sistêmicas em atendimento odontológico é relativamente restrita na literatura (GAETTI-JARDIM, 2008; LITTLE et al., 2008; MYERS 2008; LÓPEZ-LÓPEZ et al., 2012 A; KOLTE, DOLAS, SHENOI, 2014; ABRAMS, THOMPSON, 2014).

Algumas doenças sistêmicas prevalentes são pesquisadas com finalidade de avaliação epidemiológica e de saúde pública com o fim de inserir um contexto de medidas profiláticas, preventivas e diagnósticas precoces em âmbito governamental, como as doenças cardiovasculares, endócrinometabólicas, respiratórias, neurológicas, sexualmente transmissíveis, por exemplo (ANGST, 2015; LIU et al., 2015; SCHENEIDERMAN et al., 2014; FOROUHI, 2014; PRABHU, SHIVANI, 2014).

Esse trabalho, contudo avaliou a prevalência de doenças sistêmicas e bucais em um atendimento estomatológico particular e no período de 25 anos. Períodos máximos de observação epidemiológica citados na literatura, correspondem a 6 meses (KOLTE, DOLAS, SHENOI, 2014) na Índia; 2 anos; 3 anos (MISTIRI et.al., 2015), 9 anos no Brasil (GAETTI- JARDIM et al., 2008); Rocha, Oliveira Souza (2006) e Castellano, Guzman (2008) 21 anos. As amostras foram variáveis e em número bem superiores (12.487) (KOLTE, DOLAS, SHENOI, 2014); 4.330 (GAETTI-JARDIM et al., 2008) aos encontrados nesta pesquisa (624 prontuários), entretanto os dados foram coletados de universidades ou centros de atendimento de referência e não em contexto particular.

Isoladamente, em doenças sistêmicas os períodos de avaliação encontrados também sofrem variações de 2 anos em estudos de depressão, com amostras significantes como 4.011 (TOPUZOGU et al., 2015) ou de câncer (3.307 sujeitos) (MISTIRI et al., 2015); a 10 anos , na Índia, com amostra de 202.538 mulheres em Centro de Atendimento Terciário (DUHAN, 2010) e a 20 anos, na Inglaterra (LAU et al., 2014). Todos em atendimentos públicos.

Quanto ao período de observação das doenças bucais também houve variação da amostra (624 prontuários em 25 anos), para 24.422 atendimentos em 18 meses, na Índia (BYAKODI et al., 2011); 2.552 sujeitos em 3 anos, na Arábia

Saudita (AL MOBEERIEK, ALDOSARI, 2009); 858 biopsias em 5 anos no Kwaiti (ALI, SUNDARAM, 2011) e 2.785 pacientes na Argentina (LOPEZ et al., 2012); 1.715 em 10 anos (CHI et al., 2011) e 23.785, no México (CASTELLANO, GUSMÁN, 2008) a 5.771 biopsias, em 17 anos no Brasil (CARVALHO et al., 2011). Semelhantemente às pesquisas das doenças sistêmicas também foram realizadas em serviços de atendimento governamentais.

Neste trabalho foram observadas 1.902 doenças sistêmicas/afecções em outros locais, em 624 prontuários em análise retrospectiva, sendo 69,82% do gênero feminino e 30,18% do masculino. Os dados demográficos compreenderam 84,3% de leucodermas para 9,6 % de melanodermas, sem que houvesse diferença entre maiores de 50 e menores de 50 anos. 64,9% não eram tabagistas e 86,7% não etilistas. Conforme relatado, Gaetti-Jardim et al. (2008) encontraram 1911 sujeitos com doenças sistêmicas em 4.330 prontuários avaliados.

A distribuição das doenças seguiu o padrão da OMS (WHO, 2015a) e observou-se uma prevalência de doenças oftálmicas (54%), seguido de alterações imunológicas (38,5%), distúrbios neurológicos (36,4%) e alterações cardiovasculares (35,1%). Estes dados diferem de Gaetti-Jardim et al. (2008) que referiram como prevalentes as doenças cardiovasculares (11,44%), seguido de problemas gastrointestinais (7,55%), respiratórios (6,56%) e neurológicos (6,54%). Semelhantemente Kolte, Dolas, Sheno (2014) relataram prevalência das doenças cardiovasculares (35,57%) e de doenças infecciosas (3,55%) ($p=0,01$). Na pesquisa não houve prevalência de doenças infectocontagiosas, onde as mesmas ocorreram em 14,6%. Little et al. (2008), por sua vez destacam em 15% as alterações gastrointestinais na população americana. As alterações neurológicas foram observadas em 4,34% de sua amostra. Angst (2015) referiu que quanto às doenças neurológicas 73,9%, dos pacientes tinham predisposição para transtornos psíquicos, onde os transtornos de humor, ansiedade e transtorno fóbico prevaleceram no gênero feminino enquanto os transtornos relacionados ao álcool prevaleceram no gênero masculino. Esses dados diferem muito dos encontrados na população estudada.

As doenças oftálmicas (afecção em outro local) que prevaleceram neste trabalho são pouco abordadas dentro do contexto das doenças sistêmicas e são

consideradas parte do processo de envelhecimento e relevantes para a saúde pública. No entanto, Furtado et al (2012) relataram que a principal causa de perda visual e cegueira foi o glaucoma e retinopatia diabética, enquanto Yaacov-Peña et al. , também em 2012, referiram como única causa de cegueira e perda visual no Paraguai, a catarata. As doenças oftálmicas atingiram 54% neste estudo, prevaleceram no gênero feminino (57,3% $p=0,028$) e em menores de 50 anos (70,2% $p=0,001$) e a hipermetropia com 55,19%, seguida pelo astigmatismo com 12,46%. Assim, na faixa etária menores de 50 anos há que se considerar uma somatória de indivíduos com processo inicial de hipermetropia, mas também um aporte de sujeitos mais jovens portadores de astigmatismo, contribuindo para o percentual de 54%. Esses dados são semelhantes aos obtidos por Hashemi et al (2010) que avaliaram somente hipermetropia em população acima de 5 anos de idade no Teerã. Os autores referiram que a hipermetropia de 0,5 graus foi mais comum (56,6%) e decrescia inversamente em percentual à medida que aumentavam os graus e a idade. Quanto à hipermetropia os dados obtidos nesse trabalho foram compatíveis. Esse dado é similar quanto à faixa etária aos achados relatados por Yaacov-Peña et al. (2012), porém a perda da acuidade visual pela catarata promove cegueira, enquanto que a hipermetropia uma limitação da visão. Wilson et al. (2014) em sua avaliação de nativos e imigrantes residentes nos EUA encontraram prevalência no gênero masculino ($p<0,01$), sendo 50,2% naturalizados, 55,2% não naturalizados e 48,4% nativos. Quanto à idade a prevalência das alterações visuais foi de 12-19 anos ($p<0,01$) e quanto ao grupo étnico-racial os leucodermas não hispânicos prevaleceram ($p<0,01$). A miopia e astigmatismo prevaleceram nos americanos nativos ($p<0,01$) enquanto que nos naturalizados prevaleceu a hipermetropia ($p<0,01$). Os resultados foram semelhantes aos encontrados nesse trabalho, porém não quanto ao gênero. Irak-Dersu, Balamurugan, (2010) também citaram dentro das doenças oftálmicas uma prevalência do glaucoma, com 5,5% e degeneração macular (5,3%) em sujeitos maiores de 40 anos, com prevalência de 5,5% glaucoma, 5,3% degeneração macular relacionada com a idade e 13,7% cataratas. A catarata neste estudo atingiu somente 9,4%.

As alterações imunológicas ou autoimunes ocorreram em 38,5% dos sujeitos da pesquisa. A prevalência foi no gênero feminino (42,2% $p=0,01$) e maiores de 50 anos (26,0% $p=0,04$). Essas alterações compreendem um grande grupo de

doenças como as alergias, que nesse estudo atingiu 87,91%, conforme citado por Jares et al., em 2014 e Eseverri et al. (1998). Mas também a artrite reumatoide citada por Little et al. (2008) e Rudan et al. (2013), além do lúpus eritematoso (SUJATHA et al., 2012), fibromialgia, edema angioneurótico (KOLTE, DOLAS, SHENOI, 2014; JARES et al., 2014), entre outras. Entretanto, doenças como as artrites foram distribuídas no grupo das doenças ósseas nesta pesquisa, dado ao comprometimento e limitações produzidas no âmbito de movimentação.

Dentre as alterações prevalentes imunológicas as alergias atingiram 87,91%. Eseverri e colaboradores (1998) encontraram em crianças e adolescentes 59,5% de alergias respiratórias, 23% de alimentar e 17,5% medicamentosa. Cabe justificar que as alergias respiratórias foram prevalentes e grandemente associadas ao tabaco (63,5%). Semelhante a este trabalho todos residiam em zona urbana (apesar de não referido nos resultados). Jares et al (2014) verificaram em 11 países da América Latina a alergia medicamentosa, com uma prevalência no gênero feminino, em 71% de pessoas idosas e 51% de crianças. Os achados nesse trabalho estão concernentes aos encontrados na América Latina, visto que as alergias medicamentosas alcançaram 39,58%, bem como prevalência das alterações imunológicas em mulheres e maiores de 50 anos ($p=0,001$ e $p=0,004$, respectivamente). Deve-se levar em consideração que a amostra em sua maioria era composta de mulheres não fumantes. Diferindo dos dados citados por Jares et al. (2014) a alergia a cosmético, seguiu-se à medicamentosa com 10,41% e a alimentar com 8,33%. A alergia alimentar foi encontrada em 8,96% casos, onde 6,53% eram crianças e 9,72% em adultos por McGowan e Keet (2013).

Os distúrbios neurológicos (36,4%) prevaleceram no gênero feminino (43,2% $p=0,0001$) e em menores de 50 anos (46,3% $p=0,001$). Kolte, Dolas, ShenoI, em 2014, encontraram 4,34% de problemas psicológicos no gênero feminino, aliados a ansiedade, mudança de humor e sintomas depressivos, enquanto Topuzoğlu et al. (2015) identificaram distúrbio depressivo maior em mulheres, na faixa etária de 55 a 64 anos, em indivíduos com baixo índice educacional, pessoas de baixa renda, desempregadas, sujeitos com deficiências físicas e mulheres com trabalho doméstico. Nesse trabalho prevaleceu a labirintite com 43,61%, seguida da depressão com 36,56% e a enxaqueca com 23,78%. A labirintite pode ser considerada como uma alteração neurológica por alterar a capacidade motora do

indivíduo e corresponde a uma disfunção vestibular periférica (VARELA, CARNEIRO, COLAFEMINA, 2012). Estes autores realizaram um procedimento para diagnóstico e tratamento de 64 mulheres com tontura aguda, com idade entre 18-59 anos, referindo que 50% das labirintopatias ocorrem após os 60 anos de idade. A prevalência nessa pesquisa foi semelhante. A depressão ocorreu em segundo lugar e é uma doença prevalente em mulheres principalmente adultas e de baixa renda (LIU et al., 2015; KESSLER, BROMET 2013). Topuzoğlu et al. (2015) realizaram um estudo onde observaram pacientes de ambos os gêneros, de 15-64 anos de idade e obtiveram prevalência em mulheres na faixa etária de 55 a 64 anos. Estes dados foram contrários aos obtidos nesse trabalho somente quanto à faixa etária. Angst (2015), no período de 10 anos avaliou moradores de Zurique (Suíça), de 18 a 19 anos e detectou 32,5% para transtorno depressivo maior, para 1,2% para transtorno bipolar, com prevalência de 73,9% no gênero feminino. Isso também reforça estes resultados.

Dentro das doenças neurológicas ainda houve prevalência das enxaquecas, doença comum na população mundial atingindo principalmente o gênero feminino e na faixa etária de 15 a 45 anos (SENIOR, 2000; AUSIELLO, GOLDMAN, 2005). Nesse estudo as enxaquecas atingiram 23,78% e no grupo dos distúrbios neurológicos de menores de 50 anos. Mbewe et al., (2015) avaliaram as cefaleias em área urbana e rural em pacientes em faixa etária bem variada, de 18 a 65 anos. Constatou-as entre 41,47% do gênero masculino e 58,52% do feminino; 61,6% eram portadores de cefaléias, com 22,9% de enxaquecas, valor esse aproximado ao dessa pesquisa. A justificativa para os achados nesse trabalho e quanto à faixa etária, possivelmente estão relacionados com as enxaquecas podendo ser por uso excessivo de medicamentos ou caráter familiar (MBEWE et al., 2015).

As doenças cardiovasculares ocorreram em 35,1% dos sujeitos da pesquisa. A prevalência foi no gênero feminino (39,4% $p=0,003$), e menores de 50 anos (56,6% $p=0,001$). Isso é compatível com a literatura que afirma que a prevalência de doenças cardiovasculares acomete mulheres menores de 50 anos de idade e inverte essa prevalência em homens maiores de 50 anos (LITTLE et al., 2008). O que se percebe atualmente é que a hipertensão ocorre mais precocemente, entre 35-64 anos (YUSUF et al., 2005), o que corrobora com os

achados da pesquisa. A prevalência das doenças cardiovasculares foi no gênero feminino e em menores de 50 anos e com 69,40% de hipertensão arterial, superior a Mahanta et al., (2014) que obtiveram 44,8% de sujeitos hipertensos, com idade maior de 35 anos, porém com similaridade na faixa etária. Daviglus, Pizarda, Talavera (2014) em sua pesquisa comparativa da prevalência das doenças cardiovasculares em hispânicos e não hispânicos residentes nos EUA descreveram hipertensão arterial ligeiramente menor em americanos mexicanos, ou seja, 30,1% no gênero masculino e 28,8% no feminino em relação aos leucodermas não hispânicos (33,4% dos homens e 30,7% das mulheres) e com ≥ 20 anos. Os dados são divergentes quanto ao gênero, porém aproximados quanto à faixa etária. Os fatores de risco referidos pelos autores foram hipercolesteremia, que atingiu 51,7% no gênero masculino e 36,9% no gênero feminino, obesidade, *diabetes mellitus* e tabagismo. Mahanta et al., 2014, acrescentaram a estes fatores de risco também os maus hábitos nutricionais, sedentarismo e etilismo. As cardiopatias atingiram 34,24% das doenças cardiovasculares e as vasculares 25,57%. Justificando as alterações vasculares neste grupo, a WHO (2015- B) afirma que as doenças cardiovasculares compreendem alterações cardíacas e de vasos sanguíneos, ataques cardíacos, acidente cerebrovascular, doença arterial periférica, doença cardíaca reumática, doença cardíaca congênita e insuficiência cardíaca.

As respiratórias tiveram prevalência de 22,8% e não apresentaram predileção por gênero e sim em sujeitos maiores de 50 anos (26,0% $p=0.04$), com prevalência de pneumonias em 30,28%. Corroborando com esses resultados Haroon et al. (2015) não observaram predileção significativa por gênero na doença respiratória crônica, visto que a amostra tinha 47% mulheres e 52% homens, e ainda notaram uma média de idade acima de 70 anos. Semelhantemente Toyoshima e Gouveia (2005) em pacientes hospitalizados por causas respiratórias, porém presentes entre 5-64 anos. Na pesquisa realizada o gênero feminino constitui-se de 22,5% e masculino 23,2%, portanto sem diferença entre gêneros também. Opostamente aos resultados obtidos, os autores notaram o tabagismo como um fator de risco significativo para essas doenças, o que não ocorreu nesta pesquisa De acordo com os achados de Godoy e colaboradores (2001), em 1.200 internos no Hospital Geral de Caxias do Sul-Brasil, 19% apresentaram enfermidade respiratória, 63,3% eram do gênero masculino. Entretanto, a doença pulmonar obstrutiva (41,3%)

foi a principal causa de internação, seguida por pneumonias (29,8 %). Interessante observar que no extremo sul do país a pneumonia pode ocorrer em virtude das condições climáticas e nessa pesquisa também pode existir o mesmo fator de risco, porém inversamente quanto à temperatura, pois o calor e temporadas de seca mobilizam muitos agentes antigênicos capazes de provocar a pneumonia.

As doenças gastrointestinais acometeram 26,4% dos sujeitos, prevalecendo somente em sujeitos menores de 50 anos (30,4% $p=0,03$), independente de gênero, raça ou consumo de tabaco e álcool, sendo prevalente a gastrite (55,75%). De acordo com os dados desse trabalho, Sipponen e Maaros, em 2015, afirmaram que a gastrite crônica incide em 50% da população mundial podendo desencadear úlcera péptica e câncer gástrico. Entretanto, Little et al., (2008) verificaram altas taxas de úlceras gástricas e duodenais em americanos sendo que para Prabhu e Shivani, em 2014, essas úlceras foram consequência de gastrites infecciosas devido ao *Helicobacter pylori* ou o uso abusivo de antiinflamatórios não esteróides, aspirina em baixas doses, tabagismo, etilismo e estresse.

Na classe de doenças endócrinas estas acometeram 19,9% dos sujeitos da amostra e prevaleceram no gênero feminino (24,2% $p=0,001$) e em menores de 50 anos (26,2% $p=0,001$) e do *diabetes mellitus* com 36,29%. Semelhante ao descrito por Schneiderman et al., 2014 os dados obtidos foram similares aos seus em adultos, diabetes tipo 2 e ≥ 29 anos. Encontraram nos EUA 10,2% sul-americanos, 13,4% cubanos, 17,7% centro-americanos, 18% dominicanos e portoriquenhos e 18,3% dos mexicanos, portadores de *diabetes mellitus*. Gross et al., 2002 citaram a incidência em ≥ 45 anos e como fatores de risco a obesidade, histórico familiar, diabetes gestacional, hipertensão arterial, alterações de colesterol, alterações prévias da regulação da glicose e indivíduos que fazem parte de populações de risco. Daviglius, Pizarda, Talavera (2014) observou nos fatores de risco para a hipertensão o *diabetes mellitus*, que prevaleceu entre os melanodermas não hispânicos (13,5% e 15,4%, homens e mulheres, respectivamente), ou seja, a população de risco nos EUA, citada anteriormente por Gross et al. (2002). Sartorelli e Franco (2003) referiu uma prevalência do *diabetes mellitus* no gênero feminino na faixa de 34-64 anos, em parte semelhante aos resultados obtidos.

As doenças infectocontagiosas afetaram 14,6% dos sujeitos e prevalência no gênero masculino (19,7% $p=0,006$). Na Índia, Kolte, Dolas, Shenoj, em 2014, obtiveram 3,55% de doenças infectocontagiosas, com prevalência destas entre as doenças sistêmicas ($p=0,01$) em prostitutas. Fizeram parte dessa amostra as doenças sexualmente transmissíveis, considerando-se que os jovens da atualidade estão mais expostos aos fatores de risco como sexo sem proteção e uso de drogas injetáveis. Cingolani et al., 2014 obtiveram, em período longo de observação (14 anos), em pacientes entre 18-50 anos uma prevalência de 74% no gênero masculino de DST, semelhante ao resultado dessa pesquisa, com prevalência de 58,25% de DST, dentre as doenças infectocontagiosas. A prevalência foi de sífilis, seguida por papiloma vírus e hepatite aguda, segundo Cingolani et al., 2014, enquanto que nesse trabalho a hepatite ocorreu em 32,96%, seguida de blenorragia com 15,9%. O mesmo autor ainda correlacionou as DST com HIV. Anormalmente no Quênia, onde a exposição ao HIV é muito alta, Winstor et al. (2015) encontraram em adolescentes e adultos jovens de 12- 21 anos 56% de DST e 14,8% de HIV, onde a maioria era do gênero feminino (81%), mas clamídia, blenorragia, *trichomonas vaginalis*, vírus herpes simplex também foram detectadas. As hepatites A, B e C foram consideradas como DST por Cingolani et al., 2014, em sujeitos usuários de drogas injetáveis. Fernandes et al (2014) encontraram em pesquisa retrospectiva em gestantes, no período de 2005 a 2009, no Brasil, em 2.037 prontuários, 105 casos positivos para hepatite C e 10 para a hepatite B.

As doenças ósseas afetaram 17,6% dos sujeitos atendidos e com prevalência no gênero feminino (23,0% $p= 0,0001$) e em menores de 50 anos (25,9% $p=0,001$), sendo os problemas de coluna (escoliose e hérnia de disco) com 30,90%, seguida de artrose em 25,45%. Hoy et al. (2010) e Manchikanti et al., (2014) concordaram que houve aumento das dores na coluna nos últimos anos e estas podem adquirir um caráter crônico em períodos variáveis. Na pesquisa realizada, contudo a hérnia de disco requereu tratamento cirúrgico ou fisioterapia por tempo prolongado (dados não descritos no resultado) e modalidades esportivas para melhora das dores lombares. Liposcki e Francisco (2008) em 101 sujeitos de 60-106 anos observaram em 38 homens e 63 mulheres, e prevalência da presença de artrose em 39,6%. 90% apresentaram histórico de artrose e quedas associadas.

As doenças hematológicas ocorreram em 10,1% dos sujeitos e no gênero feminino (12,6% $p=0,006$), com prevalência de anemias em 69,84%. A anemia está presente na infância e pode ser fator de risco para mortalidade infantil (VAN EIJK et al., 2007), embora também descrita em gestantes (RUSH, 2000, OMS 2009), recém nascidos (BONDEVIK et al., 2001; FRIEDMAN et al., 2009; LEVY et al., 2005) e idosos (PETROSYAN et al. (2012). Para Petrosyan et al., (2012) houve prevalência de 10% nas populações residentes na comunidade e em maiores de 65 anos encontrou 91,6%, diferindo dos resultados obtidos que não foram associados à faixa etária.

As neoplasias afetaram 13% dos pacientes e a prevalência foi de 63% de benignas, e dentre as neoplasias em geral, 17,2% ($p=0,001$) no gênero feminino e em menores de 50 anos (19,1% $p=0,001$). Dessas, 58,2% eram miomas. Nas malignas 37,3%, sendo 32,9% carcinomas. Rocha, Oliveira, Souza (2006), afirmaram que as benignas foram mais frequentes em mulheres com idade próxima à quarta década, à semelhança de Parker (2007) (35-49 anos) e compatíveis com os resultados encontrados nessa pesquisa. Rocha, Oliveira, Souza (2006) citaram os fibromas, papilomas escamosos e hemangiomas como os mais prevalentes, enquanto Parker (2007) afirmou que os benignos envolvendo o miométrio são os mais comuns, em 60% em mulheres melanodermas, aos 35 anos e de 80% aos 50 anos. Duhan (2010) que em 2.202.538 em indianas, em 10 anos, constatou 34,22% de mioma, resultado inferior ao desse trabalho.

Mistiri et al. (2015) obtiveram prevalência de neoplasias malignas na Líbia no gênero masculino (13,5%) e nas mulheres 10,7%. Os locais envolvidos com maior frequência no gênero masculino foram: pulmão (18,9%), colo-retal (10,4%), bexiga (10,1%), e da próstata (9,4%). Entre as mulheres os sítios mais envolvidos foram mama (23,2%), colo-retal (11,2%), útero (6,7%) (IARC, 2008); Jemal et al., 2011) e leucemia (5,1%). Semelhante aos resultados da pesquisa, os carcinomas prevaleceram. IARC (2008) e Jemal et al. (2011) afirmaram que os carcinomas no gênero masculino mais frequentes foram os de pulmão, próstata e cólon retal.

Os dados de doenças dermatológicas foram insignificantes, diferente das geniturinárias que prevaleceram em 11,9% da população, sem prevalência quanto a gênero ou faixa etária, com 50% de cálculo renal. Bae et al. (2014) na Coreia e

Taiwan (Huang et al, 2013), observaram uma prevalência de litíase no gênero masculino e Huang et al., 2013, também, porém com a recorrência em 1 e 5 anos de 6,12% e 34,71%, respectivamente, resultados esses diferentes dos encontrados nesse trabalho.

As doenças inflamatórias ocorreram em 4,6% dos pacientes atendidos na Clínica Estomatológica, sem prevalência com as variáveis consideradas. As tonsilites com tonsilectomia atingiram 65,51%. Lau et al., em 2014, fizeram uma consideração interessante quanto à diminuição das tonsilectomias em 44%, enquanto as amigadalites aumentaram em média 31% ao ano/10 anos. Millington e Phillips (2014) semelhantemente demonstraram em 8 anos, na Inglaterra, um aumento de tonsilectomias em 118% em adultos e 179% em crianças. Por conseguinte houve um aumento das faringites em 14% após as tonsilectomias (Lau et al., em 2014), mas ainda assim recomendaram, bem como Millington e Phillips (2014), a instituição da tonsilectomia como forma de redução de hospitalizações.

No resultado obtido das doenças bucais, no período de 25 anos de atendimento estomatológico particular, elencou-se 866 alterações em 624 sujeitos, ou seja, 99,52% dos pacientes atendidos apresentaram lesões na mucosa bucal, com uma média de 1,39 lesões/sujeito. A maioria do gênero feminino (63,4%), leucodermas (84,3%), não fumantes (64,9%) e não etilistas (86,7%), sem diferença entre faixas etárias (menores de 50 anos e maiores de 50 anos). Esses dados diferem de Almoznino et al. (2015) onde, em Israel, houve prevalência do gênero masculino (78%), entre 385 sujeitos avaliados quanto as lesões bucais. Tavares, Kari, San Martin (2014), assim como nos achados de Gaetti-Jardim et al. (2008). Ali, Joseph, Sindaram (2013) encontraram no Kwaiti prevalência de lesões bucais em sujeitos ≥ 41 anos, fumantes e etilistas e prevalência no gênero masculino, dados estes opostos aos encontrados nessa pesquisa. Mansour et al. (2013) também observaram prevalência no gênero masculino, em sujeitos atendidos no Irã e observaram 19,4% de lesões bucais, em homens e em adultos jovens (30-40 anos). Mendes et al. (2012) obtiveram em população ≥ 60 anos prevalência no gênero feminino e de doenças bucais em 21,5%, com 4,5% com 2 ou mais lesões. Carvalho et al. (2011) através de laudos de biopsias observaram lesões bucais com prevalência no gênero feminino (66,8%) e em leucodermas ($p < 0,05$), à semelhança

dessa pesquisa, porém em sujeitos maiores de 50 anos, divergindo dos achados aqui descritos.

As doenças bucais que prevaleceram na cavidade bucal foram as inflamatórias (27,4%), lesões traumáticas (24,0%), variações da normalidade (22,4%) e doenças glandulares (19,1%), enquanto que percentuais menores foram encontrados nas neoplasias benignas (9,0%), alterações imunológicas (7,9%), lesões precursoras (5,3%), pigmentares (4,5%) e nas neoplasias malignas (3%). Almoznino et al. (2015) obtiveram 45,3% de lesões bucais que classificaram como exofíticas, pigmentares (7,3%), traumáticas (3,9%) e neoplasias malignas (2,1%). À semelhança parcial dessa pesquisa, Ali, Joseph e Sundaram (2013) observaram 58% dos sujeitos avaliados com mais de uma lesão bucal, com correlação significativa de maior número de lesões em pacientes maiores de 41 anos ($p < 0,01$), em fumantes ($p < 0,01$) e fumantes e etilistas ($p < 0,001$), assim como as lesões malignas no gênero masculino ($p = 0,001$), tabagistas ($p = 0,04$), etilistas ($p = 0,001$) e maiores de 50 anos ($p = 0,002$). Observaram 47,7% de lesões brancas (neste trabalho, lesões precursoras, com 5,3%). Essa diferença pode ser justificada pelo grupo populacional utilizado pelos pesquisadores, relacionados com aspectos geográficos e vícios que favoreceram o aparecimento de lesões precursoras, visto que obtiveram 4,4% de lesões vermelhas, onde possivelmente enquadram-se também as eritroplasias.

Mansour et al. (2013) entre as 19,4% de lesões bucais colocaram as variações da normalidade como as mais comuns (língua fissurada em 4% dos sujeitos, grânulos de Fordyce em 2,8%, língua geográfica em 2,6% e pigmentação melânica racial em 2,5%), sem nenhum caso de neoplasias malignas e somente 0,1% de leucoplasia. Os dados diferem desse estudo visto que praticamente 100% dos pacientes procuraram a clínica estomatológica exatamente por portarem alguma alteração bucal, enquanto o grupo iraniano era aleatório. Interessante que, talvez dado às condições socioeconômicas e/ou políticas do país ou hábitos alimentares, não houve prevalência entre os que portavam e não portavam lesões bucais, com fumantes, usuários de ópio, medicamentos ou higiene bucal e dentária. No grupo de lesões estomatológicas, contudo, houve prevalência das lesões de boca no gênero feminino, porém as variações da normalidade ocuparam a terceira posição, com 22,4%.

Mays, Sarmadi, Moutsopoulos (2012), em seus resultados obtidos de revisão bibliográfica sobre doenças autoimunes e inflamatórias, referiram nas primeiras um envolvimento bucal de 0,5 a 5% da população e mais no gênero feminino. E ainda foram associadas com doenças como a síndrome de Sjögren e lúpus eritematoso, com 50% de lesões bucais nestes pacientes (incluindo também pênfigo vulgar, penfigóide benigno das mucosas, entre outras). Nessa pesquisa as imunológicas atingiram 7,9% e prevaleceram nos não tabagistas (9,9% $p=0,01$) e as inflamatórias 27,4%, sendo as primeiras no ranking das mais comuns, porém sem diferença entre gênero ou faixa etária.

Mendes et al. (2012) obtiveram uma prevalência de periodontites associadas à maior idade. Nessa pesquisa a prevalência foi de lesões traumáticas (24,0%), doenças infectocontagiosas (16,20%) e lesões precursoras (5,3%). A periodontite não atingiu expressividade. Gil- Montoya et al. (2015) correlacionaram essa doença no idoso com condições medicamentosas, doenças sistêmicas, álcool, tabaco, alimentação e outras condições ou tipos de atividades. Outras lesões inflamatórias, úlceras traumáticas (prevalentes na pesquisa), mas também cisto de retenção mucoso, entre outras foram citadas, em similaridade com esse trabalho.

Ali, Sundaram (2012) observaram 85% de lesões não neoplásicas e uma alta incidência de neoplásicas (14,7%) no Kwaiti. Nas neoplásicas obtiveram 74,6% de malignas de natureza epitelial. Nesse trabalho a incidência de neoplasias benignas foi de 9% e 3% de malignas, ou seja, 8,28 vezes menos de neoplasias benignas e 14,8 vezes menos de lesões malignas. Entretanto, quando isoladas as neoplasias malignas dentro do grupo no gênero masculino (5,3% $p=0,01$), tabagistas (5,2% $p=0,04$), etilistas (10,8% $p=0,0001$) e maiores de 50 anos (5,2% $p=0,002$) os carcinomas prevaleceram em 78,9%, dentro de 19 casos. Ou seja, demonstra uma prevalência dos tumores epiteliais bucais frente aos demais tumores malignos, à semelhança encontrada no Kwaiti. A justificativa para isso pode ser possivelmente relacionada às condições socioeconômicas do país e falta de recursos para a saúde pública, porém os autores também citaram ignorância dos fatores de risco e busca tardia de atendimento ou, em contrapartida despreparo profissional para o diagnóstico precoce dessas lesões, ou seja, um franco e claro problema na saúde pública deste país. Gaio et al. (2012), no Brasil e com idosos maiores de 50 anos encontraram entre 49,2% de lesões bucais, 0,7% de neoplasias benignas e nenhum

caso de maligna, ou seja, dados inferiores, inclusive aos de Ali, Sundaram (2012) e desse trabalho. Um fator a ser considerado nos pacientes da clínica estomatológica é que os pacientes com carcinomas bucais geralmente procuraram a estomatologista por recomendação de outros cirurgiões-dentistas ou médicos e pertencerem a uma classe diferenciada, que possivelmente se negou ao atendimento no serviço oferecido pelos SUS, por serem portadores de convênios de saúde. Embora os fatores de risco para o câncer bucal ao longo dos 25 anos avaliados tenham sido alterados, incluindo-se variações no vício do cigarro, além do cigarro de palha, papel e cachimbo, o uso de narguilé, tabaco para mascar, cigarro eletrônico, aliados também à infecção por Papiloma Virus Humano (HPV), pelas transformações de hábitos sexuais (HERRERIAS-MORENO, FUERTES DE VEJA, 2014; BUCZKO, ZALEWSKA, SZARMACH, 2015), não houve correlação com os mesmos e sim, principalmente com os fatores de risco mais comuns, o tabaco e álcool. Um fato importante a ser lembrado, que justifica a baixa incidência por Gaio et al. (2012) é que foi instituído no Brasil, pelo Sistema Único de Saúde (SUS) o serviço de vacinação em massa contra gripe, nos postos de saúde, associado às campanhas de prevenção de câncer bucal, o que permitiu não só a conscientização dos fatores de risco, mas também um diagnóstico precoce de lesões precursoras e carcinomas instalados. Outros órgãos como o Conselho Regional de Odontologia, Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas e um programa anual de muitas faculdades de Odontologia nas cidades de origem e região, colaboram a anos para isso.

De uma forma geral as alterações bucais dentro de cada grupo foi maior no gênero feminino, em todos os grupos, com exceção das neoplasias malignas (5,3% $p=0,01$) e variações da normalidade (22,8 $p=0,04$) no gênero masculino. Prevaleceu 27,4% nas inflamatórias, 24,0% nas traumáticas, 22,4% nas variações de normalidade, 19,1% nas glandulares, 16,2% nas infecciosas, 9% nas neoplasias benignas, 7,9% nas imunológicas, 4,5% nas pigmentares e 5,3% nas precursoras. Byakodi et al., em 2011 encontrou na Índia uma incidência muito grande de lesões precursoras e câncer bucal, inclusive com leucoplasia e fibrose submucosa (75 leucoplasias, 152 casos de fibrose submucosa e 14 ambas alterações), 35 de líquen plano e 82 casos de carcinoma espinocelular, embora isso fosse esperado pelos vícios que desenvolveram naquela região. Mehrotra et al. (2010) obtiveram 8,4% de

lesões bucais sendo 58,2% de lesões precursoras em indianos, também justificados pelo uso de tabaco, cigarro invertido e noz de betel. Nestes países há alto percentual de fibrose submucosa, o que não é encontrado no Brasil. Nesse trabalho a prevalência das lesões precursoras foi de 5,3%, relacionadas ao tabagismo e atingiu 8,2% ($p=0,006$). Cebeci et al. (2009) consideraram as leucoplasias dentro das lesões benignas e encontraram-nas em 2,2% e foi 4 vezes mais frequente no gênero masculino, com associação somente com o tabagismo. Castellano, Guzmán (2008), no México, encontrou prevalência das lesões bucais em 76,99% no gênero masculino dentro do grupo que classificou como superficiais, entre elas as lesões brancas, vermelhas, pigmentares, ulcerativas, vesico-bolhosas e fissurais. Ademais, obtiveram 32,73% de desordens morfogenéticas, 24,35% de doenças reativas, 19,91% de lesões traumáticas, 10,64% infecciosas, 6,44% factícias; 3,02% de crescimento e neoplasias, 2,86% de imunológicas, dentro da classificação por eles proposta. As imunológicas e neoplasias tiveram percentual mais elevado nesse trabalho, bem como as infecciosas e com semelhança quanto às lesões traumáticas. Rocha, Oliveira, Souza (2006) em pesquisa realizada no Brasil obtiveram prevalência das lesões de boca no gênero feminino e na mucosa jugal (29,5%), enquanto as neoplasias incidiram mais em menores de 50 anos. Nesse trabalho as benignas não apresentaram diferença quanto à idade e gênero.

Dentro de cada grupo das lesões encontradas a 15 lesões mais comumente observadas nesse trabalho foram: úlcera traumática (89,4%), carcinomas (78,9%), cisto de retenção mucoso (50,42%), argirose focal (50,0%), hiperplasia fibrosa inflamatória (47,3%), leucoplasia (45,5%), candidíase (45,5%), afta recorrente (40,8), líquen plano (38,8%), tórus (33,6%), papiloma (30,4%), língua geográfica (30,2%), fibroma (21,4%), herpes simples recorrente (18,8%) e língua fissurada (17,2%). Castellano, Guzmán (2008) alistaram as 30 doenças mais comuns na cavidade bucal, com prevalência no gênero masculino e leucodermas, ou seja, inversamente quanto ao gênero nesse trabalho, porém similar quanto à etnicidade. Na listagem destes autores as úlceras traumáticas estavam em primeiro lugar (40,24/1000 sujeitos), seguida da queratose friccional, eritema traumático, *morsicatio buccarum*, candidíase crônica atrófica, mácula melanótica. Comparativamente, foram observadas as que ocorreram nessa pesquisa em relação à posição ocupada na classificação de Castellano, Guzmán (2008): úlceras aftosas

recorrentes, em 10º lugar, glossite migratória (12º lugar), papilomas (17º lugar), hiperplasias fibrosas inflamatórias (18º lugar), cistos de retenção mucosos (24º lugar), leucoplasia (27º lugar), com prevalência de *morsicatio buccarum*, fibrose e cisto de retenção mucoso, no gênero masculino e menores de 50 anos. O granuloma piogênico foi que prevaleceu no gênero feminino. Em maiores de 50 anos prevaleceram: o granuloma fissurado, a candidíase crônica atrófica, a leucoplasia, a hiperplasia fibrosa papilomatosa e a melanose associada ao tabaco. A prevalência encontrada nessa pesquisa foi das doenças glandulares bucais (com prevalência do cisto de retenção mucoso, que incluiu também as rânulas), em menores de 50 anos ($p=0,0001$) e as lesões traumáticas em sujeitos menores de 50 anos ($p=0,019$). As lesões malignas prevaleceram no gênero masculino e em maiores de 50 anos ($p=0,001$ e $p=0,002$, respectivamente). As diferenças na classificação podem ser compreendidas pelas categorias utilizadas e diferentes nos dois trabalhos, inclusive quanto à faixa etária. A glossite migratória ou língua geográfica, contudo, apresentaram a mesma posição em ambas as pesquisas. Os cistos de retenção mucosos, as hiperplasias fibrosas inflamatórias, papilomas, candidíase ocuparam as posições 3ª, 5ª e 7ª, respectivamente nessa pesquisa. As aftas recorrentes, mais incidentes no trabalho de Castellano, Guzmán (2008), ocuparam a 8ª posição. A candidíase foi a que mais se aproximou dos seus achados depois da glossite migratória, 7º e 12º lugar, respectivamente. Os carcinomas que estiveram em 2º lugar nesta pesquisa não entraram entre as lesões bucais mais comuns citadas por Castellano, Guzmán (2008).

Diferentemente, nas neoplasias benignas onde houve prevalência do papiloma (30,4%) e do fibroma em 21,4%, Rocha, Oliveira, Souza (2006) citaram em seu trabalho o fibroma com 34,99% no gênero feminino e o papiloma com 16,7%, na faixa de 0-10 anos. Os papilomas possivelmente estão correlacionados com a maior incidência de HPV na população como um todo (resultante de mudança de práticas sexuais) (HERRERIAS-MORENO, FUERTES DE VEJA, 2014). Interessante a faixa etária de observação de Rocha, Oliveira, Souza (2006) de 0 a 10 anos, muito precoce em relação aos achados nesse trabalho, onde a mesma ocorreu principalmente no jovem e adulto jovem quando observadas as idades de sua ocorrência (não citadas nos resultados). Atualmente é considerada a sua relação com o HPV, e sua incidência aumentou muito nos últimos anos, essa pode ser a

razão da menor ocorrência em 2006. Herrerias-Moreno, Fuertes de Vega (2014) citaram, por exemplo, o condiloma e hiperplasia epitelial focal como as principais lesões provocadas pelo HPV a nível bucal. Nenhum caso de condiloma foi identificado neste trabalho (dado não citado nos resultados).

Os resultados obtidos nessa pesquisa são adversos aos encontrados por Kovac-Kovacic, Skaleric, em 2000 e Campini, Margiotta (2001) com prevalência de língua saburrosa nos fumantes ($p < 0,0001$) e da queilite actínica em fumantes/etilistas ($p < 0,05$) e em ≥ 4 anos. Assim como Martinez-Diaz-Canel, Garcia Pola Vallejo (2002) com prevalência de grânulos de Fordyce (50,4%), seguido de pigmentação melânica (24,6%); Mumcu et al (2005) com prevalência de pigmentação melânica (6,9%), com língua fissurada (5,2%) e varicosidades (4,1%). Ou Mathew et al (2008) com prevalência de grânulos de Fordyce (6,55%), queratose friccional (5,79%) e língua fissurada (5,71%); JAHANBANI et al, 2009, com 27,9% de grânulos de Fordyce e 12,9% de língua fissurada e Cebeci et al (2009) onde também prevaleceram em 7% as variações da normalidade. Al Mobeeriek e Aldosari (2009) discorreram que os grânulos de Fordyce (3,8%), leucoedema (3,4%) e 1,9% de úlceras traumáticas, prevaleceram em percentual muito menor que nesse trabalho (89,4%) e as variações da normalidade na língua atingiram 4%, com 1,4% na língua fissurada, enquanto foi obtido 17,2% nessa pesquisa, assim como o tórus que atingiu 1,4% e aqui 33,6%. Al, Joseph, Sundaram, 2013, relataram a prevalência de grânulos de Fordyce ($p < 0,001$) no gênero masculino e na faixa etária ≥ 41 anos, e do leucoedema e da linha alba ($p < 0,05$), em pacientes de 20-40 anos. Madani, Kuperstein, em 2014, avaliaram as alterações da normalidade iniciando com o *morsicatio buccarum* e leucoedema que atingiram 70-90% dos afro-americanos adultos e 50% nas crianças afro-americanas; 80-90% de grânulos de Fordyce na população americana; linha alba ou oclusão, anquiloglossia, tireóide ectópica em hipotireoidismo e 50% de língua pilosa; 2,55% de língua fissurada associada a língua geográfica. Nestes trabalhos as alterações prevalentes foram as variações da normalidade, enquanto que nesse estudo ocuparam a terceira posição.

Carvalho et al. (2011) citaram como lesões mais comuns encontradas as hiperplasias fibrosas inflamatórias (19,1%), processos inflamatórios crônicos não específicos (9,18% de úlceras traumáticas) e o carcinoma espinocelular (7,87%), que embora expressivos se encontraram em percentual muito inferior em relação a

esse estudo (47,3%, 89,4% e 78,9%, respectivamente). Essa diferença pode ter ocorrido, pois colocaram como critério de inclusão, somente sujeitos ≥ 60 anos e de um banco de biopsias no estado de Pernambuco, ou seja, serviço público, um menor acesso aos tratamentos de ordem estomatológica, condições socioeconômicas, ou retardamento em procura de tratamento. Esse trabalho, porém, foi realizado com pessoas de nível socioeconômico diferenciado, e previamente indicadas para esse tipo de atendimento. Ali, Sundaram (2012) observaram prevalência da hiperplasia fibrosa inflamatória (46,1%) e do granuloma piogênico em 24,4%; o cisto de retenção mucoso atingiu 92,4%, carcinomas espinocelulares 44,4% e papilomas com 12,7%. Houve similaridade nos achados onde a hiperplasia fibrosa inflamatória atingiu 47,3%, porém contrariamente em relação ao cisto de retenção mucoso, muito mais prevalente nos achados dos citados autores que nessa pesquisa (50,42%), e muito inferior em relação aos carcinomas que atingiram 78,9% da amostra nesse estudo.

Chi et al. (2011) avaliaram somente os cistos de retenção mucosos e obtiveram 66% em pessoas menores de 30 anos. Esse dado é compatível com os resultados dessa pesquisa onde os mesmos prevaleceram em 50% das lesões glandulares e sem diferença entre gêneros.

Lopez et al. (2012), por sua vez avaliaram isoladamente o comprometimento por candidíase (4,41%) e obtiveram 15,44% na forma crônica atrófica, sendo que 63,15% faziam uso de prótese e era prevalente em fumantes ($p < 0,005$). Os objetivos dos autores era pesquisar a relação da infecção com displasia celular e potencial oncogênico nestas lesões. A candidíase nessa pesquisa prevaleceu entre as doenças infecciosas com 45,5%, sendo também mais comum a forma crônica atrófica (não citada nos resultados). Gaio et al., em 2012, também citaram prevalência de candidíase em pacientes menores de 60 anos, no gênero feminino e 32,4% em portadores de próteses totais, ou seja, em percentual que é metade dos encontrado por Lopez et al. em 2012, nos portadores de próteses totais. Interessante ressaltar que na última década a prevalência de candidíase tendeu a diminuir em virtude de orientação, principalmente em campanhas públicas de prevenção do câncer bucal, quanto à higienização das próteses com hipoclorito de sódio, remoção da prótese durante o período noturno e da durabilidade de uma prótese total. Mendes et al (2012) também citaram a prevalência de candidíase entre

as lesões mucosas em hospitalizados ≥ 60 anos, isso possivelmente favorecido pela idade dos sujeitos, condição de saúde debilitada, queda imunológica, xerostomia provocada por uso de medicamentos múltiplos, além de maior dificuldade de higienização no ambiente hospitalar. O alto percentual encontrado nessa pesquisa, de 45,5%, possivelmente se deve à condição socioeconômica diferenciada dos sujeitos pesquisados e que não compareceram às campanhas públicas, ou seja, deixaram de ser informados e conscientizados dos fatores de risco para a infecção por *Candida albicans*. Herrerias-Moreno, Fuertes de Vega (2014) relacionaram a maior incidência de candidíase em indivíduos imunossuprimidos, uso de antibioticoterapia prolongada, portadores de discrasias sanguíneas ou *diabetes mellitus*, gravidez, AIDS e alterações salivares.

As doenças glandulares apresentaram associação negativa com as doenças sistêmicas: cardiovasculares (89,4% $p=0,02$), neurológicas (88,5% $p=0,006$), doenças infectocontagiosas (74,7% $p=0,028$), doenças geniturinárias (91,9% $p=0,03$), doenças ósseas (90,9% $p=0,044$), distúrbios hematológicos (95,2% $p=0,006$) e neoplasias (91,4% $p=0,03$). Quando associadas às doenças cardiovasculares, distúrbios neurológicos e doenças hematológicas com as alterações glandulares bucais, poderia ser aventada a relação pela alteração no fluxo sanguíneo quando o paciente é hipertenso, cardiopata (TAVARES, KARI, SAN MARTIN, 2014) ou anêmico (doença hematológica) e pelo envolvimento também do metabolismo renal, que atua através do sistema renina-angiotensina, regulando a água liberada pelos ductos distais, com variações significantes em hipertensos e cardíacos (LITTLE et al., 2008; PETROSYAN et al., 2012). A hipertensão pode produzir outras consequências como aneurismas (distúrbios hematológicos), hipertensão ocular, maior possibilidade de Alzheimer e demência (distúrbios neurológicos), bem como nefropatias (doenças geniturinárias) (TAVARES, KARI, SAN MARTIN, 2014). Rozanski, 2012, fez uma relação bidirecional da depressão com as doenças cardiovasculares, dado a uma maior possibilidade de maus hábitos de saúde e vícios, como o tabagismo, sedentarismo, descontinuidade de medicamentos e efeito fisiopatológicos diretos, tais como a xerostomia. Mas também pode ocorrer interferência na sinalização neurológica e de mediadores químicos para as funções glandulares, com variações do fluxo salivar, sob situações de maior ou menor estresse, por exemplo, gerando xerostomia. Esta pode ser vista na

diabetes mellitus I e II, promovendo aumento de cáries, infecções fúngicas, glossodinia, disgeusia, disfagia, dificuldade para mastigação e de remoção de próteses, mas também no uso de medicamentos múltiplos, comum no idoso (TAVARES, KARI, SAN MARTIN, 2014). Buczko, Zalewska, Szarmach (2015) citaram níveis de redução dos agentes antioxidantes prevalentes na saliva de jovens com artrite reumatoide, o que pode justificar em parte a relação das doenças glandulares com as doenças ósseas em sujeitos com maior idade, por aumento de oxidantes na saliva. Medicamentos para tratamento das artrites, alguns deles submetidos a uso de anticoagulantes, em algumas circunstâncias, poderão provocar distúrbios hemorrágicos e sangramentos pós-operatório (TAVARES, KARI, SAN MARTIN, 2014). O estresse oxidativo na saliva e plasma também foi citado como aumentado em pacientes com insuficiência renal e uremia, classificados nas doenças geniturinárias. Considerando-se que sujeitos portadores destes tipos de doenças sistêmicas fazem uso de medicamentos que atuam sobre o parênquima glandular, as condições medicamentosas, doenças sistêmicas, álcool, tabaco, alimentação e outras condições ou tipos de atividades (GIL-MONTOYA et al., 2015). A associação com as doenças infectocontagiosas poderia ser devido à etiologia das doenças glandulares, visto que doenças virais (parotidite, citomegalovirose, síndrome da imunodeficiência), podem afetar as glândulas salivares maiores; bem como os agentes bacterianos levar ao aparecimento de sialodenites e estas de sialólitos, eventualmente (HERRERIAS-MORENO, FUERTES DE VEGA, 2014). Buczko, Zalewska, Szarmach (2015) também referiram uma redução significativa da capacidade antioxidativa em pessoas idosas, bem como um aumento do estresse e de espécies variadas de nitrogênio na saliva, com possibilidade de oxidação de células epiteliais, induzindo a neoplasias malignas. As neoplasias que afetaram as glândulas salivares atingiram as glândulas menores (ALI, SUDARAM, 2012). De todos os trabalhos discutidos anteriormente, a análise multivariada, contudo demonstrou que as lesões glandulares têm como fatores preditores somente as alterações hematológicas com 4,7 vezes mais chances de apresentá-las, bem como 3,0 vezes mais chances nos pacientes com alterações geniturinárias e 1,70 vezes mais chance em pacientes com distúrbios neurológicos.

As neoplasias benignas bucais foram correlacionadas com sujeitos não portadores de neoplasias (84,0% $p=0,02$). Rocha, Oliveira, Souza (2006) citaram

que as neoplasias benignas periféricas mais frequentes foram o fibroma, papiloma e hemangioma. Entre as alterações sistêmicas neoplásicas encontradas nesse trabalho prevaleceram as benignas (63,0%) e entre elas prevaleceu o mioma (58,02%), enquanto que nas bucais também prevaleceu as benignas (9,0%) sobre as malignas (3%). O papiloma foi prevalente nas benignas (30,4%) e o carcinoma nas malignas (78,9%) (ALI, SUNDARAM, 2012). Essa associação inversa é indireta, às vezes decorrente de trauma local, como os fibromas periféricos, hemangiomas traumáticos e mesmo papilomas provocados pelo HPV (SILK, 2014).

As neoplasias malignas bucais foram associadas com sujeitos não portadores de doenças sistêmicas cardiovasculares (95,4% $p=0,03$) e não portadores de imunológicas (99,6% $p=0,003$), doenças estas relacionadas com caráter genético. Almoznino et al (2015) constataram que as alterações ou desordens malignas foram significativamente relacionadas com desordens imunológicas, assim como o líquen plano. Os medicamentos utilizados para tratamento de pênfigo vulgar, artrite reumatoide (doenças consideradas autoimunes), por exemplo, altas doses de corticosteroides, associados a azatioprina ou metotrexato, podem promover alterações severas no metabolismo hormonal, cardiológico, renal e hepático de pacientes, favorecendo uma queda imunológica severa que pode concorrer para o desenvolvimento de lesões malignas bucais ou linfoproliferativas (TAVARES, KARI, SAN MARTIN, 2014). Pacientes hipertensos, importante doença cardiovascular, tem como fator de risco o tabagismo, entre outros, porém este é também o principal fator de risco para carcinomas de boca (IARC, 2008, JEMAL, et.al., 2011). Buczko, Zalewska, Szarmach (2015) também referiram a possibilidade de oxidação de células epiteliais, por aumento de estresse e composição diferente de nitrogênio salivar, onde o nível de oxidantes foi maior descrito tanto a nível sérico quanto salivar de pacientes com carcinomas.

A análise multivariada foi aplicada após realização dos testes que indicaram as lesões bucais mais prevalentes dentre todo o elenco e demonstrou que a ocorrência de neoplasias tem como fatores preditores a idade (maiores de 50 anos- $p=0,003$), ou seja, uma chance de desenvolver neoplasias bucais 4,6 vezes maior, bem como 4,8 vezes nos pacientes etilistas. Esses dados são compatíveis com a literatura onde a prevalência de tumores malignos aumenta com o aumento da idade e tabagismo (IARC, 2008, JEMAL, et.al., 2011). A doença periodontal tem

sido fator de risco para diversos tipos de alterações sistêmicas, desde a diabetes mellitus, doenças cardiovasculares a certos tipos específicos de câncer (GIL-MONTOYA et al., 2015), mas não tem sido correlacionada com a resolução de inflamação sistêmica em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica (SALES-PERES, 2015). As doenças periodontais estão presentes e em percentual ascendente com o aumento da idade e indivíduos idosos tem em comum doença periodontal-hipertensão-tabagismo-câncer de boca (GIL-MONTOYA et al., 2015). Almoznino et al (2015) afirmaram que as desordens malignas estavam significativamente associadas com a idade.

Na análise multivariada verificou-se que essa associação é negativa, ou seja, que sujeitos com alterações imunológicas apresentam 90% menor chance de desenvolver neoplasias bucais, do que se pode inferir que, mesmo com estresse oxidativo, tabagismo, tratamentos severos que promovam queda imunológica, possivelmente a saliva ainda tem um efeito protetor na cavidade bucal capaz de impedir as células epiteliais de adquirirem um crescimento desordenado e autônomo (BUCZKO, ZALEWSKA, SZARMACH , 2015).

As lesões traumáticas bucais foram associadas com alterações oftálmicas ($p=0,02$) e maiores de 50 anos ($p=0,001$). Yaacov-Peña et al., em 2012 e Wilson et al. (2014), consideraram as causas da cegueira, ou seja, a catarata, a retinopatia diabética, o glaucoma. Quando o processo de perda visual ocorre há um aumento de dificuldade de higienização da cavidade bucal e traumas podem ocorrer facilmente promovidos pelo próprio ato de escovação ou alimentos duros que possam provocar úlceras traumáticas.

7 Conclusão

7 CONCLUSÃO

Os pacientes, atendidos na Clínica particular de Estomatologia, no período de janeiro de 1989 a dezembro de 2014, foram em sua maioria do gênero feminino, leucodermas, não fumantes e não etilistas, sem prevalência de idade. Observou-se:

1. Alterações sistêmicas prevaleceram: doenças oftálmicas, alterações imunológicas, doenças neurológicas, alterações cardiovasculares, doenças gastrointestinais e doenças respiratórias.
 2. Entre as alterações bucais prevaleceram as lesões inflamatórias, lesões traumáticas, variações da normalidade, doenças glandulares e doenças infecciosas.
 3. Houve correlação das alterações sistêmicas e bucais com as variáveis:
 - Alterações sistêmicas: gênero feminino e idade abaixo de 50 anos.
 - Alterações bucais: gênero masculino com neoplasias malignas e variações da normalidade; tabagismo com lesões precursoras, neoplasias malignas, glandulares, imunológicas e doenças infecciosas. O etilismo com neoplasias malignas de boca.
 4. Correlação da presença de alterações na cavidade bucal com alterações sistêmicas:
 - Fatores preditores para neoplasias bucais: idade maior de 50 anos e etilismo. Fator protetor: alterações imunológicas.
 - Os fatores idade maior que 50 anos e doenças oftálmicas aumentaram as chances de ocorrência de lesões traumáticas bucais.
-

- Os fatores como alterações neurológicas, geniturinárias e hematológicas aumentaram a chance de ocorrência de lesões glandulares.

Esta pesquisa contribuiu para o conhecimento científico em relação à ocorrência de doenças na mucosa oral e sua relação com doenças sistêmicas, as quais podem ser identificadas no consultório odontológico. Possibilitando orientar estratégias de conscientização dos indivíduos com idade acima de 50 anos portadores de doenças imunológicas, oftálmicas, alterações neurológicas, geniturinárias e hematológicas, como grupo de risco para manifestações de lesões bucais. E ainda, esta pesquisa sugere a necessidade de criação de programas de atendimentos multidisciplinares, voltados para tabagistas e etilistas, os pacientes com maior número de afecções bucais, dessa forma colaborando com a saúde pública.

Referências

REFERÊNCIAS

- Abd El-Kader SM, El-Den Ashmawy EM. Non-alcoholic fatty liver disease: The diagnosis and management. *World J Hepatol*. 2015; 7(6):846-58.
- Abrams AP, Thompson LA. Physiology of Aging of Older Adults Systemic and Oral Health Considerations. *Dent Clin N Am*. 2014; 58: 729–738.
- Adrien J, Bertoulos C, Gambotti L, Mallet A, Baujat B. Why are head and neck squamous cell carcinoma diagnosed so late? Influence of health care disparities and socio-economic factors. *Oral Oncology*. 2014; 44:90-97.
- Ali M, Bobby JB, Sundaram D. Prevalence of oral mucosal lesions in patients of the Kuwait University Dental Center. *Saudi Dent J*. 2013; 25: 111-118.
- Ali M, Sundaram D. Biopsied oral soft tissue lesions in Kuwait: a six-year retrospective analysis. *Med. Princ Pract*. 2012; 21:569-575.
- Al-Mobeeriek A, Al-Dosari AM. Prevalence of oral lesions among Saudi dental patients. *Ann Saudi Med*. 2009; 29(5):365-368.
- Almoznino G, Y Zadik Y, M Vered M, T Becker T, Yahalom R, Derazne E et al. Oral and maxillofacial pathologies in young- and middle-aged adults. *Oral Diseases*. 2015; 21: 493–500.
- Angst J, Paksarian D, Cui L, Merikangas KR, Hengartner MP, Ajdacic-Gross V, Rössler W. The epidemiology of common mental disorders from age 20 to 50: results from the prospective Zurich cohort Study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2015; 24:1-9.
- Ariyawardana A, Johnson NW. Trends of lip, oral cavity and oropharyngeal cancers in Australia 1982–2008: overall good news but with rising rates in the oropharynx. *BMC Cancer*. 2013; 6(13):333.
- Ausiello D, Goldman L. Cecil Cefaleias e outras dores de cabeça. In: *Tratado de Medicina Interna*. 22ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 2306-2312.
- Bae SR, Seong JM, Kim LY, Paick SH, Kim HG, Lho YS et al. The epidemiology of reno-ureteral stone disease in Koreans: a nationwide population-based study. *Urolithiasis*. 2014; 42(2):109-14.
-

Bassotti G, Antonelli E, Villanacci V, Salemme M, Coppola M, Annese V. Gastrointestinal motility disorders in inflammatory bowel diseases. *World J Gastroenterol*. 2014; 20(1): 37-44.

Bell RB, Kademani D, Homer L, Dierks EJ, Potter BE. Tongue cancer: is there a difference in survival compared with other subsites in the oral cavity? *J Oral Maxillofac Surg*. 2007; 65(2):229-36.

Bondevik GT, Lie RT, Ulstein M, Kvale G. Maternal hematological status and risk of low birth weight and preterm delivery in Nepal. *Acta obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2001; 80: 402-408.

Brandão AP. Tratando a hipertensão arterial, reduzindo o risco de doenças cardiovasculares - Adalat INSIGHT Study. *Rev. Bras. Cardiol*. 2000; 2(5):181-183.

Braga ROB, Dutra DA, Oliveira MCM. Incidência Geopatológica de Neoplasia no Brasil. *Revista inspirar: movimento & saúde*. 2011; 3(5).

Buczko P, Zalewska A, Szarmach I. Saliva and oxidative stress in oral cavity and in some systemic disorders. *J Physiol Pharmac*. 2015; 66(1): 3-9.

Burisch J, Munkholm P. The epidemiology of inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol*. 2015; (17):1-10.

Byakodi R, Shipurkar A, Byakodi S, Marathe K. Prevalence of oral soft tissue lesions in Sangli, India. *J Comm Health*. 2011; 36 (5):756-759.

Byrne AL, Marais BJ, Mitnick CD, Lecca L, Marks GB. Tuberculosis and chronic respiratory disease: a systematic review. *Int J Infect Dis*. 2015 Mar;32:138-46.

Bytzer, P; Talley NJ, Hammer J, Young LJ, Jones MP, Horowitz M. GI symptoms in diabetes mellitus are associated with both poor glycemic control and diabetic complications. *Am J Gastroenterol*. 2002;97(3):604–11.

Campisi G, Margiotta V. Oral mucosal lesions and risk habits among men in an Italian study population. *J Oral Pathol Med*. 2001; 30 (1): 30:22-28.

Capuano V, Lamaida N, Fattore L, D'Antonio V, Di Quacquaro GS. The increased frequency of hypercholesterolemia in southern Italy is induced only by changing diet quality? *Panminerva Med*. 1998; 40 (1):55-7.

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.

Castellanos JL, Díaz-Gusman L. Lesions of the oral mucosa: na epidemiological study of 23785 Mexican pacientes. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2008; 105(1):79-85.

Cebeci AR, Gülsahi A, Kamburoglu K, Orhan B, Oztas B. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions in an adult Turkish population. *Patol Oral Cir Buc*. 2009; 14 (6):272-277.

Chi AC, Paul R. Lambert PR, Richardson MS, Brad W. Neville BW. Oral Mucocoeles. *J Oral Maxillofac Surg*. 2011; 69: 1086-1093.

Cingolani A, Zona S, Girardi E, Lepri AC, Monno L, Quiros Roldan E, Guaraldi G, Antinori A, Monforte Ad, Marcotullio S. Increased incidence of sexually transmitted diseases in the recent years: data from the ICONA cohort. *J Int AIDS Soc*. 2014 Nov 2;17(4) Suppl 3:19653.

Costa Filho J, Padilha W, Santos E. Cuidados odontológicos em portadores de insuficiência renal crônica. *Revista Circular de Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*. 2007; 7 (2):19-28.

Daviglus ML, Pirzada A, Talavera GA. Cardiovascular Disease Risk Factors in the Hispanic/Latino Population: Lessons From the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos (HCHS/SOL). *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2014; 57: 230–236.

Dissanayaka WL, Pitiyage G, Kumarasiri PVR, Liyanage RLPR, Dias KD, Tilakaratne WM. Clinical and histopathologic parameters in survival of oral squamous cell carcinoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012; 113 (4):518-25.

Duhan N, Sirohiwal D. Uterine myomas revisted. *European Jornal of Obstetric & Gynecology and Reproductive Biology*. 2010; 152(1):119-125.

Elango KJ, Anandkrishnan N, Suresh A, Iyer SK, Ramaiyer SK, Kuriakose MA. Mouth self-examination to improve oral cancer awareness and early detection in a high-risk population. *Oral Oncology*. 2011; 47 (7): 620–624.

Eseverri JL, Cozzo M, Marín AM, Botey J. Epidemiology and chronology of allergic diseases and their risk factors. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 1998; 26(3):90-7.

Fernandes AM, Duarte ECB, Pimenta FJGS, Souza LN, Santos VR, Mesquita RA. Odontogenic tumors: a study of 340 cases in a Brazilian population. *J Oral Pathol Med.* 2005; 34:583-7.

Flores-Mireles AL, Walker JN, Caparon M, Hultgren SJ. Urinary tract infections: epidemiology, mechanisms of infection and treatment options. *Nat Rev Microbiol.* 2015 may;13(5):269-84.

Forouhi NG, Wareham NJ. epidemiology of diabetes. *Medicine (Abingdon).* 2014; 42(12):698-702.

Foxman B. The epidemiology of urinary tract infection. *Nat Rev Urol.* 2010; 7(12):653-60.

Franchi DOC, Maurício AS, de-Faria PA, da-Silva LE, Mosqueda-Taylor A, Lourenço SD. Odontogenic tumors: a retrospective study of four Brazilian diagnostic pathology centers. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2012; 17(3):389-94.

Frazão P, costa CM, de Almeida MF. Risks associated with tendinitis: effects from demographic, socioeconomic, and psychological status among Brazilian workers. *Am J Ind Med.* 2010; 53(1):72-9.

Fregnani ER, Fillipi RZ, Oliveira CR, Vargas PA, Almeida OP. Odontomas and ameloblastomas: variable prevalences around the world? *Oral Oncol.* 2002; 38:807-8.

Freire Junior JC, Lopes FF, Pereira ALA, Alves CMC, Pereira AFV. Systemic conditions in patients with periodontal disease: a retrospective study 2006-2009. *Revista de Pesquisa em Saúde, periódico biomédico de divulgação científica do Hospital Universitário da UFMA, São Luís.* 2011; 12 (3).

Friedman JF, Kurtis JD, Kabyemela ER, Fried M, Duffy P. The iron trap: iron, malaria, and anemia at the mother–child interface. *Microbes and Infection.* 2009; 11: 46–66.

Furtado JM, Lansingh VC, Carter MJ, Milanese MF, Peña BN, Gherzi HA, Bote PL, Nano ME, Silva JC. Causes of blindness and visual impairment in Latin America. *Surv Ophthalmol.* 2012; 57(2):149-77.

Gaetti-Jardim EC, Pereira FP, Fattah CMRS, Aranega AM. Prevalência e perfil epidemiológico das alterações sistêmicas em pacientes atendidos pelo serviço de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial da Faculdade de Odontologia do campus de Araçatuba – UNESP. *Rev Odontol UNESP.* 2008; 7(2): 191-196.

Gaio EJ, Haas NA, Carrar VC, Oppermann RV, Albanda J, Susin C. Oral health status in elders from South Brazil: a population based study. *Gerodontology*. 2012; 29: 214-223.

Galeone C, Edefonti V, Parpinel M, Leoncini E, Matsuo K, Talamini R, et al. Folate intake and the risk of oral cavity and pharyngeal cancer: A pooled analysis within the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *Int J Cance*. 2015;136(4):904-14.

Garcia-Pola Vallejo MJ, Martinez Diaz-Canel AI, Garcia Martin JM, Gonzalez Garcia M. Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult Spanish population. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002; 30: 277-285.

Gil-Montoya JA, Ferreira de Mello AL, Gonzáles-Moles MA, Bravo M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. *Clinical Interv Aging*. 2015;10 461-467.

Godoy DV, Zotto CD, Bellicanta J, Weschenfelder RF, Nacif SB. Hospital admissions caused by respiratory diseases in a tertiary internal medicine service in Northeastern Rio Grande do Sul State. *J Pneumol*. 2001; 27 (4):193-198.

Gross JL, Silveiro SP, Camargo JL, Reichelt AJ, Azevedo MJ. Diabetes Mellito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2002; 46 (1).

Haroon S, Adab P, Riley RD, Marshall T, Lancashire R, Jordan RE. Predicting risk of COPD in primary care: development and validation of a clinical risk score. *BMJ Open Respir Res*. 2015; 2(1).

Hashemi H, Iribarren R, Morgan IG, Khabazkhoob M, Mohammad K, Fotouhi A. Increased hyperopia with ageing based on cycloplegic refractions in adults: the Tehran Eye Study. *Br J Ophthalmol*. 2010; 94 (1):20-3.

Hashibe M, Brennan P, Chuang S, Boccia S, Castellsague X, Chen C, et al. Interaction between tobacco and alcohol use and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the INHANCE consortium. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2009; 18(2):541-550.

Herrerias-Moreno J, Fuertes de Vega I. Infecciones de la mucosa oral. *Piel (ba rc)* 2014 ; 29(4):222 – 233.

Hirshberg A, Shnaiderman-Shapiro A, Kaplan L, Berger R. Metastatic tumours to the oral cavity – Pathogenesis and analysis of 673 case. *Oral Oncology*. 2008; 50: 743-752.

Hoy D, Brooks P, Blyth F, Buchbinder R. The Epidemiology of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010; 24(6):769-781.

Huang WY, Chen YF, Carter S, Chang HC, Lan CF, Huang KH. Epidemiology of upper urinary tract stone disease in a Taiwanese population: a nationwide, population based study. *J Urol*. 2013; 189 (6): 2158-63

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A qualidade da informação sobre a mortalidade no Brasil recente e avaliação do impacto das causas violentas no número de anos de vida perdidos; 2009 [acesso em 2015 maio 7] Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_aqui.pdf.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro; 2014 [acesso em 2014 outubro 18] Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322.

Irak-Dersu I, Balamurugan A. Prevalence of visual impairment and eye diseases in Arkansas. *J Ark Med Soc*. 2010; 107(4):62-4.

Ishitani LH, Franco GC, Perpétuo IHO, França E. Socioeconomic inequalities and premature mortality due to cardiovascular diseases in Brazil. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40(4) São Paulo.

Jahanbani J, Sandvik L, Lyberg T, Ahlfors E. Evaluation of oral mucosal lesions in 598 referred Iranian patients. *Open Dent. J*. 2009; 3: 42- 47.

Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. *Oral Dis*. 2002; 8: 218-223.

Jares EJ, Sánchez-Borges M, Cardona-Villa R, Ensina LF, Arias-Cruz A, Gómez M, et al. Multinational experience with hypersensitivity drug reactions in Latin America. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2014 Sep;113(3):282-9.

Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global Cancer Statistics. *CA Cancer J Clin*. 2011; 61(2):69-90.

Katz M, Okuma MAA, Santos ALG, Guglielmetti CLB, Sakaki MH, Zumiotti AV. Epidemiology of high-energy trauma injuries among the elderly. *Acta Ortop Bras.* 2008; 16(5):279-83

Kelloway E, Ha WN, Dost F, Farah CS. A retrospective analysis of oral and maxillofacial pathology in an Australian adult population. *Australian Dent J.* 2014; 59(2): 215-220.

Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health.* 2013; 34: 119-38.

Kolte VS, Dolas RS, Shenoi R. Demographic Study of Prevalence of Systemic Diseases in Oral Maxillofacial Surgery Patients of Central India. *J. Maxillofac. Oral Surg.* (July–Sept 2014); 13(3):267–270.

Kovac-Kovacic M, Skaleric U. The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana. Slovenia *J Oral Pathol Med.* 2000; 29: 331–335.

Kreuger, Maria R. et al. Consulta odontológica e doenças sistêmicas: Análise do conhecimento dos cirurgiões dentistas em Itajaí- SC. *Revista da Faculdade de Odontologia de Lins.* 2009; 21 (2): 15-22.

Lambert R, Sauvaget C, Cancela MC, Sankaranarayanan R. Epidemiology of cancer from the oral cavity and oropharynx. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology.* 2011; 23: 633-641.

Lau AS, Upile NS, Wilkie MD, Leong SC, Swift AC. The rising rate of admissions for tonsillitis and neck space abscesses in England, 1991-2011. *Ann R Coll Surg Engl.* 2014 May; 96(4):307-10.

Lenfant C. Can we prevent cardiovascular diseases in low and middle-income countries? *Bull World Health Organ.* 2001; (79):980-210.

Levy A, Fraser D, Katz M, Mazor M, Sheiner E. Maternal anemia during pregnancy is an independent risk factor for low birthweight and preterm delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2005; 122: 182-186.

Li L, Psoter WJ, Buxó CJ, Elias A, Cuadrado L, Morse DE. Smoking and drinking in relation to oral potentially malignant disorders in Puerto Rico: a case-control study. *BMC Cancer.* 2011 Jul; 29 (11): 324.

Liposcki DB, Francisco RN. Prevalence of osetoarthritis, falls and relationship with the balance the elderly. *Ter Man*. 2008; 6 (26):235-238.

Li-Ting C, Chung-Ho C, Yi-Hsin Y, Pei-Shan H. The development and validation of oral cancer staging using administrative health data. *BMC Cancer*. 2014; 29 (14):380.

Little, JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL. Manejo odontológico do paciente clinicamente comprometido. 7ed. São Paulo: Elsevier, 2008.

Liu J, Yan F, Ma X, Guo HL, Tang YL, Rakofsky JJ, et al. Prevalence of major depressive disorder and socio- demographic correlates: Results of representative household epidemiological survey in Beijing, China. *Journal of Affective Disorders*. 2015; 179:74-81.

López C, Bulacio L, Espejo T, Paz M, Pairoba C, Escovich L. Prevalence of chronic hyperplasic candidiasis. Its association to risk factors in an Oral Medicine Service in Rosario, Argentina. *J Mycol Médica*. 2012; 22: 35-41.

López-López J, Adserias-Garriga MJ, Garcia-Vicente L, Jané-Salas E, Chimenos-Küstner E, Pereferrer-Kleiner D. Orofacial pain of cardiac origin, serial of clinical cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012; 17(4):633-7 B.

López-López J, Garcia-Vicente L, Jané-Salas E, Estrugo-Devesa A, ChimenosKüstner E, Roca-Elias J. Orofacial pain of cardiac origin: Review literature and clinical cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012; 17 (4): 538-44 A.

Madani AH, Dikshit M, Bhaduri D, Aghamolaei T, Moosavy SH, Azarpaykan A. Interaction of alcohol use and specific types of smoking on the development of oral cancer. *Int J High Risk Behav Addict*. 2014; 11(3).

Madani FM, Kuperstein AS. Normal Variations of Oral Anatomy and Common Oral Soft Tissue Lesions -Evaluation and Management. *Med Clin N Am*. 2014; 98:1281-1298.

Mahanta TG, Mahanta BN, Joshi R, Gogoi P, Xavier D. Behavioural risk factors distribution of cardiovascular diseases and its association with normotension, prehypertension and hypertension amongst tea garden population in Dibrugarh district of Assam. *Clinical epidemiology and global health*. 2014:1-6

Manchikanti L, Singh V, Falco FJE, Benyamin RM, Hirsch JA. Epidemiology of Low Back Pain in Adults. *Neuromodulation*. 2014; 17: 3–10

Mansour Ghanaei F, Joukar, F, Rabiei M, Dadashzadeh A, Valeshabad AK. Prevalence of oral mucosal lesions in an adult Iranian population. *Iranian Red Cresc Med Journal*. 2013; 15(7): 600-604.

March LM, Bagga H. Epidemiology of osteoarthritis in Australia. *Med J Aust*. 2004; Suppl 158:S6-105.

Martinez Diaz-Canel AI, García-Pola Vallejo MJ. Epidemiological study of oral mucosa pathology in patients of the Oviedo School of Stomatology. *Med. Oral*. 2002; 7: 4-16.

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: 99-103.

Mayers LB, Chiffreller SH. Body art (body piercing and tattoind) among under graduate university students: Then and now". *J. Adolec health*. 2008; 42: 201-203.

Mays JW, Sarmadi M, Moutsopoulos NM. Oral Manifestations of Systemic Autoimmune and Inflammatory Diseases: Diagnosis and Clinica Management. *J Evid Base Dent Pract* 2012; Suppl 1:265-282.

Mbewe E, Zairenthiama P, Yeh HH, Paul R, Birbeck GL, Steiner TJ. The epidemiology of primary headache disorders in Zambia: a population-based door-to-door survey. *J Headache Pain*. 2015; 16(1):515.

McGowan MC, Keet CA. Prevalence of self-reported food allergy in the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2007-2010. *J Allergy Clin Immunol*. 2013; 1216-1218.

Mehrotra R, Thomas S, Nair P, Pandya S, Singh M, Nigam NS, Shukla P. Prevalence of oral soft tissue lesions in Vidisha. *BMC Res* 2010; 3: 23.

Mendes DC, Poswar FO, Macedo de Oliveira MV, Haikal DS, Silveira MF, Martins AMEBL, De Paula AMB. Analysis of socio-demographic and systemic health factors and the normative conditions of oral health care in a population of the Brazilian elderly. *Gerodontology* 2012; 29: 206–214.

Merino SG, Picado AL, Hernández HM, Mesaa JMM, Lasaa IL, Barandiaránb FA. Randomized clinical trial to evaluate the effectiveness of two routes of iron administration, oral and intravenous, in the treatment of postpartum iron deficiency anemia. *Clin Invest Gin Obst*. 2012; 39(5):190-195

Millington AJ, Phillips JS. Current trends in tonsillitis and tonsillectomy. *Ann R Coll Surg Engl*. 2014; 96(8):586-9.

Ministério da Saúde. Anuário Estatístico de Saúde do Brasil - 2001. Site: <http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/anuario2001> (último acesso: 07/05/2015).

Mistiri ME, Salati M, Marcheselli L, Attia A, Habil S, Alhomri F, Spika D, Allemani C, Federico M. Cancer incidence, mortality, and survival in Eastern Libya: updated report from the Benghazi Cancer Registry. *Ann Epidemiol*. 2015; S1047-2797(15)00122-2.

Monteiro PH, Yu C, Palmer FL, Patel PD, Ganly I, Shah JP, et al. Nomograms for preoperative prediction of prognosis in patients with oral cavity squamous cell carcinoma. *Cancer*. 2014; 120 (2): 214-21.

Moore SR, Johnson NW, Pierce AM, Wilson DF. The epidemiology of mouth cancer: a review of global incidence. *Oral disease*. 2000; 6: 65-74.

Moyses RAM, López RVM, Cury PM, Siqueira SAC, Curioni AO, Filho JFG, et al. Significant differences in demographic, clinical, and pathological features in relation to smoking and alcohol consumption among 1,633 head and neck cancer patients. *Clinics*. 2013; 68 (6): 738-44.

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: 81-87.

Murphy L, Helmick CG. The impact of osteoarthritis in the United States: a population-health perspective: A population-based review of the fourth most common cause of hospitalization in U.S. adults. *Orthop Nurs*. 2012; 31(2):85-91.

Myers D. Vagus nerve pain referred to the craniofacial region. A case report and literature review with implications for referred cardiac pain. *British Dental Journal*. 2008; 204 (4):23.

Nakamura N, Yaegaki M, Sugawara T, Shirato K, Kumasaka R, Nakamura M et al. Acute tubulointerstitial nephritis with antineutrophil cytoplasmic antibody. *Hong Kong Journal of Nephrology*. 2006; 8 (1):33-35.

Nkosi V, Wichmann J, Voyi K. Chronic respiratory disease among the elderly in South Africa: any association with proximity to mine dumps? *Environ Health*. 2015; 14(1):33.

Oliveira LR, Ribeiro-Silva A, Costa JP, Simões AL, Matteo MA, Zucoloto S. Prognostic factors and survival analysis in sample of oral squamous cell carcinoma patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008; 106 (5): 685-95.

Oluwagbemigun K, Dietrich T, Pischon N, Bergmann M, Boeing H. Association between number of teeth and chronic systemic diseases: a cohort study followed for 13 years. *PLoS One.* 2015; 10 (5).

Osterne RLV, Brito RGM, Alves APNN, Cavalcante RB, Souza FB. Odontogenic tumors: A 5-year retrospective study in a Brazilian population and analysis of 3406 cases reported in the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2011; 111:474-8.

Parker, W. H. Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine Myomas. *Estados Unidos.* 2007; 87 (4).

Petrosyan I, Blaison G, Andrès E, Federici L. Anaemia in the elderly: an aetiological profile of a prospective cohort of 95 hospitalised patients. *Eur J Intern Med.* 2012; 23(6): 524-8.

Pinelli LAP, Montandon AAB, Fais A, Grassi LA. Prevalence of sistemic chronic disease in geriatric patients. *Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS.* 2005; 20(47): 69-74.

Polydorides AD. Pathology and differential diagnosis of chronic, noninfectious gastritis. *Semin Diagn Pathol.* 2014; 31(2): 114-23.

Prabhu V, Shivani A. An overview of History, pathogenesis and treatment of perforated peptic ulcer disease with evaluation of prognostic scoring in adults. *Annals of Medical and Health Sciences Research.* 2014; 4 (1).

Ramos MMB, Mendonça MG, Pellizzer EP, Okamoto AC, Júnior Gaetti- Jardim. Association between periodontal disease and chronic systemic disease- literature review. *Arch Health Invest.* 2013; 2(1): 24-31.

Rautava J, Luukkaa M, Heikinheimo K, Alin J, Grenman R, Happonen RP. Squamous cell carcinomas arising from different types of oral epithelia differ in their tumor and patient characteristics and survival. *Oral Oncology.* 2007; (43): 911–919.

Rocha DAP, Oliveira LMM, Souza LB. Oral benign neoplasias: epidemiological study - 21 years (1982 - 2002). *Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo.* 2006; 18(1):53-60.

Rocha LP, Carminati CR, Machado JR, Laterza VL, dos Reis MA, Corrêa RR. Prevalence of nephropathies in children and adolescents and alterations in renal biopsies in Minas Gerais, Brazil, from 1996 to 2010. *Ann Diagn Pathol*. 2013; 17(1):22-7.

Rodrigues PC, Miguel MCC, Bagordakis E, Fonseca FP, Aquino SN, Santos-Silva AR, et al. D. Clinicopathological prognostic factors of oral tongue squamous cell carcinoma: a retrospective study of 202 cases. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg*. 2014; (43): 795–801.

Rozanski, A. Exercise as Medical Treatment for Depression. Editorial Comment. 2012; 60(12):1064-1066.

Rudan I, Sidhu S, Papan A, Meng SJ, Xin-Wei Y, Wang W, et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in low- and middle-income countries: A systematic review and analysis. *J Glob Health*. 2015; 5(1).

Ruixing Y, Dezhai Y, Shuquan L, Yuming C, Hanjun Y, Qiming F, et al. Hyperlipidaemia and its risk factors in the Guangxi Bai Ku Yao and Han populations. *Public Health Nutrition*. 2008; 12(6): 816-824.

Rush, D. Nutrition and maternal mortality in the developing world. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2000; 72: 212-240.

Sales-Peres SH, de Moura-Grec PG, Yamashita JM, Torres EA, Dionísio TJ, Leite CV, Sales-Peres A, Ceneviva R. Periodontal status and pathogenic bacteria after gastric bypass: a cohort study. *J Clin Periodontol*. 2015; 42(6):530-6.

Sartorelli DS, Franco LJ. Trends in diabetes mellitus in Brazil: the role of the nutritional transition. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19 Suppl 1:29-36.

Savage J, Johns CB. Food Allergy Epidemiology and Natural History. *Immunol Allergy Clin N Am*. 2015; 35: 45-59.

Schady N. Cash transfers and anemia among women of reproductive age. *Inter-American Development Bank*. 2012; 117(1):887-890.

Schneiderman N, Llabre M, Cowie CC, Barnhart J, Carnethon M, Gallo LC, et al. Prevalence of diabetes among hispanics/latinos from diverse backgrounds: the hispanic community health study/ study of latinos (HCHS/SOL). *Diabetes Care*. 2014; 37(8): 2233-9.

Senior K. Migraine: more than just a headache. *Mol Med Today*. 2000; 6(8): 297-8.

Silk H. Diseases of the Mouth. *Prim Care Clin Office Pract*. 2014; 41:75–90.

Silva AL. Prevalência de patologias sistêmicas na consulta de cirurgia oral da FMDUP - Abordagem Farmacoterapêutica do Asmático. Tese de mestrado em Medicina Dentária. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto – Portugal.

Silva NAS, Maldonado C. A necessidade de mudança nas estratégias de intervenção para controlar a hipertensão arterial. *Revista da SOCERJ*. 2003; 16(1):65-76.

Singh S, Bittner V. Familial hypercholesterolemia-epidemiology, diagnosis, and screening. *Curr Atheroscler Rep*. 2015; 17: 3.

Sipponen P, Maaroos HI. Chronic gastritis. *Scand J Gastroenterol*. 2015; 22:1-11.

Soares MIS, Passos IU, Maia RMF, Costa LJ, Veloso DJ. Oral and systemic health of diabetic elderly. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2005 ; 26(2): 51-55.

Stoleski S, Minov J, Karadzinska-Bislimovska J, Mijakoski D. Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Never-Smoking Dairy Farmers. *Open Respir Med J*. 2015; 9 Suppl 1: 59-66.

Sujatha S, Kowsalya R, Mythri K. A pathological spectrum of lupus nephritis: view of 62 cases from a tertiary referral center. *Indian Journal of Rheumatology*. 2012; 12(1).

Tavares M, Kari ALC, San Martin L. Systemic diseases and oral health. *Dent Clin N Am*. 2014; 58:797-814.

Topuzoğlu A, Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Aksu Tanık F, Zağlı N et al. The epidemiology of major depressive disorder and subthreshold depression in Izmir, Turkey: Prevalence, socioeconomic differences, impairment and help seeking. *J Affect Disord*. 2015; 181:78-86.

Toyoshima MTK, Ito GM, Gouveia N. Morbidade por doenças respiratórias em pacientes hospitalizados em São Paulo/ SP. *Rev Assoc Med Bras*. 2005; 51(4): 209-13.

Ussai S, Miceli L, Pisa FE, Bednarova R, Giordano A, Rocca GD, et al. Impacto of potential inappropriate NSAIDs use in chronic pain. *Drug Des Devel Ther.* 2015; 9 (9):2073-2077.

Van Eijk AM, Ayisi JG, Ter Kuile FO, Slutsker L, Shi YP, Udhayakumar V, et al. HIV, malaria, and infant anemia as risk factors for postneonatal infant mortality among HIV-seropositivewomen in Kisumu, Kenya. *Journal of Infectious Diseases.* 2007; 196: 30-37.

Varbanova M, Frauenschläger K, Malfertheiner P. Chronic gastritis - an update. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2014; 28(6):1031-1042.

Varela DG, Carneiro J, Colafemina JF. Estudo do equilíbrio postural estático em pacientes com vestibulopatia mediante sistema de sensores eletromagnéticos tridimensionais. *Braz. J. Otorhinolaryngol.* 2012; 78 (3): 7-13.

Warnakulasuriya S. Living with oral cancer: epidemiology with particular reference to prevalence and life-style changes that influence survival. *Oral Oncology.* 2010, 46: 407–410.

Wilson FA, Wang Y, Stimpison JP, Kessler AS, Do DV, Britigan DH, et. al. Disparities in visual impairment by immigrant status in the United States. *Am J Ophthalmol.* 2014; 158(4):800-807.

Winston SE, Chirchir AK, Muthoni LN, Ayuku D, Koech J, Nyandiko W, et al. Prevalence of sexually transmitted infections including HIV in street - connected adolescents in western Kenya. *Sex Transm Infect.* 2015; 24: 1-7.

World Heath Organization [acesso em 2015 maio 6] a. Disponível em: www.who.com.

World Heath Organization [acesso em 2015 maio 6] b. Disponível em: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en.

World Heath Organization. Strategy for prevention and control of chronic respiratory diseases. 2002. c.

World Health Organization. The Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control; 1995 [acesso em 2015 maio 6] d. Disponível em: <http://www.who.int/chd/publications/cdd/pofact77.html>.

World Health Organization. The global burden of disease: 2004. Geneva. 2008:1-146 e.

World Health Organization 2009 f.

World Health Organization 2013 g.

IARC- Cancer Base. International Agency for Research on Cancer (IARC). Worldwide: France: Lyon; 2010 [acesso em 2014 outubro 19] Disponível em: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx.

Yaacov-Peña F, Jure D, Ocampos J, Samudio M, Furtado JM, Carter M et al. Prevalence and causes of blindness in an urban area of Paraguay. Arq Bras Oftalmol 2012; 75(5): 341-343.

Yuan A, Woo SB. Adverse drug events in the oral cavity. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2015; 119: 35-47.

Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Bautista L, Franzosi MG, Commerford P, et al. Obesity and the risk of myocardial infarction in 27.000 participants from 52 countries: a case-control study. Lancet. 2005; 366:1640-91.

Anexos

ANEXO 1

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação retrospectiva de 25 anos sobre condições sistêmicas e bucais de pacientes atendidos em clínica estomatológica

Pesquisador: Bruna Maria Rodrigues Vilardi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41933015.7.0000.5417

Instituição Proponente: Universidade de São Paulo - Faculdade de Odontologia de Bauru

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: Diligência do relatório final

Justificativa: Resposta às solicitações do Comitê de Ética em Pesquisa e dada as considerações as

Data do Envio: 14/08/2015

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.235.601

Apresentação da Notificação:

Apresentação de relatório final e TCLEs em resposta ao parecer número 1.173.017 de 29/07/2015.

Objetivo da Notificação:

Vide acima.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

A pesquisadora justifica em 2 ofícios as seguintes divergências entre o projeto inicial e o próprio

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8366 **Fax:** (14)3235-8366 **E-mail:** cep@fob.usp.br

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU- USP

Continuação do Parecer: 1.235.901

relatório final :

- 1- Inicialmente propôs analisar 700 prontuários do período de outubro de 1992 a outubro de 2014, porém no relatório final alterou para "período de 1989 a dezembro de 2014". Justificar.
- 2- No relatório final descreve que a amostra foi constituída de 629 prontuários, e na declaração de entrega dos TCLEs descreve que foram 624, entretanto apresentou em arquivo 623 TCLEs.
- 3- Existem prontuários e TCLEs em que está faltando a rubrica da pesquisadora (scan 10 (12); scan 11(12), scan 12(4); scan 23 (11); scan 31 (15)) e do paciente (scan 10 (16)).

700 prontuários seria um número aproximado para avaliar para o projeto, foram examinados 629 e desses 5 foram excluídos por não atenderem critérios de inclusão. Foram reanexados 3 arquivos com os TCLEs assinados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP reunido ordinariamente no dia 16.09.2015 acata por unanimidade o parecer APROVADO, emitido pelo relator, sobre o relatório final da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	TCLEs parte 1 (7).pdf	14/08/2015 12:38:22		Aceito
Outros	TCLEs parte 2 (7).pdf	14/08/2015 12:38:57		Aceito
Outros	TCLEs parte 3 (8).pdf	14/08/2015 12:39:35		Aceito
Outros	Justificativas folha 1.pdf	14/08/2015 12:41:07		Aceito
Outros	Justificativas folha 2.pdf	14/08/2015 12:41:40		Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA CEP: 17.012-901
UF: SP Município: BAURU
Telefone: (14)3235-8356 Fax: (14)3235-8356 E-mail: cep@fob.usp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP

Continuação do Parecer: 1.235.601

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAURU, 18 de Setembro de 2015

Assinado por:
Izabel Regina Fischer Rubira Bullen
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8356 **Fax:** (14)3235-8356 **E-mail:** cep@fob.usp.br

ANEXO 2

ODONTOLOGIA DE EQUIPE
CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA
Prof.ª Dr.ª Nancy Alfieri Nunes
CROSP 14.814

EXAME CLÍNICO

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE PRONT. Nº _____

Nome _____ Sexo _____
Idade _____ Cór _____ Raça _____
Profissão Anterior _____ Atual _____
Nacionalidade _____ Naturalidade _____
Endereço _____ Fone _____
Procedência _____
Nome do Amigo _____ Estado Civil _____
Endereço do Amigo _____

2. QUEIXA PRINCIPAL _____

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL _____

4. HISTÓRIA BUCO-DENTÁRIA _____

5. HISTÓRIA MÉDICA

Tratamento Médico _____ Nome do Médico _____
Medicamentos _____ Quais _____
Antecedentes pessoais

() Anemia () Hepatite () Hemorragias () Epilepsia
() Gastrite () Distúrbio Neurológico () Nefrite () Úlcera Péptica

() Tuberculose () Sífilis () D. Chagas () D. Cardíaca () AIDS
() Diabete M. () Hemofilia () Febre Reumática () Tratamento Radioterápico

Tontura _____ Desmaios _____ Cefaléia _____
Fadiga Fácil _____ Perda de Peso _____
Sede Excessiva _____ Polúria _____ Noctúria _____
Polifagia _____ Xerostomia _____ Ardor na Mucosa _____
Dificuldade de Cicatrização _____ Distúrbio Visual _____
Tendência a Sangramento _____
Amigdalites na Infância _____ Dores Articulares _____
Febre Reumática _____ Endocardite _____
Atrite _____
Dores Occipitais _____ Edema de Tornozelos _____
P.A. Alta _____ Baixa _____ Normal _____
Dores no Peito ou nas Costas _____ Dific. Respiratória _____
Travesseiro Alto _____ Tensão Emocional _____
Hemorragias Espontâneas _____ Provocadas _____
Em Pequenos Traumas _____ Grandes Traumas _____
Prurido _____ Edema de Pólo _____ Mucosas _____
Coriza _____ Espirros _____ Tosse _____
Alimentos _____ Cosméticos _____ Drogas _____ Anestésicos _____
Angústia _____ Convulsões _____ Há Quanto Tempo _____
Problemas Pulmonares _____ Trombose _____
Cianose _____ Petéquias _____ Equimose _____
Gravidez _____ Quantos Meses _____
Hábitos - Cigarro _____ Quantos _____ Alcool _____
Drogas _____ Qual(is) _____ Escovagem _____
Sexuais _____
Linfadenopatia () Sudorese () Aftas () Herpes ()
Outras Observações _____

6. ANTECEDENTES FAMILIARES

Doenças Cardíacas _____ Hipertensão _____
Diabete M. _____ Hemofilia _____
Tuberculose _____ Hanseníase _____
Outros _____

EXAME FÍSICO	
1. PRIMEIRA IMPRESSÃO	
2. LOCO - REGIONAL	
3. INTRA-BUCAL	
Descrição do Achado	
Hipóteses Diagnósticas	
4. PALPAÇÃO	
Cadeias Ganglionares	
Descrição dos Achados	
Outras Regiões	
5. PRESSÃO ARTERIAL	Pulsação
6. HALITO	
7. AUSCULTAÇÃO	DIASCOPIA
Descrição do Achado	
Outros	

[illegible]

ANEXO 3

ODONTOLOGIA DE EQUIPE CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA

**Profª Dra. Nancy Alfieri Nunes
CROSP 14.814**

DECLARAÇÃO

Eu _____ RG _____ ,
CPF _____ , residente e domiciliado(a) em _____

_____, declaro
que autorizei o tratamento indicado na Clínica Estomatológica, sito à Rua Princesa Izabel,
105, Centro, Cidade de Lins - SP, bem como a utilização das radiografias, fotografias de
face/corpo, pescoço e intra-bucal, fragmentos removidos e encaminhados para exames
histopatológico e citopatológico, resultados de exames, bem como o uso de meus dados
clínicos para fins didáticos, apresentações ou publicações científicas pela docente e
cirurgiã-dentista responsável pela Clínica Estomatológica. Declaro que fui devidamente
esclarecido(a) quanto aos aspectos éticos e do sigilo de meus dados pessoais, de acordo
com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde e a Declaração de Helsinque.

Lins, _____ de _____ de 2.0 _____

Dra. Nancy Alfieri Nunes
CPF 959.253.508-63
RG 6.827.582-1

Assinatura do Paciente ou Responsável

Consultório: Rua Princesa Izabel, 105
Fone (14) 3522-3798 - Lins - SP - Fone Res. (14) 3522-4845
Celular (14) 9783-6777

ANEXO 4

**ODONTOLOGIA DE EQUIPE
CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA****Profª Dra. Nancy Alfieri Nunes****CROSP 14.814****DECLARAÇÃO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____ RG _____ ,
CPF _____ , residente e domiciliado(a) em _____ , declaro

que autorizei o tratamento indicado na Clínica Estomatológica, sito à Rua Princesa Izabel, 105, Centro, Cidade de Lins - SP, bem como a utilização das radiografias, fotografias de face/corpo, pescoço e intra-bucal, fragmentos removidos e encaminhados para exames histopatológico e citopatológico, resultados de exames, bem como o uso de meus dados clínicos para fins didáticos, apresentações ou publicações científicas pela docente e cirurgiã-dentista responsável pela Clínica Estomatológica. Declaro que fui devidamente esclarecido(a) quanto aos aspectos éticos e do sigilo de meus dados pessoais, de acordo com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde e a Declaração de Helsinque.

Lins, _____ de _____ de 2.0 _____

Dra. Nancy Alfieri Nunes
CPF 959.253.508-63
RG 6.827.582-1

Assinatura do Paciente ou Responsável

Consultório: Rua Princesa Izabel, 105
Fone (14) 3522-3798 - Lins - SP - Fone Res. (14) 3522-4845
Celular (14) 9783-6777

Declaro que fui devidamente esclarecido(a) quanto aos aspectos éticos e do sigilo de meus dados pessoais, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012.