RAMON ALUÂNE HIPÓLITO

Prevalência de alterações da mucosa bucal em adolescentes institucionalizados em dois Centros de Reeducação de Belo Horizonte-MG.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Odontologia, área de concentração Clínicas Odontológicas - Ênfase em Estomatologia - Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Orientador: Dr. Carlos Roberto Martins

Belo Horizonte

2004

AGRADECIMENTOS

Sem uma série de pessoas, eventos e circunstâncias este trabalho seria impossível.

Assim, agradeço de todo o coração a todos que o tornaram possível.

Aos mestres Carlão, Helenice e Martinho por nos mostrarem os caminhos.

Aos colegas Rosana, Paulo, Fernanda Nunes, Fernanda Fonseca e Sylvie.

À minha colega e amiga, professora Hermínia.

Ao Ícaro, pela valorosa ajuda.

Aos meus colegas da Anatomia, professores Mourthé, Paulo Taitson e Estael.

Ao Tadeu, enfermeiro do CEIP pelo apoio durante os exames.

Aos menores, que com sua aquiescência, permitiram com que esta pesquisa se realizasse.

"O Perfeito caminho não conhece dificuldades,
Apenas ele se recusa a fazer preferências;
Apenas quando não há ódio nem amor
Ele se revela com total clareza.

Uma diferença insignificante
E os céus e terra ficarão separados;
Se queres vê-lo ante os teus olhos,
Não tenhas pensamentos fixos obedientes a ele ou contra ele.

Levantar aquilo que gostar contra o que não gostar;
Ë uma doença da mente;
Quando o Profundo Significado não é compreendido,
A paz da mente é perturbada à toa.

O Caminho é perfeito com o Vasto Espaço,
Nada lhe falta e nada lhe é supérfluo;
Ë certamente por se fazerem escolhas,
Que a sua equanimidade é perdida de vista"

Hsin Hsin Ming

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS
LISTA DE GRÁFICOS
LISTA DE TABELAS
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS
RESUMO
1 INTRODUÇÃO..... 12
2 REVISÃO DA LITERATURA..... 15
2.1 Características gerais da mucosa bucal..... 15
2.2 Estudos sobre a prevalência das alterações da mucosa bucal em geral..... 15
2.3 Estudos sobre a prevalência das alterações da mucosa bucal em adolescentes..... 17
2.4 Estudos sobre a prevalência das alterações da mucosa bucal em populações confinadas. 19
2.5 Estudos sobre lesões e alterações da normalidade que ocorrem na mucosa bucal..... 20
3 OBJETIVOS..... 28
3.1 Objetivos específicos..... 28
4 METODOLOGIA..... 30
4.1 Rotina nos Centros de Internação..... 32
4.2 Estudo principal..... 33
5 RESULTADOS..... 36
5.1 Caracterização da Amostra..... 36
5.2 Lesões Fundamentais..... 40
5.3 Alterações da Normalidade..... 44
5.4 Associações..... 45
6 DISCUSSÃO..... 50
7 CONCLUSÕES..... 60
8 ABSTRACT..... 62
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 64
10 ANEXOS..... 70

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 Seqüência do Exame Clínico da Mucosa Bucal..... 32

FIGURAS 2,3,4 Pigmentação Melânica Fisiológica e Língua fissurada, Língua Fissurada, Placa. 47

FIGURAS 5,6,7 Centros de Reeducação e uma das salas onde os exames se realizaram..... 48

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO.1 Distribuição Percentual dos Examinados versus (vs.) Cor da Pele..... 37

GRÁFICO.2 Comparação da Idade dos Adolescentes vs. Cor da Pele..... 37

GRÁFICO.3 Presença de Lesão Fundamental e/ou Alteração de Normalidade vs. Cor da Pele... 39

GRÁFICO.4 Pigmentação Melânica Fisiológica vs. Cor da Pele 46

GRÁFICO.5 Leucoedema vs. Cor da Pele..... 46

LISTA DE TABELAS

TABELA.1 Distribuição Percentual dos Examinados por Idade..... 36

TABELA.2 Distribuição Percentual dos Examinados por Cor da Pele..... 37

TABELA.3 Distribuição Percentual dos Examinados - Lesões Fundamentais..... 38

TABELA.4 Distribuição Percentual dos Examinados - Alterações da Normalidade..... 38

TABELA.5 Presença de Lesão Fundamental e/ou Alterações da Normalidade vs. Cor da Pele. 39

TABELA.6 Freqüência e Distribuição Percentual das Lesões Fundamentais..... 40

TABELA.7 Distribuição Percentual das Lesões Fundamentais por Local de Acometimento..... 42

TABELA.8 Distribuição Percentual da Localização das Lesões Fundamentais..... 43

TABELA.9 Número de Lesões Fundamentais vs. Cor da Pele..... 44

TABELA.10 Freqüência e Distribuição Percentual das Alterações de Normalidade..... 44

TABELA.11 Número de Alterações de Normalidade vs. Cor da Pele..... 45

TABELA.12 Pigmentação Melânica Fisiológica vs. Cor da Pele..... 45

TABELA.13 Leucoedema vs. Cor da Pele..... 46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEIP	Centro de Internação Provisória Dom Bosco
CIA-BH	Centro de Internação do Adolescente Santa Terezinha
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
GUN	Gengivite Ulcerativa Necrosante
HLR	Herpes Labial Recorrente
HPV	Papilomavírus Humano
OMS	Organização Mundial de Saúde
PUC-MINAS	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
SAMESE	Superintendência de Atendimento à Medidas Sócio-Educativas
SB Brasil 2000	Saúde Bucal Brasil 2000
SP	São Paulo
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
UAR	Ulceração aftosa recorrente
vs.	Versus

RESUMO

No Brasil, a prevalência de alterações da mucosa bucal em adolescentes infratores internados não era ainda conhecida. O presente estudo teve como objetivo verificar a prevalência de alterações da mucosa bucal em adolescentes infratores institucionalizados, no Centro de Internação Provisória Dom Bosco e no Centro de Internação do Adolescente Santa Terezinha. Foram examinados 231 adolescentes, todos do gênero masculino. A faixa etária mais prevalente foi entre 15 e 17 anos de idade (82,2%). O exame clínico da mucosa bucal seguiu uma seqüência padronizada e foi realizado com o auxilio de luz natural, observando-se as normas universais de biossegurança. Os critérios clínicos de diagnóstico das lesões, foram os propostos pelo SB (Brasil) 2000- Ação Complementar- Prevalência de fatores de risco- Lesões cancerizáveis e Câncer da boca- Minas Gerais. O teste *Kappa*, mostrou concordância intraexaminador de 100%. A prevalência de lesões da mucosa bucal foi de 27,70%, sendo que alguns adolescentes apresentaram mais de uma alteração. A prevalência de adolescentes com lesões fundamentais foi de 24,24%. A mais freqüente foi a placa (32,81%), localizada principalmente na mucosa jugal (66,7%). Nós encontramos 293 alterações de normalidade, com 78,35% dos examinados, apresentando pelo menos uma delas. A pigmentação melânica fisiológica foi a alteração mais encontrada. Os dados coletados foram analisados estatisticamente através do teste não paramétrico de Kruskall-Wallis e as associações pelo teste Qui-quadrado, considerando-se nível de significância de 5%. Houve diferença estatisticamente significativa quando avaliou-se a presença de lesão fundamental e/ou alteração da normalidade vs. cor da pele (p=0,002), entre a cor da pele e o número médio de alterações de normalidade (p=0,000), entre a presença de pigmentação melânica fisiológica e leucoedema vs. cor da pele do examinado com p=0,000 e p=0,002. Em relação ao número médio de lesões da mucosa vs. cor da pele não houve diferença estatisticamente significativa com p=0,618.

.

I N T R O D U Ç Ã O

1. INTRODUÇÃO

Independente da especialidade a que se dedica, o exame sistemático da boca é de inteira responsabilidade do cirurgião dentista.

A odontologia, como ciência e profissão de saúde, não se restringindo como antes, ao cuidado dos dentes e de suas estruturas de suporte, enquadra-se atualmente na área de prevenção e diagnóstico de doenças da mucosa bucal.

Esse progresso evidente da prática odontológica que, segundo o conceito de saúde proposto pela OMS, contribui para que se atinja perfeito bem estar psicossomático e social, decorre da preocupação maior, por parte do cirurgião dentista, com a saúde bucal de seus pacientes (TOMMASI, 1989; CERRI e GENOVESE, 1991).

Processos patológicos diversos como doenças infecciosas, inflamatórias, imunológicas, alérgicas, sistêmicas e ainda lesões traumáticas, acometem freqüentemente a boca. Têm função relevante, no diagnóstico, prevenção e controle de cura desses estados nosológicos, o conhecimento detalhado da anatomia da mucosa bucal e as eventuais variações da normalidade.

De um modo geral, os estudos epidemiológicos se constituem em instrumento coletivo valioso na descrição das condições de saúde da população, na investigação de seus determinantes e nas ações destinadas a alterá-las. Além disso, são de grande valia na estomatologia clínica pois, auxiliam os profissionais na elaboração de hipóteses diagnosticas, fornecendo-lhes dados sobre a prevalência de alterações e doenças, permitindo-lhes então estimar a possibilidade de encontrá-las na sua prática clínica (PEREIRA, 1995).

Os estudos epidemiológicos realizados em nível mundial e no Brasil, particularmente ligados a problemas de saúde pública, incidem em sua maioria, sobre crianças e se referem quase sempre à cárie dental, a periodontopatias, a oclusão e aos distúrbios de desenvolvimento dentais.

Os estudos relativos a alterações da mucosa bucal, não são freqüentes e se referem à população adulta. O fato se deve provavelmente à presença de lesões cancerizáveis e com o avanço da idade, ao risco de câncer bucal (BOUQUOT, 1986; KLEINMAN et al., 1991).

Na literatura, observam-se estudos epidemiológicos transversais geralmente provenientes de levantamentos clínicos de faculdades de odontologia, hospitais e serviços de patologia bucal. A metodologia normalmente envolve a prevalência das alterações encontradas em determinado momento e ainda contempla populações específicas, portanto, esses trabalhos não refletem como um todo, os aspectos epidemiológicos das alterações bucais (BOUQUOT, 1986; CRIVELLI et al., 1986, 1988; KLEINMAN et al., 1994).

Há na literatura mundial, alguns relatos sobre a prevalência de alterações da mucosa bucal em crianças e em adolescentes. No entanto, devido à falta de padronização com relação à metodologia e a critérios clínicos de diagnósticos diversos, não é possível, determinar com exatidão qual é de fato a freqüência das alterações (SEDANO, 1975; SAWYER et al., 1984; CRIVELLI et al., 1986; CERRI e GENOVESE, 1991; KLEINMAN et. al., 1994; BREZINA, 1996).

Em razão de não existirem trabalhos na literatura sobre a prevalência de alterações da mucosa bucal em adolescentes com a particularidade de viverem confinados e diante da necessidade de planejar o atendimento, individual ou coletivo desta população especifica, o presente estudo teve como objetivo a identificação da prevalência de alterações da mucosa bucal em menores institucionalizados em dois diferentes Centros de Reeducação da cidade de Belo Horizonte: Centro de Internação Provisória Dom Bosco (CEIP), localizado na Av. dos Andradas 4015 e Centro de Internação do Adolescente Santa Terezinha (CIA-BH), localizado na Rua Conselheiro Rocha 3800.

REVISÃO DA LITERATURA

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Características gerais da mucosa bucal

A boca é constituída por um conjunto de estruturas banhadas pela saliva, contendo vasta flora microbiana e em contato com o meio externo. Freqüentemente, é sede de traumas sofridos durante o desempenho de suas funções naturais. No entanto, possui capacidade de defesa que mantém seu equilíbrio biológico, mesmo sob condições desfavoráveis (TOMMASI, 1989).

O aspecto morfológico e funcional da mucosa bucal varia conforme a região da boca. No palato duro e mole são paraceratinizadas, no dorso da língua e no vermelhão dos lábios são ortoceratinizadas, a mucosa que recobre as demais estruturas da boca é denominada de revestimento e não ceratinizada (TOMMASI, 1989).

Os lábios são normalmente vermelhos ou de coloração rósea, em conseqüência do maior número de papilas dérmicas e do caráter delgado da epiderme nesta área. Apresenta pregas mucosas e freios de inserção muito vascularizados (HOOLEY, 1967).

A língua é um órgão de forma cônica, constituída por músculos revestidos por mucosa, com importantes funções em relação à mastigação, deglutição, como órgão gustativo e na articulação da palavra. A superfície superior da língua, denominada dorso, tem aspecto aveludado mais ou menos uniforme e uma coloração róseo-acinzentada. A estrutura e a coloração são causadas pela presença de papilas gustativas que se apresentam densamente dispostas. Na porção posterior, observam-se folículos linfáticos, que constituem as tonsilas linguais (SICHER, 1977).

Conhecer os aspectos da anatomia bucal e da mucosa bucal, em particular, é o primeiro passo para o diagnóstico das alterações (HOOLEY, 1967).

2.2. Estudos sobre a prevalência das alterações da mucosa bucal em geral

Os estudos epidemiológicos transversais sobre alterações da mucosa bucal, relatados na literatura, não envolvem a seleção prévia de alterações a serem pesquisadas, mas sim a

descrição de todas as alterações encontradas no momento do exame. Geralmente, os trabalhos referem-se à populações específicas e normalmente adultos (BOUQUOT, 1986; CRIVELLI et al., 1986, 1988; DIAS-GUZMAN e CASTELLANOS, 1991; CERRI e GENOVESE, 1991; BRYN, 1992; KLEINMAN et al., 1994; CASARIEGO et al., 1995; KOVAC-KOVACIC e SKALERIC, 2000).

Bouquot (1986) fez um rastreamento em massa de 23616 adultos da raça branca, sendo 8477 homens e 15139 mulheres. Identificou 3783 alterações da mucosa bucal em 2824 pessoas o que segundo o autor, representou cerca de 10,3% da população estudada. Aproximadamente 25% delas apresentavam mais de uma alteração. Dentre as alterações mais prevalentes o autor identificou, a leucoplasia com 29,1%, torus palatino ou mandibular 27,6%, grânulos de Fordyce 9,4%, hemangioma 5,5%, língua fissurada 3,2%, eritema *Areata* migratório 3,1%, herpes labial 2,5%, mucocele 2,4% e queilite angular 1,9%.

Levantamento epidemiológico realizado por Weir et al. (1987) em 15783 lesões biopsiadas mostrou que as lesões predominantes originaram-se ou de processos reacionais (44,3%) ou de processos infecciosos (30,7%). Em relação à faixa etária, 3,3% ocorreram na primeira década de vida e 11,4% na segunda década de vida.

Há uma grande variação sobre a prevalência de lesões da mucosa bucal nas diversas populações estudadas. Diaz-Gusman e Castellanos (1991) avaliaram entre janeiro de 1982 e julho de 1986, 7297 pacientes com 15 anos ou mais e encontraram 13% de examinados com lesão de mucosa bucal. Casariego et al. (1995) relataram o resultado de amostras obtidas de 301 pacientes em um laboratório de patologia bucal. Constataram que 24,04% apresentavam lesões de mucosa bucal. Nair et al. (1996) ao examinarem 550 refugiados do Vietnã, de 2 a 60 anos de idade, encontraram uma prevalência de 14% da população estudada com lesões de mucosa bucal.

Kovac-Kovacic e Skaleric (2000) avaliaram a prevalência de lesões e alterações da normalidade na mucosa bucal de 1609 pacientes. Os resultados mostraram a presença de uma ou mais alterações em 61,6% da população estudada. Grânulos de Fordyce foi a alteração mais prevalente com 49,7%. Outras alterações encontradas foram: língua fissurada 21,1%; herpes labial 16,0%; ulceração aftosa recorrente (UAR) 9,7%; eritema *Areata* migratório 2,2%; língua fissurada e eritema *Areata* migratório ocorrendo ao mesmo tempo 1,1%; mucocele 0,9% e queilite angular 0,4%.

Bánóczy et al. (1993) realizaram um estudo sobre a prevalência de alterações linguais em 7820 pessoas adultas, sendo 42,9% homens e 57,1% mulheres. Essas alterações tiveram prevalência de 18,52%, com maior freqüência em mulheres do que em homens. A distribuição foi a seguinte: Língua fissurada 8,8%; eritema *Areata* migratório 3,0%; língua atrófica 6,37% e glossite romboide mediana 0,35%. A prevalência de Língua fissurada e eritema *Areata* migratório ocorrendo simultaneamente foi de 1,24%.

Borghelli et al. (1985) observaram uma relação estatisticamente significativa entre nível sócio-econômico e prevalência de UAR. Estes autores examinaram 10742 indivíduos de 3 grupos populacionais com diferentes níveis sócio-econômico. A prevalência geral de afta recidivante foi de 0,7%. Observaram um aumento progressivo desta taxa, coincidindo com o aumento do nível sócio-econômico e cultural do grupo estudado.

Investigando a prevalência de ulceração aftosa recorrente (UAR) e herpes labial recorrente (HLR) em 20689 adultos jovens, homens e mulheres de 18 a 21 anos de idade, Katz et al. (2001) relataram que a prevalência de UAR foi de 6,2% e HLR de 5,4%. As lesões apresentaram-se com maior freqüência em mulheres, distribuindo-se da seguinte forma: UAR 7,1% em mulheres para 5,8% em homens; HLR 6,8% em mulheres para 4,9% em homens. A razão de chance entre os homens que tinham HLR e apresentarem UAR , foi 12,37% maior do que aqueles que não tinham HLR. Concluíram que um processo patológico similar subjacente ou um co-fator desconhecido pode estar relacionado a ambas patologias.

2.3. Estudos sobre a prevalência das alterações da mucosa bucal em adolescentes

A presença de pigmentação melânica fisiológica é uma ocorrência comum na mucosa bucal. Para a verificação dessa alteração, Eleutério (1969) realizou um estudo em 991 crianças e adolescentes entre 05 e 14 anos de idade de três grupos étnicos distintos. A pigmentação melânica fisiológica cutânea e a pigmentação melânica fisiológica da mucosa bucal mostraram uma relação constante. A freqüência desta alteração encontrada na mucosa bucal das crianças e adolescentes da raça branca foi de 11,8 a 13,1%, na raça amarela foi de 64 a 75,9% e nos de raça negra de 91,3 a 95%.

Van Wyk et al. (1977) realizaram um estudo sobre a prevalência de lesões traumáticas da mucosa bucal em 3779 adolescentes e adultos jovens com idade variando entre 12 e 24 anos.

Este grupo era formado por alunos institucionalizados. A prevalência de mastigação crônica da mucosa bucal foi de 4,6% sem diferenças quanto ao sexo. A maioria dos casos na faixa etária de 16 e 17 anos. Os autores, neste estudo, examinaram comparativamente 555 alunos com a mesma idade que freqüentavam escolas estaduais. Nenhuma lesão por mastigação foi encontrada. Concluíram que a maior prevalência de lesões em alunos institucionalizados se deve ao estresse e às condições psicológicas desse grupo.

Crivelli et al. (1986) examinaram 308 crianças e adolescentes de 0 a 15 anos de idade, cujo atendimento não estava relacionado com queixas relativas a afecções bucais. Constataram que 33,76% dos atendidos apresentavam algum tipo de lesão na mucosa bucal. As lesões de origem infecciosa somaram 53,84% e as mais comuns foram: herpes simples, queilite angular, candidíase aguda e abscesso gengival. Língua despapilada, de origem nutricional, somou 18,27%. Os autores concluíram que as alterações encontradas estavam relacionadas com o baixo nível sócio-econômico da população estudada.

Pesquisa sobre a prevalência de alterações da mucosa bucal em crianças e adolescentes, com idade variando entre 04 e 13 anos de idade, realizada por Crivelli et al. (1988), confirmou os achados anteriores. Os autores examinaram 846 alunos (555 meninos e 291 meninas) em 02 escolas, cujos alunos tinham nível sócio-econômico diferentes. Quinze tipos de alterações foram encontradas. Dentre elas estão a ulceração aftosa recorrente (UAR) (92 casos), queilite fissurada (54 casos), herpes labial (44 casos), queilite angular (30 casos), eritema *Areata* migratório (25 casos), língua despapilada (22 casos) e língua fissurada (17 casos). Houve grande contraste na distribuição de determinadas lesões. Casos de UAR na escola 1, de melhor nível sócio-econômico, foi encontrado num total de 19%. Na escola 2, de nível sócio-econômico mais baixo, somente 2% exibiram UAR. Por outro lado, herpes labial foi observado em 1% dos estudantes da escola 1 e em 10% na escola 2. Concluíram que não há diferença estatisticamente significativa das alterações entre as escolas pesquisadas, mas há diferença quando a freqüência das lesões individuais são consideradas.

Bryn (1992) realizou estudo clínico das alterações da mucosa bucal em 1428 crianças e adolescentes de 07 a 13 anos de idade. Foram encontradas 857 lesões em 762 crianças e adolescentes. A prevalência de alterações foi de 60,01%. De acordo com a etiopatogenia, as alterações da normalidade apresentaram maior prevalência (33,54%), seguido das lesões de origem infecciosa (16,03%). Outros grupos de lesões identificadas foram: 8,68% de lesões traumáticas, 0,98% de lesões proliferativas não neoplásicas (hiperplasia fibrosa, granuloma

piogênico), 0,63% de neoplasias benignas (papiloma, hemangioma) e 0,14% de cistos de erupção.

Crivelli et al. (1990) investigaram 660 crianças e adolescentes de 03 a 13 anos de idade em relação às anomalias da língua. A prevalência de língua fissurada, eritema *Areata* migratório e anquiloglossia foram de 0,45%, 3,63% e 1,98% respectivamente. Observaram discrepâncias relatadas na literatura quanto à prevalência dessas alterações. Diante desse aspecto, recomendaram realização de trabalhos futuros, com maior número de pessoas.

Kleinman et al. (1994) fizeram levantamento epidemiológico em 39206 escolares, com idade entre 05 e 17 anos. Foi perguntado a todas as crianças e adolescentes se houve história de ocorrência de lesões desencadeadas pelo frio, presença de vesículas precedidas por febre ou lesões ulcerativas. Os estudantes foram também questionados a respeito do uso de tabaco. Cerca de 4% das crianças e adolescentes tinham uma ou mais alterações da mucosa bucal no momento do exame, sendo que 33% deles, relataram história pregressa de herpes labial recorrente e 37% de ulceração aftosa recorrente. As lesões e alterações da normalidade mais prevalentes observadas clinicamente foram: ulceração aftosa recorrente 1,23%, herpes labial recorrente 0,78%, lesões provocadas pelo uso do tabaco 0,71% e eritema *Areata* migratório 0,60%. Diferenças na prevalência das alterações dos examinados foram analisadas em relação a idade, sexo, raça, área metropolitana e região geográfica. Cerca de 10% dos pesquisados entre 12 e 17 anos, confirmaram o uso de algum tipo de tabaco. Os adolescentes que usavam regularmente esses produtos mostraram ter maior prevalência de lesões bucais.

2.4. Estudos sobre a prevalência das alterações da mucosa bucal em populações confinadas

Levantamento epidemiológico, realizado por Cerri e Genovese (1991) em 326 homens confinados no sistema penitenciário do Estado de São Paulo, constatou a presença de 225 alterações das mais diversas etiologias. Os achados foram os seguintes: gengivite 19,5%, grânulos de Fordyce 17,3%, leucoedema 10,7%, hiperplasia fibrosa inflamatória 8,9%, queratose 8,4%, ulceração aftosa recorrente 7,1%, língua fissurada 5,8%, fibroma 3,1%, eritema *Areata* migratório 3,1%, candidíase 2,2%, granuloma piogênico, herpes recorrente e sífilis secundária 1,8%, lesão periférica de células gigantes e líquen plano reticular 1,4%. Em

algumas lesões foram utilizados exames complementares para confirmação de diagnóstico. Hábitos considerados nocivos foram relatados em 218 dos 326 reeducandos. Usuários de cigarro somaram 32,8%, maconha 9,5%, cigarro e maconha 8,3%, cigarro e álcool 3,7%, álcool 2,8%, cigarro e euforizantes 1,5%, álcool e maconha 1,2%, cigarro maconha e euforizantes 1,2%, álcool e euforizantes 0,6%. Outro dado obtido, foi em relação ao comprometimento das regiões anatômicas da boca: mucosa jugal 37,7%, mucosa gengival 23,1%, língua 12,9%, mucosa labial inferior 8,9%, palato duro 7,2%, mucosa alveolar 5,8%, mucosa labial superior 3,1% e soalho bucal 1,4%.

Brezina (1996) realizou um estudo sobre a história pessoal, social, médica, e condições dentárias e da mucosa bucal de 25 adolescentes internados no Instituto Dr. Luis Agote na Argentina. Os exames clínicos mostraram muitos desdentados e a presença de muitas cáries que foram vinculadas, com a falta de higiene, dieta desequilibrada antes da internação, consumo de drogas, traumatismo por violência familiar, brigas e tombos acidentais. Nos tecidos moles foi diagnosticado, candidíase pseudomembranosa e leucoplasia pilosa em um mesmo menor HIV positivo. Outro, também soropositivo ao HIV, apresentava um quadro severo de inflamação gengival semelhante à gengivite ulcerativa necrosante (G.U.N.). O autor observou, que a maioria dos internos tinha os tecidos moles bastante normais e respondiam bem a terapia básica e aos ensinamentos sobre higiene bucal.

2.5 Estudos sobre lesões e alterações da normalidade que ocorrem na mucosa bucal

Há um grande número de viroses que acometem adolescentes e apresentam manifestações bucais, dentre elas o vírus herpes simples recorrente provocado por várias condições tais como estresse emocional, traumatismo, doenças sistêmicas, gravidez, alergia e principalmente a exposição à luz ultravioleta, a mononucleose infecciosa cuja maioria das infecções ocorrem em adultos jovens, o sarampo, a rubéola que tem maior freqüência dos sintomas em adolescentes e adultos, a varicela e a verruga vulgar também não são incomuns (DILLEY et al., 1991; NEVILLE et al., 1995; FENTON E UNKEL, 1997).

O sítio mais comum de recorrência do herpes simples tipo 1 é a borda da semimucosa labial e a pele adjacente dos lábios ou às vezes a região de gengiva inserida e palato duro (herpes intrabucal). As lesões exibem numerosas vesículas dolorosas de 01 a 03 mm de curta duração, que coalescem e se rompem formando úlceras irregulares. De 06 a 24 horas

antes do desenvolvimento das lesões, surgem sinais e sintomas prodrômicos, como prurido, sensibilidade no lábio ou eritema no epitélio. A cicatrização ocorre em uma ou duas semanas. Durante este período, há formação de crostas na pele da região perioral (DELANEY, 1995; FENTON e UNKEL, 1997).

A verruga vulgar é uma hiperplasia epitelial benigna, induzida pelo papilomavírus humano (HPV2, HPV4 e HPV40). A pele das mãos é o local mais comum da infecção, mas podem surgir na área perioral e face. Quando ocorrem na mucosa bucal, as lesões são normalmente encontradas na região do vermelhão dos lábios, mucosa do lábio e porção anterior da língua. Clinicamente, a verruga vulgar apresenta-se como pápula ou nódulo indolor, pedunculada ou séssil, de cor esbranquiçada e superfície verrucosa, podendo ser única ou múltiplas (DILLEY et al., 1991; DELANEY, 1995; NEVILLE et al., 1995).

Summersgill et al. (2001) realizaram uma pesquisa em crianças e adolescentes quanto à freqüência do papilomavírus humano (HPV). Em crianças mais novas (até 06 anos), a ocorrência do HPV foi de 8,7% e a taxa de soropositividade para o HPV em adolescentes (acima de 13 anos) foi de 5,2%. As crianças e adolescentes entre 07 e 13 anos de idade não apresentaram evidência de infecção oral pelo HPV. Os autores concluíram que esta infecção pode ocorrer na infância, desaparecer e posteriormente haver uma re-infecção, ou poderia haver a possibilidade de uma infecção persistente com carga viral que não seria detectada nos testes laboratoriais.

As mucoceles são lesões que contêm muco, apresentando-se clinicamente como pequenas tumefações moles, indolores, com cor azulada ou semelhante à mucosa, podendo ser elevadas e translúcidas. O termo genérico é empregado no cenário clínico para se referir a duas formas: produzidas por extravasamento ou produzidas por retenção, ambas são diferenciadas somente após o diagnóstico microscópico (Harrison, 1975). A mucocele de extravasamento, comum em crianças e adolescentes, relaciona-se ao trauma do ducto das glândulas salivares menores com conseqüente presença de secreção mucosa no tecido conjuntivo adjacente, sem a presença de revestimento epitelial (Harrison, 1975). A mucocele de retenção é uma tumefação cística, resultante da obstrução do ducto salivar com acúmulo de muco, sendo revestida pelo epitélio ductal (PIRES e GOMES, 1996).

No que diz respeito à faixa etária, as mucoceles podem estar presentes em todos os grupos de idade, com maior freqüência de lesões de extravasamento nos pacientes jovens e de cistos de

retenção nos adultos. Ambas ocorrem com maior freqüência na segunda década de vida (HARRISON, 1975).

O lábio inferior é a localização mais freqüente do fenômeno de extravasamento, pelo fato desta região ter maior tendência a traumas. No entanto, este fenômeno pode estar presente na mucosa jugal, assoalho bucal, região retro molar e superfície ventral da língua. Por sua vez, o cisto mucoso de retenção pode estar localizado no palato e assoalho bucal, pois, são áreas que contém glândulas salivares menores e maiores, sendo porém, pouco sujeitas à traumatismos (PIRES e GOMES, 1996; MAIA et al., 2000).

Cataldo e Mosadomi (1970) realizaram um estudo de 594 casos de mucocele, sendo que 88% foram diagnosticados clinicamente. A maior prevalência ocorreu na faixa etária de 11 a 20 anos com 26,26%.

Em estudo de 55 casos de mucocele, Harrison (1975) observou que 32,7% ocorreram na primeira e segunda década de vida, com predomínio no sexo feminino.

Skinner et al. (1986) realizaram estudo retrospectivo de lesões da mucosa bucal biopsiadas em pacientes de 01 a 19 anos de idade. Relataram prevalência de 61,3% de lesões inflamatórias ou reativas. A mucocele foi a lesão mais prevalente com 21,8%.

Lesões agudas da mucosa bucal são freqüentes e podem resultar de dano mecânico, como o contato com alimentos cortantes, mordidas acidentais durante a mastigação, conversação ou mesmo dormindo. Os traumatismos térmicos são conseqüência da ingestão de bebidas muito quentes ou de queimaduras com cigarro. As lesões causadas por agentes químicos são resultantes da ingestão de substâncias cáusticas que podem causar danos clinicamente significativos. Trauma físico pode ser auto-infligido, como ocorre em alguns pacientes com problemas mentais e também decorrerem do hábito de mastigação crônica da mucosa bucal (LUCKER e SCULLY, 1988).

Examinando 1428 escolares, Bryn (1992) relatou a prevalência de 3,71% de úlceras traumáticas. A relação com o trauma físico foi constatada em 5,5% dos casos que apresentaram no momento do exame, algum tipo de ulceração. A mucosa jugal foi a região mais afetada. O autor identificou outras lesões de origem traumática como as queratoses irritativas (1,47%), linha Alba (1,4%), mucocele (1,26%) e *mosicatio buccarum* (0,84%).

As fossetas da comissura labial são invaginações bem definidas, uni ou bilateral, que não desaparecem quando o lábio é estirado, são mais comuns em adultos, com prevalência entre 9,6 e 20% da população (NEVILLE,1995; ARENDOF e VAN DER ROSS,1996)

Grânulos de Fordyce são glândulas sebáceas ectópicas de coloração amarelada ou branco-amarelada, que se apresentam clinicamente como múltiplas pápulas agregadas ou isoladas. São encontradas principalmente na mucosa jugal e semimucosa do lábio superior (NEVILLE et al., 1995).

Investigando a prevalência de grânulos de Fordyce, Gorsky et al. (1986) observaram a ocorrência da alteração em 94,9% dos examinados. Kovac-Kovacic e Skaleric (2000) encontrou uma prevalência de grânulos de Fordyce em 49,7% da população estudada.

O leucoedema caracteriza-se por uma mácula difusa de aspecto cinza ou branco-acinzentada da mucosa jugal, que diminui ou desaparece quando a mucosa é esticada. Ocorre mais comumente em negros adultos com aproximadamente 90% de prevalência. Estudos demonstram uma relação com o hábito de fumar, quando o fumo é suprimido, o leucoedema torna-se menos pronunciado (AXÉLL e HENRICSSON 1981; NEVILLE et al.,1995).

Observa-se, na literatura, grande quantidade de trabalhos relacionados a alterações da língua em populações distintas.

O eritema *Areata* migratório apresenta-se com múltiplas áreas eritematosas decorrentes da descamação das papilas filiformes, associadas a edema inflamatório. As papilas fungiformes persistem nas áreas descamadas como pequenos pontos vermelhos. As bordas da lesão são ligeiramente elevadas, de cor amarelo-esbranquiçada e forma de serpentina. As descamações aparecem rapidamente e involuem dentro de poucos dias e em seguida reaparecem em outro lugar. A zona atrófica eritematosa central cresce centrifugamente (HALPERIN et al., 1953; HUME, 1975; MARKS e CZARNY, 1984; BROOKS e BALCIUNAS, 1987; SIGAL e MOCK, 1992).

Apesar do eritema *Areata* migratório ter sido documentado há muitos anos, sua etiologia é ainda desconhecida. Alguns autores o consideram anomalia congênita, outros acreditam ser uma hipersensibilidade a um fator ambiental. Várias condições têm sido associadas, entre elas terapia contraceptiva, psoríase, dermatite, anemia, deficiência gastrointestinais,

estresse, candidíase, distúrbios psicológicos e alergia (RAHAMINOFF e MUHSAN, 1957; HUME, 1975; MARKS e CZANY, 1984; KULLAA – MIKKONEN, 1986; SIGAL e MOCK, 1992).

Estudos clínicos realizados por vários autores, relatam a incidência de eritema *Areata* migratório. Halperin et al. (1953) encontraram ocorrência de 1,4% em 270 crianças. Entre universitários de 17 a 21 anos, a incidência relatada por Meskin et al.(1963), foi de 1,15%. Entre estudantes negros, foi de 1,08% (Richardson,1968). Gallina (1968) encontrou 2,87% da alteração em 3272 pessoas examinadas. Redman (1970) constatou prevalência de 1,4% em um grupo de 3600 escolares com idades entre 05 e 18 anos. Kullaa Mikkonen (1982) identificou a alteração em 2,1% dos pacientes com idade entre 3 e 35 anos. Kleinman et al. (1994) examinando crianças e adolescentes na faixa etária de 05 a 17 anos, observaram prevalência de 0,6%. Crispim e Sampaio (1999) examinaram 467 pacientes, constataram prevalência de 9,85%, dos pesquisados com essa alteração.

A ocorrência de língua fissurada também, foi relatada por vários autores: Schaumann et al. (1970) observaram prevalência de 5,34% em uma população negra, composta de crianças, adolescentes e adultos; Aboyans e Ghaemmaghami (1973) identificaram a alteração em 2,56% de pacientes entre 0 a 79 anos; 1,96% entre escolares de 06 a 18 anos, foi relatado por Chosack et al. (1974); 2,6% em 6090 escolares por Ghose e Baghdady (1982); 5% em pacientes de 3 a 35 anos de idade por Kullaa Mikkonen et al. (1982).

Língua fissurada pode ser observada em crianças e adultos, porém, a prevalência aumenta com a idade (WITKOP e BARROS, 1963; CHOSACK et al., 1974; DARWAZEH e PILLAI, 1993; BÁNÓCZY et al., 1993).

Kullaa-Mikkonen et al. (1982) examinaram 381 pacientes divididos em 03 grupos: 0 a 08 anos – grupo I; 09 a 16 anos – grupo II e 17 a 35 anos – grupo III. No grupo I, a amostra constou de pré-escolares; no grupo II, escolares e no grupo III, 151 estudantes de odontologia e enfermagem. Encontraram 5% de língua fissurada, 5,5% de atrofia filiforme e 2,1% de eritema *Areata* migratório. Concluíram que a prevalência de língua fissurada e atrofia filiforme aumenta com a idade da população e que o eritema *Areata* migratório não tem relação. A língua fissurada foi mais comum em homens.

Estudando 31 famílias, Kullaa-Mikkonen (1988) observou que a língua fissurada transmitia-se por um gene autossômico dominante com penetração incompleta, mas não se apresentava precocemente na infância. O eritema *Areata* migratório ocorria antes dos 10 anos em 38,5% dos membros da família e a língua fissurada em 11,5%. Sinais do eritema *Areata* migratório após dois exames, foram identificados em 32 de 40 pacientes com língua fissurada. Concluiu, que ambas alterações são condições associadas geneticamente, com traços de expressividade diferentes.

Ao pesquisar a prevalência de anomalias congênitas em 6180 crianças e adolescentes com idade entre 06 e 15 anos, Sedano (1975) encontrou as seguintes alterações da mucosa bucal: eritema *Areata* migratório 1,5%; fossetas da comissura labial 0,7%; anquiloglossia e glossite romboide mediana 0,1% e torus palatino 0,03%.

Sawyer et al. (1984) estudaram a prevalência de alterações da mucosa bucal em 2203 escolares de 10 a 19 anos de idade e encontraram as seguintes alterações: fosseta da comissura labial 2,9%; anquiloglossia 0,2%; eritema *Areata* migratório 0,3%; língua fissurada 0,8%; torus palatino 4,5% e torus mandibular 1,9%.

Sedano et al. (1989) realizaram um estudo sobre alterações congênitas bucais e peribucais em 32022 crianças e adolescentes de 05 a 14 anos e meio de idade. Observaram fossetas da comissura labial em 5,28% dos examinados. Estes autores relataram que o percentual é menor do que os encontrados em adultos, indicando que fossetas comissurais podem aumentar com a idade. Outras alterações identificadas foram: anquiloglossia 0,83%; língua bífida 0,55%; úvula bífida 0,17%; torus palatino 6,4%; língua fissurada 15,71% e eritema *Areata* migratório 0,98%. A ocorrência simultânea de língua fissurada e eritema *Areata* migratório foi de 1,33%.

Revendo a literatura, Dombi e Czegledy (1992) relataram que a língua fissurada ocorre entre 0,8 e 6,0%; eritema *Areata* migratório entre 0,1 e 14,3%; língua atrófica entre 1,3 e 9,0% e glossite romboide mediana entre 0 e 3,35%.

Há relatos na literatura brasileira sobre alterações da língua: Pugliese et al. (1972) examinaram 3429 escolares da rede pública municipal de São Paulo. Relataram prevalência de 5,22% de eritema *Areata* migratório, 10,82% de língua fissurada, 0,12% de língua negra pilosa e 0,03% de glossite romboide mediana. Machado e Sampaio (1980) realizaram um

estudo em 1128 crianças e adolescentes de 07 a 15 anos de idade, a prevalência de eritema *Areata* migratório foi de 5,67%, língua fissurada 6,65%, e a ocorrência simultânea das duas condições foi de 1,24%. Lofredo e Machado (1983) estudaram a prevalência de eritema *Areata* migratório, língua fissurada e glossite romboide mediana em 894 escolares, a prevalência foi de 3,80%, 1,45% e 0,56% respectivamente.

O B J E T I V O S

3 . OBJETIVOS

O presente estudo teve como objetivo identificar a prevalência de lesões fundamentais e alterações da normalidade na mucosa bucal de adolescentes institucionalizados no Centro de Internação Provisória Dom Bosco (CEIP) e no Centro de Integração do Adolescente Santa Terezinha (CIA-BH).

3.1. Objetivos específicos

? Identificar o número de participantes que não apresentaram alterações da mucosa bucal.

? Identificar as lesões fundamentais e alterações da normalidade da mucosa bucal prevalentes no grupo estudado.

? Identificar a prevalência de lesão fundamental e/ou alteração da normalidade de acordo com a cor da pele.

? Identificar a presença de lesões fundamentais de acordo com as regiões anatômicas da boca.

M E T O D O L O G I A

4. METODOLOGIA

A presente pesquisa teve como objetivo o estudo das alterações da mucosa bucal em adolescentes institucionalizados em dois Centros de Reeducação da cidade de Belo Horizonte.

O desenho de estudo escolhido para verificar a prevalência de alterações da mucosa bucal, foi o método transversal.

Neste trabalho a amostragem se fez por recenseamento e selecionou-se adolescentes entre 13 e 17 anos de idade e alguns adultos jovens (até 20 anos) que se encontravam nas Instituições no momento do exame.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da PUC-MINAS (ANEXO E).

A autorização para a realização da pesquisa nos Centros de Reeducação, foi concedida pela Dr.a Edna Lúcia Gomes de Souza, Superintendente da SAMESE (Superintendência de Atendimento à Medidas Sócio-Educativas) (DECLARAÇÃO- ANEXO D).

Para testar o formulário de registro proposto para o estudo principal (ANEXO A) e ainda os métodos escolhidos para a coleta de dados realizou-se um estudo piloto, que abrangeu cerca de 10,00% (22/231) da amostra estimada. Os dados obtidos neste estudo, foram aproveitados no estudo principal.

Foi realizado o teste *Kappa*. Este teste mostrou concordância intraexaminador de 100% e foi usado para a verificação da presença ou não de lesões fundamentais e alterações da normalidade.

Para atender aos objetivos, utilizamos como instrumento de pesquisa um questionário, dividido em 4 partes: (I) dados de caracterização dos participantes do estudo (II) exame objetivo das lesões fundamentais (III) conduta e (IV) verificação das alterações da normalidade. Auxiliado por um aluno da graduação em odontologia que fez as anotações, realizamos a coleta dos dados através de inspeção e palpação, utilizando luz natural,

afastadores de madeira e equipamento de proteção individual como avental, gorro, máscara luvas e óculos.

Os critérios clínicos de diagnóstico e a nomeclatura das lesões fundamentais adotados, foram os propostos pelo SB Brasil (2000)- Ação Complementar- Prevalência de fatores de risco- Lesões cancerizaveis e câncer da boca- Minas Gerais. As lesões fundamentais foram assim designadas: mácula, placa, nódulo, pápula, vesícula, bolha, erosão, úlcera, fissura, pseudomembrana e hiperplásica (ANEXO A).

Trabalhamos com os aspectos clínicos das lesões fundamentais que foram caracterizadas por Neville et al., (1995) da seguinte forma: MÁCULA como uma área focal com alteração na coloração, sem elevação ou depressão em relação aos tecidos circunjacentes, PLACA como uma lesão ligeiramente elevada e com superfície plana, NÓDULOS como lesões sólidas e elevadas com 5 ou mais milímetros de diâmetro, PÁPULAS como lesões sólidas e elevadas, com menos de 5mm de diâmetro, VESÍCULAS como bolhas superficiais com menos de 5mm de diâmetro, BOLHAS como vesículas grandes com mais de 5mm de diâmetro, EROSÃO como uma lesão superficial que tem como característica a perda parcial da superfície epitelial, ÚLCERAS foram caracterizadas pela perda da superfície epitelial com exposição do tecido conjuntivo subjacente, FISSURA por uma ulceração estreita semelhante a um sulco, PSEUDOMEMBRANA como úlceras recobertas por uma membrana removível e as lesões HIPERPLÁSICAS como elevações de coloração semelhante a da mucosa circunjacente.

Neste estudo, foram também verificadas as seguintes alterações (variações) da normalidade: anquiloglossia, eritema *Areata* migratório, fossetas da comissura labial, grânulos de Fordyce, leucoedema, língua fissurada, pigmentação melânica fisiológica e outras (torus palatino, torus mandibular e úvula bífida) (ANEXO A).

A pigmentação melânica fisiológica (mácula) e os Grânulos de Fordyce (pápula) não foram consideras lesões fundamentais, mas sim, alterações da normalidade.

Os exames obedeceram a uma seqüência proposta por Kleinman et al. (1994). As estruturas anatômicas foram examinadas na seguinte ordem: 1. semimucosa labial superior, 2. mucosa labial superior, 3.mucosa alveolar superior, 4. gengiva e rebordo superiores, 5. palato duro, 6. palato mole, 7. orofaringe, 8. dorso da língua, 9. bordas laterais da língua, 10. ventre da

língua, 11. assoalho bucal, 12. gengiva e rebordo inferiores, 13. mucosa alveolar inferior, 14. mucosa jugal direita e esquerda, 15. mucosa labial inferior, 16. semimucosa labial inferior e 17. comissuras labiais (*Fig. 1)*.

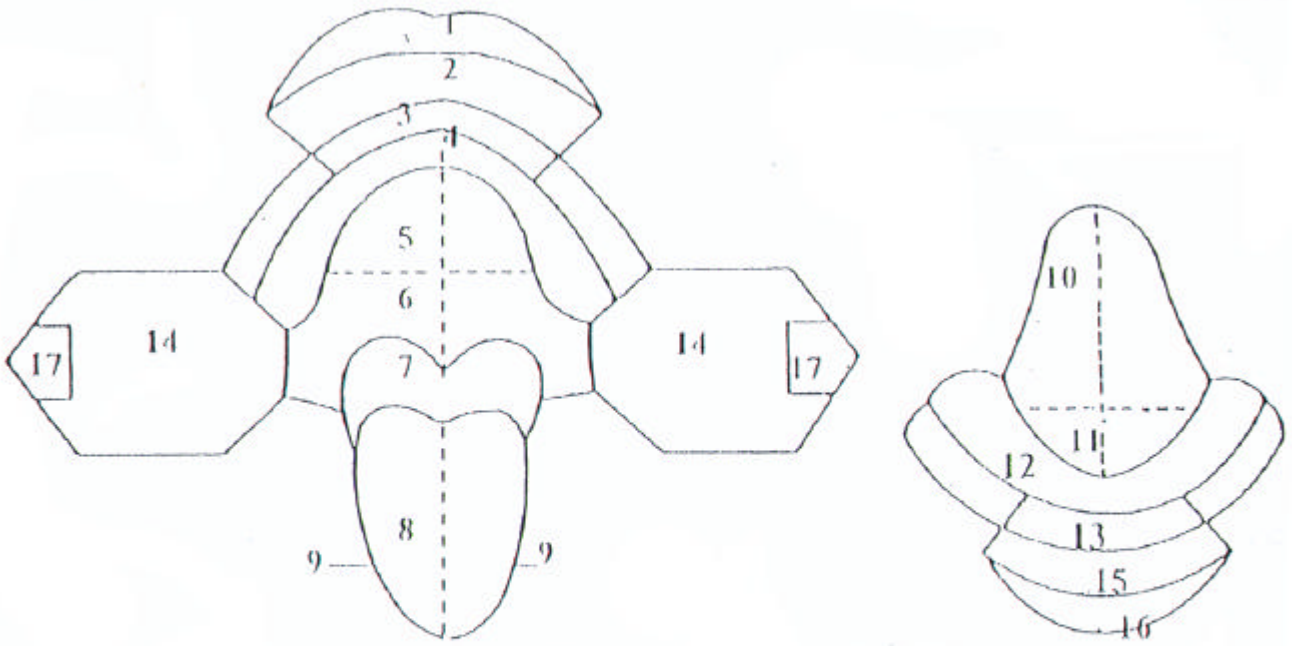


Figura 1 - *Esquema da seqüência de exame clínico da mucosa bucal.*

As lesões decorrentes de cárie dentária, abscessos periapicais de origem endodôntica e doença periodontal, foram excluídas, por não constituírem objetivo deste estudo.

A cada adolescente foi perguntado sobre o hábito de mastigação crônica da mucosa bucal e o uso do cigarro.

4.1 Rotina das Instituições

No Centro de Internação Provisória Dom Bosco os adolescentes ficam institucionalizados por um período que pode variar até 90 dias e no Centro de Integração do Adolescente

Santa Terezinha os menores já condenados pela justiça, ficam por um período que varia entre 6 meses e 3 anos.

4.2 Estudo Principal

O material utilizado nesta pesquisa fundamentou-se na amostra obtida do exame clínico de 231 adolescentes e adultos jovens (18 a 20 anos).

Após terem sido esclarecidos sobre os objetivos do estudo e dos procedimentos a serem realizados, os Diretores das Instituições assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando a participação dos internos na pesquisa (ANEXO C). Esclarecemos que o Diretor das Instituições segundo o artigo 92 parágrafo único do "Estatuto da Criança e do Adolescente" é equiparado ao guardião, para todos os efeitos de direito. A cada participante foi explicado os objetivos do exame e que poderiam a qualquer momento desistir de fazer parte da pesquisa, sem que isso trouxesse prejuízo em relação ao tratamento estomatológico.

Os exames foram realizados entre 26 de Setembro de 2003 e 03 de Dezembro de 2003 (ANEXO D).

Os participantes da pesquisa que apresentaram lesões de mucosa bucal e necessitaram de exames complementares para diagnóstico conclusivo, foram encaminhados a clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais para avaliação e tratamento estomatológico (ANEXO B).

A análise estatística do presente estudo teve as seguintes etapas:

1. Numeração, tabulação e digitação dos questionários.

2. Análise descritiva (quantidade e percentual) de todas as variáveis do questionário, sem considerar nenhuma partição amostral, ou seja, considerando o grupo dos 231 participantes do estudo.

3. Verificação da associação entre a presença de lesão fundamental e/ou alterações da normalidade e a cor da pele. Verificação da prevalência global da pigmentação melânica

fisiológica e leucoedema. Baseado na literatura que relata associação entre estas duas alterações da normalidade e a cor da pele, realizamos cálculo para verificá - la.

4. Cálculo da prevalência global das lesões fundamentais por local de acometimento.

A análise estatística consistiu de medidas descritivas para as variáveis estudadas. Para isto foram utilizadas as freqüências e os valores percentuais.

Para a comparação do número médio de lesões fundamentais e número médio de alterações de normalidade vs. cor da pele, utilizamos o teste não-paramétrico de Kruskall-Wallis. A associação entre pigmentação melânica fisiológica e leucoedema vs. cor da pele foram feitas através do teste Qui-Quadrado.

Em todos os testes estatísticos utilizados foi considerado o nível de significância de 5%. Dessa forma, foram consideradas diferenças estatisticamente significativas aquelas cujo valor p foi inferior a 0,05.

As análises foram realizadas no software SPSS 8.0 Inc. (Statistical Package for Social Sciences).

R E S U L T A D O S

5. RESULTADOS

Inicialmente será apresentada uma caracterização geral da amostra estudada quanto à cor da pele, idade, existência de lesões fundamentais e alterações da normalidade. Em seguida, serão apresentados os resultados descritivos relacionados às lesões fundamentais, seguidos pelos relacionados às alterações de normalidade. Finalmente, são apresentados os resultados dos testes estatísticos que permitiram investigar as associações de interesse.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra avaliada foi composta por 231 adolescentes e adultos jovens, todos eles do gênero masculino e vivendo em regime fechado. A idade dos examinados variou entre 13 a 20 anos. A Tabela 1 apresenta a distribuição percentual dos examinados de acordo com a idade.

Tabela 1: Distribuição Percentual dos Examinados por Idade

Idade	Freqüência	Percentual
13 anos	12	5,2
14 anos	14	6,1
15 anos	33	14,3
16 anos	53	22,9
17 anos	104	45,0
18 anos	9	3,9
19 anos	5	2,2
20 anos	1	0,4

A maioria dos examinados estavam na faixa etária entre 15 e 17 anos, sendo mais prevalente os adolescentes de 17 anos (45%).

A Tabela 2 e o Gráfico 1 apresentam a distribuição percentual dos examinados em relação à cor da pele.

Tabela 2: Distribuição dos examinados por Cor da Pele

Cor da Pele	Freqüência	Percentual
Leucoderma	73	31,6
Melanoderma	77	33,3
Feoderma	81	35,1

Gráfico 1: Distribuição Percentual dos Examinados por Cor da Pele

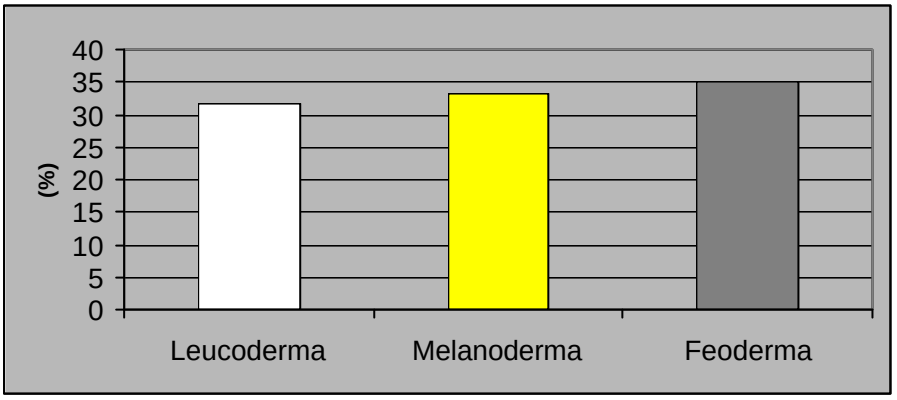


Gráfico 1

O Gráfico 2: apresenta uma comparação da idade dos adolescentes em relação à cor da pele.

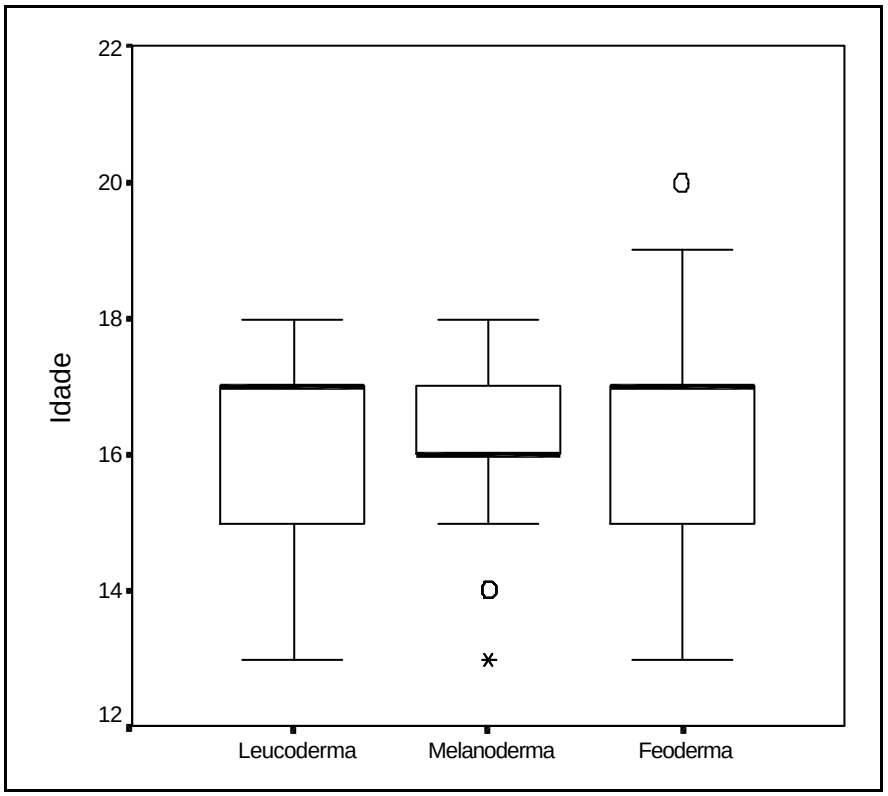


Gráfico 2

Como pode ser observado no Gráfico 2, os adolescentes melanodermas tiveram distribuição de idade mais homogênea, se comparados aos leucodermas e aos feodermas.

As Tabelas 3 e 4 apresentam a distribuição percentual dos examinados em relação à presença de lesões fundamentais e alterações da normalidade.

Tabela 3: Distribuição Percentual dos Examinados – Lesões Fundamentais

Lesões Fundamentais	Freqüência	Percentual
Nenhuma	175	75,76
Uma	48	20,78
Duas	8	3,46

A prevalência total de adolescentes que apresentaram lesões fundamentais foi de 24,24%.

Tabela 4: Distribuição Percentual dos Examinados – Alterações de Normalidade

Alterações de Normalidade	Freqüência	Percentual
Nenhuma	50	21,65
Uma	95	41,13
Duas	63	27,27
Três	20	8,65
Quatro	3	1,30

Observa-se que 78,35% dos examinados apresentaram pelo menos uma alteração da normalidade.

Dos 231 examinados, 34 adolescentes (14,7%) não apresentaram lesões fundamentais e nem alterações de normalidade, 16 (6,9%) apresentaram somente lesões fundamentais, 141 (61,0%) apresentaram somente alterações da normalidade e 40 (17,3%) apresentaram lesões fundamentais e alterações da normalidade simultaneamente (ANEXO F). A Tabela 5 apresenta as lesões fundamentais e alterações da normalidade de acordo com a cor da pele do examinado.

Tabela 5: Presença de Lesão Fundamental e/ou Alteração da Normalidade vs. Cor da Pele

Grupo	Cor da Pele			Total
	Leucoderma	Melanoderma	Feoderma	
Sem lesão fundamental e alteração da normalidade	21 (28,8%)	5 (6,5%)	8 (9,9%)	34 (14,7%)
Apenas lesão fundamental	7 (9,6%)	3 (3,9%)	6 (7,4%)	16 (6,9%)
Apenas alteração da normalidade	34 (46,6%)	56 (72,7%)	51 (63,0%)	141 (61,0%)
Lesão fundamental e alteração da normalidade	11 (15,1%)	13 (16,9%)	16 (19,8%)	40 (17,3%)
Total	73 (100,0%)	77 (100,0%)	81 (100,0%)	231 (100,0%)

Valor p = 0,002

Houve associação estatisticamente significativa entre a presença de lesão fundamental e/ou alteração de normalidade e a cor da pele do examinado (valor p < 0,05). Pode ser observado na Tabela 5 que o percentual de adolescentes leucodermas sem lesão fundamental e alteração da normalidade (21-28,8%) é superior ao percentual de adolescentes melanodermas e feodermas e que o percentual de adolescentes que apresentaram apenas alteração da normalidade é inferior dentre aqueles que são leucodermas (34-46,6%). O Gráfico 3 ilustra esses resultados.

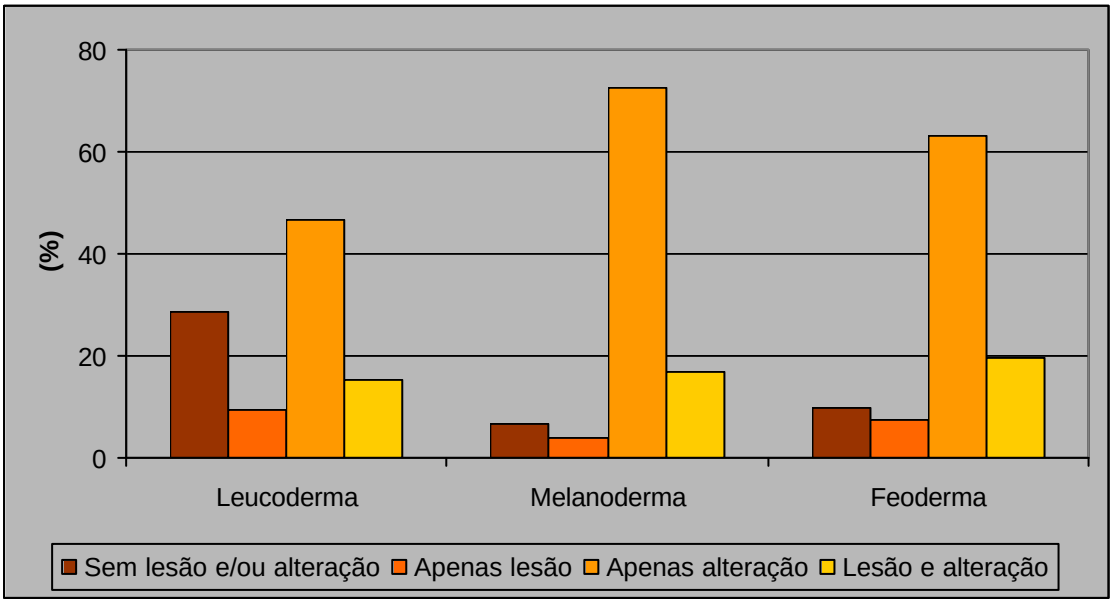


Gráfico 3: Presença de Lesão Fundamental e/ou Alteração de Normalidade vs. Cor da Pele

5.2 LESÕES FUNDAMENTAIS

Como pôde ser observado na Tabela 3, 24,24% dos examinados apresentaram pelo menos uma lesão fundamental. A Tabela 6 apresenta a freqüência e a distribuição percentual das lesões fundamentais encontradas.

Tabela 6: Freqüência e Distribuição Percentual das Lesões Fundamentais

Lesões Fundamentais	Freqüência	Percentual
Mácula	0	0,00
Placa	21	32,81
Nódulo	10	15,63
Pápula	2	3,13
Vesícula	0	0,00
Bolha	0	0,00
Erosão	14	21,88
Úlcera	5	7,81
Fissura	12	18,75
Pseudomembrana	0	0,00
Hiperplásica	0	0,00

Foram diagnosticadas 64 lesões fundamentais nos 231 adolescentes examinados, obtendo-se assim, uma prevalência total dessas alterações da mucosa bucal de 27,70%, sendo que alguns deles, apresentaram mais de uma lesão (TAB 3). Considerando-se a população estudada como um todo, as lesões fundamentais encontradas foram: placa, erosão, fissura, nódulo, úlcera e pápula.

A placa (21-32,81%) (TAB. 6) foi a principal lesão da mucosa encontrada na população estudada e estava localizada principalmente na mucosa jugal (66,70%) (TAB. 7).

A maioria das placas identificadas foram de origem traumática, provavelmente decorrentes de trauma mecânico provocado por hábito de mastigação crônica da mucosa. Uma delas foi provocada por aparelho ortodôntico e sete provocadas pelo uso do tabaco. Três placas (3/21) removíveis localizadas na orofaringe, eram de origem bacteriana.

A erosão (14-21,88%) (TAB. 6) foi a Segunda a alteração mais prevalente, localizada com maior freqüência na mucosa jugal (57,14%) (TAB. 7). Dos quatorze casos encontrados, doze foram de origem traumática. A maior parte delas foram identificadas, como sendo provocadas provavelmente por hábito de mastigação crônica da mucosa bucal. Uma delas foi provocada por mordida acidental. Os outros dois casos de erosão localizados na semimucosa labial inferior (TAB. 7) foram provocadas por variação térmica.

Foram diagnosticados doze casos de fissura (18,75%) (TAB. 6), com 83,33% ocorrendo na semimucosa labial inferior (TAB. 7). A maioria delas estava relacionada à variação térmica (11 casos).

Dez casos de nódulo foram identificados (15,63%) (TAB. 6). Todos eles foram provocados por trauma mecânico, a maioria deles resultante de brigas entre os internos e um deles foi provocado pela presença de diastema.

As lesões ulceradas constituíram cinco casos (7,81%) (TAB. 6), sendo que 60% delas ocorreram na semimucosa labial inferior (TAB. 7). Três úlceras eram de origem traumática provocadas por mordida acidental e foram observadas, na borda lateral da língua, na mucosa jugal e na semimucosa labial inferior as demais também ocorreram na semimucosa labial inferior (TAB. 7) e decorreram de infecção herpética recorrente.

As lesões fundamentais menos prevalentes foram as pápulas (3,13%) (TAB. 6). Apenas dois casos foram identificados (TAB.6), uma estava localizada na mucosa labial inferior e outra na semimucosa labial inferior (TAB. 7). Ambas foram submetidas a biópsia excisional e ao exame anatomo-patológico no laboratório de Estomatologia da Pontificia Universidade Católica de Minas Gerais para a confirmação do diagnóstico. Uma delas foi diagnósticada como hiperplasia focal e a outra como verruga vulgar, confirmando-se assim, o diagnóstico presuntivo.

Tabela 7: Distribuição Percentual das Lesões Fundamentais por local de Acometimento

Lesão Fundamental	Localização das Lesões Fundamentais	Freqüência	Percentual
Placa	Mucosa jugal direita ou esquerda	14	66,70
	Gengiva e rebordo inferior	4	19,00
	Orofaringe	3	14,30
Nódulo	Semimucosa labial superior	3	30,00
	Mucosa labial superior	1	10,00
	Bordas laterais da língua	1	10,00
	Ventre lingual	1	10,00
	Mucosa jugal direita ou esquerda	1	10,00
	Mucosa labial inferior	1	10,00
	Semimucosa labial inferior	2	20,00
Pápula	Mucosa labial inferior	1	50,00
	Semimucosa labial inferior	1	50,00
Úlcera	Bordas laterais da língua	1	20,00
	Mucosa jugal direita ou esquerda	1	20,00
	Semimucosa labial inferior	3	60,00
Erosão	Semimucosa labial superior	1	7,14
	Palato duro	1	7,14
	Mucosa jugal direita e esquerda	8	57,14
	Mucosa labial inferior	2	14,29
	Semimucosa labial inferior	2	14,29
Fissura	Semimucosa labial inferior	10	83,33
	Semimucosa labial superior	2	16,67

Tabela 8: Distribuição Percentual da Localização das Lesões Fundamentais de acordo com sua localização

Localização das Lesões Fundamentais	Freqüência	Percentual
Semimucosa labial superior	6	9,38
Mucosa labial superior	1	1,56
Mucosa alveolar superior	0	0,00
Gengiva e rebordo superior	0	0,00
Palato duro	1	1,56
Palato mole	0	0,00
Orofaringe	3	4,69
Dorso da língua	0	0,00
Bordas laterais da língua	2	3,13
Ventre lingual	1	1,56
Assoalho bucal	0	0,00
Gengiva e rebordo inferior	4	6,25
Mucosa alveolar inferior	0	0,00
Mucosa jugal direita/esquerda	24	37,50
Mucosa labial inferior	4	6,25
Semimucosa labial inferior	18	28,13
Comissuras labiais	0	0,00
Total	64	100,00

Os locais mais acometidos foram a mucosa jugal e a semimucosa labial inferior, ambas perfazendo um total de 65,63% da localização das lesões (TAB. 8).

A tabela 9 apresenta o número médio de lesões fundamentais por cor da pele. Apesar do número médio de lesões fundamentais ter sido maior dentre os adolescentes feodermas, não houve diferença estatisticamente significativa entre os 3 grupos (valor p ? 0,05).

Tabela 9: Número médio de Lesões Fundamentais por Cor da Pele

Cor da Pele	Nº Médio de Lesões Fundamentais
Leucoderma	0,27
Melanoderma	0,23
Feoderma	0,32

Valor p = 0,618

5.3 ALTERAÇÕES DA NORMALIDADE

Como pôde ser observado na Tabela 4, 78,35% dos examinados apresentaram pelo menos uma alteração de normalidade, sendo que 37,23% apresentaram 2 ou mais alterações. Foram identificadas 293 alterações da normalidade. A Tabela 10 apresenta a freqüência e distribuição percentual dessas alterações.

Tabela 10: Freqüência e Distribuição Percentual das Alterações de Normalidade

Alterações de Normalidade	Freqüência	Percentual
Anquiloglossia	1	0,34
Eritema areato migratório	2	0,68
Fossetas da comissura labial	15	5,12
Grânulos de fordyce	51	17,41
Leucoedema	57	19,45
Língua fissurada	18	6,14
Pigmentação melânica fisiológica	131	44,71
Torus mandibular	5	1,71
Torus palatino	12	4,10
Úvula bífida	1	0,34
Total	293	100,00

A Tabela 11 apresenta o número médio de alterações de normalidade por cor da pele. O número médio de alterações de normalidade foi maior nos melanodermas, seguidos pelos feodermas. Os leucodermas foram os que apresentam menor número médio de alterações de normalidade. Houve diferença estatisticamente significativa entre os 3 grupos.

Tabela 11: Número médio de Alterações de Normalidade por Cor da Pele

Cor da Pele	Nº Médio de Alterações de Normalidade
Leucoderma	0,84
Melanoderma	1,70
Feoderma	1,25

Valor p = 0,000

5.4 ASSOCIAÇÕES

Utilizamos o teste Qui-Quadrado para a verificar se houve associação estatisticamente significativa entre a presença de pigmentação melânica fisiológica e leucoedema vs. cor da pele dos examinados.

A tabela 12 apresenta a associação entre a pigmentação melânica fisiológica e a cor da pele.

Tabela 12: Pigmentação Melânica Fisiológica vs. Cor da Pele

Pigmentação Melânica Fisiológica	Cor da Pele			Total
	Leucoderma	Melanoderma	Feoderma	
Não	62 (84,9%)	15 (19,5%)	23 (28,4%)	100 (43,3%)
Sim	11 (15,1%)	62 (80,5%)	58 (71,6%)	131 (56,7%)
Total	73 (100,0%)	77 (100,0%)	81 (100,0%)	231 (100,0%)

Valor p = 0,000

Houve associação estatisticamente significativa entre a pigmentação melânica fisiológica e a cor da pele do examinando (valor $p < 0,05$). Como pode ser observado na Tabela 12, a prevalência de pigmentação melânica fisiológica foi menor nos adolescentes leucodermas. O Gráfico 4 ilustra esses resultados.

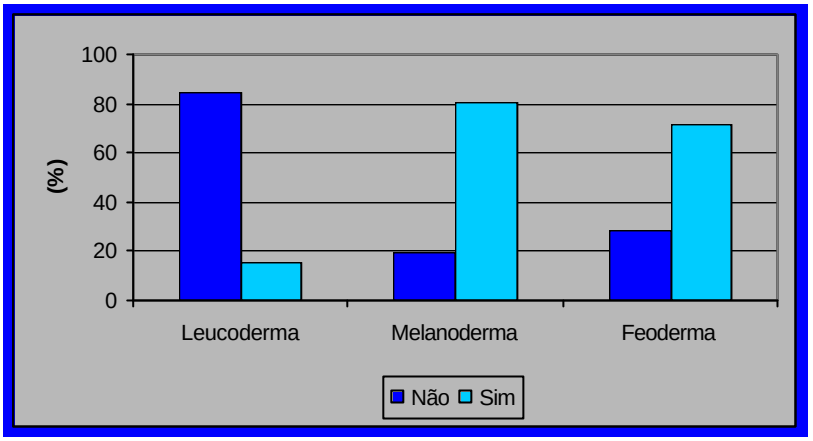


Gráfico 4: Pigmentação Melânica Fisiológica vs. Cor da Pele

A Tabela 13 apresenta a associação entre a cor da pele do examinado e a presença de leucoedema.

Tabela 13: Leucoedema vs. Cor da Pele

Leucoedema	Cor da Pele			Total
	Leucoderma	Melanoderma	Feoderma	
Não	60 (82,2%)	47 (61,0%)	67 (82,7%)	174 (75,3%)
Sim	13 (17,8%)	30 (39,0%)	14 (17,3%)	57 (24,7%)
Total	73 (100,0%)	77 (100,0%)	81 (100,0%)	231 (100,0%)

Valor p = 0,002

Houve associação estatisticamente significativa entre a presença de leucoedema e a cor da pele do examinado (valor p < 0,05). Como pode ser observado na Tabela 13, a prevalência de leucoedema é superior dentre os adolescentes melanodermas. O gráfico 5 ilustra esses resultados.

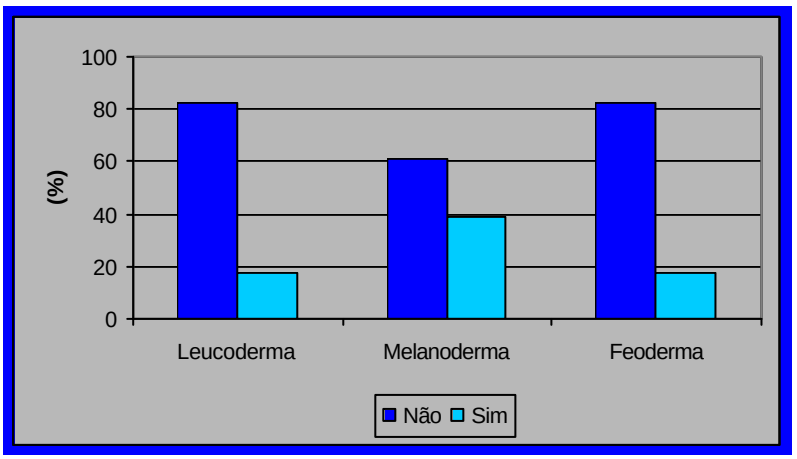


Gráfico 5: Leucoedema vs. Cor da Pele

Alterações de mucosa encontradas nos adolescentes examinados estão exemplificados nas Figs. 7, 8, 9,10 e 11

Figura 02 - Pigmentação Melânica Fisiológica e Língua Fissurada

Figura 03 - Língua Fissurada

Figura 04 - Placa

A s figuras 05, 06 e 07 mostram os Centros de Reeducação e uma das salas onde os exames se realizaram.

Figura 05 - Centro de Internação provisória Dom Bosco

Figura 06 - Centro de internação do Adolescente Santa Terezinha

Figura 07 - Sala do CEIP, onde os exames se realizaram

D I S C U S S Ã O

6. DISCUSSÃO

O conhecimento das alterações que podem ocorrer na boca, bem como sua etiologia, são de fundamental importância para o diagnóstico correto e o tratamento mais adequado (BRYN, 1992).

Os estudos de prevalência fornecem dados sobre a distribuição de uma determinada condição em um grupo populacional específico. Essas informações podem ser utilizadas no planejamento de ações coletivas de saúde, bem como para o levantamento de hipóteses a serem testadas em estudos analíticos futuros.

No Brasil, estudos epidemiológicos sobre alterações de mucosa bucal envolvendo adolescentes são raros. Além disso, a falta de padronização na coleta dos dados, a diversidade de critérios clínicos de diagnóstico e diferenças nas faixas etárias das populações estudadas, dificultam a comparação dos trabalhos.

O uso não uniformizado de termos epidemiológicos, tais como prevalência e incidência, constitui-se em elemento dificultador na comparação dos trabalhos, fato constatado por nós e relatado por Bouquot (1986). Segundo este autor, a prevalência de uma doença é definida como a freqüência com que esta doença ocorre em uma população em um momento particular; a incidência é o número de novos casos de uma determinada doença diagnosticadas em um período específico. Assim, todos os estudos, incluindo o presente, que descrevem a freqüência de uma alteração através de dados coletados em tempo único, fornecem como resultado, a prevalência da condição, independente da abrangência da amostra populacional.

A abordagem sistemática na coleta e relato dos diagnósticos das alterações da mucosa bucal que, possibilitem o intercâmbio de informações entre pesquisadores, tem a importância ressaltada por Borghelli et al., 1985 e Kleinman et al., 1991; 1994.

O método utilizado nesta pesquisa, foi o exame clínico de uma amostra populacional feita por recenseamento, após estabelecimento da concordância intraexaminador para a presença ou não de lesões fundamentais e/ou alterações da normalidade, utilizando-se o teste *Kappa*. Borghelli et al. (1985) ao discutirem a metodologia por eles empregada, afirmaram que o

método de coleta de dados por meio do exame clínico bucal, é confiável, desde que se tenha um tamanho adequado da amostra e haja calibração entre os observadores. De acordo com estes autores, a coleta de dados por meio de questionários sobre a história pregressa das lesões recorrentes, está sujeita ao viés de informação, só devendo ser empregada em populações bem selecionadas.

Kleinman et al. (1991) ressaltaram que em lesões recorrentes, estudos clínicos transversais tendem a subestimar a real prevalência destas alterações, uma vez que as lesões podem não estar presentes no momento do exame clínico. Os autores ressaltam a necessidade de estudos longitudinais que visem determinar a real incidência das lesões de natureza recorrente.

Com relação aos participantes da pesquisa, os resultados mostraram um predomínio na faixa etária de 16 e 17 anos (67,9%).

Bouquot (1986) fez um rastreamento de 23616 pacientes, homens e mulheres. Segundo o autor, 10,3% da população estudada apresentava algum tipo de alteração da mucosa bucal, sendo que aproximadamente 25% delas apresentavam mais de uma alteração. As principais alterações de mucosa encontradas foram: leucoplasia 29,1%, grânulos de Fordyce 9,4%, hemangioma 5,5%, língua fissurada 3,2%, eritema *Areata* migratório 3,1%, herpes labial 2,5%, mucocele 2,4% e queilite angular 1,9%. Quando se considera a prevalência total que incluem lesões fundamentais e alterações da normalidade, o presente estudo encontrou um percentual de 85,3%, (TAB.5) com 40,68% dos examinados apresentando ou mais de uma lesão, ou mais de uma alteração da normalidade (TABs.3 e 4). A diferença encontrada em relação à presente pesquisa, pode se dever ao fato de que, no trabalho de Bouquot (1986), o levantamento foi feito em homens e mulheres de todas as idades e da raça branca. Além disso, a metodologia empregada não foi a mesma, pois, este autor não considerou todas as alterações da normalidade como nós. A pigmentação melânica fisiológica e leucoedema que tiveram uma alta prevalência neste estudo (TAB. 10) não foram verificadas no trabalho de Bouquot (1986). Kovac-Kovacic e Skaleric (2000) avaliaram a prevalência de lesões e alterações da normalidade na mucosa bucal de 1609 pacientes. Os resultados mostraram a presença de uma ou mais alterações em 61,6% da população estudada.

A prevalência geral de adolescentes acometidos por lesões da mucosa bucal neste trabalho, foi de 24,24%. Casariego et al. (1995) relataram que da amostra de 301 pacientes obtidas

em laboratório de patologia bucal, 24,04% apresentavam lesões de mucosa bucal. Apesar da não especificação da idade dos pacientes por parte destes autores e de diferentes condições da pesquisa, o resultado apresentado, foi semelhante ao encontrado por nós.

Em relação à presença de lesões, o levantamento epidemiológico, com metodologia mais próxima à utilizada no presente trabalho, foi realizado por Crivelli et al. (1986), que relataram uma prevalência de 33,76% de crianças e adolescentes com algum tipo de lesão da mucosa bucal. A constatação de uma prevalência superior à encontrada por nós (24,24%), pode estar associada à inclusão de crianças e de lesões periodontais inflamatórias no trabalho destes autores.

Na literatura, embora alguns resultados sejam semelhantes, como os relatados por Diaz-Gusman e Castellanos (1991) que avaliaram, 7297 pacientes com 15 anos ou mais, encontrando uma prevalência aproximada de 13% de examinados com lesões da mucosa bucal e os apresentados por Nair et al. (1996) que ao examinarem 550 pessoas de 2 a 60 anos de idade, observaram 14% da população estudada com lesão da mucosa bucal, a maioria apresenta-se divergente quanto a prevalência de pacientes com lesões. A falta de padronização com relação à metodologia, faixas etárias que incluem crianças, adolescentes e adultos ao mesmo tempo e critérios diagnósticos diversos, podem produzir resultados discrepantes, dificultando a comparação dos trabalhos.

Bryn (1992) examinando alunos de 7 a 13 anos de idade, constatou que as alterações da normalidade foram as mais prevalentes com 33,54%, sendo este resultado diferente do encontrado no presente estudo que teve prevalência de 78,35%. A discrepância pode ser explicada pela diferença das faixas etárias estudadas, pelo fato de certas alterações aumentarem a sua prevalência com a idade e pela inclusão no presente trabalho de todas as alterações da normalidade. Este último aspecto, não foi considerado por Bryn (1992) que excluiu do seu estudo algumas alterações da normalidade como a pigmentação fisiológica.

Um estudo sobre prevalência de lesões traumáticas da mucosa bucal em 3779 adolescentes e adultos jovens institucionalizados, foi realizado por Van Wyk et al. (1977). A maioria dos jovens encontravam-se na faixa etária entre 16 e 17 anos. A prevalência de mastigação crônica da mucosa bucal foi de 4,6%. Os autores examinaram comparativamente 555 alunos da mesma idade que não viviam em instituições, nenhuma lesão por mastigação foi encontrada. Concluíram que a maior prevalência de lesões em alunos institucionalizados

se deve ao estresse e às condições psicológicas e emocionais desse grupo. Em nossos estudos, observamos que a maioria das placas e erosões provavelmente foram provocadas por este hábito. Os adolescentes examinados por nós, vivem sob estresse constante, provocado por brigas, rebeliões e fugas.

Os adolescentes que apresentaram placas provocadas pelo uso do tabaco, foram esclarecidos a respeito dos efeitos dessa droga no aparecimento das lesões e orientados a abandonarem o hábito. Os que apresentaram placas bacterianas, foram encaminhados ao médico local para tratamento.

Alguns casos de erosão (2/14) e quase todos os casos de fissura (11/12), estavam relacionados à variação térmica. Os adolescentes que apresentaram estas lesões foram medicados por nós com pomada de Dexametasona e Dexpantenol e para prevenirem a ocorrência das lesões, foram orientados a usar algum tipo de proteção, como por exemplo bonés e aplicação de vaselina nos lábios.

Em nosso trabalho, as lesões cariosas e as doenças periodontais não foram objeto de estudo, no entanto, a lista de nomes dos menores que apresentaram estas alterações foi encaminhada aos Diretores das Instituições para as devidas providências.

Deve-se ressaltar, que estudos transversais, podem subestimar a prevalência real de lesões herpéticas recorrentes. Kleinman et al. (1994) fizeram levantamento epidemiológico em 39206 escolares, com idade entre 05 e 17 anos. Foi perguntado a todas as crianças e adolescentes se houve história de ocorrência de lesões desencadeadas pelo frio, presença de vesículas precedidas por febre, e ainda presença de lesões ulcerativas, 33% deles relataram história pregressa de herpes labial recorrente e 37% de ulceração aftosa recorrente. Quando se considera a identificação clínica do herpes labial, o presente estudo obteve uma prevalência de 0,86% dos adolescentes apresentando a lesão. Este resultado foi semelhante ao relatado por Kleinman et al. (1994), que relatou herpes labial recorrente identificado clinicamente, em 0,78% dos examinados.

Ao investigarem a prevalência de ulceração aftosa recorrente e herpes labial recorrente em 20689 adultos jovens, homens e mulheres de 18 a 21 anos de idade, Katz et al. (2001) relataram que a prevalência de UAR foi de 6,2%. Pesquisa sobre a prevalência de alterações da mucosa bucal em crianças e adolescentes, com idade variando entre 04 e 13 anos, foi

realizada por Crivelli et al. (1988), em 846 alunos de 02 escolas, cujos alunos tinham nível sócio-econômico diferentes. Ulceração aftosa recorrente foi identificada em 10,87% dos examinados. Concluíram, que apesar de não ocorrer diferença estatisticamente significativa da alteração entre os examinados das escolas pesquisadas, houve predomínio nas crianças e adolescentes de maior nível sócio-econômico. Embora a maioria dos estudos transversais sobre a prevalência de ulcerações aftosas recorrentes (UAR), tenham relatado nas diversas populações, a presença da lesão variando entre 1,5 e 7,0%, em nossos estudos, não foi constatado nenhum caso, provavelmente devido a fatores determinantes da lesão e ainda ao fato de que as ulcerações aftosas recorrentes como as infecções herpéticas recorrentes, também, podem ser subestimadas em estudos transversais.

Summersgill et al. (2001) realizaram uma pesquisa em crianças e adolescentes quanto à freqüência do papilomavírus humano (HPV). A taxa de soropositividade para o HPV em adolescentes (acima de 13 anos) foi de 5,2%. As crianças e adolescentes entre 07 e 13 anos de idade não apresentaram evidência de infecção oral pelo HPV. Os autores concluíram que esta infecção poderia ocorrer na infância, desaparecer e posteriormente haver uma re-infecção, ou ainda a hipótese de haver uma infecção viral persistente com carga viral que não poderia ser detectada nos testes laboratoriais. A prevalência de verruga vulgar em nossos estudos foi de 0,43% (1/231) e ocorreu em um adolescente de 17 anos.

A mucocele não foi observada em nosso estudo. No entanto, é relatada como uma lesão que acomete principalmente crianças e adolescentes (Harrison, 1975). Cataldo e Mosadomi (1970) realizaram um estudo de 594 casos de mucocele. A maior prevalência ocorreu na faixa etária de 11 a 20 anos com 26,26%. Bouquot (1986) identificou uma prevalência de 2,4% desta lesão em 23616 pacientes, de ambos os gêneros e com idades variadas. Skinner et al. (1986) realizaram estudo retrospectivo de lesões da mucosa bucal biopsiadas em pacientes de 01 a 19 anos de idade. A mucocele foi a lesão mais prevalente com 21,8%. Kovac-Kovacic e Skaleric (2000) constataram, uma prevalência da lesão de 0,9%, em 1609 examinados.

A prevalência de língua fissurada neste estudo, foi de 6,14% e eritema *Areata* migratório 0,68%. A literatura mostra-se divergente quanto a prevalência dessas alterações. Pugliese et al. (1972) examinaram a mucosa bucal de 3429 escolares e relataram prevalência de 10,82% de língua fissurada e 5,22% de eritema *Areata* migratório. Machado e Sampaio (1980) realizaram estudo em 1128 crianças e adolescentes de 07 a 15 anos de idade, a

prevalência de língua fissurada foi de 6,65% e a de eritema *Areata* migratório de 5,67%. Lofredo e Machado (1983) relataram prevalência de 1,45% de língua fissurada e 3,80% de eritema *Areata* migratório em 894 escolares. Sawyer et al. (1984) em 2203 escolares de 10 a 19 anos de idade relataram prevalência de língua fissurada em 0,8% e de eritema *Areata* migratório em 0,2% dos examinados. Sedano et al. (1989) realizaram um estudo em crianças e adolescentes de 05 a 14 anos e meio de idade e relataram prevalência de 15,7% de língua fissurada e 0,98% de eritema *Areata* migratório. Crivelli et al. (1990) investigaram 660 crianças e adolescentes de 03 a 13 anos de idade em relação às anomalias da língua. A prevalência de língua fissurada, foi de 0,45% e a de eritema *Areata* migratório 3,63%.

Aboyans e Ghaemmaghami (1973) relataram uma prevalência de 2,56% de língua fissurada em pacientes de 0 a 79 anos; 1,96% de língua fissurada entre escolares de 06 a 18 anos, foi relatado por Chosack et al. (1974), 2,6% de língua fissurada em 6090 escolares foi constatado por Ghose e Baghdady (1982). Bànòczy et al. (1993) em uma população de 7820 adultos composta de homens e mulheres, relataram 8,8% de língua fissurada . Kovac-Kovacic e Skaleric (2000) encontraram presença de língua fissurada em 21,1% da população estudada.

Halperin et al. (1953) encontraram ocorrência de 1,4% de eritema *Areata* migratório em 270 crianças. Entre universitários de 17 a 21 anos, a prevalência de eritema *Areata* migratório relatada foi de 1,15% (Meskin et al.,1963). Entre estudantes negros, Richardson (1968) encontrou uma prevalência de eritema *Areata* migratório de 1,08%. Gallina (1968) encontrou 2,87% de eritema *Areata* migratório em 3272 examinados. Redman (1970) constatou a prevalência de 1,4% de eritema *Areata* migratório em um grupo de 3600 escolares com idade variando entre 05 e 18 anos. Kleinman et al. (1994) examinaram crianças e adolescentes na faixa etária de 05 a 17 anos e observaram uma prevalência de eritema *Areata* migratório em 0,6% das pessoas pesquisadas.

A freqüência de língua fissurada relatada na literatura variou entre 0,45 e 21,1% e eritema *Areata* migratório entre 0,2 e 5,67%. Observa-se que os resultados são divergentes.

Portanto, mais estudos são necessários para verificação da real prevalência destas alterações e de seus fatores determinantes.

Segundo Witkop e Barros (1963); Chosack et al. (1974); Kulla-Mikkonen et al. (1988); Darwazeh e Pillai (1993); Bànòczy et al. (1993), a língua fissurada pode ser identificada em crianças, adolescentes e adultos, porém, a prevalência aumenta com a idade. No entanto, observamos discrepância nos resultados como por exemplo: Machado e Sampaio (1980) em 1128 crianças e adolescentes de 07 a 15 anos de idade, encontraram prevalência de 6,65%; Sawyer et al. (1984) em 2203 escolares de 10 a 19 anos de idade relataram uma prevalência menor (0,8%); entre escolares de 06 a 18 anos Chosack et al. (1974) relataram prevalência de 1,96%; Aboyans e Ghaemmaghami (1973) relataram uma prevalência de 2,56% em pacientes em sua maioria adultos (0 a 79 anos).

Várias condições têm sido associadas com a presença de eritema *Areata* migratório, entre elas o estresse, (Rahaminoff e Muhsan, 1957; Hume, 1975; Marks e Czany, 1984; Kullaa – Mikkonen, 1986; Sigal e Mocck, 1992). No entanto, apesar dos adolescentes examinados por nós viverem sob condições de estresse, a prevalência desta alteração foi de apenas 0,68%. Este resultado foi semelhante ao apresentado por Kleinman et al. (1994) (0,6%), apesar das condições da pesquisa e a faixa etária não terem sido as mesmas.

Anquiloglossia teve prevalência de 0,34% neste estudo, resultado diferente dos encontrados por Sedano (1975) que obteve prevalência de 0,1% em crianças e adolescentes de 6 a 15 anos de idade, por Sedano et al. (1989) que relataram prevalência de 0,83% em crianças e adolescentes de 05 a 14 anos e meio de idade e por Crivelli et al. (1990) que relataram prevalência de 1,98% em crianças e adolescentes de 03 a 13 anos de idade.

Investigando a prevalência de grânulos de Fordyce, Gorsky et al. (1986) observaram ocorrência da alteração em 94,9% dos examinados. Kovac-Kovacic e Skaleric (2000) encontrou uma prevalência de grânulos de Fordyce de 49,7% na população pesquisada. As populações estudadas por estes autores era composta principalmente por adultos. No presente estudo, a prevalência da alteração ocorreu em 22,07% dos examinados. Não encontramos na literatura, trabalhos sobre a prevalência desta condição exclusivamente em adolescentes, portanto, relatos de prevalência mais alta desta alteração em adultos, pode indicar uma relação com a idade. Quanto a prevalência da alteração, nosso resultado (17,41%) foi semelhante aos relatados por Cerri e Genovese (1991) que identificou, prevalência de 17,3%.

As fossetas da comissura labial são mais comuns em adultos (Sedano et al. 1989; Arendorf e Van Der Ross,1996). Em nossa pesquisa, encontramos uma prevalência de fosseta da comissura labial de 5,12%, resultado semelhante aos apresentados por Sedano et al. (1989) que realizaram um estudo em crianças e adolescentes de 05 a 14 anos e meio de idade, relatando prevalência de 5,28%. Estes autores observaram ainda que a alteração tende a aumentar com a idade. No entanto, Sawyer et al. (1984) relataram em população de maior faixa etária, (10 a 19 anos) uma prevalência menor (2,9%).

Sawyer et al. (1984) estudaram a prevalência de alterações da mucosa bucal em 2203 escolares de 10 a 19 anos de idade e encontraram 4,5% de torus palatino e 1,9% de torus mandibular. A prevalência relatada pelo autor foi semelhante a encontrada no presente estudo: torus palatino (4,10%) e torus mandibular (1,71%) e diferente da prevalência de torus palatino relatada por Sedano et al. (1989) que examinando crianças e adolescentes de 05 a 14 anos e meio de idade identificaram a alteração em 6,4% dos examinados.

De acordo com Axéll e Henricsson (1981) o leucoedema corre mais comumente em negros adultos com aproximadamente 90% de prevalência. Em nossos estudos a prevalência total de leucoedema ocorreu em 24,7% dos examinados. Quando a presença do leucoedema foi comparado com a cor da pele dos examinados, houve associação estatisticamente significativa (p=0,002), sendo esta alteração mais prevalente nos melanodermas com 39,0%. A discrepância nos resultados pode estar relacionada à critérios usados para o diagnóstico, à diferença de faixas etárias estudadas, à diversidade de grupos populacionais pesquisados e à fatores determinantes.

Eleutério (1969) realizou um estudo em 991 crianças e adolescentes entre 05 e 14 anos de idade, para a verificação de pigmentação melânica fisiológica. A freqüência encontrada na mucosa bucal das crianças e adolescentes da raça branca foi de 11,8 a 13,1% na raça amarela foi de 64 a 75,9% e nos de raça negra de 91,3 a 95%. O autor ressaltou que a pigmentação melânica fisiológica aumenta quantitativamente com a idade, embora o percentual da alteração por ele encontrado em adolescentes negros, já ter sido alta. Apesar das crianças e adolescentes estudadas por Eleutério (1969) terem faixa etária menor que a estudada por nós, a prevalência da alteração em negros foi maior quando comparada às do presente estudo (80,5%). Em relação aos adolescentes da raça branca o resultado foi semelhante aos apresentados nesta pesquisa (15,1%).

Os resultados apresentados neste trabalho nos leva a refletir sobre a importância de uma semiotécnica bem conduzida, alicerçada em conhecimentos amplos sobre as alterações e doenças que podem se manifestar na mucosa bucal. O comprometimento do cirurgião dentista com a determinação da prevalência das alterações bucais em adolescentes, particularmente naqueles que vivem confinados, o leva como profissional da área de saúde a planejar atendimento, individual ou coletivo, dessas populações.

Estes resultados poderão ainda servir de base para futuros estudos, sobre a prevalência de alterações da mucosa bucal e de seus determinantes, em populações semelhantes.

C O N C L U S Õ E S

7. O presente estudo nas condições que foram realizados permitiu nos as seguintes conclusões:

? A prevalência de lesões fundamentais e alterações da normalidade em adolescentes confinados, é diferente, das encontradas em populações de mesma faixa etária e em outro ambiente.

? A prevalência de adolescentes que não apresentaram lesão fundamental e alteração da normalidade foi de 14,7% (34/231).

? A prevalência de adolescentes que apresentaram lesão fundamental foi de 24,24% (56/231) e os que apresentaram alteração da normalidade foi de 78,35% (181/231).

? As lesões fundamentais mais prevalentes foram a placa com 32.81%, a erosão com 21,88% e a fissura com 18,75% e as alterações da normalidade mais encontradas foram a pigmentação melânica fisiológica com 44,71%, o leucoedema com 19,45% e os Grânulos de Fordyce com 17,41%.

? A prevalência de adolescentes que não apresentaram lesão fundamental e alteração da normalidade foi maior dentre aqueles que são leucodermas com 28,8%. Os que apresentaram maior prevalência de lesões fundamentais foram os leucodermas com 9,6%. Os que apresentaram maior prevalência de alterações da normalidade foram os melanodermas com 72,7% e os que apresentaram maior prevalência de lesões fundamentais e alterações da normalidade ocorrendo simultaneamente foram os feodermas com 19,8%.

? De acordo com a localização das lesões, a mucosa jugal foi o local mais acometido com 37,50%. Este aspecto permite aos profissionais, estabelecer junto aos menores programas de promoção de saúde como a realização de auto-exame da mucosa bucal nesta região.

A B S T R A C T

8. Abstract

In Brazil, the prevalence of oral alterations in infrators imprisoned adolescents wasn`t still known. The purpose of the present study was to verify the prevalence of oral mucosal alterations in imprisoned infrators adolescents either in the Internation Center Dom Bosco and Internation Center Santa Terezinha. A total of 231 adolescents, all of them males were examined. The ages with higer prevalence were from of 15-17 years (82,2%). Oral examinations were perfomed in a sequential procedure with natural light and universal biohazard safety procedures were observed. The Criteria used for clinical diagnostic of the lesions were the former proposed by SB 2000 (Brazil). *Kappa* statistic test presented 100% of intra-examiner agreement. The oral mucosal lesions prevalence was 27,70% and some adolescents presented two or more alteration at the same time. The prevalence of adolescents with lesions were 24,24%. The most frequent one was plaque (32,81%), mostly located on the buccal mucosa (66,7%). Were found 293 mucosal alterations. In 78.35% of the examined that show at least one alteration. The melanotic macule was the most common alteration. The data collected had been analyzed statistically, through Kruskall Wallis non-parametric test and the associations through Qui-Square test, considering significant level of 5%. Statistical significant difference was identified concerning between basic lesions and/or mucosal alterations and race (p=0,002) and skin colours and average number of the mucosal alteration (p=0,000) and the present of the melanotic macule and leukoedema and race (p=0.000 and p=0,002). There wasn`t any statistically significant difference between average number of the mucosal lesions and race (p=0,618).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

ABOYANS, V.; GHAEMMAGHAMI, A. The incidence of fissured tongue among 4009 Iranian dental outpacients *J. Oral Surg*., Chicago, v. 36, n. 1, p. 34-8, Jan., 1973.

ARENDORF, T.;VAN DER ROSS, R. Oral soft tissue lesions in a back pre-school South African population. *Comunity Dent. Oral Epidemiol.*, v. 24, n.4, p. 296-7, Aug. 1996.

AXÉLL, T.;HENRICSSON, V. Leukoedema- an epidemiologic study with special reference to the influence of tobacco habits. *Community Dent Oral Epidemiol.*, v.9, p. 142-46, 1981.

BÀNÒCZY, J.; RIGÓ, O.; ALBRECHT, M. Prevalence study of tongue lesions in a Hungarian population. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, Copenhagen, v.21, n.4, p.224-6, Aug. 1993.

BORGHELLI, R.F.; GAIG, D.H.; POLOCICHIO, J.; CENTOFANTI, M.H.; GAFNER, M. Aftas bucales: prevalência, história y nível sócio-econômico em poblaciones seleccionadas de Argentina. *Rev. Assoc. Argent*., Buenos Aires, v. 73, n.1, p. 12-4, Apr. 1985.

BOUQUOT, J. Common oral lesions found during a mass screening examination. *Am. Dent. Assoc.*, Chicago, v.112, n.1, p.50-7, Jan. 1986.

BREZINA, J.F. Patologia Odontoestomatologica em um estabelecimento correcional juvenil. *Bol. Asoc. Argent. Odontol. Ninos*, v.25, n.3, p.9-14, sept. 1996.

BROOKS, J.K.; BALCIUNAS, B.A. Geographic stomatitis: review of the literature and report of five cases. *J. Am. Dent. Assoc.*, Chicago, v. 115, n. 3, p. 412-4, Sept. 1987.

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

CASARIEGO, Z.; DRUT, R.; MICINQUEVICH, S. Frecuencia y Tipos de lesiones em um laboratório de patologia oral. *Odontol Bonaer*. V.17, n.52, p.6-7, abr. 1995.

CATALDO, E.; MOSADOMI, A. Mucoceles of the oral mucous membraene. *Arch Otolaryng*, v. 91, April 1970.

CERRI, A. ; GENOVESE, W.J. Alterações da mucosa bucal: estudo epidemiológico da sua prevalência em reeducandos do sistema penitenciário do Estado de São Paulo. RGO v.39, n.3, p.218-220, mai/jun 1991.

CHOSACK, A.; ZADIK, D.; EIDELMAN, E. Prevalence of scrotal tongue and geographic tongue in 70359 Israeli schoolchildren. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, Copenhagem, v. n. 5, p. 253-7, Oct.1974.

CRISPIM, A.S.S.; SAMPAIO, M.C.C. Língua geográfica: avaliação clínica e micologia. *Rev*. ABO nac, v.7, n. 2, p. 86-8, abr-mar. 1999.

CRIVELLI, M.R.; AGUAS, S.; QUARRACINO, C.; ADLER, I.; BRAUSNSTEIN, S. Prevalência de anomalias linguales em niños. *Rev. Assoc. Odont., Argent.* Buenos Aires, v.78, n.2, p.74-7, abr/jun. 1990.

CRIVELLI, M.R.; MUHLMANN, M.; ADLER, I.; CORNICELLI, J.C. Prevalencia de patologia bucal en niños. *Rev. Assoc. Odont. Argent*, Buenos Aires, v.74, n.3, p.81-2, June. 1986.

CRIVELLI, M.R.; AGUAS, S.; ADLER, I.; QUARRACINO, C.; BERZEQUE, P. Influence of socioeconomic status on oral mucosa lesion prevalence in schoolchildren. *Community Dent. Oral Epidemiol*, Copenhagem, v.16, n.1, p.58-60, Feb. 1988.

DARWAZEH, A. M.; PILLAI, K. Oral lesions in a Jordanian population. *Int Dent J* v. 48, n. 2, p. 84-8, Apr.1988.

DELANEY, J.E. Periodontal and soft-tissue abnormalities. *Dent. Clin. North Am.,* Philadelphia, v. 39, n. 4, p. 837-40, Oct. 1995.

DIAS-GUZMAN, L; CASTELLANOS, J.L. Lesions of the oral mucosa. Epidemiological Study of 1297 patients. *Rev*. ADM, v.48, n.2, p.75-80, Mexico, Mar-Apr. 1991.

DILLEY, D.C.; SIEGEL, M.A.; BUDNICK, S. Diagnosing and treating common oral pathologies. *Pediatr. Clin. North Am.,* Philadelphia, v. 38, n. 5, p. 1227-64, Oct. 1991.

DOMBI, C.; CZEGLEDY, A. Incidence of tongue diseases based on epidemiologic studies (review of the literature) *Forgov SZ*, v. 85, n. 11, p. 335-41, Nov. 1992.

ELEUTÉRIO, D. Contribuição para o estudo clínico da pigmentação melânica fisiológica intra-oral, em crianças selecionadas em três grupos étnicos distintos: branco, amarelo e negro. *Rev Fac. Farm. Odont. Araraquara,* Araraquara, v.3, n.1, p.19-47, jan./jun. 1969.

FENTON, L.J.; UNKEL, J.H. Viral infections of the oral mucosa in children: a clinical review. *Pract. Period. Aest. Dent.,* New York, v. 9, n. 6, p. 683-90, Aug. 1997.

GALLINA, L. Indagine clinico-statistica sulla frequenza della lingua scrotalle, della lingua geografica, della lingua near villosa, della glossite rombica mediana, dell´anquiloglossia e del torus palatinus in 3274 stomatopazienti. *Rass. Int. Stomat. Prat.,* v. 19, n. 4, p. 261-7. 1968.

GHOSE, L.J.; BAGHDADY, V.S. Prevalence of geographic and plicated tongue in 6090 Iraque schoolchildren. *Community Dent. Oral Epidemiol.* Copenhagem, v. 10, n. 4, p. 214-6, Aug. 1982.

GORSKY, M.; BUCHNER, A.; FUNDOIANU-DAYAN, D.; COHEN, C. Fordyce´s granules in the oral mucosa of adult Israeli jews. *Community Dent. Oral Epidemiol.* V. 14, n. 4, p. 231-2, Aug. 1986.

HALPERIN, V.; KOLLAS, S.; JEFFERIS, K.R.; HUDDLESTON, S.O.; ROBINSON, H.B. G. The occurrence of Fordyce spots, benign migratory glossitis, median rhomboid golssitis and fissured tongue in 2478 dental patients. *J. Oral Surg.,* Chicago, v. 6, n. 6, p. 1072-7. 1953.

HARRISON, J.D. Salivary mococeles. *J. Oral Surg.* Chicago, v. 39, n. 2, p. 268-78, Feb. 1975.

HOOLEY, J.R. The infants mouth. *J. Am. Dent. Assoc.*, Chicago, v.75, n.1, p.95-103, July 1967.

HUME, W.J. Geographic stomatitis: a critical review. *J. Dent*., Kidlington, v. 3, n.1, p. 25-43, Jan. 1975.

KATZ, J.; CHAUSHU, G.; PERETZ, B. Recurrent oral ulcerations associated with recurrent herpes labialis – Two distinct entities? *Community Dent Oral Epidemiol.* v.29, n.4, p.260-3, Aug. 2001.

KLEINMAN, D.V.; SWANGO, P.A.; NIESSEN, L.C. Epidemiologic studies of oral mucosal conditions: methodologic issues. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, Copenhagem, v.19, n.3, p.129-40, June 1991.

KLEINMAN, D.V.; SWANGO, P.A.; PINDBORG, J.J. Epidemiology of oral mucosal lesions in United States schoolchildren: 1986-87. *Community Dent. Oral Epidemiol.* Copenhagem, v.22, n.4, p.243-53, Aug. 1994.

KOVAC-KOVACIC, M.; SKALERIC, V. The prevalence of oral mucosal, lesions in a population in Ljublyana Slovenia. *J Oral Pathol. Med* v.29, n.7, p.331-5, Aug. 2000.

KULLAA-MIKKONEN, A. Familial study of fissured tongue. *Scand. J. Dent.*, Copenhagem, v. 96, n. 4, p. 366-75, Aug. 1988.

KULLAA-MIKKONEN, A. Studies on lingua fissurata. *Proc. Finn. Dent. Soc.*, Helsinki, v. 82, suppl. 4, p. 1-48. 1986.

KULLAA-MIKKONEN.A ; MIKKONEN, M.; KOTILAINEN, R. Prevalence of different morphologic forms of human tongue in young Finns. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v. 53, n.2, p.152-6, Feb. 1982.

LOFREDO, L.C.M.; MACHADO, J.A.C. Prevalência da língua geográfica, língua fissurada e glossite rombóide mediana, em escolares de Ibaté-SP, no ano de 1980. *Rev Odont. UNESP*, São Paulo, v. 12, n.1/2, p. 71-5. 1983.

LUKER, J.; SCULLY, C. Pediatric Oral Medicine: 5. The oral mucosa (i). *Dent. Uptade*, v. 15, n. 7, p. 292-4, 296-8, Sept. 1988.

MACHADO, J.A.C.; SAMPAIO, J.C.A. Prevalência de lengua geográfica, lengua fisurada y glositis rômbica mediana en niños escolares del municipio de Araraquara, Brasil. *Rev Assoc. Latinoam. Fac. Odont.*, v. 15, n. 1, p. 15-8. 1980.

MAIA, D.M.F.; MERLY, F.; CASTRO, W.H.; GOMEZ, R.S. A survey of oral biopsies in Brazilian pediatrics patients. ASDC J. Dent. Child., Chicago, v. 67, n. 2, p. 128-31, Mar/April. 2000.

MARKS, R.; CZARNY, D. Geographic tongue: sensitivity to the environment. *J. Oral Surg.*, Chicago, v. 58, n. 2, p. 156-9, Aug. 1984.

MESKIN, LH.; REDMAN, R.S.; GORLIN, R.J. Incidence of geographic tongue among 3668 students t the University of Minnesota. *J. Dent. Res.,* Washington, v. 42, n. 3, p. 895, May/June. 1963.

NAIR, R.G.; SAMARANAYAKE, L.P.; PHILIPSEN, R.G.B. Prevalence of oral lesions in a selected Vietnamese population. *Int. Dent. J.,* London, v.46, n.1, p 48-51, Feb. 1996.

NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. *Oral & Maxillofacial Pathology*. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1995. 705p.

PEREIRA, M.G. *Epidemiologia: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1995. 596p.

PIRES, M.; GOMEZ, R.S. Cistos de glândula salivar: avaliação clinica e histológica. *Rev Arquivos Centro de Estudos do Curso de Odontologia,* Belo Horizonte, v. 32, n. 2, p. 78-83, jul./dez. 1996.

PUGLIESE, N.S.; ARAUJO, V.C.; BIRMAN, E.G.; ARAUJO, N.S. Prevalência da língua geográfica, língua fissurada, língua pilosa e da glossite mediana rômbica em escolares do município de São Paulo. *Rev. Fac. Odontol. São Paulo,* São Paulo, v. 10, n. 2, p. 139-42, jul/dez. 1972.

RAHAMIMOFF, P.; MUHSAM, H.V. Some observations on 1.246 cases of geographic tongue. *Am. J. Dis. Child.,* Chicago, v. 93, p. 519-25, May. 1957.

REDMAN, R.S. The prevalence of geographic tongue, fissured tongue, median rhomboid glossitis, and hairy tongue among 3611 Minnesota school children. *J. Oral Surg.,* Chicago, v. 30, n. 3, p. 390-5, Sept. 1970.

RICHARDSON, E.R. Incidence of geographic tongue and median rhomboid glossitis in 3319 Negro college students. *J. Oral Surg.,* Chicago, v. 26, n. 5, p. 623-5, Nov. 1968.

SAWYER, R.D.; RAIWO, E.O.; MOSADOMI, A. Oral anomalies in Nigerian children. *Community Dent. Oral Epidemiol.,* Copenhagem, v. 12, n. 6, p. 269-73, Dec. 1984.

SB 2000 - Ação Complementar - Prevalência de fatores de risco - lesões cancerizáveis e câncer da boca - Minas Gerais.

SCHAUMANN, B.F.; PEAGLER, F.D.; GORLIN, R.J. Minor craniofacial anomalies among a Negro population. *J Oral Surg.,* Chicago, v. 29, n. 5, p. 729-34, May. 1970.

SEDANO, H.O. Congenital oral anomalies in Argentinian children. *Community Dent Oral Epidemiol.,* Copenhagem, v.3, n.2, p.61-3, Mar. 1975.

SEDANO, H.O.; CARREON FREYRE, I.; GARZA, de la GARZA. M.L.; GOMAR FRANCO, C.M.; GRIMALDO HERNANDEZ, C.; HERNADES MONTOYA, M.E.; HIPP, C.; KEENAN, K.M.; MARTINEZ BRAVOS, J.; MEDINA LÓPEZ, J.A. Clinical orodental abnormalities in Mexican children. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* St. Louis, v. 68, n. 3, p. 300-11, Sept. 1989.

SICHER, H.; DUBRUL, E.L. Anatomia Bucal. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1977. 511p.

SIGAL, M.J.; MOCK, D. Syntomatic benign migratory glossitis: report of two cases and literature review. *Pediatr. Dent.,* Chicago, v. 14, n. 6, p. 392-6, Nov./Dec. 1992.

SKINNER, R.L.; DAVENPORT, W.D.; WEIR, J.C. CARR, R.F. A survey of biopsed oral lesions in pediatric dental patients. *Pediatr. Dent.,* Chicago, v. 3, n. 8, p. 163-7, June. 1986.

SUMMERSGILL, K.F.; SMITH, E.M.; LEVY, B.T.; ALLEN, J.M.; HAUGEN, T.H.; TURER, L.P. Human papillomavirus in the oral cavities of children and adolescents. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol ,Oral Radiol Endod.,* St. Louis, v. 91, n. 1, p. 62-9, Jan. 2001.

TOMMASI, A.F. Diagnóstico em Patología Bucal, 2 ed. São Paulo, Pancast, 1989.

VAN WYK, C.W.; STAZ, J.; FARMAN, A.G. The chewing lesion of the cheeks and lips: its features and prevalence among a selected group of adolescents. *J. Dent.,* Kidlington, v.5, n.3, p.193-9. 1977.

WEIR, J.C.; DAVENPORT, W.D.; SKINNER, R.L. A diagnostic and epidemiologic survey of 15.783 oral lesions. *J. Am. Dent. Assoc.,* Chicago, v.115, n.3, p.439-42, Sept. 1987.

WITKOP, C.J.; BARROS, L. Oral and genetic studies of Chileans 1960. I-Oral anomalies. *Amer. J. Phys. Anthrop.,*v. 21, p. 15-24. 1963.

A N E X O S

ANEXO A

Formulário No _____

PARTE (I) Nome: _____

Data de nascimento: _____/_____/_____ Idade: _____

Cor: ( ) Leucoderma ( ) Melanoderma ( ) Feoderma

PARTE (II) Exame Objetivo:

Lesões Fundamentais:

1. Mácula	( ) ( )	1- Semimucosa labial superior
2. Placa	( ) ( )	2- Mucosa labial superior
3. Nódulo	( ) ( )	3- Mucosa alveolar superior
4. Pápula	( ) ( )	4- Gengiva e rebordo superior
5. Vesícula	( ) ( )	5- Palato duro
6. Bolha		6- Palato mole
7. Erosão		7- Orofaringe
8. Úlcera		8- Dorso da língua
9. Fissura		9- Bordas laterais da língua
10. Pseudomembranosa		10- Ventre lingual
11. Hiperplásica		11- Assoalho bucal
		12- Gengiva e rebordo inferior
		13- Mucosa alveolar inferior
		14- Mucosa jugal direita/esquerda
		15- Mucosa labial inferior
		16- Semimucosa labial inferior
		17- Comissuras labiais

PARTE (III) Conduta:

Dispensa por ausência de alterações da mucosa bucal clinicamente detectáveis;

Encaminhamento para a clínica de Estomatologia da Fac. de Odontologia da PUC-MG;

Outra: _____

PARTE(IV) Alterações da Normalidade:

( ) Anquiloglossia

( ) Eritema areato migratório

( ) Fossetas da comissura labial – lado: _____

( ) Grânulos de Fordyce

( ) Leucoedema

( ) Língua fissurada

Adaptado da *Ação Complementar – Prevalência de fatores de risco – lesões cancerizáveis e câncer de boca – Minas Gerais – 2000.*

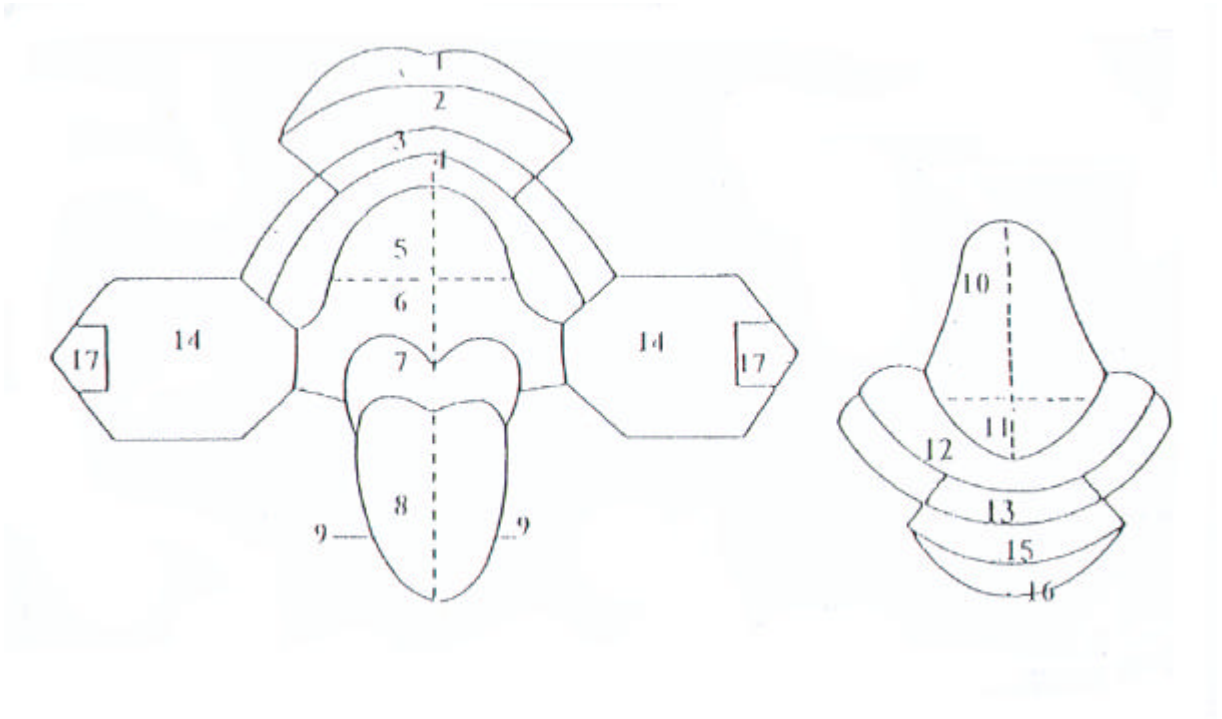
ANEXO B

GUIA DE ENCAMIHAMENTO PARA CONSULTA ESTOMATOLÓGICA

Ecaminhamos o adolescente----------
cumprindo medidas sócio educativas no----------
a clínica de Estomatologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais para avaliação e conduta estomatológica

O tipo de lesão e a localização anatômica encontram-se no diagrama abaixo:

1. mácula ( )
2. placa ( )
3. nódulo ( )
4. pápula ( )
5. vesícula ( )
6. bolha ( )
7. erosão ( )
8. úlcera ( )
9. fissura ( )
10. pseudomenbrana ( )
11. hiperplásica ( )



Legenda:

1 - semimucosa labial superior
2 – mucosa labial superior
3 – mucosa alveolar superior
4 – gengiva e rebordo superiores
5 – palato duro
6 – palato mole
7 – orofaringe
8- dorso da língua
9 – bordas laterais da língua
10 – ventre da língua
11 – assoalho bucal
12 – gengiva e rebordo inferiores
13 – mucosa alveolar inferior
14 – mucosa jugal direita / esquerda
15 – mucosa labial inferior
16 – semimucosa labial inferior
17 – comissuras labiais

ANEXO C

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Faculdade de Odontologia

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Belo Horizonte, janeiro de 2003.

O exame da boca é importante para a verificação da presença de feridas ou de alterações de cor, forma ou tamanho das estruturas bucais tais como: lábios, língua, gengiva, palato, bochecha e a orofaringe. Essas alterações podem indicar a presença de doenças da boca ou doenças sistêmicas que tem manifestação na boca.

O objetivo da pesquisa é saber se os adolescentes intitucionalizados no Centro de Internação Provisória Dom Bosco (CEIP) e Centro de Integração do Adolescente Santa Terezinha (CIA BH), apresentam alterações e doenças da boca. Gostaríamos de poder contar com sua colaboração esclarecendo que:

01. A pesquisa consiste em preenchimento de um questionário, contendo nome, raça, idade e exame clínico da boca dos adolescentes.
02. O exame será devidamente explicado a cada adolescente e só serão examinados aqueles que concordarem.
03. O exame é muito simples não acarretando nenhum risco e custo para os adolescentes.
04. Será usado material descartável, individual (espátula de madeira, gaze e luvas).
05. Os examinadores são dentistas, pesquisadores e estão aptos a realizar o exame.
06. As informações referentes aos adolescentes serão sigilosas, portanto, nos resultados da pesquisa não será divulgada a identidade dos menores.
07. Os participantes poderão, a qualquer momento, desistir de fazer parte da pesquisa, sem prejuízo do tratamento estomatológico.
08. Cada adolescente poderá contar com atendimento gratuito, relativo às lesões da mucosa bucal, na clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da PUC MG.
09. Essa pesquisa deverá ser aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

Desde já agradecemos a colaboração,
RAMON ALUANE HIPÓLITO

Menor ----------

Consentimento: ----------
SAMESE
DIRETOR DA ENTIDADE DE ABRIGO

OBS: De acordo com o artigo 92 parágrafo único, do Estatuto da Criança e do Adolescente, "o dirigente de entidade de abrigo é equiparado ao guardião, para todos os efeitos de direito"

ANEXO F

ALTERAÇÕES DA MUCOSA BUCAL ENCONTRADA NOS ADOLESCENTES

NÚMERO DO EXAMINADO	LESÃO FUNDAMENTAL	ALTERAÇÃO DA NORMALIDADE
1.		Pigmentação melânica fisiológica
2.		Pigmentação melânica fisiológica, língua fissurada
3.		Pigmentação melânica fisiológica
4.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema
5.	-	-
6.	-	-
7.	-	-
8.	-	-
9.	-	-
10.	-	-
11.	-	-
12.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema
13.		Pigmentação melânica fisiológica
14.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema
15.		Pigmentação melânica fisiológica
16.		Grânulos de Fordyce
17.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema
18.		Pigmentação melânica fisiológica
19.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema, Grânulos de Fordyce
20.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema, Grânulos de Fordyce
21.		Pigmentação melânica fisiológica
22.		Pigmentação melânica fisiológica
23.		Pigmentação melânica fisiológica
24.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema
25.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema
26.	Placa	Grânulos de Fordyce
27.	Placa	Pigmentação melânica fisiológica, Grânulos de Fordyce
28.	Placa	Pigmentação melânica fisiológica
29.	Placa	Pigmentação melânica fisiológica
30.	Erosão	Pigmentação melânica fisiológica, Grânulos de Fordyce
31.	Erosão	Pigmentação melânica fisiológica, fossetas
32.	Fissura	Pigmentação melânica fisiológica
33.	Erosão, fissura	Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema
34.	Fissura(2)	
35.		Pigmentação melânica fisiológica
36.		Pigmentação melânica fisiológica
37.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema
38.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema
39.		Pigmentação melânica fisiológica
40.		Pigmentação melânica fisiológica, Grânulos de Fordyce
41.		Língua fissurada
42.	Úlcera	
43.		Grânulos de Fordyce
44.		Pigmentação melânica fisiológica
45.		Leucoedema
46.	-	-
47.	-	-
48.		Pigmentação melânica fisiológica
49.		Língua fissurada

50.		Pigmentação melânica fisiológica
51.		Fosseta, Grânulos de Fordyce
52.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema
53.	Erosão	Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema
54.	Placa, fissura	Pigmentação melânica fisiológica
55.	Placa, nódulo	Fosseta, Língua fissurada, pigmentação melânica fisiológica
56.	Nódulo	
57.		Língua fissurada, pigmentação melânica fisiológica
58.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema
59.		Língua fissurada, Grânulos de Fordyce
60.		Pigmentação melânica fisiológica
61.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema
62.		Língua fissurada, pigmentação melânica fisiológica
63.		Grânulos de Fordyce
64.	Pápula	Torus mandibular e palatino, pigmentação melânica fisiológic Grânulos de Fordyce
65.	-	-
66.	Pápula	
67.	Úlcera, fissura	Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema
68.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema, Grânulos de Fordyce
69.		leucoedema
70.		Pigmentação melânica fisiológica, Grânulos de Fordyce
71.		Pigmentação melânica fisiológica
72.		Pigmentação melânica fisiológica
73.	Placa	
74.	Placa	Fosseta
75.	Placa	Pigmentação melânica fisiológica
76.	Fissura	Leucoedema
77.	Fissura	Pigmentação melânica fisiológica
78.	Nódulo	
79.	Nódulo	
80.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema, fosseta
81.		Grânulos de Fordyce
82.	Placa	Pigmentação melânica fisiológica
83.	Placa	
84.	Placa	
85.	Erosão	
86.	Erosão	Fosseta
87.	Nódulo, erosão	Pigmentação melânica fisiológica
88.	Nódulo	Pigmentação melânica fisiológica
89.		Grânulos de Fordyce
90.		Grânulos de Fordyce
91.		Fosseta, leucoedema
92.		Grânulos de Fordyce
93.		Pigmentação melânica fisiológica
94.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema, fosseta
95.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema, Grânulos de Fordyce
96.		Leucoedema
97.		Leucoedema
98.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema
99.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema
100.		Pigmentação melânica fisiológica, língua fissurada, Grânulos d Fordyce
101.		Pigmentação melânica fisiológica, fosseta

102.		Pigmentação melânica fisiológica
103.	Erosão(2)	
104.	Úlcera	Grânulos de Fordyce
105.	Úlcera	Pigmentação melânica fisiológica, Leucoedema
106.		
107.		Pigmentação melânica fisiológica
108.		Pigmentação melânica fisiológica, Fosseta
109.	-	Pigmentação melânica fisiológica, Grânulos de Fordyce
110.	-	-
111.	-	-
112.	-	-
113.		Fosseta
114.		Grânulos de Fordyce
115.		Pigmentação melânica fisiológica, língua fissurada
116.		Úvula bífida
117.		Pigmentação melânica fisiológica
118.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema
119.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema, Grânulos de Fordyce
120.		Pigmentação melânica fisiológica, Grânulos de Fordyce
121.		Grânulos de Fordyce, torus palatino, Leucoedema
122.		Grânulos de Fordyce
123.		Pigmentação melânica fisiológica
124.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema, Grânulos de Fordyce
125.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema, Grânulos de Fordyce
126.	Placa	Eritema Areata migratório, Grânulos de Fordyce, língua fissurada
127.	Placa	
128.	Placa	
129.	Erosão	Eritema Areata migratório, Grânulos de Fordyce, língua fissurada
130.	Erosão	Pigmentação melânica fisiológica
131.	Fissura	Fosseta, Grânulos de Fordyce
132.	Fissura	
133.	Fissura(2)	Torus palatino, Grânulos de Fordyce
134.	Nódulo	Língua fissurada
135.		Pigmentação melânica fisiológica
136.		Pigmentação melânica fisiológica, língua fissurada
137.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema
138.	Úlcera	Pigmentação melânica fisiológica, torus palatino
139.		Leucoedema
140.	-	Pigmentação melânica fisiológica
141.	Placa	-
142.	-	Pigmentação melânica fisiológica
143.	-	-
144.	-	-
145.	-	-
146.	-	-
147.	-	-
148.	Erosão	-
149.	Erosão	
150.	Nódulo	Leucoedema, Grânulos de Fordyce
151.		Grânulos de Fordyce
152.		Anquiloglossia, Pigmentação melânica fisiológica, Leucoedema
153.		Torus palatino
154.		Pigmentação melânica fisiológica, Grânulos de Fordyce

155.		Pigmentação melânica fisiológica, Grânulos de Fordyce
156.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema, Grânulos de Fordyce
157.		Grânulos de Fordyce
158.		Pigmentação melânica fisiológica
159.		Pigmentação melânica fisiológica
160.		Pigmentação melânica fisiológica
161.		Torus mandibular, Leucoedema
162.		Pigmentação melânica fisiológica
163.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema
164.		Pigmentação melânica fisiológica
165.		Pigmentação melânica fisiológica, Grânulos de Fordyce
166.		Língua fissurada
167.		Grânulos de Fordyce
168.		Pigmentação melânica fisiológica, Grânulos de Fordyce
169.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema
170.		Pigmentação melânica fisiológica, língua fissurada
171.	-	Pigmentação melânica fisiológica, Grânulos de Fordyce
172.	-	-
173.	-	-
174.	-	-
175.	-	-
176.	-	-
177.	Placa	-
178.	Placa	
179.	Erosão	Pigmentação melânica fisiológica
180.	Nódulo	Pigmentação melânica fisiológica
181.	Nódulo	Pigmentação melânica fisiológica
182.		Pigmentação melânica fisiológica
183.		Pigmentação melânica fisiológica
184.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema
185.		Pigmentação melânica fisiológica, língua fissurada, Grânulos d Fordyce
186.		Pigmentação melânica fisiológica, torus palatino, Grânulos de Fordyce
187.		Pigmentação melânica fisiológica, fosseta
188.		Leucoedema
189.		Grânulos de Fordyce
190.		Pigmentação melânica fisiológica, Grânulos de Fordyce
191.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema, Grânulos de Fordyce
192.		Grânulos de Fordyce
193.		Pigmentação melânica fisiológica
194.		Pigmentação melânica fisiológica
195.		Pigmentação melânica fisiológica, fosseta
196.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema
197.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema
198.		Leucoedema
199.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema
200.		Pigmentação melânica fisiológica
201.		Leucoedema
202.	Placa	Pigmentação melânica fisiológica
203.		Leucoedema, torus palatino e mandibular
204.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema
205.		Pigmentação melânica fisiológica, torus palatino
206.		Pigmentação melânica fisiológica
207.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema

208.		Pigmentação melânica fisiológica, torus palatino
209.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema
210.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema, torus palatino
211.		Pigmentação melânica fisiológica, leucoedema
212.		Torus palatino
213.		Pigmentação melânica fisiológica
214.		Língua fissurada
215.		Língua fissurada
216.		Grânulos de Fordyce
217.		Pigmentação melânica fisiológica
218.		Pigmentação melânica fisiológica
219.		Pigmentação melânica fisiológica, fosseta, torus palatino
220.		Pigmentação melânica fisiológica
221.	-	Torus mandibular
222.	-	-
223.	-	-
224.	-	-
225.	-	-
226.	-	-
227.	-	-
228.		-
229.	Placa	Pigmentação melânica fisiológica
230.	Placa	Pigmentação melânica fisiológica
231.		Grânulos de Fordyce