

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

VINÍCIUS SAMPAIO ALVES DE FIGUEIREDO

**ESTUDO RETROSPECTIVO DE LEUCOPLASIAS ORAIS NO SERTÃO
PARAIBANO**

**PATOS/PB
2016**

VINÍCIUS SAMPAIO ALVES DE FIGUEIREDO

**ESTUDO RETROSPECTIVO DE LEUCOPLASIAS ORAIS NO SERTÃO
PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado à Coordenação do Curso de
Odontologia da Universidade Federal de
Campina Grande – UFCG, como parte
dos requisitos para obtenção do título de
Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Cyntia Helena Pereira de Carvalho

**PATOS/PB
2016**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

F475e Figueiredo, Vinícius Sampaio Alves de
 Estudo retrospectivo de leucoplasias orais no sertão paraibano / Vinícius
 Sampaio Alves de Figueiredo. – Patos, 2016.
 40f.

 Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal
 de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2016.

 "Orientação: Profa. Dra. Cyntia Helena Pereira de Carvalho".

Referências.

1. Câncer oral. 2. Diagnóstico. 3. Leucoplasia bucal. I. Título.

CDU 616.314-084

VINÍCIUS SAMPAIO ALVES DE FIGUEIREDO

**ESTUDO RETROSPECTIVO DE LEUCOPLASIAS
ORAIS NO SERTÃO PARAIBANO**

Trabalho de conclusão de curso (TCC)
apresentado à coordenação do Curso
de Odontologia da Universidade
Federal de Campina Grande – UFCG
como parte dos requisitos para
obtenção do título de Bacharel em
Odontologia

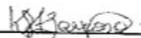
Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Cyntia Helena
Pereira de Carvalho

Aprovado em: 06/10/2016

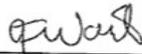
BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Dr^ª. Cyntia Helena Pereira de Carvalho - Orientadora
Universidade Federal de Campina Grande



Prof^ª. Dr^ª. Keila Mártha Amorim Barroso – 1º Membro
Universidade Federal de Campina Grande



Prof. Dr. George João Ferreira do Nascimento – 2º Membro
Universidade Federal de Campina Grande

Dedico este trabalho a Deus, pois sem Ele nada podemos fazer, a meus amados pais, Valdemar Figueiredo e Itamara Sampaio, que são meus alicerces e estímulos em todos os momentos e a minha irmã Roberta por seu companheirismo.

AGRADECIMENTOS

Sobretudo, agradeço a Deus pois não há palavras que possam descrever toda sua bondade e graça para comigo todos os dias, sem Ele nada disso aconteceria nem faria sentido. A Maria, por sua fiel intercessão.

Em especial, agradeço aos meus pais, Valdemar e Itamara, que me compreenderam, apoiaram e fizeram tudo se tornar possível. Obrigado por todo amor, por insistirem e acreditarem nos meus sonhos, sou extremamente grato por todo empenho de vocês na minha formação.

A minha irmã Roberta, por ser tão presente e amiga de todas as horas.

A minha família, pois ela é o bem mais precioso que tenho.

Principalmente a meus avós maternos, Josefa e Manoel, e meus avós paternos, Valdomiro e Raimunda, que amo incondicionalmente. A eles que não com palavras mostraram-me a humildade, o compromisso e a honestidade.

Aos meus padrinhos, Ivaneidy e Eduardo, que com conselhos e apoio presencial forneceu a minha dura jornada a motivação, o amor e proteção. Ao construírem o pilar do consolo, do respeito e do carinho, edificaram filhos cheios de amor e honrosos por tê-los como exemplo de vida, a serem seguidos e a serem compartilhados. Meus sinceros agradecimentos.

Aos meus tios e primos por todo o apoio oferecido.

A Wirllers Araújo, pelo seu olhar de apoio, sua palavra de incentivo, seu gesto de compreensão e sua atitude de segurança. A você, que ofereceu sempre o melhor que pudera dar. Obrigado por se fazer presente sempre desde que entraste em minha vida.

A minha dupla de sempre, Lorena, obrigado por enxergar em mim o que eu mesmo muitas vezes não vi. Obrigado por sempre me fazer querer mais. Seu companheirismo e sua amizade foram de suma importância durante toda esta jornada. Ainda não acabou aqui, ainda tem muito mais por vir.

A Luiz Eduardo, o irmão de alma, de sonhos e histórias vividas.

Aos amigos que a graduação me deu de presente: Jéssica, Isabella, Ana Katarina, Mayara, Mariana Gil, Mariana Cavalcanti, Thaynan, agradeço pela amizade conquistada, pelos momentos vividos jamais esquecidos. Agora não apenas amigos na vida, somos amigos de profissão. Aos amigos que ao longo da vida Deus fez questão de ofertar: Ana Carla, Vinícius, Jozelly, João, Jhonnatta, Thiago Barros, André, Ronalde, Thiago Figueiredo, Ricardo, Érica, Lucas, Jéssica. Essa vitória comemoro com vocês.

Aos amigos que compõe os “MURROS”: Landara, Thays, Maria Eugênia, Rayssa, Rodolfo, Roberta, Narjara, Marisley, em especial José Klidenberg, Luan Éverton, Manoela, Gabriella e Mariana Xerez, agradeço de coração pela fonte de alegria, apoio, crescimento e cumplicidade.

Aos meus amigos do “ANTRO”: Rafael Bruno, Francisco Reinaldo, Felipe Santiago, Moisés Medeiros, Cíntia de Oliveira, Lívio, Júnior Campos, Rafael Leal, Rodrigo, Bruno Caldas, que me fazem perceber que não só de sangue nasce a confiança e a irmandade.

A minha estimada orientadora Prof^a. Dr^a. Cyntia Helena Pereira de Carvalho, pela direção prestada e incentivo à realização desta pesquisa. Transmitindo-me tanta sabedoria e depositando em mim tamanha confiança. Pelos conselhos, respeito, amizade, paciência e disponibilidade em todos os momentos.

Aos membros da banca Prof^a. Dr^a. Keila Martha Amorim Barroso e Prof. Dr. George João Ferreira do Nascimento pela disponibilidade fornecida e orientações na defesa deste trabalho.

Aos meus brilhantes mestres. Carregarei na bagagem da vida o ensinamento eterno de vocês. Grandes e nobres, pois os seus ensinamentos lapidaram os conhecimentos em cada momento da minha vida.

Aos funcionários da Clínica de Odontologia da UFCG e dessa Instituição, em especial a Damião, Poliana, Neuma e Diana pela disponibilidade prestada mesmo quando não ao exercício de sua função, pela amizade e carinho sempre ofertado.

Aos pacientes que, por muitas vezes, falaram de vossas vidas de um modo peculiar, dividiram seus anseios mais profundos e depositaram em minhas mãos a confiança e a esperança da cura. Hoje, em respeito a tudo que representaram, quero compartilhar este mérito com vocês

que, sem dúvidas, foram responsáveis pelo meu crescimento pessoal e profissional. Meu eterno sentimento de gratidão.

A todos, é de coração que eu lhes digo: Muito Obrigado!

*“Conheça todas as teorias,
domine todas as técnicas,
mas ao tocar uma alma humana,
seja apenas outra alma humana.”*

Carl Jung

RESUMO

INTRODUÇÃO: Lesões brancas na cavidade oral são um achado comum, é preciso fazer o diagnóstico correto das leucoplasias orais, excluindo todas as outras lesões brancas que não são potencialmente malignas. A leucoplasia é uma lesão potencialmente maligna e seu termo deve ser utilizado para identificar placas brancas na mucosa oral. **OBJETIVO:** Realizar um estudo retrospectivo das leucoplasias orais diagnosticadas na Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande. **METODOLOGIA:** Foi realizada uma análise nos prontuários dos pacientes arquivados na Clínica-Escola no período de outubro de 2012 a junho de 2016. Onde foram coletadas informações epidemiológicas e clinicopatológicas como sexo, idade, cor de pele, localização da lesão, diagnóstico histopatológico, saúde geral, tratamento realizado da lesão e hábito nocivos. Os resultados obtidos foram digitados em planilha eletrônica onde foram feitas as devidas análises descritivas. **RESULTADOS:** De um total de 2480 prontuários, foram encontrados 30 pacientes com leucoplasia, revelando uma prevalência de 1,21%. Destes pacientes com leucoplasia a maioria eram mulheres (n=18; 60%), cuja média de idade está em torno da quinta década de vida, onde mais da metade possuem hábitos nocivos, tais como tabagismo e/ou etilismo (76,5%). Dentre os diagnósticos histopatológicos, foi observado que a maioria foi de hiperqueratose (47%) seguido por displasia epitelial leve (33,5%). **CONCLUSÃO:** A prevalência encontrada está dentro dos índices mundiais e nesta população foi encontrada em pacientes que fumavam e/ou bebiam. O presente estudo ainda verificou uma grande evasão por parte dos pacientes que pode estar relacionado com falha dos profissionais no atendimento e tratamento desses pacientes, bem como, nas dificuldades sociais peculiares de cada região.

Descritores: Câncer oral. Diagnóstico. Leucoplasia bucal.

ABSTRACT

INTRODUCTION: White lesions in the mouth are a common finding, we need to make the correct diagnosis of oral leukoplakia, excluding all other white lesions that are not potentially malignant. The leukoplakia is a potentially malignant lesion and its term should be used to identify white plates on the oral mucosa. **PURPOSE:** To conduct a retrospective analysis of oral leukoplakia diagnosed at the Dental School of the Federal University of Campina Grande. **METHODS:** A survey was done in patients' medical records filed at the Dental School from October 2012 to June 2016. For this, epidemiological and clinicopathological information of all patients in the dental school was collected, as gender, age, skin color, lesion location, histopathological diagnosis, general health, treatment done and harmful habits. The results were entered into spreadsheet where appropriate descriptive analyzes were made. **Results:** From a total of 2480 records were found 30 patients with leukoplakia, revealing a prevalence of 1.21%. Of these patients with leukoplakia most were women (n = 18; 60%), whose average age is around the fifth decade of life, where more than half have harmful habits such as smoking and / or alcohol abuse (76.5%). Among histopathological diagnoses, it was observed that the majority were hyperkeratosis (47%) followed by low-grade epithelial dysplasia (33.5%). **CONCLUSION:** The prevalence is within the worldwide rates and in this population was found in patients who smoked and / or drank. This study also found a great evasion by patients, who may be related to failure of the professionals in the care and treatment of these patients, as well as the peculiar social problems of each region.

Keywords: Oral Cancer. Diagnosis. Oral Leukoplakia.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
2.1 LEUCOPLASIA ORAL: EPIDEMIOLOGIA, ASPECTOS CLÍNICOS E HISTOPATOLÓGICOS.....	13
2.2 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS LEUCOPLASIAS ORAIS	15
REFERÊNCIAS	17
3 ARTIGO.....	20
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
APÊNDICE A	34
ANEXO A.....	35

1 INTRODUÇÃO

A leucoplasia é uma lesão potencialmente maligna e seu termo deve ser utilizado para identificar placas brancas na mucosa oral, excluindo-se outras doenças ou condições conhecidas, a exemplo do líquen plano, leucoedema, candidíase e que não possuem potencial aumentado de transformação maligna (LEE et al., 2006; WARNAKULASURYA et al., 2008).

A leucoplasia oral é uma lesão branca da mucosa oral que afeta cerca de 0,2 a 4,9% da população em geral, sendo homens e leucodermas mais prevalentes (LEE et al., 2006). A prevalência dessa lesão é proporcional ao aumento de idade, varia de menos de 1% em homens de até 30 anos para 8% nos homens e 2% nas mulheres maiores de 70 anos (KUMAR et al., 2013).

Apesar de seu caráter potencialmente maligno ser incontestável, o índice de transformação maligna das leucoplasias orais não pode ser definido com precisão baseado nos dados da literatura (BSOUL; HERBER; TEREZHALMY, 2005). Van der Waal, 2014, relata que a taxa de evolução da leucoplasia para o carcinoma epidermóide é de 2% a 3%. A leucoplasia oral tem predileção pela mucosa jugal, mucosa alveolar e lábio inferior, entretanto, quando a leucoplasia se encontra localizada em assoalho de boca e borda lateral de língua há uma associação a um risco maior de evolução para o carcinoma, com taxa de evolução de aproximadamente de 43% (MARTORELL-CALATAYUD et al., 2009; ARDUINO et al., 2009).

A leucoplasia oral se origina de reações inespecíficas do epitélio oral em respostas a uma ampla gama de agentes químicos, físicos e biológicos, tais como radiação ultravioleta, álcool, fumo, má higiene oral e infecções, bem como fatores que são intrínsecos dos indivíduos, como fatores genéticos e imunológicos (CHEN et al., 2006). A associação desses fatores de riscos são os mesmos para o desenvolvimento do carcinoma epidermóide oral também colaboram para provar a relação entre as duas lesões. (LEE et al., 2006; CHEN et al., 2006).

Através do diagnóstico diferencial de outras lesões é que teremos o correto diagnóstico de leucoplasia, em razão de que esta não apresenta qualificações histopatológicas específicas, portanto a sua definição tem caráter extremamente clínico. Diante do exposto, se faz relevante a realização de diagnóstico diferencial em lesões como líquen plano,

candidíase pseudomembranosa, morsicatio, ceratose friccional, nevo branco esponjoso, leucoedema e estomatite nicotínica (GABRIEL, 2004).

Lesões brancas na cavidade oral são um achado comum, é preciso fazer o diagnóstico correto das leucoplasias orais, excluindo todas as outras lesões brancas que não são potencialmente malignas. A partir do diagnóstico histopatológico é necessário fazer o adequado planejamento do tratamento e acompanhamento desses pacientes, com as medidas corretas o cirurgião dentista pode diminuir o risco do paciente a desenvolver um câncer e assim melhorar a qualidade de vida (HUBER, 2010).

Diante do exposto, objetivo da pesquisa foi realizar um estudo retrospectivo das lesões de leucoplasias orais diagnosticadas clinicamente na Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande localizada no município de Patos-PB.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 LEUCOPLASIA ORAL: EPIDEMIOLOGIA, ASPECTOS CLÍNICOS E HISTOPATOLÓGICOS

O termo leucoplasia foi utilizado pela primeira vez por Schwimmer, em 1877, para caracterizar lesões brancas da mucosa bucal sem causa definida (GRINSPAN, 1973). Em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu-a como uma mancha ou placa branca da mucosa bucal, não removível à raspagem, que não pode ser caracterizada clínica ou patologicamente como outra enfermidade (WHO, 1978; RODRIGUES et al., 2000).

Quanto a epidemiologia da leucoplasia oral, observa-se resultados distintos, que vão de acordo com a etnia e hábitos da população avaliada, além dos critérios clínicos utilizados no diagnóstico das lesões (ROOSAAR et al., 2007; NAPIER; SPEIGHT, 2008). Petti (2003), em uma revisão sistemática, estimou a prevalência global da leucoplasia oral entre 1,7% e 2,7%. Muito embora, existam trabalhos que relataram a prevalência de 5% da população (ROOSAAR et al., 2007; NAPIER; SPEIGHT, 2008).

O sexo masculino é mais acometido, com uma proporção de até 3:1 (ESCRIBANO-BERMEJO, 2009; AMAGASA; YAMASHIRO; UZAWA, 2011). A faixa etária mais comum de se encontrar leucoplasia oral está entre a 5ª a 7ª década de vida. A lesão, em geral, afeta região de gengiva, rebordo alveolar e língua. No entanto, pode-se observar outras localizações como a mucosa bucal e comissura labial em países onde se têm o hábito de mascar tabaco (AMAGASA; YAMASHIRO; UZAWA, 2011).

A leucoplasia oral possui uma etiologia desconhecida, porém vários estudos apontaram associação de alguns fatores como possíveis agentes causadores. O tabaco é o fator mais fortemente associado às lesões leucoplásicas, onde dentre elas 80% tem associação a esse fator, além disso, o risco de desenvolver leucoplasia aparece diretamente relacionado com a quantidade e frequência desse hábito. (MARTINEZ – SAHUQUILLO MARQUEZ, A. et al., 2008).

Um estudo realizado entre 1999-2009 no Departamento de Cirurgia Oral da Universidade Médica de Gdansk observou dentre 55.911 pacientes, que 256 pacientes (4,35%) apresentaram lesões que se assemelham clinicamente a leucoplasia oral. Entre esses 256 pacientes, o diagnóstico foi o seguinte: leucoplasia em 204 pacientes (79,69%), queratose reativa - 29 (11,33%), líquen plano - 10 (3,91%), candidíase - 9 (3,52%), e carcinoma de

células escamosas - 4 (1,56%). A leucoplasia oral foi diagnosticada em 204 pessoas. Mais de 63% dos pacientes estavam numa faixa etária de 50-70 anos, onde a idade média foi de 58,1 (onde 59,4 para as mulheres e 56,7 para os homens). Cerca de 94 pacientes (46,08%) relataram doenças concomitantes, o diabetes foi a mais comum estando presente em 24 pacientes (11,76%). Fatores predisponentes para o desenvolvimento de leucoplasia oral foram relatados por 181 pacientes (88,72%), onde o tabagismo foi o mais comum (50,49%) estando presente em 88,88% dos pacientes com menos de 40 anos de idade. Nos 204 pacientes, foram encontrados 320 focos de leucoplasia oral. Pôde-se observar leucoplasia homogênea em 147 pacientes (72,05%) e leucoplasia não homogênea em 57 pacientes (29,95%). Em 85 pacientes (41,7%) houve leucoplasia unifocal, a leucoplasia multifocal foi encontrada em 119 pacientes (58,3%). A localização mais comum foi em mucosa bucal (52,2%). Em 7 casos foram observadas presença de displasia, onde 2 desses apresentavam um alto grau de displasia. Em pacientes que desistiram da terapia houve uma transformação maligna para carcinoma oral de células escamosas em 12,19%, em pacientes tratados e sistemicamente observados a porcentagem de transformação foi de 1,41%. A região de maior acometimento por lesões com transformação maligna foi o assoalho bucal 13,3% (STARZYNSKA, et al. 2014).

As leucoplasias podem ser divididas clinicamente em dois tipos: homogênea e não-homogênea (AXÉLL et al., 1996). Tal classificação define mais comumente a leucoplasia homogênea como sendo lesão predominantemente branca, de superfície plana, fina, que pode exibir fendas superficiais com aspecto liso, enrugado ou corrugado e textura consistente. Já a leucoplasia não-homogênea representa uma lesão predominantemente branca ou branco-avermelhado, que pode ter superfície irregular, nodular ou exofítica. Acrescenta-se ainda às características da leucoplasia não-homogênea os aspectos ulcerado ou eritematoso (LIMA et al., 1999; LEE et al., 2006; NAPIER; SPEIGHT, 2008).

Podem ser observados diferentes aspectos histopatológicos na leucoplasia, como hiperqueratose, acantose, atrofia do epitélio, diferentes graus de displasia e infiltrado inflamatório crônico no tecido conjuntivo subjacente. A displasia epitelial é dividida em 3 categorias: leve, moderada e severa. As características histopatológicas não estão, necessariamente, associadas ao aspecto clínico das lesões. Deve ser dada ênfase à ocorrência desta lesão, pois é um dado importante na avaliação do prognóstico da leucoplasia, apresentando comportamentos biológicos diferentes entre a hiperqueratose e a displasia epitelial (RODRIGUES et al., 2000). A ocorrência de displasia epitelial é ainda um dos poucos indicadores de aumento no risco de desenvolver câncer oral, pois o comportamento desta afecção é bastante variado, podendo permanecer estática, aumentar de tamanho ou

severidade, regredir espontaneamente ou sofrer transformação maligna, ao contrário da hiperkeratose, onde se observa um caráter exclusivamente benigno (WHO, 2005; VAN DER WAAL, 2009).

2.2 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS LEUCOPLASIAS ORAIS

Lesões brancas na cavidade oral podem representar vários diagnósticos diferentes, o seu correto diagnóstico se dá pela eliminação dos diagnósticos diferenciais da leucoplasia, que podem ser: queimaduras, candidíase pseudomembranosa, candidíase hiperplásica, hiperkeratose focal, lesão por galvanismo, leucoedema, líquen plano, reações liquenóides, linha alba, lupus eritematoso, mordiscação, trauma crônico, papiloma, carcinoma epidermóide, placa mucosa sífilítica, carcinoma verrucoso e nevo branco esponjoso (MARTORELL-CALATAYUD et al., 2009; VAN DER WAAL, 2009).

O diagnóstico diferencial é de extrema importância e deve ser feito principalmente em lesões como líquen plano que são caracterizadas como uma placa branca única e bastante difícil de diferenciar da leucoplasia, dessa forma o estudo histopatológico é imprescindível (GARCÍA-POLA, 2002). Quanto ao nevo branco esponjoso sua superfície rugosa que atinge a mucosa de forma proporcional e suas manchas assintomáticas auxiliam no diagnóstico diferencial, onde também consta que não há evidências de transformações malignas (GABRIEL, 2004).

A candidíase oral tem o perfil de remoção da lesão durante a raspagem, o que não ocorre com a leucoplasia. Em alguns casos, o diagnóstico microscópico é feito pela coloração ácido periódico-Schiff (coloração PAS) que irá indicar a presença de hifas no epitélio da lesão. Outro diagnóstico diferencial da leucoplasia é o leucoedema, uma variação tecidual normal, onde não se faz necessário instaurar algum tipo de tratamento. É comumente diagnosticada em pacientes negros e está bastante relacionado ao tabagismo. Sob pressão o leucoedema desaparece ou torna-se menos visível. Lesões traumáticas a exemplo de ceratose focal e o morsicatio, podem estar também incluídas como diagnóstico diferencial, sendo que ambas tem como tratamento a remoção da causa. (GABRIEL, 2004).

Inúmeros tratamentos são preconizados para leucoplasias orais, dentre os quais há a excisão cirúrgica que pode ser executada de diversas formas (eletrocoagulação, criocirurgia, laser de CO₂), a terapia fotodinâmica ou uma terapia medicamentosa. Há ainda a percepção

de que para indivíduos jovens, saudáveis e tabagistas o fim do uso do tabaco e seus derivados por 6 semanas levaria a uma regressão clínica da lesão leucoplásica (GOÉS et al., 2007).

Visto que a leucoplasia oral é uma lesão potencialmente maligna, e como é imprevisível saber se irá progredir para o carcinoma, o ideal é tratar todas e quaisquer lesões (VAN DER WAAL, 2009).

A principal forma de tratamento para as lesões leucoplásicas é a excisão cirúrgica. O laser de CO₂ é um ótimo adjuvante, entretanto não extermina as chances de recidivas nem os riscos de transformação em carcinomas. A preservação é de extrema importância, tanto para avaliar recidivas bem como para barrar a evolução de uma lesão pré-maligna em uma neoplasia maligna (FARINELLI e VILARDI; 2015).

Em recente estudo Mogedas-Vegara e Hueto-Madrid (2015) analisaram 65 pacientes que possuíam um diagnóstico de leucoplasia oral. Esse diagnóstico foi conseguido através de biópsia incisional e depois foi realizado um tratamento com laser de CO₂. Quanto a distribuição, foram identificadas lesões com maior incidência na língua (32,3%) e gengiva (29,2%). Os resultados das biópsias evidenciaram a presença de displasia leve a moderada em 44,6% e hiperqueratose sem displasia em 32,3%. Os autores recomendam como via de tratamento principal a excisão cirúrgica da lesão mesmo elas apresentando, ou não, displasia, e ainda recomendam o uso do laser de CO₂ afim de se evitar recidivas e outras complicações.

Independentemente da extensão da lesão ou da opção de tratamento, vê-se recidiva em até 30% dos casos tratados. A ocorrência de recidivas e a modalidade terapêutica não impedirá a progressão de algumas leucoplasias para carcinoma de células escamosas (HOLMSTRUP, 2006).

REFERÊNCIAS

- AMAGASA, Teruo; YAMASHIRO, Masashi; UZAWA, Narikazu. Oral premalignant lesions: from a clinical perspective. **International journal of clinical oncology**, v. 16, n. 1, p. 5-14, 2011.
- ARDUINO, Paolo G. et al. Outcome of oral dysplasia: a retrospective hospital-based study of 207 patients with a long follow-up. **Journal of oral pathology & medicine**, v. 38, n. 6, p. 540-544, 2009.
- AXÉLL, Tony et al. Oral white lesions with special reference to precancerous and tobacco-related lesions: conclusions of an international symposium held in Uppsala, Sweden, May 18–21 1994. **Journal of oral pathology & medicine**, v. 25, n. 2, p. 49-54, 1996.
- BARNES, Leon et al. World Health Organization classification of tumours: pathology and genetics of head and neck tumours, p. 177-80, 2005.
- BSOUL, Samer A.; HUBER, Michael A.; TEREZHALMY, Geza T. Squamous cell carcinoma of the oral tissues: a comprehensive review for oral healthcare providers. **J Contemp Dent Pract**, v. 6, n. 4, p. 1-16, 2005.
- CHEN, Paul Chih-Hsueh et al. Risk of oral nonmalignant lesions associated with human papillomavirus infection, betel quid chewing, and cigarette smoking in Taiwan: an integrated molecular and epidemiologic study. **Archives of pathology & laboratory medicine**, v. 130, n. 1, p. 57-61, 2006.
- ESCRIBANO-BERMEJO, Marta; BASCONES-MARTÍNEZ, Antonio. Leucoplasia oral: Conceptos actuales. **Avances en Odontoestomatología**, v. 25, n. 2, p. 83-97, 2009.
- FARINELLI, Lucas; VILARDI, Bruna Maria Rodrigues. Leucoplasia oral: qual a melhor conduta clínica? DOI: [http://dx. doi. org/10.15600/2238-1236/fo1.v25n1p85-86](http://dx.doi.org/10.15600/2238-1236/fo1.v25n1p85-86). **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, v. 25, n. 1, p. 85-86, 2015.
- GABRIEL, João Guilherme et al. Considerações gerais e abordagem clínica da leucoplasia oral. **Rev. bras. patol. oral**, v. 3, n. 4, p. 187-194, 2004.
- GARCÍA-POLA, Vallejo MJ; GARCÍA, Martín JM. [Oral leukoplakia]. **Atencion primaria/Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria**, v. 29, n. 1, p. 39-49, 2002.
- GÓES, Caroline et al. Diagnóstico diferencial e manejo da leucoplasia bucal-caso clínico: acompanhamento de 4 anos. **RGO-Rev Gaúcha Odontol**, v. 55, n. 1, p. 95-100, 2007.
- GRINSPAN, D. Enfermedades de la boca, Tomo II, Patología. **Clínica y terapéutica de la mucosa bucal, Mundi, Buenos Aires**, 1973.
- HOLMSTRUP, P. et al. Long-term treatment outcome of oral premalignant lesions. **Oral oncology**, v. 42, n. 5, p. 461-474, 2006.

HUBER, Michael A. White oral lesions, actinic cheilitis, and leukoplakia: confusions in terminology and definition: facts and controversies. **Clinics in dermatology**, v. 28, n. 3, p. 262-268, 2010.

HUETO-MADRID, J. A.; MOGEDAS-VEGARA, A. The treatment of oral leukoplakia with the CO₂ laser: a retrospective study of 65 patients. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 44, p. e82, 2015.

KUMAR, Anand et al. How should we manage oral leukoplakia?. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 51, n. 5, p. 377-383, 2013.

LEE, Jang-Jaer et al. Carcinoma and dysplasia in oral leukoplakias in Taiwan: prevalence and risk factors. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 101, n. 4, p. 472-480, 2006.

LIMA, Nádia Lages; TAVEIRA, Luís Antônio de Assis. Estudo das alterações morfológicas causadas pela indução concomitante de DMBA e bebidas alcoólicas de alto teor na carcinogênese química bucal. **Rev. Fac. Odontol. Bauru**, v. 7, n. 1/2, p. 61-6, 1999.

MARTINEZ-SAHUQUILLO MARQUEZ, Angel et al. La leucoplasia oral: Su implicación como lesión precancerosa. **Avances en Odontoestomatología**, v. 24, n. 1, p. 33-44, 2008.

MARTORELL-CALATAYUD, A. et al. Oral leukoplakia: clinical, histopathologic, and molecular features and therapeutic approach. **Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)**, v. 100, n. 8, p. 669-684, 2009.

NAPIER, Seamus S.; SPEIGHT, Paul M. Natural history of potentially malignant oral lesions and conditions: an overview of the literature. **Journal of oral pathology & medicine**, v. 37, n. 1, p. 1-10, 2008.

PETTI, Stefano. Pooled estimate of world leukoplakia prevalence: a systematic review. **Oral oncology**, v. 39, n. 8, p. 770-780, 2003.

RODRIGUES, Tânia Lemos Coelho et al. Leucoplasias bucais: relação clínico--histopatológica/Oral leukoplakias: clinical-histopathologic relation. **Pesqui Odontol Bras**, v. 14, n. 4, p. 357-61, 2000.

ROOSAAR, A. et al. A long-term follow-up study on the natural course of oral leukoplakia in a Swedish population-based sample. **Journal of oral pathology & medicine**, v. 36, n. 2, p. 78-82, 2007.

STARZYNSKA, Anna et al. Oral premalignant lesions: epidemiological and clinical analysis in the northern Polish population. **Postepy dermatologii i alergologii**, v. 31, n. 6, p. 341, 2014.

VAN DER WAAL, Isaac. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. **Oral oncology**, v. 45, n. 4, p. 317-323, 2009.

WARNAKULASURIYA, Saman et al. Oral epithelial dysplasia classification systems: predictive value, utility, weaknesses and scope for improvement. **Journal of oral pathology & medicine**, v. 37, n. 3, p. 127-133, 2008.

WHO. Colaboration Centre for Oral Precancerous Lesions. Definition of leukoplakia and related lesions: an aid to studies on oral precancer. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v. 46, n. 4, p. 518-539, Oct. 1978.

ESTUDO RETROSPECTIVO DE LEUCOPLASIAS ORAIS NO SERTÃO PARAIBANO

Retrospective analysis of oral leukoplakias in a region of Paraíba-Brazil

Artigo Original

Vinícius Sampaio Alves de Figueiredo

Graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Campina Grande, pertencente a Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas, situado a Avenida Universitária, s/n - Jatobá, Patos - PB, 58708-110. Telefone: 83 99869-5303. Email para correspondência: v.sampaiodonto@gmail.com;

Keila Martha Amorim Barroso

Professora Doutora do curso de Odontologia ligado a Universidade Federal de Campina Grande, pertencente a Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas, situado a Avenida Universitária, s/n - Jatobá, Patos - PB, 58708-110. Telefone: 83 35113045. Email para correspondência: keila_martha@yahoo.com.br;

George João Ferreira do Nascimento

Professora Doutora do curso de Odontologia ligado a Universidade Federal de Campina Grande, pertencente a Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas, situado a Avenida Universitária, s/n - Jatobá, Patos - PB, 58708-110. Telefone: 83 35113045. Email para correspondência: geonascimento79@yahoo.com.br;

Cyntia Helena Pereira de Carvalho

Professora Doutora do curso de Odontologia ligado a Universidade Federal de Campina Grande, pertencente a Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas, situado a Avenida Universitária, s/n - Jatobá, Patos - PB, 58708-110. Telefone: 84 991578459. Email para correspondência: cyntia_helena@yahoo.com.br.

RESUMO

OBJETIVO: Realizar um estudo retrospectivo das leucoplasias orais diagnosticadas na Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande.

METODOLOGIA: Foi realizada uma análise nos prontuários dos pacientes arquivados na Clínica-Escola no período de outubro de 2012 a junho de 2016. Onde foram coletadas informações epidemiológicas e clinicopatológicas como sexo, idade, cor de pele, localização da lesão, diagnóstico histopatológico, saúde geral, tratamento realizado da lesão e hábito nocivos. Os resultados obtidos foram digitados em planilha eletrônica onde foram feitas as devidas análises descritivas.

RESULTADOS: De um total de 2480 prontuários, foram encontrados 30 pacientes com leucoplasia, revelando uma prevalência de 1,21%. Destes pacientes com leucoplasia a maioria eram mulheres (n=18; 60%), cuja média de idade está em torno da quinta década de vida, onde mais da metade possuem hábitos nocivos, tais como tabagismo e/ou etilismo (76,5%). Dentre os diagnósticos histopatológicos, foi observado que a maioria foi de hiperqueratose (47%) seguido por displasia epitelial leve (33,5%).

CONCLUSÃO: A prevalência encontrada está dentro dos índices mundiais e nesta população foi encontrada em pacientes que fumavam e/ou bebiam. O presente estudo ainda verificou uma grande evasão por parte dos pacientes que pode estar relacionado com falha dos profissionais no atendimento e tratamento desses pacientes, bem como, nas dificuldades sociais peculiares de cada região.

Descritores: Câncer oral. Diagnóstico. Leucoplasia bucal.

ABSTRACT

PURPOSE: To conduct a retrospective analysis of oral leukoplakia diagnosed at the Dental School of the Federal University of Campina Grande. **METHODS:** A survey was done in patients' medical records filed at the Dental School from October 2012 to June 2016. For this, epidemiological and clinicopathological information of all patients in the dental school was collected, as gender, age, skin color, lesion location, histopathological diagnosis, general health, treatment done and harmful habits. The results were entered into spreadsheet where appropriate descriptive analyzes were made. **RESULTS:** From a total of 2480 records were found 30 patients with leukoplakia, revealing a prevalence of 1.21%. Of these patients with leukoplakia most were women (n = 18; 60%), whose average age is around the fifth decade of life, where more than half have harmful habits such as smoking and / or alcohol abuse (76.5%). Among histopathological diagnoses, it was observed that the majority were hyperkeratosis (47%) followed by low-grade epithelial dysplasia (33.5%). **CONCLUSION:** The prevalence is within the worldwide rates and in this population was found in patients who smoked and / or drank. This study also found a great evasion by patients, who may be related to failure of the professionals in the care and treatment of these patients, as well as the peculiar social problems of each region.

Keywords: Oral Cancer. Diagnosis. Oral Leukoplakia.

INTRODUÇÃO

A leucoplasia é uma lesão potencialmente maligna e seu termo deve ser utilizado para identificar placas brancas na mucosa oral, excluindo-se outras doenças ou condições conhecidas, a exemplo do líquen plano, leucoedema, candidíase e que não possuem potencial aumentado de transformação maligna^(1,2).

A leucoplasia oral é uma lesão branca da mucosa oral que afeta cerca de 0,2 a 4,9% da população em geral, sendo homens e leucodermas mais prevalentes⁽¹⁾. A prevalência dessa lesão é proporcional ao aumento de idade, varia de menos de 1% em homens de até 30 anos para 8% nos homens e 2% nas mulheres maiores de 70 anos⁽³⁾.

Apesar de seu caráter potencialmente maligno ser incontestável, o índice de transformação maligna das leucoplasias orais não pode ser definido com precisão baseado nos dados da literatura⁽⁴⁾. Van der Waal⁽⁵⁾ relata que a taxa de evolução da leucoplasia para o carcinoma epidermóide é de 2% a 3%. A leucoplasia oral tem predileção pela mucosa jugal, mucosa alveolar e lábio inferior, entretanto, quando a leucoplasia se encontra localizada em assoalho de boca e borda lateral de língua há uma associação a um risco maior de evolução para o carcinoma, com taxa de evolução de aproximadamente de 43%^(6,7)

A leucoplasia oral se origina de reações inespecíficas do epitélio oral em respostas a uma ampla gama de agentes químicos, físicos e biológicos, tais como radiação ultravioleta, álcool, fumo, má higiene oral e infecções, bem como fatores que são intrínsecos dos indivíduos, como fatores genéticos e imunológicos⁽⁸⁾. A associação desses fatores de riscos são os mesmos para o desenvolvimento do carcinoma epidermóide oral também colaboram para provar a relação entre as duas lesões^(1,8).

Através do diagnóstico diferencial de outras lesões é que teremos o correto diagnóstico de leucoplasia, em razão de que esta não apresenta qualificações histopatológicas específicas, portanto a sua definição tem caráter extremamente clínico. Diante do exposto, se faz relevante a realização de diagnóstico diferencial em lesões como líquen plano, candidíase pseudomembranosa, morsicatio, ceratose friccional, nevo branco esponjoso, leucoedema e estomatite nicotínica⁽⁹⁾. A partir do diagnóstico histopatológico é necessário fazer o adequado planejamento do tratamento e acompanhamento desses pacientes, com as medidas corretas o cirurgião dentista pode diminuir o risco do paciente a desenvolver um câncer e assim melhorar a qualidade de vida⁽¹⁰⁾.

Diante do exposto, objetivo da pesquisa foi realizar um estudo retrospectivo das lesões de leucoplasias orais diagnosticadas clinicamente na Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande localizada no município de Patos-PB.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo foi de caráter retrospectivo e transversal com os pacientes atendidos e diagnosticados clinicamente com leucoplasia oral na Clínica-Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, no município de Patos, Paraíba, Brasil, no período de outubro de 2012 a junho de 2016. Foi realizada uma análise de todos os prontuários arquivados dos pacientes da Clínica-Escola onde foram coletadas informações epidemiológicas e clinicopatológicas como sexo, idade, cor de pele, localização da lesão, diagnóstico histopatológico, saúde geral dos pacientes, tratamento feito da lesão e hábito desses pacientes. Todas essas informações foram repassados para uma ficha de avaliação (APÊNDICE A).

Com o intuito de atender às exigências éticas e científicas firmadas nas normas de pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 466/2012) do Conselho Nacional de Saúde, o referido projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP através da Plataforma Brasil, com o CAAE: 57082516.6.0000.5182.

Os resultados obtidos foram digitados em planilha eletrônica onde foram feitas as devidas análises descritivas.

RESULTADOS

Resultados Descritivos

Todos os dados descritivos podem ser analisados na tabela 01. Entre 2480 pacientes, lesões que clinicamente eram leucoplasia oral foram observadas em 30 pacientes (1,21%), onde a maioria foi do sexo feminino (60%) e dividido entre leucodermas (37%) e feodermas (37%). A média de idade dos pacientes foi de 48,7 anos (DP± 1,16). A localização anatômica mais comum de lesões foi gengiva (48%), seguido de mucosa jugal (24%).

As ocupações mais encontradas foram aposentados (13,5%), empregada doméstica (10%) e professor (10%). Outras ocupações que representaram 33,5% foram sacoleira,

auxiliar agropecuário, médico veterinário, comerciante, motorista, padeiro, manicure, vigilante e autônoma. Também foi possível verificar ocupações onde os indivíduos são constantemente expostos ao sol como agricultor (6,6%) e pedreiro (6,6%).

Foram encontrados dos 30 pacientes, 23 (76,5%) que apresentavam hábitos tabagistas e etilistas. Treze pacientes (43%) relataram problemas sistêmicos, como hipotensão (6,6%), cardiopatia (6,6%), discrasia sanguínea (6,6%), artrose (3,5%), diabetes (3,5%), a hipertensão (16,6%) foi a doença mais relatada.

Apenas 15 pacientes (50%) concluíram o tratamento preconizado. Os outros 15 não continuaram o tratamento, não removendo a lesão. Dentre os diagnósticos histopatológicos dos pacientes biopsiados, foi observado: 4 (27%) - displasia epitelial leve, em 7 (47%), - hiperqueratose, 1 (6,5%) - elastose solar associada a displasia epitelial leve. Enquanto isso, em outros dois pacientes (13%) que realizaram biópsia o diagnóstico histopatológico não foi conclusivo, dessa forma sugeriu-se o acompanhamento desses pacientes.

Tabela 01 – Variáveis, número de pacientes (*n*) e percentual (%) dos pacientes com leucoplasia oral. Patos, Paraíba – Brasil, 2016.

VARIÁVEIS	<i>n</i> (30)	%
Sexo		
Masculino	12	40
Feminino	18	60
Faixa Etária		
18-30 anos	2	7
31-45 anos	11	37
46-60 anos	13	43
> 60 anos	4	13
Cor da Pele*		
Leucoderma	10	37
Feoderma	10	37
Melanoderma	7	26
Ocupações		
Aposentado	4	13,5
Empregada doméstica	3	10
Professor	3	10
Agricultor	2	6,6
Auxiliar de serviço	2	6,6
Do lar	2	6,6

Estudante	2	6,6
Pedreiro	2	6,6
Outras ocupações	10	33,5
Hábitos		
Não possui	7	23,5
Tabagismo	9	30
Etilismo	4	13,5
Tabagismo e Etilismo	10	33
Problemas sistêmicos		
Não possui	17	56,6
Hipertensão	5	16,6
Hipotensão	2	6,6
Cardiopata	2	6,6
Discrasia sanguínea	2	6,6
Artrose	1	3,5
Diabetes	1	3,5
Localização**		
Vermelhão dos lábios	2	7
Mucosa jugal	7	24
Gengiva	14	48
Assoalho de boca	1	3,5
Língua	4	14
Palato duro	1	3,5
Tratamento realizado		
SIM	15	50
NÃO	15	50
Diagnóstico histopatológico		
Displasia epitelial leve	4	27
Hiperkeratose	7	47
Elastose solar + displasia epitelial leve	1	6,5
Hiperplasia fibrosa	1	6,5

Cor de Pele*: 3 pacientes não apresentavam esse dado nos prontuários clínicos

Localização:** 1 paciente não apresentava esse dado no prontuário clínico

DISCUSSÃO

É inquestionável que a grande maioria dos carcinomas epidermóides orais são precedidos por lesões pré-existentes, dentre elas, as leucoplasias orais. Esta lesão é relativamente comum na mucosa oral, afetando cerca de 0,2 a 4,9% da população mundial⁽¹¹⁾. Essa diferença no intervalo de prevalência das leucoplasias está relacionada com a variação de exposição de fatores de risco que depende também de costumes e localização geográfica de cada região. No presente estudo, foi possível evidenciar uma prevalência de 1,21%, portanto, dentro deste intervalo.

O presente estudo mostrou uma prevalência do gênero feminino, dados semelhantes são encontrados em amostras populacionais maiores^(12,13,14), outro estudo alerta para o fato de lesões que acometem o sexo feminino terem maior probabilidade de vir a se tornar malignas⁽¹⁵⁾. Em contra partida outros trabalhos evidenciaram prevalência no sexo masculino^(1,16,17,18). De maneira geral, existe uma diferença na incidência dessa lesão relacionada ao sexo, visto que grupos populacionais distintos, apresentam suas particularidades no que diz respeito aos hábitos nocivos e outros fatores predisponentes^(1,13,16,19). Pindborg et al.⁽²⁰⁾ verificou uma taxa de transformação maligna igual entre homens e mulheres, dessa forma não relatando uma associação significativa entre gênero e malignidade. Quanto a faixa etária, os resultados obtidos nesta análise registraram uma incidência em torno da quinta década de vida, entrando em consenso com outros estudos realizados^(12,16,18,21).

Relacionado à cor da pele, foi mostrado um equilíbrio entre leucodermas e feodermas, não houve uma grande discrepância quando estes comparados aos melanodermas, contradizendo outros estudos. Siverman et al.⁽²²⁾ encontraram 97% dos casos de leucoplasia eram em pacientes brancos, em outro levantamento esse número chegava a 80,8%⁽²³⁾. Isso pode ser explicado devido ao tamanho limitado da amostra no presente estudo. Outros estudos mostram um maior equilíbrio, porém com uma pequena predileção aos leucodermas^(24,25).

Na nossa amostra foi relatado que a maioria das ocupações dos pacientes eram aposentados, esta informação é incompleta, pois de fato não relata a real atividade que esses indivíduos faziam antes de se aposentar e que retrata uma falha na hora da anamnese desses pacientes. Entretanto, não foi encontrado na literatura algum estudo que relacionasse a presença de leucoplasia com a profissão, como foi analisado nesse estudo. A grande maioria dos levantamentos que relacionam a atividade que o indivíduo exerce com a lesão, é em

relação à queilite actínica, principalmente relacionando atividades em que há exposição solar do trabalhador.

A presença de pacientes usuários de álcool e principalmente tabaco foi predominante nesse estudo, assim como em vários outros estudos descritos na literatura^(12,13,16,21,26). O fumo do tabaco é um carcinógeno potente e, associado ao hábito etilista, torna-se o mais importante fator de risco para o desenvolvimento de câncer de cabeça e pescoço⁽²⁷⁾. Apesar do álcool e tabaco serem fatores predisponentes conhecidos para o desenvolvimento da leucoplasia oral, um estudo afirmou que pacientes com lesão leucoplásica que fumam e/ou mastigam tabaco/betel têm um risco significativamente menor de vir lesões mais severas malignas do que aqueles não-tabagistas⁽¹⁾. Ainda há estudos que afirmam que leucoplasias associadas ao tabaco são menos displásicas do que as não-associadas^(22,28).

Aproximadamente 43,4 % relataram doenças sistêmicas, sendo a hipertensão a alteração mais comum, valor equivalente ao encontrado em outro estudo com uma amostra bem mais elevada, entretanto a doença mais comum foi o diabetes (onde em nosso trabalho foi apenas relatado 1 caso)⁽²¹⁾. Esse dado é bastante interessante visto que hipertensão arterial atinge 24,1% da população adulta brasileira (26,3% das mulheres e 21,5% dos homens) segundo a pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), apresentada em 2014 pelo Ministério da Saúde.

Os sítios mais acometidos por essas lesões, na presente amostra, foram gengiva e mucosa jugal respectivamente, em outros estudos ocorreu o contrário, onde a mucosa jugal foi mais afetada seguido pela gengiva^(18,24,25). Isso pode ser explicado pelas diferenças geográficas e étnicas uma vez que, por exemplo, os sítios mais acometidos na população europeia e africana foram língua e assoalho de boca^(19,29). Alguns estudos relacionam o prognóstico da lesão e sua localização, dessa forma lesões em assoalho bucal e língua têm uma maior chance de virem a se tornar malignas^(27,30).

Apenas 50% dos pacientes diagnosticados com leucoplasia oral concluíram o tratamento, isso representa que metade dos pacientes não foram submetidos à biópsia que é o método mais eficaz de confirmar o diagnóstico clínico. O fato de uma possível descoberta de câncer, desperta um medo nas pessoas e conseqüentemente aumenta a evasão⁽²⁵⁾.

A transformação maligna e prognóstico da leucoplasia oral está relacionado com a presença e gradação da displasia epitelial^(15,31). Para as leucoplasias em cavidade oral, por meio da análise histopatológica, comprovou-se que 47% foram casos de hiperqueratose e 33,5% foram casos de displasia epitelial leve, corroborando com resultados encontrados em outros estudos onde mais de 80% dos casos apresentaram como resultado histopatológico

hiperceratose e displasia epitelial leve^(17,32). Por ser uma das lesões potencialmente malignas mais comuns, o seu grau de transformação maligna deve ser considerado. Em determinado estudo, 39 casos de 218 analisados foi constatado transformação maligna dentro de um período de 5,2 anos⁽²⁶⁾. Outro estudo realizou uma revisão sistemática com o objetivo de identificar os níveis de transformação maligna destas lesões. Os autores encontraram uma taxa estimada de transformação maligna foi de 0,13% a 34% com uma média de 14,9%⁽¹⁵⁾. Dessa forma, mesmo que se trate de uma lesão relativamente simples, onde em sua maioria apresente hiperceratose, deve-se fazer um acompanhamento do paciente, visto que leucoplasias orais possuem uma chance de vir a se tornar maligna⁽³²⁾.

Embora não haja evidências científicas de que o tratamento, de qualquer modalidade, realmente previna ou impessa o possível desenvolvimento futuro de um carcinoma epidermóide oral, indica-se tratar ativamente as leucoplasias independente da presença ou ausência de displasia epitelial^(15,33). Também não há dados científicos disponíveis sobre o valor do acompanhamento e o intervalo após o tratamento, sugere-se que nos casos sem displasia epitelial seja feito acompanhamento em intervalos de seis meses por toda vida e nos casos com displasia epitelial, além do tratamento, deve ser feito acompanhamento em intervalos de três meses por toda vida^(15,33,34).

As leucoplasias orais em geral não estão associadas à morbidade e mortalidade relevantes por si mesmas. Entretanto, esta lesão pode ser considerada um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo pois podem preceder um câncer oral e assim, esforços têm sido direcionados à descoberta dos mecanismos associados ao seu diagnóstico, a sua evolução e à sua transformação maligna.

CONCLUSÃO

Diante dos exposto pode-se concluir que a prevalência encontrada na população estudada está dentro do intervalo encontrado no restante do mundo e que a exposição a hábitos nocivos como fumar e beber podem estar relacionadas com a etiologia desta lesão. Foi observado também uma alta taxa de desistência dos pacientes para fazerem o tratamento. O que pode deixar um alerta para os cirurgiões dentistas, para que estes façam o tratamento correto e conscientização do paciente para que este busque o tratamento de forma mais precoce e eficiente possível.

REFERÊNCIAS

1. Lee JJ, Hung HC, Cheng SJ, Chen YJ, Chiang CP, Liu BY, et al. Carcinoma and dysplasia in oral leukoplakias in Taiwan: prevalence and risk factors. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006; 101(4): 472-480.
2. Warnakulasuriya S, Reibel J, Bouquot J, Dabelsteen E. Oral epithelial dysplasia classification systems: predictive value, utility, weaknesses and scope for improvement. *J Oral Pathol Med.* 2008 Mar; 37(3): 127-133. doi: 10.1111/j.1600-0714.2007.00584.x.
3. Kumar A, Cascarini L, McCaul JA, Kerawala CJ, Coombes D, Godden D, Brennan, PA. How should we manage oral leukoplakia?. *Brit J Oral Max Sur.* 2013; 51(5): 377-383.
4. Bsoul SA, Huber MA; Terezhalmly GT. Squamous cell carcinoma of the oral tissues: a comprehensive review for oral healthcare providers. *J Contemp Dent Pract.* 2005; 6(4): 1-16.
5. Van Der Waal I. Oral potentially malignant disorders: Is malignant transformation predictable and preventable? *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2014; 19(4): 386-390.
6. Martorell-Calatayud A, Botella-Estrada R, Bagán-Sebastián JV, Sanmartín-Jiménez O, Guillén-Barona C. Oral leukoplakia: clinical, histopathologic, and molecular features and therapeutic approach. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition).* 2009; 100(8): 669-684.
7. Arduino PG, Surace A, Carbone M, et al. Outcome of oral dysplasia: a retrospective hospital-based study of 207 patients with a long follow-up. *J Oral Pathol Med.* 2009; 38(6): 540-4.
8. Chen PCH, Pan CC, Kuo C, Lin CP. Risk of oral nonmalignant lesions associated with human papillomavirus infection, betel quid chewing, and cigarette smoking in Taiwan: an integrated molecular and epidemiologic study. *Archiv Pathol Laborat Med.* 2006; 130: 57-61.
9. Gabriel JG, Cherubini K, Yurgel LS, Figueiredo MAZ. Considerações gerais e abordagem clínica da leucoplasia oral. *Rev Bras Patol Oral.* 2004; 3(4): 187-194.
10. Huber MA. White oral lesions, actinic cheilitis, and leukoplakia: confusions in terminology and definition: facts and controversies. *Clinic Dermatol.* 2010; 28(3): 262-268.
11. Gopinath D, Thannikunnath BV, Neermunda SF. Prevalence of Carcinomatous Foci in Oral Leukoplakia: A Clinicopathologic Study of 546 Indian Samples. *J Clin Diag Res.* 2016; 10(8): 78-83.

12. Chung CH, Yang YH, Wang TY, Shieh TY, Warnakulasuriya S. Oral precancerous disorders associates with areca quid chewing, smoking, and alcohol drinking in southern Taiwan. *J Oral Pathol Med.* 2005; 34(8): 460-66.
13. Holmstrup P, Vedtofte P, Reibel J, Stoltze K. Long term treatment outcome of oral premalignant lesions. *Oral Oncol*, 2006; 42(5): 461-474.
14. Liu W, Shi LJ, Wu L, Feng JQ, Yang X, Li J, Zhou ZT, Zhang CP. Oral cancer development in patients with leukoplakia—clinicopathological factors affecting outcome. *PLoS One.* 2012; 7(4): e34773. doi: 10.1371/journal.pone.0034773.
15. Warnakulasuriya S, Ariyawardana A. Malignant transformation of oral leukoplakia: a systematic review of observational studies. *J Oral Pathol.* 2016; 45: 155-166.
16. Petti S, Scully C.. Association between different alcoholic beverages and leukoplakia among non-to moderate-drinking adults: A matched case–control study. *Eur J Cancer.* 2006; 42(4): 521-527.
17. Ariyawardana A, Sitheequ MAM, Ranasinghe AW, Perera I, Tilakaratne WM, Amaratunga EAPD, et al. Prevalence of oral cancer and pre-cancer and associated risk factors among tea estate workers in the central Sri Lanka. *J Oral Pathol Med.* 2007; 36(10): 581-7.
18. Lapthanasupkul P, Poomsawat S, Punyasingh J. A clinic pathologic study of oral leukoplakia and erythroplakia in a Thai population. *Quintessence International.* 2007; 38(8): 448-455.
19. Schepman KP, Van Der Meiji EH, Smeele LE, Van Der Waal I. Malignant transformation of oral leukoplakia: a follow-up study of a hospital-based population of 166 patients with oral leukoplakia from The Netherlands. *Oral Oncol.* 1998 Jul; 34(4): 270-5.
20. Pindborg JJ, Renstrup G, Jolst O, Roed-Peterson B. Studies in oral leucoplakia: A preliminary report on the period prevalence of malignant transformation in leukoplakia based in a follow-up study of 248 patients. *J Am Dent Assoc.* 1968; 76: 767-771.
21. Starzyńska, A., Pawłowska, A., Renkielska, D., Michajłowski, I., Sobjanek, M., & Błażewicz, I. Oral premalignant lesions: epidemiological and clinical analysis in the northern Polish population. *Postep Derm Alergol.* 2014; (31):341-350.
22. Silverman S Jr., Gorsky M, Lozada F. Oral leukoplakia and malignant transformation. A follow-up study of 257 patients. *Cancer.* 1984; 53(3):563-8.
23. Haas Jr. OL, Rosa FM, Burzlaff JB, Rados PV, Sant’Ana Filho M. Definition of risk group for oral leukoplakia: retrospective study between the years 1999 and 2009. *Rev Fac Odont.* 2011; 16(3):261-6.
24. Fernandes LA, Crivelini MM. Presença de candida sp em leucoplasias da mucosa bucal. *Rev Facul Odontol Lins.* 2004 jul-dez; 16(2): 25-32.

25. Maia HCM, Pinto ANS, Pereira JS, Medeiros AMC, Silveira EJD, Miguel MCC. Lesões orais potencialmente malignas: correlações clínico-patológicas. *Einstein* (16794508). 2016; 14(1).
26. Liu W, Wang YF, Zhou HW, Shi P, Zhou ZT, Tang GY. Malignant transformation of oral leukoplakia: a retrospective cohort study of 218 chinese patients. *BMC Cancer*. 2010 dec 16; 10:685. doi: 10.1186/1471-2407-10-685
27. Neville BW, Douglas DD, Allem CM, Bouquot JE. Patologia epitelial. In: Neville, B.W. et al. *Patologia oral e maxilofacial*. Elsevier. 2009; 3(10): 363-453.
28. Van Der Wall I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; present concepts of management. *Oral Oncol*, 2010 jun; 46(6): 423-5 doi: 10.1016/j.oraloncology.2010.02.2010. Epub 2010 Mar 21.
29. Chandran R, Meer S, Feller L. Oral leukoplakia in a South African sample: a clinicopathological study. *Oral diseases*. 2013; 19(6): 592-7.
30. Ho MW, Risk JM, Woolgar JA, Field JK, Steele JC, Rajlawat BP, Triantafyllou A, Rogers SN, Lowe D, Shawn RJ. The clinical determinants of malignant transformation in oral epithelial dysplasia. *Oral Oncol*. 2012 Oct; 48(10): 969-76. doi:10.1016/j.oraloncology.2012.04.002.
31. Dionne KR, Warnakulasuriya S, Zain RB, Cheong SC. Potentially malignant disorders of the oral cavity: Current practice and future directions in the clinic and laboratory. *Int J Cancer*. 2014; 136(3): 503-515.
32. Queiroz SIML, Medeiros AMCD, Silva JSPD, & Silveira EJDD. Clinical and histopathological evaluation and habits associated with the onset of oral leukoplakia and erythroplakia. *J Bras Patol Med Labor*. 2014; 50(2): 144-9.
33. Van Der Wall I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. *Oral Oncol*. 2009 Apr-May; 45: 317-323.
34. Napier SS, Cowan CG, Greg TA, Stevenson M, Lamey P-J, Toner PG. Potentially malignant oral lesion in Northern Ireland: Size (extent) matters. *Oral Oncol*. 2003; 9: 129-37.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A leucoplasia oral é a lesão potencialmente maligna mais frequente, dessa forma se faz necessário ressaltar a relevância quanto aos cuidados bucais não só relacionados à higiene, como também à manutenção de suas estruturas. É papel do cirurgião-dentista reforçar esses cuidados com o seu paciente, mediante campanhas de educação em saúde.

Foi observada neste trabalho uma prevalência do gênero feminino e que a exposição a hábitos nocivos como fumar e beber podem estar relacionadas com a etiologia desta lesão. Foi observado também uma alta taxa de desistência dos pacientes que não fizeram o tratamento. O que pode deixar um alerta para os cirurgiões dentistas, para que estes façam o tratamento correto e conscientização do paciente para que este não fuja do tratamento e sim busque realizá-lo de forma mais precoce e eficiente possível.



LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DAS LESÕES ORAIS
POTENCIALMENTE MALIGNAS DIAGNOSTICADAS NA CLÍNICA ESCOLA DE
ODONTOLOGIA DA UFCCG



APÊNDICE A – FICHA PARA COLETA DE DADOS

Dados Gerais

Nº Ficha: _____ Nome: _____

Endereço: _____

Idade: _____ Sexo: () F () M Cor da Pele: () Leucoderma () Feoderma () Melanoderma

Ocupação: _____

Escolaridade: () Analfabetizado () 1º Grau completo () 1º Grau incompleto. Estudou até _____

série () 2º Grau completo () 2º Grau incompleto. Estudou até _____ série

Informações sobre Saúde

Possui algum problema sistêmico? () Sim, qual? _____ () Não

Está sob tratamento médico? () Sim, qual _____ () Não

Possui o hábito de fumar? () Sim, qual tipo? _____ () Não

Frequência de bebida alcoólica: () Não bebo () Uma vez por mês () Uma vez por semana
() Todos os dias

Se expõe com frequência a radiação solar? () Sim, utiliza medidas de fotoproteção? _____
() Não

Informações sobre a Lesão

Lesão encontrada: () Leucoplasia () Eritroplasia () Queilite Actínica

Localização da lesão: () Vermelhão dos lábios () Mucosa Jugal () Gengiva () Assoalho de boca
() Língua () Palato duro () Palato mole

Características clínicas da lesão: _____

Tratamento indicado: _____

O tratamento indicado foi realizado? () Sim () Não, por que? _____

Diagnóstico histopatológico da lesão: _____

Acompanhamento: _____

ANEXO A - NORMAS DE PUBLICAÇÃO E INSTRUÇÕES AOS COLABORADORES DA RBPS

INFORMAÇÕES GERAIS

A Revista Brasileira em Promoção da Saúde (RBPS), anteriormente Revista do Centro de Ciências da Saúde (RECCS), é uma publicação trimestral da Universidade de Fortaleza, com circulação desde 1984, que tem por finalidade a divulgação do conhecimento científico em Promoção da Saúde, destinando-se aos profissionais de saúde e afins que desenvolvam ações e pesquisas em Saúde Pública/Coletiva, Promoção da Saúde e assuntos de relevância e correlação com estas áreas.

O conteúdo da RBPS está disponível nos *websites* <http://www.unifor.br/rbps> e <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS> sendo de livre acesso.

Esta revista aceita contribuições nas seguintes categorias:

- **Editoriais:** destina-se a discussão de temas diversos relativos a algum assunto de importância da área, a temas abordados naquele número da revista, ou a questões da própria revista. São habitualmente encomendados pelos Editores a autoridades em áreas específicas (máximo de 1.000 palavras).
- **Artigos Originais:** destina-se a divulgação de resultados de pesquisa inédita de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações).
- **Artigo de Revisão:** destina-se a avaliações críticas e ordenadas da literatura sobre um determinado tema. Os artigos desta categoria são geralmente encomendados pelos editores a autores com comprovada experiência no assunto. Revisões não encomendadas são também aceitas, desde que expressem experiência do(s) autor(es) na área e sejam revisão sistemática da literatura (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações).
- **Descrição ou avaliação de experiências, métodos, técnicas, procedimentos e instrumentais:** destina-se a descrição ou avaliação crítica de novas experiências em serviços de saúde, métodos, técnicas ou instrumentais, e de procedimentos ou condutas adotadas como rotina ou em experimentação em instituições ou grupos profissionais atuantes (máximo de 4.000 palavras e 3 ilustrações).
- **Relatos de casos:** destina-se a descrição de pacientes, doenças ou situações interessantes que apresentem algum aspecto original, incluindo descrição de casos raros, comportamentos atípicos, assim como formas inovadoras de diagnóstico e tratamento (máximo de 4.000 palavras e 3 ilustrações).

SUBMISSÃO DOS ARTIGOS

Os artigos devem ser escritos em português, inglês ou espanhol, obedecendo às normas especificadas abaixo.

Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas (a página inicial, resumo, abstract e ilustrações serão considerados à parte).

O artigo deve ser original e se destinar exclusivamente a esta revista. O artigo não pode ter sido ou ser submetido à outra revista durante o período de análise para publicação na RBPS. Em caso de submissão ou publicação simultânea, o manuscrito será recusado e devolvido aos autores.

Todos os autores devem ter participado de forma significativa do trabalho para assumir a responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Antes de submetê-lo, todos os autores devem ter lido e aprovado a sua versão final. O crédito de autoria deve se basear em contribuições significativas durante as etapas de desenvolvimento do trabalho (concepção, planejamento, execução, análise e interpretação dos dados, redação ou revisão do manuscrito de forma intelectualmente significativa).

Devem ser informados possíveis conflitos de interesse (relações entre autores e empresas ou indivíduos com interesse no material abordado pelo artigo), assim como os órgãos ou instituições financiadoras da pesquisa.

Ao encaminharem os manuscritos, os autores assumem total responsabilidade pelo seu conteúdo e/ou eventuais conflitos de interesse.

Os manuscritos aceitos para publicação são de propriedade da RBPS, sendo sua reprodução total ou parcial permitida, desde que a fonte seja mencionada.

Os manuscritos recusados não serão devolvidos, exceto quando solicitados pelos respectivos autores.

Por questões de padronização deste periódico, os editores reservam-se o direito de proceder pequenas modificações, caso necessário, na redação ou aspectos gráficos do manuscrito, não obstante, sem comprometer o seu conteúdo.

PROCESSO DE ANÁLISE

Sendo compatível com a política editorial da revista e estando de acordo com as Instruções aos Colaboradores, todos os artigos submetidos serão analisados pelo comitê editorial. A seleção dos manuscritos para publicação ocorre em 2 fases:

na primeira, os editores chefe e científico avaliam a qualidade científica, a clareza do texto e o interesse do tema para o público alvo da RBPS. Ao ser aprovado, na segunda fase o manuscrito é encaminhado para avaliação por dois pareceristas pertencentes ao comitê editorial, de reconhecida competência no assunto abordado. Durante todo o processo de julgamento, de caráter duplo-cego, será mantido sigilo, sendo os referidos autores e pareceristas mantidos em anonimato. A decisão final de aceitação ou recusa do manuscrito caberá aos editores. O prazo para a avaliação pelo Corpo Editorial será em torno de 90 dias, a contar do recebimento do manuscrito. Caso os pareceres sejam divergentes, um terceiro consultor dará o parecer final. Será encaminhado ao autor principal o parecer final do Conselho Editorial (aceito, aceito com modificações ou recusado).

Os comentários realizados pelos revisores serão encaminhados aos autores para que as modificações no texto ou as justificativas de sua conservação sejam redirecionadas para a revista em prazo de até 20 dias. Os manuscritos reformulados entrarão na sequência de publicação impressa e eletrônica de acordo com a ordem cronológica dos documentos aprovados.

Na versão eletrônica, os manuscritos serão também publicados na língua inglesa. A versão na língua inglesa destes manuscritos poderá ser realizada pelos autores ou mediante pagamento à revista nos prazos estabelecidos pelos editores.

INSTRUÇÕES PARA ENVIO DO MANUSCRITO PARA PUBLICAÇÃO

Os artigos devem ser enviados para o Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SEER) no endereço eletrônico: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS>.

INSTRUÇÕES PARA A PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

Instruções

O manuscrito, incluindo ilustrações e referências bibliográficas, deve estar em conformidade com os "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas ([http:// www.icmje.org](http://www.icmje.org)).

O manuscrito deve conter as seguintes seções:

- I. Página de ROSTO;
- II. Resumo em português, *abstract* em inglês;
- III. TEXTO;
- IV. AGRADECIMENTOS, quando absolutamente necessário;
- V. Referências;

Cada seção deve ser iniciada em uma nova página seguindo a sequência descrita anteriormente. O artigo deve ser formatado para folha tamanho A4, todas as margens de 25 mm, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, espaço duplo em todas as seções e páginas numeradas no canto superior direito iniciando na página de rosto. Deve-se utilizar o Microsoft Word.

I. PÁGINA DE ROSTO

A página de rosto deverá conter:

- Título do manuscrito em português ou inglês ou espanhol, em negrito, centralizado e em letras caixa alta.
- O Título deve ser conciso e explicativo, representativo do conteúdo do trabalho.
- Título em inglês, em itálico, negrito, centralizado e em letras maiúsculo-minúscula.
- Título resumido do manuscrito, com no máximo 40 caracteres, incluindo os espaços (para constar no topo de todas as páginas do manuscrito).
- O tipo de colaboração enviada (artigo original, artigo de revisão, descrição ou avaliação de métodos, técnicas, procedimentos e instrumentais, relato de casos).
- Nome completo e filiação institucional de cada autor, permitindo até 8 autores.
- Nome, endereço institucional, telefone, fax e e-mail do primeiro autor e do responsável pela correspondência (que será contatado durante o período de submissão do artigo e que constará no artigo para posterior contato sobre a publicação).
- Fonte financiadora da pesquisa.
- Se o manuscrito foi baseado em tese/dissertação, colocar o título, o nome da instituição, ano de defesa e número de páginas.

II. RESUMO EM PORTUGUÊS E INGLÊS (*ABSTRACT*)

- **Artigos Originais:** devem conter de forma sintetizada e estruturada: **objetivo, métodos, resultados e conclusão.**
- **Revisões:** devem conter de forma sintetizada e estruturada: **objetivo, métodos, resultados e conclusão.**
- **Descrição ou avaliação de experiências, métodos, técnicas, procedimentos e instrumentais:** devem conter de forma sintetizada e estruturada: **objetivo, síntese dos dados e conclusão.**
- **Relatos de casos:** devem conter de forma sintetizada e estruturada: **objetivo, descrição do caso e conclusão.**
- **Descritores e *Descriptors*:** inserir de 3 a 6 descritores, listados nos Descritores em Ciências da Saúde, da Biblioteca Virtual em Saúde (decs.bvs.br) ao final do resumo.

Apresentar ao final do *abstract*, o número do registro (NCT) obtido no cadastramento da pesquisa de Ensaio Clínico, previamente aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Os autores devem cadastrar sua pesquisa na seguinte base de dados (*website*): www.clinicaltrials.gov.

III. TEXTO

A estruturação do texto deve se adequar à norma *Vancouver* de texto, referencial teórico e ao tipo de artigo, conforme abaixo:

a) ARTIGOS ORIGINAIS: devem conter de forma sintetizada: **introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão.**

- a1. Introdução:** deve conter a justificativa e os objetivos do trabalho ressaltando a relevância do tema investigado. Deve ser concisa e atualizada. Devem ser evitadas revisões extensas sobre o assunto, assim como adiantar resultados do estudo a ser descrito.
- a2. Métodos:** devem descrever de forma sucinta a população e amostra estudada, os critérios de seleção, procedimentos, técnicas, materiais e instrumentos utilizados e a estatística aplicada na análise dos dados, mas de forma a permitir a reprodução da pesquisa e a verificação da análise a partir desta descrição. Métodos e procedimentos estabelecidos devem ser citados com referências. Devem ser citados os fabricantes dos aparelhos e equipamentos e a origem do material utilizado. A declaração de que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição a qual os autores são vinculados ou ao do local da pesquisa tem que ser incluída no último parágrafo dos Métodos.
- a3. Resultados:** devem ser descritos de forma objetiva e em sequência lógica. Deve ser evitada a repetição dos dados nas tabelas e figuras. Quando houver grande número de dados tentar apresentá-los por meio de gráficos ao invés de tabelas, respeitando o número máximo de 5 figuras/tabelas.
- a4. Discussão:** deve conter a análise interpretativa dos resultados, embasada por dados existentes na literatura atual e pertinente com o tema, enfatizando as novas informações obtidas no estudo, sua importância e suas implicações. Deve-se também informar e discutir as limitações do estudo. A repetição de resultados ou de aspectos descritos em outras seções deve ser evitada.
- a5. Conclusão:** deve conter de forma concisa a resposta aos objetivos propostos. A repetição de resultados ou de aspectos descritos em outras seções deve ser evitada.

Nos trabalhos com **abordagem qualitativa**, os resultados poderão ser descritos, analisados e discutidos conjuntamente, devendo neste caso receber a denominação: **Resultados e Discussão**. Da mesma forma, serão aceitas **Considerações finais**, substituindo o tópico **Conclusão**, como forma de síntese dos objetivos alcançados. Será permitido um número máximo de 20% de referências de livros e capítulos.

b) REVISÕES: deve conter uma **introdução**, onde seja justificada a importância daquele tema e se aborda algum

aspecto específico do mesmo; **métodos** devem descrever de forma sucinta dos procedimentos utilizados (bases de dados, descritores, período, critérios de inclusão e exclusão); **resultados**, que podem ser subdivididos em seções/tópicos; **discussão** deve conter a análise interpretativa dos resultados, embasada por dados existentes na literatura, enfatizando as novas informações obtidas no estudo, sua importância e suas implicações; e as **conclusão**, baseadas nos dados analisados e nos objetivos propostos.

c) DESCRIÇÃO OU AVALIAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS, MÉTODOS, TÉCNICAS, PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTAIS: as **descrições** devem conter uma **introdução**, com uma breve revisão sobre o assunto para situar o leitor quanto à importância do tema e quanto aos seus objetivos; **síntese dos dados**, que pode ser subdividida em seções/tópicos; e as **conclusão**, baseadas nos dados analisados e nos objetivos propostos. No caso de **avaliação**, devem-se seguir a mesma padronização recomendada para os artigos originais (**métodos, resultados, discussão e conclusão**).

d) RELATOS DE CASOS: deve conter uma **introdução**, contendo objetivos, a relevância (justificativa) da descrição do(s) caso(s) para a promoção de saúde e uma breve revisão sobre o assunto abordado; **descrição do caso**, o(s) caso(s) deve(m) ser apresentado(s) de forma detalhada permitindo a compreensão de dos fatores condicionantes e da sua evolução; **discussão**, deve conter dos aspectos originais do(s) caso(s), relacionando-o(s) com dados existentes na literatura (outros casos semelhantes descritos etc.). Deve-se enfatizar as novas informações obtidas a partir do(s) caso(s), bem como as possíveis implicações dos achados em termos de aplicação prática; e **conclusão**, baseadas nos dados analisados e nos objetivos propostos.

IV. AGRADECIMENTOS

Nesta seção incluir, de forma sucinta, colaborações que não justificam autoria, como auxílios técnicos, financeiros e materiais, incluindo auxílios institucionais, governamentais ou privados, e relações que possam implicar em potencial conflito de interesse, sendo colocados antes das referências.

V. REFERÊNCIAS

As referências bibliográficas devem seguir a norma *Vancouver*, estar em folha separada após a seção agradecimentos, com a mesma formatação recomendada para o restante do artigo, sendo dispostas por ordem de entrada no texto e numeradas consecutivamente, sendo obrigatória a sua citação.

No texto, devem ser citadas por ordem de aparecimento, utilizando-se algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses.

A exatidão das referências constantes e a sua correta citação no texto são de responsabilidade do autor. Aceitar-se-á um máximo de 20% de referencial advindo de livros, teses e dissertações.

Usualmente, o número de referências deve totalizar não mais que 60 para revisões e 40 citações para: a) Artigos originais, b) Relatos de casos, c) Descrição ou avaliação de experiências, métodos, técnicas, procedimentos e instrumentais.

Devem ser formatadas no estilo *lancouvet* conforme os exemplos a seguir. Incluir todos os autores de cada artigo ou livro; em trabalhos com um grande número de autores, deverão ser listados os primeiros seis (6) seguidos de "et al.". Referências já aceitas, mas ainda não publicadas podem ser incluídas, acrescentando a expressão *no prelo*, conforme exemplo a seguir. Para maiores detalhes consulte os "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas", disponível no site: <http://www.icmje.org/#print> - IVA.9.b. Reference Style and Format e acesso direto pela National Library of Medicine no site http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

V. 1. Artigos em periódicos

Fuchs S C, Silva AA. Hipertensão arterial e diabetes mellitus: uma visão global. *Rev Bras Hipertens*. 2011;18(3):83-8.

Leaning J, Guha-Sapir D. Global health: natural disasters, armed conflict and public health. *N Engl J Med*. No prelo 2013.

V. 2. Livro e Capítulo de livro

Capítulo de livro

Diniz EMA. Toxoplasmose congênita. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y. *Pediatria básica*. São Paulo: Sarvier; 2008. p. 533-40.

Livro no todo

Luna RL. *Hipertensão arterial: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Revinter; 2010.

V. 3. Evento (Anais/Proceedings de conferência)

Malecka-Tendera E, Klimek K, Matuski P. Obesity prevalence and risk factors in representative group of Polish 7 to 9 years old children [abstract]. In: 16th European Congress of Endocrinology; 2003 Nov 13-14; Copenhagen; 2013.

V. 4. Dissertação e Tese

Venancio SI. Determinantes individuais e contextuais do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida em cento e onze municípios do Estado de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; Universidade de São Paulo; 2002.

V. 5. Artigo de revista ou monografia em formato eletrônico

Melere C, Hoffmann JF, Nunes MAA, Drehmer ME, Buss C, Ozcariz SGI, et al. Índice de alimentação saudável para gestantes:

adaptação para uso em gestantes brasileiras. *Rev Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 2013 Nov 18]; 47(1):20-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100004&lng=en.

Livro no formato eletrônico

Livro eletrônico no todo

Kapoor OP. Role of vegetarian diet in health and diseases [monography online]. India: Reddy 's Laboratories. [cited 2013 Nov 10]. Available from: URL: <http://www.bhj.org/books/diets/contents.htm>

Capítulo de livro eletrônico

Banka NH. Vegetarianism and the liver. In: Kapoor OP. Role of vegetarian diet in health and diseases [monography online] India; Reddy's Laboratories. [cited 2013 Nov 10]. Available from: URL: <http://www.bhj.org/books/diets/chap6.htm>

VI. ILUSTRAÇÕES (Tabelas, Quadros e Figuras)

As tabelas, quadros e figuras devem ser utilizadas para facilitar a apresentação de dados. Fotografias, gráficos, desenhos devem constar no artigo como figuras.

Quando houver grande número de dados, preferir os gráficos ao invés de tabelas. Deve-se evitar a repetição dos dados (texto, tabelas e gráficos).

Cada tabela, quadro e figura deve ser apresentada de forma ordenada de acordo com o aparecimento no texto. As tabelas e quadros devem ser numeradas com algarismos romanos e as figuras com algarismos arábicos (Ex. Tabela I, II, III ...; Figura 1, 2, 3 ...).

Cada tabela, quadro ou figura deve conter a respectiva legenda. Esta deve ser clara e objetiva, de forma a permitir a compreensão da tabela ou figura, independente do texto. Figuras que necessitam de digitalização (Ex. fotografias, desenhos) devem ter suas legendas em página própria, devidamente identificadas com os respectivos números. Nestes casos, as figuras devem ser identificadas no verso com etiqueta, com o nome do primeiro autor e o número da legenda correspondente. As figuras devem ser originais e de boa qualidade. O significado das letras e símbolos deve constar nas legendas. As figuras deverão ser encaminhadas em preto e branco ou tons de cinza.

No caso de uso de figuras ou tabelas publicadas previamente por outro autor, é necessário enviar a permissão dos editores para sua reprodução.

VII. ABREVIACÕES

O uso de abreviações deve ser mínimo, sendo evitadas no título e resumo. Quando utilizada, deve ser definida na sua primeira menção no texto, colocada entre parênteses.

LISTA DE CHECAGEM

Checklist

Antes de enviar o artigo, recomenda-se que os autores verifiquem se todos os itens da lista abaixo estão adequados, desta forma certificando-se de que todo o material necessário está sendo enviado.

- A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista.
- Neste trabalho existe informação sobre conflitos de interesse.
- Foi realizada referência a órgãos ou a instituições financiadoras da pesquisa.
- Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word.
- O texto está espaço duplo; usa uma fonte *Times New Roman* tamanho 12-pontos; emprega itálico ao invés de sublinhar (exceto em endereços URL); com figuras, tabelas e quadros inseridos no final do texto
- Incluiu o resumo em português com no máximo 250 palavras, e o em inglês (abstract) sendo este uma versão fiel do resumo em português.
- Incluiu 3 a 6 descritores (palavras-chave) no final do resumo. Devem ser empregados aqueles que constam na Lista de Descritores em Ciências da Saúde, da BIREME (<http://decs.bvs.br>), apresentadas na língua original e em inglês.
- De acordo com o tipo de artigo (artigo original, relato de caso etc.), constam todos os itens do texto (introdução, métodos etc.).
- O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na seção Sobre a Revista.
- As referências bibliográficas estão formatadas no estilo *Vancouver*, dispostas por ordem de entrada no texto e numeradas consecutivamente (respeitando o número máximo permitido), e no texto, estão citadas por ordem de aparecimento (algarismos arábicos), entre parênteses.
- Todos os endereços de páginas na Internet (URLs), incluídas no texto (Ex.: <http://www.ibict.br>) estão ativos e prontos para clicar.
- Os quadros, tabelas e figuras estão apresentadas de forma ordenada de acordo com o seu aparecimento no texto, numeradas como recomendado, contendo as respectivas legendas.
- Se for o caso, está enviando a permissão dos editores para reprodução de figuras ou tabelas publicadas previamente.
- O artigo, incluindo ilustrações e referências bibliográficas, está em conformidade com os "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas".
- As abreviações utilizadas estão definidas na sua primeira menção no texto, entre parênteses.
- Se for o caso, apresentou o número do registro em bases de dados internacional para ensaios clínicos, ao final do resumo. Os autores podem cadastrar sua pesquisa em uma das seguintes bases de dados (*website*): www.clinicaltrials.gov, <http://isrctn.org>.