

Aspectos metodológicos de estudos de prevalência de lesões da mucosa bucal: possibilidade de aplicação em levantamentos nacionais

Methodological aspects of prevalence studies of oral mucosal lesion: possibility of application in national surveys

Allan Ulisses Carvalho de Melo¹
Franca Arenare Junon²
Thiago de Santana Santos³
Cyntia Ferreira Ribeiro⁴
Ana Christina Claro Neves⁴
Laís Regiane da Silva Concílio⁴

Correspondência: allanulisses@gmail.com
Submetido: 05/09/2012 Aceito: 14/02/2013

RESUMO

Conhecer a prevalência de alterações e lesões do sistema estomatognático numa determinada população é de grande relevância para o planejamento, execução e avaliação de políticas públicas de saúde voltadas para a prevenção e tratamento das mesmas. O objetivo desta revisão da literatura foi analisar os aspectos metodológicos dos estudos de prevalência de lesões da mucosa bucal e propor uma metodologia para aplicação em levantamentos nacionais de saúde bucal. Foram pesquisadas as seguintes bases de dados: SciELO, LILACS e MEDLINE, referentes ao período de 1990 a 2011, com a palavras-chave: "oral mucosal lesions" e "prevalence". Também foram analisados manuais da OMS, livros-texto e relatórios de órgãos públicos de saúde que tratassem do referido assunto. Foram apontados os principais aspectos relacionados a treinamento e calibração de examinadores, metodologia de exame clínico, critérios diagnósticos e condições/lesões a serem consideradas no levantamento. Foi encontrada variação substancial na metodologia adotada pelos levantamentos epidemiológicos de lesões bucais pesquisados. Experiências brasileiras prévias já demonstraram a plausibilidade da metodologia proposta neste artigo para levantamentos nacionais de alterações de mucosa bucal.

PALAVRAS-CHAVE: Mucosa bucal; Metodologia; Levantamentos de saúde bucal.

ABSTRACT

Knowing the prevalence of lesions and alterations of the stomatognathic system in a given population is very important for planning, implementation and evaluation of public health policies for the prevention and treatment of those lesions. The purpose of this review was to examine the methodological aspects of prevalence studies about oral mucosal lesions and to propose a methodology for implementation in national surveys of oral health. The databases for this research was found at: SciELO, LILACS, and MEDLINE from 1990 to 2011 with the keywords "oral mucosal lesions" and "prevalence". It was also analyzed the WHO manuals, textbooks and reports of public health agencies that addressed the issue. It was appointed the main aspects related to calibration, training of examiners, methodology of clinical examination, diagnostic criteria and conditions/injuries to be considered in the survey. It was found substantial variation in the methodology adopted by epidemiological surveys of oral lesions. Previous experiences in Brazil have shown the plausibility of the methodology proposed in this paper to national surveys of oral mucosal disorders.

KEY WORDS: Mouth mucosa; Methodology; Dental health surveys.

1 Hospital de Urgência de Sergipe –HUSE, Brasil

2 Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais -PUC-MG, Brasil

3 Universidade de São Paulo – USP, Brasil

4 Universidade de Taubaté –UNITAU, Brasil

INTRODUÇÃO

A saúde bucal não se restringe apenas à prevenção e tratamento da cárie dentária e doença periodontal devendo ser avaliada de modo mais amplo, pois diversas outras lesões e desordens do sistema estomatognático afetam a vida diária, o bem-estar e a qualidade de vida de uma porcentagem significativa da população mundial [1].

O entendimento dos fatores de risco, da história natural e da epidemiologia das lesões de mucosa bucal é essencial para promover a prevenção primária, o diagnóstico precoce e o adequado planejamento dos serviços de saúde voltados para este problema de saúde [2].

Apesar da Organização Mundial da Saúde (OMS) [3,4] recomendar a realização de levantamentos epidemiológicos sobre lesões de mucosa bucal, há uma escassez de trabalhos sobre este tema, principalmente em comparação com estudos sobre cárie dentária e doenças periodontais [5].

As diretrizes brasileiras da Política Nacional de Saúde Bucal foram lançadas em 2004 sob o nome Brasil Sorridente e apresentavam como alguns de seus pressupostos a utilização da epidemiologia para subsidiar o planejamento e a incorporação de práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença. Tais pressupostos traduzem-se, dentre outras ações, na execução de levantamentos epidemiológicos nos quais devem estar incluídas as principais patologias bucais, que segundo a OMS são as seguintes: cárie dentária, periodontopatias, maloclusão, fluorose, fenda labiopalatina e câncer bucal [6].

Os três grandes levantamentos nacionais realizados no Brasil em 1986, 1996 e 2003 não construíram uma base de dados relativa às alterações dos tecidos moles bucais, sendo que em 2003 estes dados foram registrados durante os exames bucais, mas os resultados não foram publicados até o momento. Em 2010 foi executada Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SBBrazil 2010) e mais uma vez as alterações da normalidade e as lesões dos tecidos moles bucais não foram contempladas entre as condições avaliadas [7,8].

Conhecer a prevalência de alterações e lesões do sistema estomatognático numa determinada população é de grande relevância para o planejamento, execução e avaliação de políticas públicas de saúde voltadas para a prevenção e tratamento das mesmas [9,10].

Em virtude de todos os fatores já citados e da escassez de artigos relacionados a este tema, o presente trabalho tem como objetivo, através de uma revisão narrativa, conhecer os aspectos metodológicos dos estudos de prevalência de lesões da mucosa bucal e propor uma metodologia para aplicação em levantamentos nacionais de saúde bucal.

MÉTODOS

Foi realizada revisão da literatura, procurando-se selecionar artigos científicos que descrevessem os critérios diagnósticos adotados em pesquisas de prevalência de lesões (alterações) de mucosa bucal. Selecionaram-se artigos em português, inglês ou espanhol, publicados a partir de 1990. Também foram analisados manuais da OMS, livros texto e relatórios de órgãos públicos de saúde que tratassem do referido assunto, ainda que publicados antes de 1990. As bases de dados eletrônicas pesquisadas foram: SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), LILACS (Literatura do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE-PubMed via *National Library of Medicine*, no mês de janeiro de 2011.

Não foram incluídos artigos de prevalência de lesões de mucosa bucal que não especificassem os critérios de diagnóstico. Também não foram consideradas dissertações ou teses e nem os seguintes tipos de estudo: prevalência de alterações de mucosa bucal apenas de crianças, de pacientes com desordens sistêmicas (HIV, refluxo gastroesofágico, insuficiência renal, etc.) ou com condições específicas (apenas em alcoólatras, usuários de prótese dentária, etc.), estudos com base apenas em laudos histopatológicos e análises de séries de casos de patologias (câncer, líquen plano, leucoplasia, fibrose submucosa, lesões cancerizáveis, etc) ou de localizações específicas (língua, gengiva, etc.).

Na busca realizada na base MEDLINE-PubMed foi encontrado um total de 181 artigos utilizando-se a combinação de unitermos *oral mucosal lesions* e *prevalence*. Nesta base foram também selecionados artigos armazenados no link “*related articles*”. Com os termos “lesões mucosa bucal” foram encontrados vinte e um artigos na base SciELO. Na base LILACS foram utilizados os termos “prevalência lesões mucosa bucal” resultando na obtenção de trinta e três artigos. Após a leitura dos resumos, foram selecionados vinte e nove artigos para análise.

RESULTADO

Os estudos de prevalência e os levantamentos epidemiológicos de alterações de mucosa bucal em adultos analisados nesta revisão apresentaram diferenças metodológicas em diversos aspectos: tamanho e características da amostra, número e perfil profissional dos examinadores, treinamento e calibração de examinadores, metodologia de exame clínico, critérios diagnósticos e condições/lesões consideradas no levantamento. A tabela 1 apresenta os resultados desta revisão com base nesses critérios.

Tabela 1 - Levantamentos epidemiológicos de lesões de mucosa bucal.

Autor (ano)	Amostra (n)	Idade (anos)	Amostra (características)	Critério diagnóstico	Calibração	Biópsia	Diferencia*	Alteração prevalente
Morger et al. (2010)[11]	615	18 - 24	Suíça - Thun - Soldados sexo masculino	WHO (1980); Axell (1976)	Não	Não	Sim	Lesões reacionais
Mehotra et al. (2010)[12]	3.030	≥ 18	Índia - População urbana	WHO (1980)	Não	Sim	----	Leucoplasia
Carrard et al. (2010)[13]	1.586	14 - 104	Brasil - Porto Alegre (RS)	WHO (1980); WHO (1997)	Sim	Sim	----	Candidose
Mendes et al. (2010)[14]	200	≥ 60	Brasil - Montes Claros (MG)	WHO (1997)	Sim	Sim	Sim	Lesões reacionais
Ferreira et al. (2010)[15]	335	≥ 60	Brasil - Belo Horizonte (MG) - Idosos institucionalizados	WHO (1980); Axell (1997)	Não	Não	Sim	Varicosidade lingual
Henrique et al. (2009)[16]	1.006	≥ 20	Brasil - Uberaba (MG)	Marcucci (2005)	Não	Sim	Sim	Varicosidade lingual
Cebeci et al. (2009)[17]	5.000	17 - 85	Turquia - Fac. Odontologia	WHO (1980)	Sim	Sim	Não	Lesões ulceradas
Pentenero et al. (2008)[18]	4.098	19 - 96	Turim - Serviço Medicina Oral - Universidade de Turim	WHO (1980); Axell (1976); Axell et al. (1996)	Sim	Sim	Sim	Úlcera traumática
Mujica et al. (2008)[19]	340	60- 104	Venezuela - Idosos institucionalizados	WHO (1980)	Não	Sim	Sim	Estomatite protética
Castellanos et al. (2008)[20]	23875	≥ 15	México - Universidade De La Salle Bajío	Castellanos et al. (1987)	Não	Sim	Não	Leucoedema
Dundar; Kal (2007)[21]	853	≥ 60	Turquia - Universidade Ege	WHO (1980); Wood, Goaz (1997); Axell (1984)	Sim	Sim	Não	Lingua fissurada
Vieira et al. (2007)[22]	215	≥ 12	Brasil - Belo Horizonte (MG) - Fac.Odontologia - UFMG	WHO (1992); WHO (1995)	Sim	Sim	Não	Hiperqueratose
Reis et al. (2005)[23]	289	≥ 60	Brasil - Goiânia (GO) - Idosos institucionalizados	Projeto SB- 2000	Sim	Não	Não	Alterações tec. mole Prevalência 13,49%
Santos et al. (2004)[24]	587	0 - 45	Brasil - Índios Waimiri Atroari (AM)	WHO (1980); Axell et al. (1976); Flink et al. (1994) e Witkop,Barros (1960)	Sim	Não	Sim	Hiperplasia epitelial focal
Triantos (2005)[25]	316	65 - 99	Grécia - Atenas - Idosos	Axell (1976); Pindborg (1992)	Não	Não	Sim	Estomatite protética
Mumcu et al.	765	5 - 95	Turquia - Istambul -	WHO (1980);	Não	Não	Não	Pigmentação

(2005) [26]			Kartal	WHO (1997); Scully (1999)				melânica
Shulman et al. (2004) [27]	17.235	≥ 17	EUA - NHANES	WHO (1980);	Sim	Não	Não	Estomatite protética
Espinoza et al. (2003) [28]	889	≥ 65	Chile - Santiago	WHO (1980); WHO (1997); Axell et al. (1996)	Sim	Não	Sim	Estomatite protética
Jainkittivong et al. (2002) [29]	500	≥ 60	Tailândia - Univesidade Chulalongkorn - Serv. Estomatologia	WHO (1980); Langlais, Miller (1992), Reichart et al. (1987)	Não	Sim	Não	Varicosidade lingual
Vallejo et al. (2002) [30]	308	≥ 30	Espanha - Oviedo	WHO (1980); WHO (1997); WHO (1978)	Não	Sim	Não	Lesão friccional
Díaz-Canel; Vallejo (2002) [31]	337	30 - 85	Espanha - Univesidade Oviedo - Serv. Estomatologia	WHO (1980); WHO (1997); WHO (1978)	Não	Sim	Não	Pigmentação melânica
Lin et al. (2001) [32]	1573 (I) 1515 (II)	35 - 44 (I) 65 - 74 (II)	China - Áreas urbanas e rurais	WHO (1997); Axell (1976)	Sim	Não	Não	Língua fissurada
Campisi et al. (2001) [33]	118	≥ 40	Itália - Sicília - Apenas homens	WHO (1980); Axéll et al. (1996); Scully (1993);	Não	Sim	Não	Língua saburrosa
Meneghim; Saliba (2000) [34]	209	≥ 45	Brasil - Pircacicaba (SP)	WHO (1997)	Sim	Não	Não	Lesões ulceradas
Reichart (2000) [35]	655 (I) 1367(II)	35-44 (I) 65-74 (II)	Alemanha	WHO (1980); WHO (1995); Axell (1976); Zain (1995); Melnick et al. (1993)	Sim	Não	Não	Grânulos de Fordyce
Zain et al. (1997) [36]	11.707	25 - 115	Malásia	WHO (1980); Axell (1976); Axéll et al. (1984); CID-OE (1973)	Sim	Não	Não	Estomatite protética
Taiyeb Ali et al.(1995) [37]	486	60 - 105	Malásia - Klang	WHO (1980); Axell (1976)	Sim	Não	Não	Lesões de língua
Ikeda et al. (1995) [38]	1.319	15 - 99	Camboja - Sudoeste	WHO (1980); Axell (1976)	Sim	Não	---	Líquen
Corbet et al. (1994) [39]	537	65 - 74	China - Hong Kong - Idosos	WHO (1980)	Sim	Não	Não	Varicosidades linguais

* Diferencia alteração da normalidade de lesões fundamentais;
--- Não informa

Poucos estudos apresentaram um perfil nacional [27,35,36], todos os outros possuíam uma inferência limitada a uma cidade, bairro ou instituição (asilos, faculdade, reformatório etc.) e quase todos com amostragem por conveniência. Outros autores já realizaram uma revisão da literatura sobre diferenças na metodologia para levantamento de prevalência de lesões de mucosa bucal em crianças e adolescentes e também relataram que houve grande variação nos critérios diagnósticos e métodos de detecção empregados, sendo que em alguns estudos vários aspectos metodológicos importantes não foram descritos [5].

O sistema estomatognático é composto pelos dentes, mucosa, ossos maxilares, músculos, nervos, vasos sanguíneos e glândulas salivares envolvidos no funcionamento da cavidade bucal [40,41]. As alterações da normalidade são variações anatômicas que não significam presença de doença ou desordem patológica, sendo que alguns autores as consideram defeitos de desenvolvimento [42]. A língua geográfica, o leucoedema, a melanose fisiológica ou os tórus mandibulares e maxilares são alguns exemplos de alterações da normalidade [40-42].

Lesões fundamentais são as manifestações (alterações) morfológicas de processos patológicos que afetam o sistema estomatognático (mais especificamente a mucosa bucal) e que assumem características próprias permitindo a identificação de doenças. São exemplos de lesões fundamentais mácula, nódulo, tumor, vesícula e úlcera [40-45].

Quanto aos critérios diagnósticos, uma parte significativa dos estudos de prevalência de lesões de mucosa bucal pesquisados não diferenciaram as alterações de normalidade das patologias bucais propriamente ditas e incluíram em seus resultados, como alterações mais prevalentes, não apenas patologias como leucoplasia, líquen ou estomatite protética, mas variações anatômicas como a língua fissurada, os grânulos de Fordyce ou as varicosidades linguais.

Quase metade das pesquisas realizaram biópsias ou outros exames complementares para chegar ao diagnóstico final, sendo estes procedimentos complementares executados em serviços de referência e não durante os exames clínicos de campo [12-14,16-19,22,24,33].

Apesar da avaliação de lesões de tecidos moles bucais em estudos epidemiológicos transversais ser cercada de dificuldades, particularmente as relativas ao processo de treinamento e calibração de examinadores, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda há mais de duas décadas este tipo de levantamento e já apresentou os métodos e as fichas específicas para análise das condições da mucosa bucal e das estruturas da cabeça e pescoço (pele e linfonodos) [3,4].

Em 1980, a OMS publicou o Guia Epidemiológico para Diagnóstico de Doenças da Mucosa Bucal que foi preparado pelos pesquisadores Kramer, Pindborg, Bezroukov e Infirri. Segundo este guia o exame bucal deve ser feito de modo completo e metódico, sem variações e com o auxílio de uma fonte de luz artificial e dois espelhos bucais (odontoscópios) para retração das bochechas e língua, sendo a palpação digital reservada para o exame de lesões específicas. Tecidos faciais e mucosos que aparentem anormalidades, bem como linfonodos submandibulares e cervicais devem ser palpados [2].

Segundo a OMS, as próteses bucais devem ser removidas antes do exame dos tecidos moles dentro e ao redor da boca. Este exame deve ser abrangente e sistemático sendo realizado na seguinte sequência: vermelhão dos lábios (boca aberta e fechada), lábio inferior e superior (mucosa e fundo de sulco), comissura labial (à direita e à esquerda), rebordo alveolar/gengiva (superior e inferior nas faces vestibular, palatina e lingual), língua (dorso, ventre e bordas), assoalho bucal, palato duro e mole [3,4].

Nos manuais e guias da OMS relacionados ao diagnóstico epidemiológico das doenças da mucosa bucal foram descritas as seguintes lesões: carcinoma, leucoplasia, eritroplasia, líquen plano, fibrose submucosa oral, estomatite nicotínica, candidose, ulceração aftosa recorrente, gengivoestomatite herpética aguda, gengivite necrotizante aguda e *cancrum oris* (noma). Como diagnóstico diferencial entre lesões brancas, pigmentadas, ulceradas e bolhosas ainda foram citadas leucoedema, mucosa mordiscada, nevo branco esponjoso, pápula sífilítica, lúpus eritematoso discóide, grânulos de Fordyce, hiperplasia fibroepitelial, hiperplasia epitelial focal, pêfigo, penfigóide benigno de mucosa, eritema multiforme, melanose fisiológica, tatuagem de amálgama, diversos tipos de nevo, melanoma e doença de Addison [3,4].

A OMS recomendou em seu guia para levantamentos de lesões de mucosa bucal que todos os examinadores deveriam ter longa experiência em Diagnóstico Bucal e que, caso isso não fosse possível, atlas fotográficos das lesões deveriam ser utilizados, visto que seria bastante difícil conseguir reunir numa única região pacientes com todas as lesões bucais para a fase de treinamento e calibração. Outra dificuldade apontada é o fato de que para algumas das lesões bucais já citadas um diagnóstico confiável seria alcançado apenas com exames laboratoriais complementares, que nem sempre estariam disponíveis [3].

Apesar do Guia Epidemiológico para Diagnóstico de Doenças da Mucosa Bucal da OMS ser a referência para este tipo de levantamento, ele não leva em consideração os seguintes aspectos: (I) as alterações de normalidade são condições de mucosa bucal muito mais prevalentes que as lesões propriamente ditas; (II) o diagnóstico definitivo de lesões bucais, invariavelmente, demanda exames complementares como biópsias e radiografias e (III) o cirurgião-dentista generalista que executará os exames epidemiológicos dificilmente conseguirá alcançar uma alta acurácia no diagnóstico clínico de patologias bucais em curto período de treinamento (semanas ou meses) [3].

Não é possível alcançar o diagnóstico da maior parte das desordens patológicas bucais num único exame clínico ou sem a realização de biópsia com posterior análise histológica [46]. Diante destes fatos,

percebe-se que levantamentos epidemiológicos de lesões bucais baseados em diagnósticos específicos de doenças bucais como leucoplasia, líquen plano, carcinoma, cistos ou tumores odontogênicos não são acurados e nem fidedignos à realidade de saúde bucal da população examinada.

Nos EUA é feita a *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) que consiste numa pesquisa (entrevistas e exames físicos) para avaliar a saúde e o estado nutricional de adultos e crianças. No NHANES III, executado entre 1988 e 1994, foram examinados 17.235 sujeitos com mais de 17 anos de idade e a prevalência de lesões foi de 28% aproximadamente. Os dentistas examinadores foram previamente treinados e calibrados para o diagnóstico clínico de quarenta e oito condições bucais adotando critérios sugeridos pela OMS (1980) [27].

No Brasil, os exames domiciliares do levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população brasileira intitulado Projeto SB2000 foram realizados entre maio de 2002 e outubro de 2003. As alterações de tecidos moles foram registradas apenas como ausência, presença ou sem informação. Nos manuais de examinador, anotador ou coordenador não constavam informações essenciais como uma definição de alterações de tecido mole ou da técnica para exame clínico. Os resultados dessa variável não foram publicados no relatório final ou em qualquer outro documento disponibilizado através de publicações oficiais do Ministério da Saúde ou de periódicos científicos [47,48].

Em 2004, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais realizou uma Ação Complementar ao SB Brasil para prevalência de fatores de risco e de lesões cancerizáveis e câncer da boca. Foram examinados 1156 adultos (35 a 44 anos) e 404 idosos (65 a 74 anos) de vinte e sete municípios mineiros. Este levantamento epidemiológico de lesões bucais contou não apenas com o exame clínico, mas também com a aplicação de um questionário sobre fatores de risco para câncer bucal. A população identificada como portadora de algum tipo de lesão (divididas em 14 categorias) foi encaminhada para uma triagem em consultório local do município, com os professores ou monitores dessa pesquisa que possuíam mais experiência em Estomatologia. Cerca de 26% dos examinados apresentaram uma ou mais lesões fundamentais na boca e foram encaminhados para centros de referência em Estomatologia [49].

Também em Minas Gerais, foi realizado um estudo de prevalência de alterações de mucosa bucal em adolescentes institucionalizados em dois centros de reeducação. Os autores basearam o exame de campo não no diagnóstico definitivo, mas sim no registro das lesões fundamentais (mácula, placa, nódulo, etc.) e alterações da normalidade (grânulos de Fordyce, leucoedema, língua fissurada, etc.), sendo que os examinados que apresentaram lesões foram encaminhados a um serviço de Estomatologia de uma instituição de ensino superior [50].

Em Uberaba (MG) 1006 indivíduos acima de 20 anos de idade foram submetidos a exame clínico odontológico e 54,4% apresentaram alguma alteração da mucosa bucal. As alterações dentro do padrão de normalidade e as lesões de mucosa bucal foram consideradas separadamente, sendo realizadas 31 biópsias para determinar o diagnóstico definitivo [16].

Num estudo de prevalência de lesões de mucosa bucal realizado na área metropolitana de Porto Alegre foram examinados 1586 indivíduos dos quais quase um terço apresentou pelo menos uma lesão bucal. Todos participantes que apresentavam lesões eram referenciados, pelos examinadores de campo, para o Serviço de Patologia Bucal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul onde eram realizadas novas avaliações clínicas e biópsias por especialistas experientes [13].

Proposta para levantamentos epidemiológicos de lesões de mucosa bucal

A determinação do plano amostral, sorteio de municípios e tamanho da amostra em um levantamento epidemiológico de lesões bucais não deve diferir daquela recomendada pela OMS e já executada nas duas últimas pesquisas nacionais de saúde bucal feitas no Brasil. Seria necessário apenas restringir os exames de campo para a população na faixa etária de 35 a 44 anos e de 65 a 74 anos.

Para grandes amostras populacionais, como aquela examinada durante o SB Brasil, seria bastante difícil realizar um levantamento epidemiológico de lesões bucais contando apenas com *experts* em Diagnóstico Bucal/Estomatologia. Cirurgiões-dentistas generalistas, em número compatível ao tamanho da amostra, assumiriam o papel de examinadores cabendo aos especialistas a função de treinadores e calibradores. Não há como reunir pessoas com todas as alterações de normalidade e lesões bucais para a fase de treinamento e calibração. Neste caso, deve-se seguir a orientação da OMS realizando a referida etapa a partir de atlas fotográfico colorido no qual seria possível reunir todas as situações a serem registradas durante o levantamento. Este atlas, construído pelos *experts*, seria o padrão-ouro para a determinação do índice de Kappa inter e intraexaminador.

A metodologia de exame clínico num levantamento epidemiológico de lesões bucais não difere daquela sugerida pela OMS [4] na qual, sob luz natural, utilizam-se espelhos bucais, espátula de madeira, gazes e equipamentos de proteção individual para inspeção e palpação dos tecidos moles. Biópsias e outros procedimentos complementares não poderiam ser realizados durante o exame de campo neste tipo de levantamento em virtude de limitações físicas, financeiras e de recursos humanos, além do que fugiriam do escopo da atividade epidemiológica de campo. Apesar disso, ao deparar-se com lesões de tecidos moles bucais seria obrigatório, até mesmo por questões éticas, que os examinadores referenciassem os pacientes para serviços de saúde local que pudessem resolver tais agravos.

Diante do que já foi discutido quanto aos critérios diagnósticos, percebe-se que não cabe aos examinadores de campo num levantamento epidemiológico de lesões bucais determinar o diagnóstico definitivo das mesmas, mas apenas registrar a prevalência de alterações de normalidade e de lesões bucais fundamentais. As alterações a considerar seriam linha alba, leucoedema, língua fissurada, tonsila lingual, língua pilosa, língua geográfica, anquiloglossia, fossetas da comissura labial, grânulos de Fordyce, pigmentação melânica fisiológica, tórus palatino, tórus mandibular, lábio duplo e úvula bífida. As lesões fundamentais seriam assim designadas: mácula, placa, pápula, nódulo, tumor, vesícula, bolha, fissura e úlcera. As definições e características dessas alterações e lesões estão pormenorizadamente expressas em inúmeros livros da área de Estomatologia, Diagnóstico Bucal e/ou Medicina Oral [40,41,43,44,45].

Numa segunda fase desse levantamento, todos os dados dos pacientes que foram encaminhados para ambulatórios de referência e que não puderam ser obtidos no exame de campo, inclusive os diagnósticos definitivos alcançados após exames complementares, fariam parte dos resultados finais.

CONCLUSÕES

Foi encontrada variação substancial na metodologia adotada pelos levantamentos epidemiológicos de lesões bucais pesquisados. Elementos importantes para um estudo epidemiológico como critérios de diagnóstico, treinamento e calibração de examinadores e metodologia do exame clínico, foram bastante distintos entre os estudos e muitas vezes não foram descritos adequadamente.

Experiências brasileiras prévias já demonstraram a plausibilidade da metodologia proposta neste artigo para levantamentos nacionais de alterações de mucosa bucal.

Especificamente no caso brasileiro, diante das diretrizes da política de saúde bucal e da expertise adquirida nos dois últimos levantamentos nacionais, a inclusão do estudo de lesões fundamentais e alterações de normalidade bucais seria uma decorrência natural na evolução deste tipo de ação epidemiológica.

REFERÊNCIAS

1. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ* 2005;83(9):661-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862005000900011>
2. Kleinman DV, Swango PA, Niessen LC. Epidemiologic studies of oral mucosal conditions – methodological issues. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991;19:129-40. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0528.1991.tb00128.x>
3. World Health Organization. Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and conditions. World Health Organization. *Community Dent Oral Epidemiol* 1980;8(1):1-26.
4. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4th ed. Geneva: WHO; 1997.
5. Furlanetto DLCA, Crighton A, Topping GV. Differences in methodologies of measuring the prevalence of oral mucosal lesions in children and adolescents. *Int J Paediatr Dent* 2006;16:31-9. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-263X.2006.00674.x>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SBBrasil 2010- Manual da Equipe de Campo. Brasília; 2009.
8. Roncalli AG. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil. In: Antunes JLF, Peres MA. *Epidemiologia da saúde bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006. p.32-48.
9. Melo, AUC, Rosa MRD, Agripino GG, Ribeiro CF. Informação e comportamento preventivo de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família de Aracaju a respeito de câncer bucal. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço* 2008;37(2):114-9.
10. Melo, AUC, Rosa MRD. Nível de informação e comportamento preventivo de cirurgiões-dentistas e usuários das unidades básicas de saúde do programa saúde da família de Aracaju-SE a respeito de câncer bucal. *RBC* 2009;55(4):405-6.
11. Morger R, Ramseier CA, Rees TD, Burgin WB, Bornestain MM. Oral mucosal findings related to tobacco use and alcohol consumption: a study on Swiss army recruits involving self-reported and clinical data. *Oral Health Prev Dent* 2010;8(2):143-51.
12. Mehrotra R, Thomas S, Nair P, Pandya S, Singh M, Nigam NS, et al. Prevalence of oral soft tissue lesions in Vidisha. *BMC Res Notes* 2010;3(23):2010. <http://dx.doi.org/10.1186/1756-0500-3-23>
13. Carrard V, Haas AN, Rados PN, Filho MN, Oppermann RN, Albandar JM, et al. Prevalence and risk indicators of oral mucosal lesions in an urban population from South Brazil. *Oral Dis* 2010;17(2):171-9. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1601-0825.2010.01712.x>
14. Mendes DC, Poswar FO, Oliveira MVM, Haikal DAS, Silveira MF, Martins AMEBL et al. Analysis of socio-demographic and systemic health factors and the normative conditions of oral health care in a population of the Brazilian elderly. *Gerodontology* 2010;29(2):e206-14. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-2358.2010.00446.x>

15. Ferreira RC, Magalhães CS, Moreira NA. Oral mucosal alterations among the institutionalized elderly in Brazil. *Braz Oral Res* 2010;24(3):296-302. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-83242010000300007>
16. Henrique PR, Bazaga Júnior M, Araújo VC, Junqueira JLC, Furuse C. Prevalência de alterações da mucosa bucal em indivíduos adultos da população de Uberaba, Minas Gerais. *RGO* 2009;57(3):261-7.
17. Cebeci AR, Gülsahi A, Kamburoglu K, Orhan BK, Oztas B. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions in an adult Turkish population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009;14(6):E272-7.
18. Pentenero M, Broccoletti R, Carbone M, Conrotto D, Gandolfo S. The prevalence of oral mucosal lesions in adults from the Turin area. *Oral Dis* 2008;14(4):356-66. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1601-0825.2007.01391.x>
19. Mujica V, Rivera H, Carrero M. Prevalence of oral soft tissue lesions in an elderly Venezuelan population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008;13(5):E270-4.
20. Castellanos JL, Díaz-Guzmán L. Lesions of the oral mucosa: an epidemiological study of 23785 Mexican patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008;105(1):79-85. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tripleo.2007.01.037>
21. Dundar N, Ilhan Kal B. Oral mucosal conditions and risk factors among elderly in a Turkish school of dentistry. *Gerontology* 2007;53(3):165-72. <http://dx.doi.org/10.1159/000098415>
22. Vieira G, Fernandes AM, Machado APB, Grosssman SMC, Aguiar MCF. Prevalência das alterações da normalidade e lesões de mucosa bucal em pacientes atendidos nas Clínicas Integradas de Atenção Primária (CIAPS) da Faculdade de Odontologia/UFGM. *Arq Odontol* 2007;43(1):13-8.
23. Reis SCGB, Higino MASP, Melo HMD, Freire MCM. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia-GO, 2003. *Rev Bras Epidemiol* 2005;8(1):65-73.
24. Santos PJB, Bessa CFN, Aguiar MCF, Carmo MAV. Cross-Sectional study of oral Mucosal conditions among a central Amazonian Indian Community, Brazil. *J Oral Pathol Med* 2004;33(1):7-12. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0714.2004.00003.x>
25. Triantos D. Intra-oral findings and general health conditions among institutionalized and non-institutionalized elderly in Greece. *J Oral Pathol Med* 2005;34(10):577-82. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0714.2005.00356.x>
26. Mumcu G, Cimilli H, Sur H, Hayran O, Atalay T. Prevalence and distribution of oral lesions: a cross-sectional study in Turkey. *Oral Dis* 2005;11(2):81-7. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1601-0825.2004.01062.x>
27. Shulman JD, Beach MM, Rivera-Hidalgo F. The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. adults. Data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *J Am Dent Assoc* 2004;135(9):1279-86.
28. Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gemonal J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly People in Santiago, Chile. *J Oral Pathol Med* 2003;32(10):571-5. <http://dx.do.org/10.1034/j.1600-0714.2003.00031.x>
29. Jankittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. *Oral Dis* 2002;8(4):218-23. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1601-0825.2002.01789.x>
30. Vallejo MJG-P, Martínez Díaz-Canel AI, García Martín JM, González García M. Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult Spanish population. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002;30(4):277-85. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0528.2002.00048.x>
31. Diaz-Canel AIM, Vallejo MJGP. Epidemiological study of oral mucosa pathology in patients of the Oviedo School of Stomatology. *Med Oral* 2002;7(1):4-16.
32. Lin HC, Corbet EF, Lo ECM. Oral mucosal lesions in adult Chinese. *J Dent Res* 2001;80(5): 1486-90. <http://dx.doi.org/10.1177/00220345010800052001>
33. Campisi G, Margiotta V. Oral Mucosal lesions and risk habits among men in an Italian study population. *J.Oral Pathol Med* 2001;30(1):22-8. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0714.2001.300104.x>
34. Meneghim MC, Saliba NA. Condições de saúde bucal da população idosa de Piracicaba-SP. *RPG rev pos-grad* 2000;7(1):7-13.
35. Reichart PA. Oral mucosal lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000;28(5):390-8. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0528.2000.028005390.x>
36. Zain RB, Ikeda RB, Razak IA, Axéll T, Majid ZA, Gupta PC et al. National epidemiological survey of oral mucosal lesions in Malaysia. *J Oral Pathol* 1997;25(5):377-83. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0528.1997.tb00959.x>
37. Taiyeb Ali TB, Razak IA, Raja Latifah RJ, Zain RB. An epidemiological survey of oral mucosal lesions among elderly Malaysians. *Gerodontology* 1995;12(1):37-40. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-2358.1995.tb00128.x>
38. Ikeda N, Handa Y, Khim SP, Durward C, Axéll T, Mizuno T, Fukano H, et al. Prevalence study of oral mucosal lesions in a selected Cambodian population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995;23(1):49-54. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0528.1995.tb00197.x>
39. Corbet EF, Holmgren CJ, Philipsen HP. Oral muosal lesions in 65-74-year-old Hong Kong Chinese. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994;22(5Pt2):392-5. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0528.1994.tb01599.x>
40. Marcucci G. Fundamentos de Odontologia - Estomatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
41. Kignel S. Estomatologia - Bases do diagnóstico para o clínico geral. São Paulo: Santos; 2007.
42. Neville BW, Damm, DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral & Maxilofacial. 3.^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
43. Boraks S. Diagnóstico Bucal. 3.^a ed. São Paulo: Artes Médicas; 2001.

44. Tommasi AF. Diagnóstico em Patologia Bucal. 3ª ed. São Paulo: Pancast; 2002.
45. Silverman S, Eversole LR, Truelove EL. Essentials of Oral Medicine. Ontario: BC Decker; 2002.
46. Dym H. Atlas of minor oral surgery. [S.l.]: WB Saunders Company; 2000.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador. Brasília; 2001.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília; 2004.
49. Minas Geras. Secretaria de Estado da Saúde. 3.º Informativo vigilância do câncer e seus fatores de risco de Minas Gerais. Belo Horizonte; 2004.
50. Hipólito RA, Martins CR. Prevalência de alterações da mucosa bucal em adolescentes brasileiros institucionalizados em dois centros de reeducação. Ciênc saúde colet 2010;15(Supl2):3233-42.