



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS SOBRAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

MARIA MÁRCIA MARQUES DA SILVA ARAGÃO

MARIA VERLAINE DO NASCIMENTO SOUSA

**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LESÕES
ORAIS BIOPSIADAS EM UMA POPULAÇÃO
PEDIÁTRICA NORDESTINA**

SOBRAL

2018

MÁRCIA MARQUES DA SILVA ARAGÃO

MARIA VERLAINE DO NASCIMENTO SOUSA

LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LESÕES ORAIS BIOPSIADAS EM UMA
POPULAÇÃO PEDIÁTRICA NORDESTINA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Odontologia da Universidade
Federal do Ceará – *Campus* Sobral, como
requisito parcial para obtenção do Título de
Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Filipe Nobre Chaves.

SOBRAL

2018

MÁRCIA MARQUES DA SILVA ARAGÃO

MARIA VERLAINE DO NASCIMENTO SOUSA

LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LESÕES ORAIS BIOPSIADAS EM UMA
POPULAÇÃO PEDIÁTRICA NORDESTINA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Odontologia da Universidade
Federal do Ceará – *Campus* Sobral, como
requisito parcial para obtenção do Título de
Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Filipe Nobre Chaves.

Aprovado em: _____, ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Filipe Nobre Chaves (Orientador)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Marcelo Bonifácio da Silva Sampieri

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Denise Hélen Imaculada Pereira de Oliveira

Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus nos permitiu trilhar esse caminho com todos os desafios, barreiras e conquistas que nos foi apresentado ao longo do caminho e por ter nos ofertado forças mesmo diante de todas as dificuldades.

Nossos sinceros agradecimentos aos nossos pais que nos apoiaram e nos incentivaram durante toda a jornada e que nos serviram de porto seguro nos momentos mais difíceis.

Minha pura e sincera gratidão á aqueles que não estão mais entre nós (pais), mas que contribuíram imensamente para minha formação desde sempre, que mesmo não presentes representaram mais um motivo para continuar.

Nosso sincero agradecimento ao nosso Professor Orientador Filipe Nobre Chaves que aceitou nosso convite e nos forneceu apoio em todo o processo de construção desse trabalho, além de ter representado um amigo diante das circunstâncias.

RESUMO

Estudos sobre prevalência de lesões orais em crianças são importantes para caracterizar as lesões mais frequentes, bem como os locais e faixas etárias mais acometidas além de contribuir que o cirurgião dentista se torne mais apto em diagnosticá-las. O presente trabalho objetiva traçar o perfil epidemiológico da população de estudo. O estudo apresentou caráter retrospectivo, descritivo, documental e quantitativo. Foi realizada a pesquisa de prontuários, laudos histopatológicos e livro de biópsias de pacientes infantis (0-12 anos) atendidos no Ambulatório de Estomatologia da UFC-Campus Sobral entre o período de 2009 a 2018. Durante o período foram atendidas 110 crianças, incluindo as recidivas. Dos 110 pacientes, 51,8 % eram do sexo feminino e 48,18% do sexo masculino. Observou-se que a terceira infância encontra-se entre a faixa etária mais acometida. As lesões mais comuns foram: mucocele, rânula, hiperplasia fibrosa inflamatória, granuloma piogênico e papiloma. Os sítios mais presentes foram: mucosa labial inferior, lábio inferior e lábio superior e o tipo de biópsia mais realizada foram do tipo excisional. Através do presente estudo é possível traçar o perfil epidemiológico e propor políticas públicas de saúde já que o nosso setor é referência para Sobral e região no diagnóstico de tumores odontogênicos em crianças (2,72%) e em adultos.

Palavras-chaves: Epidemiologia; Saúde da Criança; Patologia Bucal.

ABSTRACT

Studies on the prevalence of oral lesions in children are important to characterize the most frequent lesions, as well as the most affected sites and age groups, as well as to help the dental surgeon become more apt to diagnose them. The present study aims to trace the epidemiological profile of the study population. The study was retrospective, descriptive, documentary and quantitative. A study of medical records, histopathological reports and a biopsy book of children (0-12 years) attended at the Stomatology Outpatient Clinic of UFC-Campus Sobral between the period of 2009 to 2018 was carried out. During the period, 110 children, including recurrences. Of the 110 patients, 51.8% were female and 48.18% male. It was observed that the third childhood is among the most affected age group. The most common lesions were: mucocele, rnaula, inflammatory fibrous hyperplasia, pyogenic ganglia and papilloma. The most present sites were: lower lip mucosa, lower lip and upper lip and the type of biopsy most performed were of the excisional type. Through the present study it is possible to trace the epidemiological profile and propose public health policies since our sector is a reference for Sobral and region in the diagnosis of odontogenic tumors in children (2.72%) and in adults.

Keywords: Epidemiology; Child Health; Oral Pathology.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Frequência e Distribuição de sexo e faixa etária dos pacientes pediátricos.

Tabela 2- Frequência e Distribuição de Lesões Bucais.

Tabela 3- Frequência e Distribuição por categorias de Lesões Bucais.

Tabela 4- Frequência e distribuição dos sítios de localização das lesões orais.

Tabela 5- Distribuição de margem de erro de diagnóstico, tipo de biópsia e lesão fundamental.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UFC- Universidade Federal do Ceará

CNS- Conselho Nacional de Saúde

C&SC- Ciência e Saúde Coletiva

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUMÁRIO

1 CAPÍTULO	10
1.1 INTRODUÇÃO	12
1.2 MÉTODOS.....	13
1.3 RESULTADOS	14
1.4 DISCUSSÃO.....	15
1.5 CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS	22
TABELAS	26
APÊNDICE	31

1 CAPÍTULO

Este trabalho está baseado nas normas que regulam o trabalho de conclusão de curso do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará – *Campus* Sobral, que regulamenta o formato de artigo em seu Capítulo III, artigo 8º, desde que seja um tema de relevância para Odontologia e siga as normas do periódico selecionado para publicação.

CAPÍTULO I – “*Levantamento epidemiológico de lesões orais em pediatria*”. Maria Márcia Marques da Silva Aragão, Maria Verlaine do Nascimento Sousa, Marcelo Bonifácio da Silva Sampieri, Denise Helen Imaculada Pereira Oliveira, Filipe Nobre Chaves. Este artigo será submetido para publicação no periódico da revista “Revista Ciência & Saúde Coletiva”.

Title Page

**Levantamento epidemiológico de lesões orais biopsiadas em uma população
pediátrica nordestina**

**Epidemiological survey of biopsied oral lesions in a pediatric Northeastern
population**

Maria Márcia Marques da Silva Aragão^a; Maria Verlaine do Nascimento Sousa^a; Marcelo Bonifácio da Silva Sampieri DDS, PhD^b; Denise Helen Imaculada Pereira Oliveira DDS, PhD^b; Filipe Nobre Chaves DDS, PhD^{b*}.

^aGraduate Student, Dentistry, Federal University of Ceará Campus Sobral.

^bAdjunct Professor, Dentistry, Federal University of Ceará, Fortaleza, Brazil.

Competing interests: None declared

Funding: None

Corresponding author*:

Filipe Nobre Chaves, e-mail: filipenobrechaves@gmail.com

Rua Conselheiro José Júlio, S/N – CEP 62.010-820, Centro, Sobral, Ceará, Brazil

Phone: +55 88 3695-4622 / +55 88 3695-4626

1.1 INTRODUÇÃO

Diferentes tipos de lesões podem afetar o complexo maxilofacial de crianças e adolescentes, que vão desde lesões benignas e indolentes a tumores malignos com comportamento agressivo. Em algumas situações, os sintomas dessas lesões diferem daquelas observadas em adultos^{1,2}.

As lesões orais em crianças mostram um espectro que difere dos adultos, sendo relacionados ao crescimento e desenvolvimento, bem como lesões específicas que predominam na faixa etária pediátrica, como tumores vasculares e alguns tipos de linfoma³.

Compreender a frequência e o padrão de distribuição das lesões orais entre pacientes pediátricos é importante não apenas para patologistas e pediatras odontólogos, mas também para médicos especialistas que primeiro lidam com esses pacientes⁴.

Trabalhos citados na literatura mencionam a necessidade e a importância de estabelecer estudos epidemiológicos relacionados com a incidência e prevalência das lesões na boca nessa faixa etária^{5, 6, 7, 8, 9,10}.

A prevalência de lesões bucais em crianças é demonstrada na literatura em estudos retrospectivos que utilizam biópsias realizadas em centros de diagnóstico bucal em diversos países, inclusive no Brasil, ou mesmo por levantamentos epidemiológicos relacionados a condições específicas em populações infantis, como idade, sexo, alterações sistêmicas e alergias orais^{7,10}. Entretanto, ainda existem poucos estudos sobre alterações bucais pediátricas, se detendo a estudo com faixas etárias mais abrangentes, incluindo adultos jovens^{5, 11}.

Diante disso, o objetivo deste estudo é contribuir com informações a respeito da prevalência das alterações bucais que mais acometem crianças entre 0-12 anos de idade. Nesse sentido, o conhecimento das lesões mais prevalentes na cavidade bucal da população

infantil pode ajudar a assentar as bases teóricas de sua formação, como também melhor direcionar a sua prática.

1.2 MÉTODOS

O estudo apresentou caráter retrospectivo, descritivo, documental e quantitativo. A pesquisa foi realizada na Universidade Federal do Ceará - *Campus Sobral* (UFC) utilizando dados do Ambulatório de Estomatologia de pacientes infantis diagnosticados com lesões orais entre o período de 2009 a 2018.

A população avaliada foram pacientes de 0 a 12 anos de idade atendidos no Ambulatório de Estomatologia da UFC, semelhante à população escolhida por Silva et al.¹². Para participar do presente levantamento epidemiológico foram considerados como critérios de inclusão: ser brasileiro de qualquer sexo ou raça, possuir entre 0 a 12 anos de idade, apresentar histórico de lesão oral que tenha sido realizado biópsia.

Para coleta foram utilizados o registro de biópsias do ambulatório de Estomatologia, contendo os laudos histopatológicos do período de 2009 a 2018 e prontuários, o qual abordou os seguintes aspectos: considerações gerais do paciente como gênero, idade, sítio da lesão, hipótese clínica e histopatológica, tipo de biópsia e considerações gerais sobre as lesões. Os casos cujos diagnósticos eram duvidosos ou foram dados de forma descritiva, foram revisados, e quando possível estabelecido um novo diagnóstico compatível com um tipo histológico.

Posteriormente, os casos foram agrupados semelhantemente os critérios sugeridos por Happonen et al. (1982) em lesões hiperplásicas e reativas, tumores benignos de tecidos moles, lesões da mucosa oral, cistos dos maxilares e tecidos moles orais, doenças da polpa e

periápice, tumores odontogênicos, lesões ósseas, lesões de glândulas salivares, lesões malignas e espécimes dentais e tecidos moles odontogênicos normais¹³.

Os dados coletados foram compilados através do software Microsoft Excel 2013 e apresentados em tabelas. A partir dos dados estatísticos encontrados, foi construída a discussão do trabalho conforme confronto com a literatura disponível.

1.3 RESULTADOS

Durante o período de 2009 a 2018 foram realizados procedimentos cirúrgicos (biópsia incisional e excisional) em 110 crianças, incluindo as recidivas. Quanto à idade dos pacientes e a faixa etária encontra-se explicitados na Tabela 1. Houve uma discreta predileção pelo sexo feminino, e é possível observar que a terceira infância (7-11 anos) é fase mais prevalente, seguidos da segunda infância, adolescência e primeira infância.

Dentre as características gerais das lesões, 08 apresentavam aspectos radiográficos (06 radiolúcida e 02 radiopaca), 36 eram séssil, 13 pedunculada, 05 intraósseo, 02 submucosa e 48 não foram documentadas. As consistências mais comuns foram: mole (31,81%) e dura (15,45 %), a coloração predominante foram: semelhante a mucosa (25,45%) e brancacenta/esbranquiçada (16,36%) e a superfície mais comum foram lisa (49,09%) e irregular (22,72%).

As lesões mais prevalentes encontradas foram: mucocele, hiperplasia fibrosa inflamatória, rânula, papiloma e granuloma piogênico (Tabela 2). Na Tabela 3 é possível observar que as lesões de glândulas salivares são as mais comuns representando um total de quase 50% de todas as lesões, seguidas de lesões proliferativas não neoplásicas (10,86%) e tumores benignos dos tecidos moles (10,86%). Os principais sítios das lesões foram a mucosa labial inferior, lábio inferior, lábio superior, ventre de língua, gengiva superior e região intraóssea (Tabela 4).

O tipo de biópsia mais prevalente observado durante a coleta de dados foi à biópsia excisional, correspondendo a 73 casos. Foram realizadas 13 biópsias incisoriais, que estavam relacionadas a cistos e tumores odontogênicos, lesões vasculares e lesões benignas de glândula salivar (hipóteses clínicas). Com relação à margem de erro do diagnóstico clínico, houve um total de 66 casos em que o exame histopatológico foi compatível, 24 casos divergentes, 16 casos inconclusivos e 04 casos não foram possíveis comparar devido à ausência de dados. O tipo de biópsia mais realizada foi do tipo excisional correspondendo a 66,36% dos casos.

As lesões fundamentais mais prevalentes foram bolha e nódulo representando 17,27% cada, pápula (06 casos), vesícula (04 casos), lesões irregulares (03 casos), lesões arredondadas (03 casos), mácula (01 caso) e úlcera (01 caso). Dos 110 casos, 51 não haviam sido documentados.

1.4 DISCUSSÃO

Conhecimentos de dados epidemiológicos de lesões bucais em crianças e adolescentes são importantes para uma melhor compreensão das lesões que podem afetar essa população, contribuindo para um diagnóstico correto, tratamento precoce e prognóstico favorável^{1, 2}. É importante que o cirurgião dentista esteja bem informado sobre características epidemiológicas para melhor orientar-se nas condutas clínicas preventivas. Poucas são as pesquisas epidemiológicas relacionadas a identificação de doenças bucais em crianças, a maioria estão refletidas em trabalhos epidemiológicos relacionados a doenças incomuns¹⁴.

No entanto, pesquisas com foco na epidemiologia das doenças bucais que afetam crianças e adolescentes frequentemente se restringe a doenças relacionadas ao biofilme, trauma dentário e má oclusão¹⁵. No Brasil, também são vistos poucos estudos sobre a epidemiologia das lesões em crianças e adolescentes. Estudos foram realizados

exclusivamente a partir de diagnóstico clínico^{8,9}. Outros se basearam nos resultados dos exames histopatológicos das lesões^{6,7,10}. Finalmente, Cavalcante et al. apresentou os resultados a partir do diagnóstico clínico e (ou) histopatológico⁵. Considerando a importância destas informações e o número aparentemente reduzido de dados epidemiológicos sobre lesões orais em pacientes pediátricos, o presente trabalho realizou um levantamento dos casos biopsiados no Ambulatório de Estomatologia da UFC nos últimos 10 anos.

O presente trabalho teve uma população avaliada de 110 pacientes pediátricos, ocorrendo uma leve predileção pelo sexo feminino, corroborando com outro estudo de Prodócimo et al.¹⁶, em que a proporção F:M foi de 1,17:1, e diferente dos achados segundo Ünür et al.¹⁷ em que observou-se uma maior predileção pelo sexo masculino. O espectro de agentes causadores de alterações na mucosa oral é bastante amplo e inclui infecções, traumas de natureza variada, desregulação e disfunções do sistema imune, doenças sistêmicas e neoplasias. Estes fatos tornam o processo de diagnóstico diferencial mais complexo. Nesse sentido, dados sobre a população alvo do processo, como sexo e idade, pode auxiliar na identificação de algumas manifestações que são determinadas pelo sexo do paciente ou restritas a um grupo etário em particular¹⁸. Predominância feminina pode ser consequência de uma maior frequência de indivíduos do sexo feminino nas populações adultas, possivelmente representando a maior preocupação demonstrada por essa parcela da população¹⁶.

A terceira infância (7-11 anos) encontrou-se entre a fase mais prevalente, seguidos da segunda infância (4-6 anos), adolescência (12 anos) e primeira infância (0-3 anos). Do ponto de vista clínico a primeira infância é uma das fases em que o manejo odontológico cirúrgico é mais delicado que outras fases, o que também pode estar relacionado a uma menor prevalência nessa faixa etária. A disparidade entre os autores, quanto à idade dos pacientes, foi outro fator que dificultou a comparação dos dados. De acordo com Lima-Rivera et al, a média de idade das crianças que apresentaram algum tipo de manifestação foi de 7 anos,

sendo que a criança mais jovem tinha 6 anos e a mais velha 12 anos¹⁹. Silva et al.¹², relatou que a maior frequência de lesões foi observada na faixa etária de 9 a 12 anos (60,7%), corroborando com os dados desse estudo com relação a terceira infância.

Segundo Taweervisit et al.²⁰ a frequência de lesões aumentam com a idade do paciente, de 13,9% para faixa etária <6 anos, para 35,2% para a faixa etária de 6 a 12 anos e para 50,9% para a faixa etária de > 12 anos (proporção = 1: 2,5: 3,5). Dhanuthai et al.²¹, mostraram em sua pesquisa que a maioria das lesões bucais pediátricas ocorre durante a dentição mista e no presente trabalho, a maior prevalência das lesões ocorreu durante esse período. É preciso deixar claro que existem discrepâncias sobre a faixa etária aceita como grupo pediátrico, assim como de seus limites convencionais e das subdivisões em diferentes trabalhos publicados. Utilizamos a faixa etária compreendida entre zero e doze anos de idade, pois é essa a faixa etária delimitada pela estomatologia pediátrica⁶.

Em relação a lesão fundamental mais recorrente, bolha e nódulo foram as mais comuns, relacionado com a lesão mais prevalente, mucocele, que pode apresenta-se, na maioria dos casos na forma de bolha ou pápula. Um estudo com população brasileira demonstrou que a principal lesão fundamental encontrada foi o nódulo (25,61%), seguidos de placa (15,85%) e úlcera (12,20%)²².

A lesão mais prevalente no presente estudo foram a mucocele (44,54%), hiperplasia fibrosa inflamatória (3,63%), rânula (3,63%), papiloma (3,63%) e granuloma piogênico (3,63%). No estudo de Pessoa et al.¹ as lesões mais frequentes foram: mucocele, fibroma, granuloma piogênico, hiperplasia fibrosa, ameloblastoma, cisto dentífero, odontoma, papiloma, cisto radicular e úlcera traumática. Segundo Jose et al.²³, as mucocelos são comuns em crianças e adultos jovens porque os mais jovens são mais propensos a experimentar trauma que induz o derrame de mucina. No entanto, mucocelos foram relatadas em pacientes de todas as idades, incluindo recém-nascidos e idosos. O lábio inferior é o local mais comum

para a mucocele, sendo responsável mais de 60% de todos os casos²³. No estudo de Prosdócimo et al.¹⁶ as lesões mais prevalentes foram mucocele / rânula (21,72%), seguida por cisto dentífero (6,48%), hiperplasia fibrosa (6,44%) e granuloma piogênico (4,90%), o que corroboram com a predominância de algumas lesões nesse estudo.

Segundo Piazzetta¹¹, as regiões com maior número de lesões foram lábio inferior seguido de gengiva, língua, mucosa jugal e assoalho da boca. De acordo com Vale et al.²⁴, lábio e mucosa labial são os sítios mais acometido por lesões, representando 34,5%. No presente estudo, os sítios orais mais comuns foram mucosa labial inferior seguido de lábio, corroborando com a literatura.

No presente estudo as alterações da cavidade bucal mais comuns foram: lesões de glândulas salivares, lesões proliferativas não neoplásicas, tumores benignos dos tecidos moles, cistos dos maxilares, tumores odontogênicos, doença da polpa e do periápice, lesões ósseas, tecidos moles odontogênicos normais e outras lesões respectivamente. Entre as categorias de lesões relacionadas a alterações de cavidade oral, alterações de glândulas salivares foram as condições bucais mais comuns encontradas representando 49,07% de todas as lesões, possuindo como principais sítios de acometimento mucosa labial inferior e lábio inferior. Os dados encontrados foram semelhante no estudo Piazzetta¹¹ onde a categoria de lesões das glândulas salivares foi a que apresentou o maior número de casos, representando 30% do total das patologias. Jose et al.²³ relata que as incidências de condições patológicas da boca e estruturas periorais são comuns na cavidade bucal crianças, e, dentre a patologia dos tecidos moles, as lesões de glândulas salivares foram o diagnóstico mais comum, com 87,5% dos diagnósticos nesta categoria, sendo a mucocele a lesão bucal comumente diagnosticada em crianças.

No presente estudo, as lesões proliferativas não neoplásicas encontram-se como a segunda categoria mais comum, onde a hiperplasia fibrosa inflamatória apresentou-se como

diagnóstico histopatológico mais recorrente, sendo a mucosa labial o sítio mais prevalente, sem apresentar predileção por sexo. Segundo Ataíde et al.⁴, a hiperplasia fibrosa foi a lesão mais comum no grupo de patologia da mucosa (41,6% do grupo e 5,6% de todos os espécimes). Segundo Pessoa et al.¹ observou-se que 80,6% casos foram considerados como lesões não-neoplásicos, semelhante ao estudo de Piazzetta¹¹. Já no trabalho de Tawevisit et al.²⁰, as lesões mais comuns em geral foram na categoria reativa / inflamatória (62%) seguida por categorias tumorais (35%) e císticas (3%).

A terceira categoria mais prevalente no presente estudo foram os tumores benignos de tecidos moles. Destes, papilomas foram as lesões mais prevalentes, apresentando uma leve predileção pelo sexo masculino, acometendo a faixa etária de 03-11 anos, e ocorrendo principalmente em lábio e gengiva inferior. No estudo de Piazzetta¹¹, mesmo os hemangiomas sendo classificados em uma categoria diferente da de tumores eles foram observados com maior frequência na categoria de lesões de tecido conjuntivo, ocorrendo principalmente no lábio, entre 7 e 12 anos de idade, com predominância para o sexo masculino. No presente estudo, hemangiomas representaram uma percentagem de 1,81% das lesões orais, ocorrendo principalmente no lábio superior e no sexo masculino.

Dentre os cistos dos maxilares, a quarta categoria mais comum, o presente trabalho se assemelha a outros estudos^{11,20}. No presente estudo o cisto dentífero ocorreu somente no sexo masculino, possuindo como sítio de predileção região anterior de maxila e afetando principalmente a faixa etária de 06-12 anos, o que corrobora com o estudo de Qi-gen fang et al.²⁵ onde a maioria (70,2%) dos casos ocorreram no período da dentição mista, e tinha uma preponderância masculina (2: 1).

Dentre os tumores odontogênicos, quinta categoria mais comum, as lesões mais comuns no presente estudo foram o odontoma e o ameloblastoma unicístico. O ameloblastoma unicístico ocorreu em uma criança do sexo masculino de 12 anos de idade

acometendo mandíbula direita. Segundo Arruda et al.²⁶, indica que a transformação maligna de tumores odontogênicos é uma ocorrência rara, especialmente na população jovem.

Nenhuma lesão maligna foi encontrada nesse estudo. Em outros trabalhos as percentagens de lesões malignas variaram de 0,4-0,7%^{4, 27, 28}. Embora a maioria das lesões relatadas em crianças e adolescentes apresentarem um comportamento benigno e requererem intervenção mínima, devem ser reconhecidos e distinguidos que patologias malignas, onde 27 casos (1,12% de todos os casos) eram malignos, que, em geral, compõem menos de 1% de todos os diagnósticos¹⁶.

Os resultados do presente estudo direcionam a observação dos odontopediatras para aquelas doenças que usualmente requerem biópsia para seu diagnóstico. Dessa forma, os dados não devem ser encarados como representativos da população pediátrica em geral. Entretanto, fornecem informações aos profissionais sobre aquelas lesões que usualmente apresentam dificuldades na sua interpretação clínica.

Dessa forma, buscando novos estudos de patologia oral em crianças no Estado do Ceará o presente trabalho possui a relevância de buscar o conhecimento das principais lesões do grupo estudado em ambiente ambulatorial. Dessa forma busca-se contribuir para a literatura existente que ainda é escassa no Brasil e também buscar estratégias de enfrentamento das principais lesões diagnosticadas.

1.5 CONCLUSÃO

É possível concluir com o presente levantamento epidemiológico que houve uma discreta predileção pelo sexo feminino e que as lesões de glândulas salivares, lesões reacionárias e tumores benignos dos tecidos moles são as principais patologias que acometem a faixa etária infantil. Dessa forma, o conhecimento da prevalência de lesões orais e características básicas permitem que cirurgiões-dentistas tenham uma melhor compreensão de

diagnóstico e dessa maneira possa propor um plano de tratamento eficaz para cada patologia, além de orientar a criação de políticas públicas de saúde para a população acometida.

REFERÊNCIAS

1. Pessoa CP, Alves TD, dos Santos NC, dos Santos HL, Azevedo Ade C, dos Santos JN, Oliveira MC. Epidemiological survey of oral lesions in children and adolescents in a Brazilian population. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2015; 79(11):1865-71.
2. Cavalcante RB, Turatti E, Daniel APB, Alencar GF, Chen Z. Retrospective review of oral and maxillofacial pathology in a Brazilian paediatric population. *Eur Arch Paediatr Dent* 2016; 17(2):115-22.
3. Laphthanasupkul P, Juengsomjit R, Klanrit P, Taweechaisupapong S, Poomsawat S. Oral and maxillofacial lesions in a Thai pediatric population: a retrospective review from two dental schools. *J Med Assoc Thai* 2015; 98(3):291-7.
4. Ataíde AP, Fonseca FP, Santos Silva AR, Jorge Júnior J, Lopes MA, Vargas PA. Distribution of oral and maxillofacial lesions in pediatric patients from a Brazilian southeastern population. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2016; 90:241-244.
5. Cavalcante ASR, Marsilio AL, Kühne SS, Carvalho YR. Lesões bucais de tecidos mole e ósseo em crianças e adolescentes. *Pós-Grad Rev Odontol São José dos Campos*, v.2, n.1, p.67-75, Jan./Jun. 1999.
6. Maia DM, Merly F, Castro WH, Gomez RS. A survey of oral biopsies in Brazilian pediatric patients. *ASDC J Dent Child* 2000; 67(2):128-31, 83.
7. Sousa FB, Etges A, Corrêa L, Mesquita RA, Araújo NS. Pediatric oral lesions: a 15-years review from São Paulo-Brazil. *J Clin Pediatr Dent* 2002; 26(4):413-8.
8. Bessa CF, Santos PJ, Aguiar MC, do Carmo MA. Prevalence of oral mucosal alterations in children from 0 to 12 years old. *J Oral Pathol Med* 2004; 33(1):17-22.

9. Santos PJ, Bessa CF, de Aguiar MC, do Carmo MA. Cross-sectional study of oral mucosal conditions among a central Amazonian Indian community, Brazil. *J Oral Pathol Med* 2004; 33(1):7-12.
10. Lima Gda S, Fontes ST, de Araújo LM, Etges A, Tarquinio SB, Gomes AP. A survey of oral and maxillofacial biopsies in children: a singlecenter retrospective study of 20 years in Pelotas-Brazil. *J Appl Oral Sci* 2008; 16(6):397-402.
11. Piazzeta CM. Lesões bucais e do complexo maxilomandibular em crianças e adolescentes: estudo retrospectivo de 15 anos. *UFP* 2010.
12. Silva LVO, Arruda JAA, Martelli SJ, Kato CNAO, Nunes LFM, Vasconcelos ACU, Tarquinio SBC, Gomes APN, Gomez RS, Mesquita RA, Silveira MMFD, Sobral APV. A multicenter study of biopsied oral and maxillofacial lesions in a Brazilian pediatric population. *Braz. Oral Res* 2018; 32:e20.
13. Happonen RP, Ylipaavalniemi P, Calonius B. A survey of 15,758 oral biopsies in Finland. *Proc Finn Dent Soc* 1982; 78(4):201-6.
14. Crivelli MR, Aguas S, Adler I, Quarracino C, Bazerque P. Influence of socioeconomic status on oral mucosa lesion prevalence in schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol* 1988; 16(1):58-60, 1988.
15. Mendoza-Mendoza A, Iglesias-Linares A, Yañez-Vico RM, Abalos-Labruzzo C.. Prevalence and complications of trauma to the primary dentition in a subpopulation of Spanish children in southern Europe. *Dent Traumatol* 2015; 31(2):144-9.
16. Prodócimo ML, Agostini M, Romañach MJ, de Andrade BA. A retrospective analysis of oral and maxillofacial pathology in a pediatric population from Rio de Janeiro–Brazil over a 75-year period. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2018; 23 (5):e511-517.

17. Unur M, Bektas Kayhan K, Altop MS, Boy Metin Z, Keskin Y. The prevalence of oral mucosal lesions in children: a single center study. *J Istanbul Univ Fac Dent* 2015; 49(3):29-38.
18. Reichart, PA. Oral mucosal lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28(5):390-8.
19. Lima-Rivera LM, Dabus M, Pompeo DD, Franzolin SOB, Santos PL, Paranhos LR . Prevalência de lesões bucais em crianças de 6 a 12 anos. *SALUSVITA, Bauru* 2016; 3(35):411- 422.
20. Taweevisit M, Tantidolthanes W, Keelawat S, Thorner PS. Paediatric oral pathology in Thailand: a 15-year retrospective review from a medical teaching hospital. *International Dental Journal* 2018; 68(4):227-234.
21. Dhanuthai K, Banrai M, Limpanaputtajak S. A retrospective study of paediatric oral lesions from Thailand. *Int J Paediat Den* 2007; 17(4):248-53.
22. Zanata A, Nedeff TB, Da Silva SO, De Carli BMG, Trentin MS, De Carli JP. Alterações da normalidade e lesões bucais encontradas numa cauldade de odontologia do Sul do Brasil. *SALUSVITA, Bauru*, v. 33, n. 2, p. 197-208, 2014.
23. Jose SC, Abraham KK, Khosla E. Blandin and Nuhn mucocele in a pediatric patient. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2018; 36(3):315-318.
24. Vale EB, Ramos-Perez FM, Rodrigues GL, Carvalho EJ, Castro JF, Perez DE. A review of oral biopsies in children and adolescents: A clinicopathological study of a case series. *J Clin Exp Dent* 2013; 5(3):e144-9.
25. Qi-Gen Fang, MS, Shuang Shi, MS, Chang-Fu Sun, MD. Odontogenic Lesions in Pediatric Patients. *The Journal of Craniofacial Surgery* & Volume 25, Number 3, May 2014.

26. Arruda JAA, Silva LVO, Kato CNAO, Schuch LF, Batista AC, Costa NL, Tarquinio SBC, Rivero ERC, Carrard VC, Martins MD, Sobral APV, Mesquita RA. A multicenter study of malignant oral and maxillofacial lesions in children and adolescents. *Oral Oncology* 2017; 75:39-45.
27. Ha WN, Kelloway E, Dost F, Farah CS. A retrospective analysis of oral and maxillofacial pathology in an Australian paediatric population, *Aust. Dent. J.* 59 (2014) 221e 225.
28. Jones AV, Franklin CD. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in children over a 30-year period, *Int. J. Paediatr. Dent.* 16 (2016) 19 e 30.

TABELAS

Tabela 1: Frequência e Distribuição de sexo e faixa etária dos pacientes pediátricos.

Sexo	Nº Absoluto	%
Feminino	57	51,8
Masculino	53	48,18
Total	110	100
Fases da Infância		
Primeira infância (0-3 anos)	12	10,9
Segunda infância (4-6 anos)	24	21,81
Terceira Infância (7-11 anos)	57	51,81
Adolescência (12 anos)	17	15,45
Total	110	100

Fonte: Ambulatório de Estomatologia da Universidade Federal do Ceará- *Campus Sobral* (2018).

Tabela 2- Frequência e Distribuição de Lesões Bucais.

Laudo histopatológico	Total	%
Mucocele	49	44,54
Rânula	04	3,63
Granuloma piogênico	04	3,63
Papiloma	04	3,63
Hiperplasia fibrosa inflamatória	04	3,63
Cisto dentífero	03	2,72
Odontoma	02	1,81
Fibrolipoma	02	1,81
Hemangioma capilar cavernoso	02	1,81
Lesão central de células gigantes	01	0,9
Cisto de origem odontogênica de natureza inflamatória	01	0,9
Verruga vulgar	01	0,9
Cisto nasopalatino	01	0,9
Folículo Pericoronário	01	0,9
Hemangiolinfangioma	01	0,9
Leiomioma vascular	01	0,9
Fibroma ossificante	01	0,9
Ameloblastoma unicístico	01	0,9
Sialodente crônica inespecífica	01	0,9
Linfangioma	01	0,9
Ceratocístico odontogênico	01	0,9
Trajetó fistuloso de paredes crônicas e mod. inflamada	01	0,9
Fibroma	01	0,9
Processo infl. agudo de característica fibrinosa inespecífica	01	0,9
Processo infl. crônico com presença de corpos hialinos	01	0,9
Vide descrição	14	12,72
Inconcluso	02	1,81
Ausência de informação	04	3,63
Total	110	100

Fonte: Ambulatório de Estomatologia da Universidade Federal do Ceará- *Campus Sobral* (2018).

Tabela 3- Frequência e Distribuição por categorias de Lesões Bucais.

Categorias (lesões)	Nº	%
LESÕES DE GLÂNDULAS SALIVARES		
Mucocele	49	44,54
Rânula	04	3,63
Sialodente crônica inespecífica	01	0,9
Total	54	49,07
LESÕES PROLIFERATIVAS NÃO NEOPLÁSICAS		
Hiperplasia fibrosa inflamatória	04	3,63
Granuloma piogênico	04	3,63
Fibroma	01	0,9
Fibroma ossificante	01	0,9
Processo inflamatório agudo de característica fibrinosa inespecífica	01	0,9
Processo infamatório crônico com presença de corpos hialinos	01	0,9
Total	12	10,86
TUMORES BENIGNOS DOS TECIDOS MOLES		
Papiloma	04	3,63
Fibrolipoma	02	1,81
Hemangioma capilar cavernoso	02	1,81
Verruga vulgar	01	0,9
Hemangioliinfangioma	01	0,9
Linfangioma	01	0,9
Leiomioma vascular	01	0,9
Total	12	10,86
CISTOS DOS MAXILARES		
Cisto dentífero	03	2,72
Ceratocisto odontogênico	01	0,9
Cisto nasopalatino	01	0,9
Total	05	4,52
TUMORES ODONTOGÊNICOS		
Odontoma	02	1,81
Ameloblastoma Unicístico	01	0,9
Total	03	2,71
DOENÇA DA POLPA E DO PERIÁPICE		
Cisto de origem odontogênica de natureza inflamatória	01	0,9
Total	01	0,9
LESÕES ÓSSEAS		
Lesão central de células gigantes	01	0,9
Total	01	0,9
TECIDOS MOLES ODONTOGÊNICOS NORMAIS		
Folículo Pericoronário	01	0,9
Total	01	0,9
OUTRAS LESÕES		
Trajetos fistulosos de paredes crônicas e moderadamente inflamada	01	0,9
Total	01	0,9
TOTAL	91	82,72

Tabela 4- Frequência e distribuição dos sítios de localização das lesões orais.

Sítio	Nº Absoluto	%
Mucosa labial inferior	29	25,89
Lábio inferior	21	18,75
Lábio superior	08	7,14
Ventre de língua	05	4,46
Gengiva superior	05	4,46
Intraósseo	05	4,46
Assoalho bucal	04	3,57
Dorso de língua	04	3,57
Maxila anterior	03	2,67
Mandíbula	03	2,67
Mucosa labial superior	02	1,78
Rebordo superior	02	1,78
Gengiva inferior	02	1,78
Comissura labial	02	1,78
Região anterior de palato duro e papila incisiva	02	1,78
Ápice de língua	02	1,78
Dente	02	1,78
Mucosa jugal	02	1,78
Fundo de vestibulo superior	01	0,89
Rebordo alveolar inferior	01	0,89
Vermelhão do lábio inferior	01	0,89
Indefinido	06	5,35
Total	112	100

Fonte: Ambulatório de Estomatologia da Universidade Federal do Ceará- *Campus Sobral* (2018).

Tabela 5- Distribuição de margem de erro de diagnóstico, tipo de biópsia e lesão fundamental.

Variável	Nº Absoluto	%
RELAÇÃO ACERTO X ERRO		
Acerto	66	60
Erro	24	21,81
Inconclusivo	16	14,54
Dados Ausentes	04	3,63
Total	110	100
TIPO DE BIÓPSIA		
Excisional	73	66,36
Incisional	13	11,81
Não documentado	24	21,81
Total	110	100
LESÃO FUNDAMENTAL		
Bolha	19	17,27
Nódulo	19	17,27
Pápula	06	5,45
Vesícula	04	3,63
Irregular	03	2,72
Arredondada	03	2,72
Mácula	01	0,9
Úlcera	01	0,9
Elíptica	01	0,9
Abaulada	01	0,9
Tumefação	01	0,9
Não documentados	51	46,36
Total	110	100
Total	110	100

Fonte: Ambulatório de Estomatologia da Universidade Federal do Ceará- *Campus Sobral* (2018).

APÊNDICE

INSTRUÇÕES AOS AUTORES*Revista Ciência & Saúde Coletiva***Instruções para colaboradores**

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.

- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e

francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

Especificamente em relação aos artigos qualitativos, deve-se observar no texto – de forma explícita – interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica inserida no diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão

ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para

transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo.

Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative>

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A

qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura(demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excell e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).
5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página

(no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores,

no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos*(http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***):

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Eqüidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-

Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor:

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria:

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento:

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário:

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor:

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São

Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor:

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor:

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro:

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos:

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos:

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese:

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal:

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual:

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais:

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico:

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico:

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador:

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2.

Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados **através da Revisão de pares** por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.