



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA ODONTOLÓGICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**RASTREAMENTO DE LESÕES ORAIS E AVALIAÇÃO CLÍNICO-PATOLÓGICA:
UM ESTUDO RETROSPECTIVO DE 10 ANOS EM UMA REGIÃO
DO NORDESTE BRASILEIRO**

IURY DA SILVA XIMENES

FORTALEZA – CEARÁ

2022

IURY DA SILVA XIMENES

RASTREAMENTO DE LESÕES ORAIS E AVALIAÇÃO CLÍNICO-PATOLÓGICA:
UM ESTUDO RETROSPECTIVO DE 10 ANOS EM UMA REGIÃO
DO NORDESTE BRASILEIRO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia. Área de concentração: Clínica Odontológica.

Orientador: Prof. Dr. Fabrício Bitu Sousa.

FORTALEZA – CEARÁ
2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- X34r Ximenes, Iury da Silva.
Rastreamento de lesões orais e avaliação clínico-patológica um estudo retrospectivo de 10 anos em uma região do nordeste brasileiro / Iury da Silva Ximenes. – 2022.
59 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Fortaleza, 2022.
Orientação: Prof. Dr. Fabrício Bitu Sousa .

1. Epidemiologia. 2. Câncer de boca. 3. Carcinoma de Células Escamosas. I. Título.

CDD 617.6

IURY DA SILVA XIMENES

**RASTREAMENTO DE LESÕES ORAIS E AVALIAÇÃO CLÍNICO-PATOLÓGICA:
UM ESTUDO RETROSPECTIVO DE 10 ANOS EM UMA REGIÃO
DO NORDESTE BRASILEIRO**

Dissertação de mestrado submetida à
Coordenação do Programa de Pós-
Graduação em Odontologia da
Universidade Federal do Ceará, como parte
dos requisitos para obtenção do título de
Mestre em Odontologia. Área de
concentração: Clínica Odontológica; Área
temática: Estomatopatologia Oral

Orientador: Prof. Dr. Fabrício Bitu Sousa

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Fabrício Bitu Sousa (Orientador)

Universidade Federal Ceará (UFC)

Prof. Dr. Mário Rogério Lima Mota

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Karem López Ortega

Universidade de São Paulo (USP)

AGRADECIMENTOS

À **Universidade Federal do Ceará (UFC)**, na qual tive a enorme satisfação de realizar meu mestrado acadêmico em Clínica Odontológica, na pessoa do Magnífico Reitor, Prof. Dr. José Cândido Lustosa Bittencourt de Albuquerque.

À **Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da UFC**, na pessoa da sua diretora, Profa. Dra. Lidiany Karla Azevedo Rodrigues Garage.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFC**, na pessoa da sua coordenadora, Profa. Dra. Cristiane de Sá Roriz Fonteles. Tenho a satisfação e a honra de ser aluno do Mestrado da PPGO, que possibilitou a execução dessa pesquisa.

Agradeço aos **professores e funcionários**, que contribuíram para meu crescimento profissional e pessoal.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pela concessão da bolsa de estudos.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À **Deus**, todo meu agradecimento por ter me guiado e ter me dado discernimento nos momentos mais difíceis. A ele, toda a glória!

Aos meus incríveis pais, **Carmen Helena Lima e Silva Ximenes e José Wellington Mesquita Ximenes**, meus tesouros, minhas maiores e melhores riquezas. Responsáveis por serem meus maiores educadores, incentivadores, exemplos e, sem dúvida, meu porto seguro. Muito obrigado por, em nenhum momento, terem desistido de mim. Amo vocês com todo o meu ser.

Ao meu irmão e minha cunhada, **Rafael da Silva Ximenes e Fábila Ellen Sales**, por, mesmo distantes, morando em outro estado, sempre estarem presentes na minha vida, dando-me apoio e fortalecendo-me diariamente. Muito obrigado por tudo.

À minha família, por torcer e acreditar em mim. Aos meus tios queridos, **Carmen Silvia, Carlos Ribeiro, Rita Maria, Lenir Ximenes, Carmen Maria e Ataliba Araújo**, muito obrigado por sempre me apoiarem nas minhas decisões e sempre estarem presentes em minha vida. Aos meus primos, **Ana Débora Ximenes Rocha de Sousa, Jefferson Ximenes Rocha de Sousa e Itamara Araújo da Silva**, por serem verdadeiros irmãos, incentivando-me e dando-me força quando necessário. Sem vocês este mestrado não seria possível. Um agradecimento especial à minha avó, **Carmosita Alves Lima da Silva**, minha rainha e grande incentivadora. Obrigado por, desde a minha aprovação no Vestibular, ser uma das grandes responsáveis por ter feito com que eu chegasse até aqui. Eu te amo! Aos meus familiares que não foram citados (pois minha família é muito grande), muito obrigado por todo o apoio que me deram para eu chegar onde estou. Amo todos vocês.

À minha mãe e à minha irmã de coração, **Maria Marly Moreno Gonçalves e Juliany Kelly Moreno**, respectivamente, muito obrigado por serem mulheres que me inspiram e me trazem força. Obrigado por estarem comigo nos momentos mais difíceis. Vocês são muito especiais e amo vocês de todo o coração.

Ao querido professor e orientador **Fabício Bitu Sousa**, por todo amor e dedicação

que tem pela docência. Obrigado por cada aula incrível, por todas as orientações fantásticas e, claro, por toda a paciência para que esta pesquisa saísse como fora planejada. Um grande exemplo de dentista, professor, pesquisador e pai, não tenho dúvida de que você é um grande espelho para os seus alunos. Serei eternamente grato por tornar tudo isto possível.

À querida professora **Ana Paula Negreiros Nunes Alves**, professora fantástica, que se torna uma verdadeira mãe dentro do mestrado. Agradeço por ter me tornado um ser humano melhor, tanto profissional como pessoalmente. É, de fato, um privilégio aprender e compartilhar momentos com você. Minha eterna e sincera gratidão por tudo.

Ao querido professor **Paulo Goberlânio de Barros Silva**, por ser exemplo de paciência, companheirismo e humildade, mesmo nos momentos mais adversos, sempre deixando o ambiente o mais leve possível. Obrigado por sempre participar das pesquisas, ajudando, coorientando e, claro, fazendo a análise estatística. Sou muito grato por tudo o que você fez e faz por mim, professor.

Ao professor **Mário Rogério Lima Mota**, pelo grande exemplo de professor que é, pelas aulas incríveis que me fascinaram e pela sua humanidade, humildade e amor pela docência. Muito obrigado pelo ensino e pelo incentivo na pesquisa. Você foi essencial nesse processo.

Às professoras que compuseram as bancas de pré-defesa e defesa, **Paola Gondim Calvasina, Eveline Turatti e Karem López Ortega**, muito obrigado por todas as considerações e por tornar esta pesquisa mais relevante.

Aos funcionários da SESA, em especial à **Léo**, que me ajudou bastante na coleta de dados desta pesquisa, sempre muito solícita e prestando todo o apoio que fosse necessário. Muito obrigado!

Um agradecimento especial ao **Francisco Ícaro Rocha Pereira** e à **Amanda Pinheiro Leitão Matos**: só tenho a agradecer por vocês existirem na minha vida; não tenho palavras suficientes para dizer o quanto vocês são especiais pra mim. Obrigado por todo apoio, por todo carinho (necessário), por serem, por muitas vezes, minha fortaleza. Sem sombra de dúvidas, eu não teria conseguido chegar até aqui se não fosse um

pedacinho de vocês junto a mim.

Aos meus colegas integrantes do **Laboratório de Patologia Bucal**, em especial a **Milena Oliveira Freitas, Joyce Ohana de Lima Martins, Maria Imaculada Queiroz, Osias de Oliveira Freitas, Pedro Henrique Chaves Isaías, Thinali Sousa Dantas e Karine Cestaro Mesquita**, meu muito obrigado!

Enfim, se esqueci alguém, perdoem-me, sou eternamente grato por tudo. Meu coração é somente alegria e gratidão.

RESUMO

A cavidade oral é afetada por várias doenças e, para estabelecer um diagnóstico correto, é importante o conhecimento dos profissionais acerca dessas lesões. Levantamentos clínico-patológicos representam uma importante ferramenta de rastreamento de lesões orais com função de facilitar e orientar o processo diagnóstico. O objetivo do estudo foi identificar as principais lesões orais diagnosticadas pelo rastreamento de câncer de boca da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), buscando reconhecer o perfil dessas lesões nas regiões geográficas. Trata-se de um estudo observacional retrospectivo, onde foram coletados os laudos histopatológicos da SESA, entre os anos de 2009 a 2019. Foram coletados dados sociodemográficos – como sexo, raça, idade e regional de saúde procedente – como também os dados clínicos da lesão – como localização anatômica, hipótese diagnóstica, diagnóstico histopatológico, data da biópsia e data da liberação do laudo. Os dados foram tabulados em Microsoft Excel e exportados para o SPSS v20.0, no qual as análises foram realizadas adotando uma confiança de 95%. As frequências absolutas e percentual de cada uma das variáveis foram realizadas pelo teste qui-quadrado e pela regressão logística multinomial. Foram coletados 4.501 laudos histopatológicos, foram encontradas mais pacientes do sexo feminino (61,3%), pardas (53,4%), entre a quarta e sexta década de vida (34%) e da região do sertão do Ceará (35,5%). A região de gengiva/fundo de sulco foi o sítio anatômico mais acometido (23%) e, dentre todas as lesões, as benignas foram as mais prevalentes (86,6%). Dentre elas, há hiperplasia fibroepitelial/hiperplasia fibrosa inflamatória, mucocele e fibroma traumático. O Carcinoma de Células Escamosas (CEC) foi a lesão maligna mais frequente. Os dentistas tiveram uma maior concordância entre a hipótese diagnóstica (HD) e o diagnóstico histopatológico (DH) e, a partir de 2015, houve uma maior concordância em comparação com os outros anos ($p=0,001$). Quando as lesões acometiam o ventre de língua, quando tinham mais de uma localização ou quando não tinham seu sítio anatômico citado pelo profissional, havia mais chance de errar o diagnóstico, em comparação com as outras circunstâncias ($p<0,001$). Já entre os anos de 2009 a 2011, os dentistas erraram mais diagnóstico em comparação com os outros anos ($p<0,001$). Uma maior rapidez na liberação dos laudos ocorreu comumente do segundo ao quarto trimestre ($p<0,001$) e, nos anos de 2009 a 2015, houve uma maior demora na liberação dos laudos ($p<0,001$). Com relação ao gênero, pacientes do sexo feminino demoraram mais para receber o laudo, em comparação com pacientes do sexo masculino ($p=0,023$). Conclui-se que há uma maior frequência de lesões benignas em todo o estado – principalmente reacionais – e, dentre as lesões malignas, o CEC prevaleceu. Além disso, os dentistas tiveram uma maior concordância entre HD e DH, principalmente com o passar dos anos.

Palavras-chave: epidemiologia, câncer de boca e carcinoma de células escamosas.

ABSTRACT

The oral cavity is affected by several diseases and, in order to establish a correct diagnosis, it is important for professionals to know about these lesions. Clinicopathological surveys represent an important tool for tracking oral lesions with the function of facilitating and guiding the diagnostic process. The objective of the study was to identify the main oral lesions diagnosed by the oral cancer screening of the Ceara State Health Department (SESA), seeking to recognize the profile of these lesions in the geographic regions. This is a retrospective observational study, where the histopathological reports of SESA were collected, between the years 2009 to 2019. Sociodemographic data such as sex, race, age and health region were collected, as well as clinical data of the lesion, such as anatomical location, diagnostic hypothesis, histopathological diagnosis, biopsy date and report release date. Data were tabulated in Microsoft Excel and exported to SPSS v20.0, in which analyzes were performed with a confidence level of 95%. Absolute frequency and percentage of each of the variables were performed using the chi-square test and multinomial logistic regression. 4,501 histopathological reports were collected, more female patients (61.3%), brown (53.4%), between the fourth and sixth decade of life (34%) and from the Ceara sertão region (35, 5%). The gingiva/sulcus region was the most affected anatomic site (23%) and, among all lesions, benign ones were the most prevalent (86.6%). Among the most recurrent benign lesions are fibroepithelial hyperplasia/inflammatory fibrous hyperplasia, mucocele and traumatic fibroma; Squamous Cell Carcinoma (SCC) was the most frequent malignant lesion. Dentists had a greater agreement between the diagnostic hypothesis (HD) and the histopathological diagnosis (DH) and, as of 2015, there was a greater agreement compared to the other years ($p=0.001$). When the lesions affected the belly of the tongue, when they had more than one location or when the professional did not mention the anatomical site, they were more likely to make a mistake in the diagnosis compared to the others ($p<0.001$). Between the years 2009 and 2011, dentists made more mistakes in diagnosis compared to the other years ($p<0.001$). A faster release of reports occurred from the second to the fourth quarter of the years ($p<0.001$) and, in the years 2009 to 2015, there was a longer delay in releasing the reports ($p<0.001$). Regarding gender, female patients took longer to receive the report compared to males ($p=0.023$). We conclude that there is a higher frequency of benign lesions throughout the state, mainly reactional and, among the malignant ones, SCC prevailed among all others. In addition, dentists had a greater agreement between HD and HD, especially over the years.

Keywords: epidemiology, oral cancer and squamous cell carcinoma.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 - Mapa do estado do Ceará, mostrando as 14 macrorregiões de planejamento	18
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Total de laudos coletados divididos por trimestre, ano e região de procedência.....	33
Tabela 02 - Divisão dos laudos em relação aos dados sociodemográficos (idade, sexo e raça/cor) e região anatômica da lesão	34
Tabela 03 - Divisão dos laudos com relação à conclusão do laudo, acerto diagnóstico em comparação com o diagnóstico clínico e histopatológico, tempo para o diagnóstico e data da biópsia informada	35
Tabela 04 - Relação entre acerto diagnóstico e tempo para emissão do laudo com trimestre, ano, procedência, idade, sexo, raça e localização anatômica. Relação entre acerto diagnóstico entre e tempo para emissão do laudo e data da biópsia informada	37
Tabela 05 - Correlação entre acerto diagnóstico e tempo para emissão de laudos com as demais variáveis	40

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Divisão do Estado do Ceará e suas especificações (Municípios, domínio territorial, área territorial, população e PIB)	31
---	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1	Lesões em lábio.....	19
2.2	Lesões em gengiva/fundo de sulco.....	19
2.3	Lesões em língua.....	20
2.4	Lesões em palato.....	21
2.5	Lesões potencialmente malignas.....	22
2.6	Carcinoma de Células Escamosas.....	23
2.7	Outras lesões malignas em cavidade oral.....	24
3	JUSTIFICATIVA.....	25
4	HIPÓTESES.....	26
5	OBJETIVOS.....	27
5.1	Objetivo Geral.....	28
5.2	Objetivos Específicos.....	28
6	METODOLOGIA.....	30
6.1	Caracterização do estudo.....	30
6.2	População.....	30
6.3	Princípios éticos.....	30
6.4	Critérios de inclusão e exclusão.....	30
6.5	Análise de dados.....	30
6.6	Análise estatística.....	32
7	RESULTADOS.....	33
8	DISCUSSÃO.....	42
9	CONCLUSÃO.....	48
10	REFERÊNCIAS.....	49
11	APÊNDICE.....	56

1. INTRODUÇÃO

A cavidade oral é afetada por uma grande variedade de alterações e doenças, como alterações e anomalias dentárias, doenças infecciosas, imunologicamente mediadas, doenças da polpa e periápice, neoplasias de origem conjuntiva, epitelial benignas ou malignas, além de lesões de origem odontogênicas. A maioria delas bem reconhecidas e documentadas; já outras, raras e de difícil diagnóstico (NEVILLE, 2016)

Para estabelecer um diagnóstico correto, uma terapêutica adequada e atividades de prevenção, é de suma importância o conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre as lesões orais fundamentais. As lesões intraorais variam bastante pelas diferenças de raça, gênero e idade nas amostras que são analisadas, além da metodologia feita na pesquisa (CONCEIÇÃO *et al.*, 2010)

As lesões orais têm um papel importante com relação às condições de saúde dos pacientes, podendo ser encontradas com uma prevalência de 2,5% a 84,9% dependendo da população, tipo de lesão e dos critérios que foram utilizados em questão. Em pacientes mais jovens, observam-se lesões de cunho traumático e inflamatório, com elevada incidência de lesões como mucocele de extravasamento e outras entidades císticas. Por outro lado, à medida que a população envelhece, aumenta a incidência de tumores benignos e malignos. Essas lesões aumentam exponencialmente com a idade, modificando o perfil de lesões orais ao longo do decorrer das faixas de idade (AQUINO *et al.*, 2010; MOUCHREK *et al.*, 2011).

As lesões orais podem ser classificadas quanto à sua natureza não neoplásica, benigna, maligna ou potencialmente maligna (CAVALCANTE *et al.*, 2016)

O câncer de boca pode ter diversas origens; o mais comumente encontrado, todavia, é o Carcinoma de Células Escamosas (CEC), em aproximadamente 90% dos casos. Dentre os fatores de risco, encontram-se fumo, ingestão de bebidas alcoólicas, histórico familiar de neoplasia maligna, más condições socioeconômicas, dentre outros (DE MATOS AMORIN *et al.*, 2019)

O prognóstico do câncer oral no Brasil é considerado ruim. Apesar da cavidade oral ser fácil de ser examinada, o diagnóstico de CEC, em estágios iniciais e assintomáticos, por exemplo, é incomum (CATHARINI *et al.*, 2020)

Em um estudo epidemiológico, retrospectivo e descritivo em todo Brasil, foi visto que a maioria dos pacientes que apresentavam câncer em região oral, eram do sexo masculino, apresentando-se entre a quinta e sexta década de vida, com baixo nível de escolaridade e na cor parda. O hábito tabagista foi encontrado em mais de 60% dos

pacientes e a associação entre tabaco e álcool foi encontrado em quase 50% de todos os participantes (SOARES *et al.*, 2019)

Na maioria dos casos, a biópsia se faz necessária para o estabelecimento de um diagnóstico definitivo, por meio da análise e da confirmação histopatológica. O exame microscópico ou histopatológico é o padrão-ouro para o diagnóstico de diversas lesões que estão presentes na cavidade oral. (HOWEL *et al.*, 2003).

Apesar de, epidemiologicamente, algumas lesões orais mostrarem características bem definidas, com o passar dos anos, algumas lesões têm modificado o seu perfil epidemiológico. Como exemplo, pode-se citar a modificação epidemiológica e de prognóstico que o papiloma vírus humano traz no carcinoma de células escamosas de orofaringe (DOVIGI *et al.*, 2016). Sendo necessária, portanto, constante atualização de estudos de prevalência (CAVALCANTE *et al.*, 2016)

Há, sem sombra de dúvidas, uma fragilidade no diagnóstico precoce do câncer de boca, seja por conta do difícil acesso de parte da população aos serviços de saúde, principalmente quando a população é do interior, seja por negligência de parte dos profissionais envolvidos (CONCEIÇÃO *et al.*, 2010)

Nesse contexto, levantamentos epidemiológicos representam uma importante ferramenta de rastreamento de lesões do complexo maxilomandibular, com função de incentivar os estudos, para que políticas públicas de saúde sejam implementadas na área da saúde bucal. (ALMOZNINO, *et al.*, 2015).

O Ministério da Saúde estimula os estudos epidemiológicos, configurando-os como instrumento de vigilância para a disseminação de informações qualificadas relevantes, com potencial para contribuir com a orientação de ações em saúde pública no país. (SOARES *et al.*, 2019)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) traz que os principais recursos para estipular as necessidades de implantação e também manutenção de serviços de saúde bucal são definidos a partir dos levantamentos epidemiológicos (OLIVEIRA *et al.*, 1998)

O estudo epidemiológico das lesões orais mais prevalentes em determinada localização geográfica ressalta as reais necessidades da população em questão e, conseqüentemente, proporciona aos profissionais um melhor planejamento para realização de ações preventivas, além de auxiliar na criação de políticas públicas de saúde voltadas para doenças de maior prevalência e de estimular a contínua capacitação profissional voltada ao diagnóstico (PASSARELLI *et al.*, 2017)

Esses estudos revelam a incidência e a prevalência de inúmeras doenças e particularizam a distribuição delas, conforme suas características no ambiente onde foram

analisadas (KINIES *et al.*, 2011)

Em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) priorizou o diagnóstico precoce de lesões orais, ampliando e qualificando a Atenção Básica, fazendo com que haja, rotineiramente, exames de prevenção para detectar o câncer de boca precocemente (NAVARI *et al.*, 2011)

A PNSB também viabilizou a oferta da atenção secundária por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), que são centros especializados em saúde bucal, com um enfoque no diagnóstico em câncer de boca e em outras especialidades como periodontia, cirurgia oral, endodontia e atendimento a pacientes portadores de necessidades especiais (CHAVES *et al.*, 2010)

Em 2011, houve o lançamento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que tem como objetivo implementar a ampliação do acesso e da melhoria na atenção básica de saúde. No contexto da saúde bucal, estimulou-se a busca ativa por alterações bucais, para diagnosticar precocemente o câncer de boca (PINTO *et al.*, 2014)

O estado do Ceará dispõe de 22 CEOs regionais, inaugurados a partir de 2009, que compõem o programa de expansão e melhoria da assistência especializada à saúde. (MARQUES *et al.*, 2017)

O Ceará, em sua política de regionalização, vem adotando um modelo fundamentado em consórcios de saúde, no qual o governo custeia mais ou menos 40% da compra de equipamentos. O estado vem buscando seguir as diretrizes organizativas e doutrinárias do Sistema Único de Saúde, fazendo com que haja uma estruturação e qualificação na rede de atenção à saúde, melhorando tanto a oferta quanto o cuidado com os pacientes. (COSTA *et al.*, 2018)

A partir de 2006, no Ceará, criou-se um programa de rastreamento do câncer de boca, em que a Secretaria de Saúde do Estado – juntamente com as Secretarias Municipais de Saúde, universidades e outras instituições – iniciou o rastreamento do câncer de boca com o objetivo de prevenir, diagnosticar e tratar esses pacientes. (BONFIN *et al.*, 2017)

Estima-se que, de 2009 até 2019, houve um aumento populacional de aproximadamente 680 mil pessoas no estado de Ceará (IBGE) e, segundo o levantamento mais recente, que aconteceu no ano de 2017, houve o diagnóstico de 66 lesões malignas em cavidade oral, segundo a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. (BONFIN *et al.*, 2017)

O estado do Ceará possui, atualmente, 184 municípios, que são divididos em 33 microrregiões, 8 macrorregiões e 14 macrorregiões de planejamento que possuem

diferenças socioeconômicas e geoambientais. (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014)



Figura 01: Mapa do estado do Ceará, mostrando as 14 macrorregiões de planejamento, são elas: Cariri, Centro Sul, Grande Fortaleza, Litoral leste, Litoral norte, Litoral Oeste/Vale do Curu, Maciço de Baturité, Serra da Ibiapaba, Sertão central, Sertão de Canindé, Sertão de Crateús, Sertão dos Inhamus, Sertão de Sobral, Vale do Jaguaribe. (IPECE, 2015)

Esta pesquisa, além de ser útil como fonte de rastreamento das lesões malignas, serve como importante fonte de dados epidemiológicos das demais lesões do complexo maxilomandibular, funcionando como uma fonte de dados que possuem o poder de caracterizar uma amostra de lesões orais com representatividade estadual e regional.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Lesões em Lábio

Os lábios são estruturas anatômicas constituídas por uma parte interna umedecida, formada por uma mucosa labial, por outra porção seca, que é constituída por uma zona de transição (vermelhão do lábio) e, finalmente, por uma porção mais externa, composta pela pele e seus anexos. No limite da porção interna, há a zona de transição, onde se encontram fibras musculares delimitando dois compartimentos de gordura. (GUIDONI *et al.*, 2019)

Essa localização anatômica pode ser alvo de diversas lesões benignas e malignas. Em alguns estudos epidemiológicos, por exemplo, o lábio foi a estrutura mais acometida pelos mais diversos tipos de lesões, dentre elas: mucocele, fibroma traumático, granuloma piogênico e as lesões potencialmente malignas e malignas, como a queilite actínica e o carcinoma de células escamosas (CEC). (PEREIRA *et al.*, 2013)

Em outro estudo epidemiológico envolvendo 762 casos, foi observado que alguns grupos de lesões tinham o lábio como localização mais comum. Dentre esses grupos, podemos citar: lesões potencialmente malignas, neoplasias malignas, lesões de glândulas salivares e anomalias de desenvolvimento (SOUTO *et al.*, 2014)

A mucocele é uma lesão cística benigna, assintomática e contém saliva em seu interior. O surgimento se dá normalmente pela ruptura dos ductos das glândulas salivares menores. A lesão é mais comum na parte interna do lábio inferior e necessita de excisão completa ou micromarsupialização como forma de tratamento. O fibroma traumático é outra lesão comumente encontrada em lábio: seu surgimento se dá pelo trauma crônico; possui uma superfície lisa, podendo ter coloração semelhante à mucosa ou azulada. Seu tratamento, assim como a mucocele, dá-se pela excisão cirúrgica. (VALÉRIO *et al.*, 2013)

2.2. Lesões em Gengiva e Fundo de Sulco Vestibular

O tecido gengival é composto por uma gengiva inserida e uma gengiva marginal livre. O espaço biológico periodontal, mais recentemente chamado de tecido supracrestal, é composto por um sulco gengival, um epitélio juncional e, por fim, uma inserção conjuntiva. (FERREIRA JÚNIOR *et al.*, 2013)

A gengiva e o fundo de sulco vestibular normalmente não são as localizações mais frequentes de lesões em cavidade oral. Em um estudo epidemiológico de 21 anos de casuística, o tecido gengival e fundo de sulco estavam atrás de lábios, mucosa jugal, língua e palato. As lesões reacionais foram as mais prevalentes, dentre elas podemos citar o granuloma piogênico e o fibroma ossificante periférico. (ROCHA *et al.*, 2006)

Uma das lesões reacionais mais comumente encontradas em tecido gengival é o

granuloma piogênico. Essa lesão é altamente vascularizada. Devido a isso, possui uma coloração avermelhada, superfície lisa ou irregular e é sangrante ao toque. É chamado também de granuloma gravídico, pois é bastante encontrado em mulheres grávidas, devido à alteração hormonal considerável. Seu tratamento se dá pela excisão completa e, devido à sua alta vascularização, o uso de bisturi elétrico ou laser de alta potência é recomendado. (LIE TOBOUTI *et al.*, 2017)

Além do granuloma piogênico que, como dito anteriormente, é bastante comum em tecido gengival, outras lesões têm uma predileção maior pelo tecido gengival. O fibroma ossificante periférico consiste em uma lesão reativa decorrente de trauma, cálculo supragengival ou biofilme. Acomete principalmente a região maxilar anterior e tem uma predileção pelo sexo feminino. Em muitos casos, essa lesão é facilmente confundida com o granuloma piogênico. O tratamento se dá com a remoção cirúrgica completa, apesar de existir uma chance de recidiva, podendo chegar a 20%. (RIBEIRO *et al.*, 2017)

Outra condição patológica comum é a hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI), que pode acontecer tanto em fundo de sulco vestibular quanto em tecido gengival. A HFI é uma lesão proliferativa, causada por algum tipo de doença ou por próteses totais mal adaptadas. A sua prevalência vai de 5%-25% e consiste em 65% das lesões encontradas em pacientes usuários de algum tipo de prótese. Sua coloração é semelhante à mucosa, podendo ser também eritematosa; tem implantação séssil e pode ser acompanhada de dor, quando associada a úlceras. O tratamento se dá com remoção do fator causal e excisão cirúrgica completa. (DE JESUS *et al.*, 2019)

Por fim, temos o granuloma periférico de células gigantes (GPCG), que é uma lesão que acomete principalmente pacientes na terceira e na sexta década de vida. Está mais relacionado a mulheres e a lesão pode variar de 0,5-1,5cm. Essa condição possui alguns fatores predisponentes, como presença de trauma local, cálculo supragengival, periodontite e raízes residuais. O tratamento se dá com excisão cirúrgica completa e remoção do fator iniciador; nos casos em que há comprometimento do tecido ósseo subjacente, é importante que haja uma curetagem da região para que se reduzam as chances de recidiva. (FRANÇA *et al.*, 2010)

2.3. Lesões em Língua

A língua é um órgão extremamente importante para a fala e para a alimentação, podendo ser dividida em sítios, representados pelo dorso lingual, ventre lingual e a borda lateral da língua. Esse músculo é extremamente acessível a exames clínicos e frequentemente é acometido por lesões diversas, das mais comuns até as mais raras.

Alguns estudos apontam a língua como o local mais acometido pelo câncer, como o CEC, por exemplo; além disso, a literatura afirma que essas lesões, quando encontradas na língua, possuem um pior prognóstico comparado aos outros locais. (CONCEIÇÃO *et al.*, 2010)

Em um estudo epidemiológico realizado no Rio Grande do Sul com 5.928 pacientes, foram vistas as principais lesões que acometem o tecido lingual; dentre as mais prevalentes, além das que foram apontadas anteriormente, há língua saburrosa, língua geográfica e líquen plano. (SUZIN *et al.*, 2014)

A língua saburrosa consiste em um acúmulo de placa bacteriana (biofilme) na superfície do dorso lingual, podendo ter uma coloração esbranquiçada, amarelada e/ou amarronzada. O dorso lingual é um ambiente bastante favorável por conta das suas irregularidades, fissuras, depressões e áreas despapiladas; isso ajuda no acúmulo de produtos do metabolismo bacteriano, células epiteliais descamadas e células leucocitárias mortas. O tratamento dessa condição se dá com raspagem lingual e instrução de higiene oral. (RIBEIRO *et al.*, 2020)

Outra lesão comum é a língua geográfica (glossite migratória benigna), a qual consiste em uma condição imunologicamente mediada, causada por uma resposta linfocitária, que gera atrofia principalmente das papilas filiformes. Apesar de já ser conhecida há bastante tempo, não se sabe exatamente a etiopatogênese dessa lesão, porém sabe-se que ela pode estar associada a condições sistêmicas como a psoríase. Clinicamente é vista em áreas eritematosas circunscritas por um halo esbranquiçado e pode gerar um desconforto para o paciente. Não há um protocolo de tratamento bem definido, porém os profissionais podem prescrever analgésicos e anti-inflamatórios em períodos de crise. (PICCIANI *et al.*, 2020)

Por fim, o líquen plano é uma lesão mucocutânea que leva a uma destruição da camada basal do tecido epitelial, podendo se apresentar de forma erosiva, papular, bolhosa ou reticular. A sua etiologia é multifatorial, envolvendo fatores ambientais, emocionais e genéticos, entretanto muitos estudos relacionam o surgimento dessa condição com um processo autoimune no qual os linfócitos TCD8 causam a apoptose celular. O tratamento se dá com o alívio dos sintomas, não existindo uma conduta totalmente elucidada, todavia os pacientes necessitam de um acompanhamento rigoroso. (VILANOVA *et al.*, 2012)

2.4. Lesões em Palato

O palato é um sítio da cavidade oral que desempenha um papel importante em relação às funções do sistema estomatognático. Sua alteração por problemas esqueléticos

ou por presença de lesões pode acarretar problemas na deglutição, mastigação, fonarticulação e respiração. (COSTA *et al.*, 2005)

Algumas lesões têm sua maior prevalência no palato, como as infecções fúngicas, como é o caso da candidíase, uma doença considerada oportunista, relacionada diretamente a um quadro de imunossupressão. No entanto, o uso de próteses dentárias, de tabaco ou um quadro de hipossalivação podem favorecer seu aparecimento. Clinicamente pode se apresentar como pseudomembranosa, eritematosa e hiperplásica. O seu tratamento se dá com a combinação de agentes antifúngicos tópicos e/ou sistêmicos, dependendo do caso de cada paciente. (SILVA *et al.*, 2020)

Outra condição patológica comum no palato é o adenoma pleomórfico, uma lesão de glândulas salivares menores, benigna, comum entre a 4ª e a 6ª década de vida, apresentando-se como uma massa firme, normalmente indolor e com um crescimento lento, podendo apresentar úlceras devido ao trauma. Essa lesão normalmente envolve osso e periósteo, tendo assim uma área radiolúcida bem delimitada nos exames imaginológicos. O tratamento se dá com enucleação cirúrgica total da lesão e, dependendo do tamanho, há a necessidade de uma reabilitação com obturadores palatinos nesses pacientes. (MAIA *et al.*, 2016).

Em um estudo epidemiológico envolvendo 77 casos de lesões papilíferas, o sítio de maior acometimento foi o palato. Dentre as lesões foram encontradas verrugas vulgares, carcinomas verrucosos e a mais prevalente, o papiloma. (CALAZANS *et al.*, 2005). A infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) é uma doença sexualmente transmissível. Sendo a mais prevalente nesse grupo, é ela que gera o aparecimento do papiloma. É geralmente encontrado em pacientes jovens, abaixo de 50 anos de idade. Clinicamente apresenta-se como um nódulo exofítico, pedunculado, tendo uma aparência de couve-flor. O tratamento, na cavidade oral, se dá com a excisão cirúrgica da lesão e, às vezes, faz-se necessária a utilização de ácido tricloro acético 70 ou 90%. Já foi elucidado que o HPV tem relação com o câncer no colo uterino e, mais recentemente, sua ligação com o câncer de boca também vem sendo estudada e elucidada. (ARAÚJO *et al.*, 2014)

2.5. Lesões orais Potencialmente Malignas (LPM)

As lesões potencialmente malignas consistem em alterações teciduais que podem assumir um caráter de malignidade ou permanecer em estabilidade por um tempo considerável. As causas do surgimento dessas lesões são multifatoriais, tendo uma combinação de fatores predisponentes e exógenos. Em 2005, a OMS citou na classificação de LPM: leucoplasia, leucoplasia verrucosa proliferativa, eritroplasia, queilite actínica,

fibrose submucosa, líquen plano e atrofia por deficiência de ferro. A maioria dos estudos encontrados na literatura mostram uma maior frequência de leucoplasias e queilites actínicas quando comparado às outras lesões potencialmente malignas. (SILVEIRA *et al.*, 2009)

A maioria dos estudos encontrados na literatura mostram uma maior frequência de leucoplasias e queilites actínicas quando comparado às outras lesões potencialmente malignas.

A leucoplasia consiste em uma mancha ou placa branca não destacável, que possui um grande potencial de malignização. Pode acometer qualquer local da cavidade oral, o tamanho pode variar de um centímetro até ocupar grande área de mucosa oral e, normalmente, acomete pacientes entre 40-60 anos de idade. O hábito de fumar vem sendo o principal fator etiológico da condição, porém essa lesão pode aparecer sem um fator etiológico conhecido, sendo chamada de leucoplasia idiopática. (MÁRQUEZ *et al.*, 2015)

A eritroplasia é uma mancha ou placa avermelhada, que não pode ser clinicamente ou histopatologicamente caracterizada como qualquer outra lesão. Apesar de ser menos frequente que a leucoplasia, possui alto potencial de transformação maligna, podendo estar associada a uma leucoplasia adjacente, sendo chamada de eritroleucoplasia. (QUEIROZ *et al.*, 2014)

Além da leucoplasia e eritroplasia, outra lesão potencialmente maligna é a queilite actínica, encontrada em região labial. O lábio é uma região anatômica bastante exposta às radiações ultravioletas. Devido a isso, os trabalhadores ao ar livre que não usem barreiras de proteção como protetores labiais possuem uma maior suscetibilidade de desenvolverem LPM. (LUCENA *et al.*, 2012)

A queilite actínica tem sua morfologia alterada e uma maior ameaça de transformação maligna. Alguns estudos mostraram que há uma predileção maior pelo sexo masculino, a partir da quarta década de vida. Seu tratamento se dá com a remoção completa da lesão após a confirmação diagnóstica, através do exame histopatológico e acompanhamento rigoroso do paciente. (TEIXEIRA *et al.*, 2019)

2.6. Carcinoma de Células Escamosas (CEC)

O carcinoma de células escamosas (CEC) é o câncer que mais acomete a cavidade oral. Quando diagnosticado tardiamente, o seu prognóstico fica bastante desfavorável. A cada ano, são diagnosticados, aproximadamente, 300 mil novos casos, acometendo cada vez mais os pacientes jovens. No Brasil, estima-se que, entre 2020 e 2022, 11.180 novos casos em homens e 4.100 casos em mulheres possam acontecer. As regiões anatômicas

mais acometidas são borda lateral de língua, assoalho bucal e lábio. (CATHARINI *et al.*, 2020)

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do CEC, assim como para muitos outros cânceres, são o uso do tabaco ou álcool, a radiação ultravioleta, além da predisposição genética. Pessoas com um menor nível socioeconômico e baixo nível de escolaridade, apresentam uma maior incidência e maior taxa de mortalidade (CARTAXO *et al.*, 2017).

A lesão acomete principalmente pacientes entre a quinta e a sexta década de vida, pois geralmente já foram expostos muitas vezes aos fatores de risco. Todavia, há uma mudança epidemiológica com o passar dos anos e muitos jovens têm sido acometidos. Ainda não há uma etiologia esclarecida, mas observou-se que há uma relação entre o CEC e o HPV. Como os pacientes jovens possuem uma maior incidência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), isso pode estar auxiliando no aumento súbito de pacientes jovens com CEC. (AMORIN *et al.*, 2019)

O prognóstico do CEC ainda é bem difícil para os profissionais, mesmo com algum progresso no diagnóstico e com tratamentos mais avançados. Um dos parâmetros para auxiliar na terapia prevista para o paciente é o sistema TNM para estadiamento clínico da lesão, onde “T” representa o tamanho clínico da lesão, “N” representa envolvimento linfonodal e “M” metástases a distância. (LONGO *et al.*, 2021)

As medidas terapêuticas para o CEC são várias e vão depender justamente do estadiamento da lesão. O tratamento pode ser através da radioterapia, quimioterapia, imunoterapia, excisão cirúrgica ou da associação entre algumas delas. A radioterapia consiste em radiação ionizante no local onde a lesão se encontra, impedindo as mitoses atípicas; a quimioterapia consiste na inserção de um medicamento quimioterápico endovenoso, no qual o paciente passa por alguns ciclos de aplicação. (GILLISON *et al.*, 2019)

A imunoterapia é o tratamento mais recente e inovador; portanto ainda não se têm muitas informações sobre a utilização desses medicamentos nos pacientes com CEC, mas consiste na aplicação de agentes imunoterápicos (anticorpos monoclonais) de proteínas de morte células antiprogramada, reduzindo as catástrofes mitóticas. (COHEN *et al.*, 2019)

2.7. Outras lesões malignas em cavidade oral

Dentre outras neoplasias malignas que podem acometer a região oral, temos as lesões que se originam das glândulas salivares. Essas neoplasias acometem principalmente

adultos entre 50-70 anos de idade, tendo uma maior prevalência pelo sexo feminino, contudo essa diferença entre os sexos não é concisa na literatura. O Carcinoma Adenoide Cístico é um tumor maligno de glândula salivar, incomum, que acomete entre 3-5% dos casos de lesões malignas oral. Não se sabe ao certo sua fisiopatologia, mas acredita-se que tenha origem nas glândulas menores secretoras de muco subepiteliais. Tem um crescimento lento, formato nodular e consistência endurecida. Os pacientes podem sentir uma dor localizada, de baixo grau que pode aumentar de intensidade. O tratamento se dá com excisão cirúrgica, combinado ou não com a radioterapia. (DOS ANJOS *et al.*, 2019)

O Carcinoma Mucoepidermóide é a lesão maligna de glândula salivar mais comum, sendo presente principalmente nas glândulas salivares maiores, sendo a parótida a mais acometida. A lesão encontra-se principalmente em paciente de 40-50 anos de idade, tendo uma leve predileção pelo sexo feminino. Normalmente apresenta-se como uma tumefação indolor, com consistência borrachóide ou macia, a severidade deste carcinoma é variável, podendo ser lento ou causar uma metástase a distância muito agressiva. Essa condição patológica pode ser classificada em baixo grau, grau intermediário ou alto grau, de acordo com suas apresentações citológicas. O tratamento, também, se dá com ressecção cirúrgica acompanhada da radioterapia; apesar de não comprovada cientificamente, a quimioterapia também vem sendo utilizada. (GONÇALO *et al.*, 2020)

Outra lesão maligna de que se origina nas glândulas salivares menores é o Adenocarcinoma polimorfo de baixo grau, é uma lesão incomum que acomete principalmente as glândulas salivares menores, possui, em sua maioria, um crescimento lento e assintomático com baixas chances de metástase apesar dessa possibilidade não ser descartada, principalmente em recidivas. O palato, sexo feminino e indivíduos entre a sexta e a sétima década de vida são mais acometidos. O tratamento, assim como as outras lesões citadas anteriormente, se dá com a remoção cirúrgica associado ou não a radioterapia. Os estudos mostram que essa lesão possui um prognóstico bastante favorável, principalmente quando diagnosticada precocemente. (BRITO *et al.*, 2016)

Por conseguinte, outra lesão, porém de origem não glandular é o Sarcoma de Kaposi (SK), que acomete principalmente pacientes infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) que já desenvolveram a síndrome da imunodeficiência adquirida. Essa condição pode acometer outras partes do corpo, porém, em 70% dos casos, encontra-se em cavidade oral. O SK consiste em um processo proliferativo de células vasculares, formando pequenos vasos atípicos e fendas vasculares, considerado uma lesão metacêntrica e policlonal. O tratamento se dá com quimioterapia, radioterapia e imunoterapia. O prognóstico dessa lesão, diferente de algumas citadas anteriormente é

bem desfavorável. (MAYA *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2021)

Por fim, temos o Osteossarcoma que é um tumor maligno mesenquimal, no qual as células cancerosas produzem matriz óssea. É a lesão maligna mais comum no osso, tendo uma prevalência em 20% e, quando atinge os maxilares, 5%. Esta presente principalmente em indivíduos entre a terceira e a quarta década de vida, as chances de metástase são mínimas e, quando comparado aos ossos longos, possui um prognóstico mais favorável. Histologicamente, o Osteossarcoma pode ser subdividido em condroblástico e osteoblástico. (SOARES *et al.*, 2005)

Nos ossos longos o tratamento multimodal já é bem estabelecido, todavia quando a lesão acomete os ossos maxilares, a ressecção cirúrgica parece ser a melhor opção, diversos estudos multicêntricos observaram a capacidade da quimioterapia e radioterapia no tratamento do Osteossarcoma, porém os resultados ainda são bastante controversos. (LEE *et al.*, 2022)

3. JUSTIFICATIVA

Com o passar dos anos, apesar de algumas lesões estarem bem definidas clinicamente e histologicamente, outras vão mudando o seu perfil epidemiológico e de apresentação. Em raras vezes, encontram-se estudos que mostrem uma evolução cronológica e epidemiológica em setores regionais. (EDWIN *et al.*, 2016)

Principalmente quando falamos de câncer, a manifestação inicial da doença dificilmente é diagnosticada precocemente. Aproximadamente 2/3 dos casos são diagnosticados tardiamente, provocando, assim, uma sobrevida de aproximadamente cinco anos nesses pacientes. Diversas causas são elucidadas na literatura, todavia a deficiência na formação do profissional e/ou na educação contínua têm sido mostradas como os principais fatores que geram esse diagnóstico tardio do câncer de boca. (LIMEIRA *et al.*, 2015)

Os levantamentos epidemiológicos são extremamente importantes para que se possa observar a prevalência e incidência de lesões orais para que, posteriormente, sejam feitas medidas preventivas e curativas. Com o levantamento concluído, é possível fazer um planejamento adequado, executar as ações que foram pré-estabelecidas e fazer comparações entre diferentes regiões, indivíduos e período de tempo. Esse tipo de estudo é necessário para garantir a confiabilidade e comparabilidade dos dados. (COSTA OLIVEIRA *et al.*, 1998)

4. HIPÓTESES

H0 – Não há modificação no perfil clínico-patológico e na epidemiologia das lesões orais encontradas no estudo, em comparação com outros dados na literatura.

H1 – Há modificação no perfil clínico-patológico e na epidemiologia das lesões orais encontradas no estudo, em comparação com outros dados da literatura.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo Geral

Identificar as principais lesões orais diagnosticadas pelo programa de rastreamento de câncer de boca da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) buscando reconhecer o perfil dessas lesões nas suas regiões geográficas e permitindo, assim, uma comparação com os dados existentes na literatura.

5.2. Objetivos específicos

- Realizar uma avaliação clínico-patológico de lesões orais benignas e malignas do programa de rastreamento de câncer de boca da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.
- Fazer uma avaliação regional das principais lesões que acometem a cavidade oral.
- Avaliar o perfil epidemiológico do paciente diagnosticado com lesões maxilofaciais no serviço público do estado do Ceará.
- Descrever o conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas do estado do Ceará acerca de lesões benignas, potencialmente malignas e malignas, através do acerto ou erro do diagnóstico clínico e histopatológico.

6. METODOLOGIA

6.1. Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, de corte transversal e caráter quantitativo, obtido através da análise do arquivo de laudos de pacientes com lesões orais do programa de rastreamento de câncer de boca do NUASB (Núcleo de Atenção à Saúde Bucal), da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará no período de 2009 a 2019.

6.2. População

Serão analisados todos os laudos histopatológicos dos pacientes atendidos no serviço de rastreamento de câncer bucal em todo o estado do Ceará entre os anos de 2009 até 2019, não sendo necessário o cálculo amostral para a pesquisa.

6.3. Princípios éticos

O presente estudo foi submetido no comitê de ética em pesquisa da SESA, obtendo a carta de anuência e, em seguida, o estudo foi submetido ao comitê de ética do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS) seguindo as diretrizes 466/2012 em ética em pesquisa. O protocolo CAAE é 36231220.1.0000.5049.

Vale ressaltar que todos os dados foram tabulados sem a identificação dos pacientes, tendo um risco mínimo de publicação dos dados pessoais dos participantes que foram envolvidos nessa pesquisa.

6.4. Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos os laudos disponíveis no NUASB entre os anos de 2009 e 2019 que estivessem legíveis. Foram excluídos os laudos repetidos de um mesmo paciente e laudos que fossem ilegíveis para captação.

6.5. Análise de dados

Foram analisados os dados sociodemográficos dos pacientes, como idade, sexo, raça/cor e regional de saúde procedente, bem como os dados clínico-patológicos como diagnóstico clínico, diagnóstico histopatológico e localização no complexo maxilofacial.

Foram verificados, também, a data que foi realizada a biópsia e a data em que o resultado foi liberado, a fim de verificar o tempo em que esses pacientes esperam por um diagnóstico final desde a data da cirurgia.

O diagnóstico clínico foi coletado para verificar se, com o passar dos anos, os cirurgiões-dentistas melhoraram ou pioraram a sua forma de diagnosticar as lesões. Os pacientes foram avaliados por ano e também como um todos, a fim de verificar qual lesão foi mais prevalente.

Para verificar a naturalidade do paciente e ficar de uma forma mais didática e compreensível, o estado foi dividido em seis regiões, tendo como base as macrorregiões de planejamento segundo o Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IFCE), são elas: Região do cariri, Região centro-sul, Região da grande Fortaleza, Região litorânea, Regiões serranas/proximidades e Região do sertão.

Quadro 01: Divisão do Estado do Ceará e suas especificações (municípios, domínio territorial, área territorial, população e PIB)

Procedência	Municípios	Domínio territorial	Área territorial	População	PIB
Região do Cariri	29 municípios	Domínio naturais da chapada do Araripe, sertões e serras secas	17.298,35 km ²	999.169 pessoas	R\$ 6.206.666,42.
Região de planejamento do Centro- Sul	13 municípios	Possui domínios naturais do sertão, serras secas e planície ribeirinha.	11.581,50 km ²	387.141 pessoas	R\$ 2.144.698,53
Região da grande Fortaleza	19 municípios	Possui domínios naturais e planície litorânea, tabuleiros costeiros, serras úmidas e sertões	7.434,91 km ²	3.949,91 pessoas	R\$ 60.578.264,48
Região Litorânea	22 municípios	Possui domínios naturais, serras úmidas, secas e sertões.	4.702,30 km ²	294.700 pessoas	R\$ 1.515.668,22
Região do Sertão	70 municípios	Possui domínios dos sertões e serras secas	13.369,44 km ²	326.651 pessoas	R\$ 1.947.500,74
Regiões serranas/proximidades	22 municípios	Possui domínios naturais, serras úmidas, secas e sertões	4.702,30 km ²	294.700 pessoas	R\$ 1.515.668,22

6.6. Análise estatística

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel e exportados para o software SPSS v20.0 para Windows, no qual as análises foram realizadas, adotando uma confiança de $p < 0,05$. Foram expressas as frequências absolutas e percentual de cada uma das variáveis, as quais foram associadas à taxa de acertos diagnósticos e tempo para emissão do laudo, por meio dos testes qui-quadrado de Pearson e regressão logística multinominal (análise multivariada).

7. RESULTADOS

Foram coletados 4.501 laudos, entre os anos de 2009 e 2019. Os laudos foram liberados com maior frequência no quarto trimestre do ano (outubro, novembro e dezembro), totalizando 1.300 laudos (28,9%). Houve uma maior quantidade de laudos nos anos de 2019 (13,7%), 2016 (12,7%) e 2014 (11%); o ano com menor obtenção de laudos foi de 2010 (5,3%). A região do sertão obteve uma maior quantidade de laudos, totalizando 1.577 (35,5%), seguida da região da grande Fortaleza, com 875 laudos (19,7%); das regiões serranas/proximidades, com 809 laudos (18,2%); da região litorânea, com 728 laudos (16,4%); da região do Cariri, com 302 laudos (6,8%) e, por fim, da região centro-sul, com 146 laudos (3,3%).

Tabela 01: Total de laudos coletados divididos por trimestre, ano e região de procedência

	n	%
Total	4.501	-
Trimestre		
1	880	22,6
2	986	25,4
3	720	16,0
4	1300	28,9
Não informado	615	
Ano		
2009	338	7,5
2010	240	5,3
2011	263	5,8
2012	296	6,6
2013	408	9,1
2014	497	11,0
2015	456	10,1
2016	573	12,7
2017	484	10,8
2018	329	7,3
2019	617	13,7
Não informado	0	
Procedência		
Região do cariri	302	6,8
Região do centro sul	146	3,3
Região da grande fortaleza	875	19,7
Região litorânea	728	16,4
Regiões serranas/proximidades	809	18,2
Região do sertão	1577	35,5
Não informado	64	

Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual

Os pacientes que apresentaram uma maior quantidade de laudos histopatológicos foram os pacientes de 40 a 60 anos de idade, com 1.481 laudos (34%), seguidos dos pacientes de 20 a 40 anos, com 1.031 laudos (23,7%); dos pacientes de 60 a 80 anos, com 911 laudos (20,9%), dos pacientes de 0 a 20 anos, com 783 laudos (18%) e, por fim, dos pacientes de 80 a 100 anos, com 148 laudos (3,4%).

Houve uma maior quantidade de pacientes de sexo feminino, com 2.748 laudos (61,3%), em comparação com o sexo masculino, que obteve 1.736 laudos (38,7%). Os pacientes pardos estiveram em maioria, com 1.637 laudos (53,4%), seguidos dos pacientes brancos, com 859 laudos (28%) e dos pacientes negros, com 572 laudos (18,6%).

A localização mais prevalente das lesões orais foi a região de gengiva/fundo de sulco, com 1.036 laudos (23,0%), seguida do lábio, com 998 laudos (22,2%) e região intraóssea, com 628 laudos (14%). A localização menos acometida foi o assoalho bucal, com apenas 171 laudos (3,8%). Vale salientar que, em 88 laudos (2%), não se obteve a localização exata da lesão, pois os profissionais não anotaram na ficha de biópsia.

Tabela 02: Divisão dos laudos em relação aos dados sociodemográficos (idade, sexo e raça/cor) e região anatômica da lesão

	n	%
Idade		
0 A 20 ANOS	783	18,0
20 A 40 ANOS	1031	23,7
40 A 60 ANOS	1481	34,0
60 A 80 ANOS	911	20,9
80 A 100 ANOS	148	3,4
Não informado	147	
Sexo		
FEMININO	2766	61,4
MASCULINO	1735	38,6
Não informado	0	
Raça		
BRANCO	859	28,0
PARDO	1637	53,4
NEGRO	572	18,6
Não informado	1433	
Localização		
LÁBIO	998	22,2
GENGIVA/FUNDO DE SULCO	1036	23,0
PALATO	426	9,5
MUCOSA JUGAL	544	12,1
DORSO DE LINGUA	384	8,5
BORDA LATERAL DE LÍNGUA	184	4,1
ASSOALHO BUCAL	171	3,8
REGIÃO INTRAÓSSEA	628	14,0
NÃO INFORMOU	88	2,0
MAIS DE UMA LOCALIZAÇÃO	42	0,9

Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

A maioria das lesões correspondia a lesões benignas, totalizando 3.897 (86,6%), seguidas das lesões malignas, com 427 laudos (9,5%), e das potencialmente malignas, com 177 (3,9%). A maioria dos dentistas acertou o diagnóstico, quando comparado o diagnóstico

clínico e histopatológico, totalizando 2.357 acertos (52,4%); 1.691 (37,6%) erraram o diagnóstico; 450 laudos (10%) tiveram dados insuficientes para a conclusão diagnóstica, pois os profissionais não deram um diagnóstico clínico.

Já com relação ao tempo de diagnóstico, a maioria dos pacientes esperou de 16 a 30 dias, desde o dia da biópsia até a liberação do laudo, totalizando 1.550 laudos (40%); a seguir, vem um prazo de espera de 30 a 60 dias, com 925 laudos (23,9%), e até 15 dias, com 860 laudos (22,2%). No laudo histopatológico, 3.876 laudos (86,1%) tinham a data da biópsia escrita, porém 626 laudos (13,9%) não tinham a data da biópsia.

Tabela 03: Divisão dos laudos com relação à conclusão do laudo, ao acerto diagnóstico em comparação com o diagnóstico clínico e histopatológico, ao tempo para o diagnóstico e à data da biópsia informada

	n	%
Conclusão laudo		
Benigno	3897	86,6
Potencialmente maligno	177	3,9
Maligno	427	9,5
Acerto Diagnóstico		
Sim	2357	52,4
Não	1691	37,6
Dados insuficientes para conclusão diagnóstica	453	10,0
Tempo para diagnóstico dias		
Até 15 DIAS	860	22,2
16-30 DIAS	1560	40,0
30-60 DIAS	925	23,9
60-120 DIAS	401	10,3
>120 DIAS (MÁXIMO = 394 DIAS)	140	3,6
Não informado	615	
Data da biópsia informada		
Não	625	13,9
Sim	3876	86,1

Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

Foi observado que, no segundo, terceiro e quarto trimestres, houve uma liberação mais rápida dos laudos histopatológicos, em comparação com o primeiro trimestre ($p < 0,001$). Nos anos de 2009, 2010 e 2011, os dentistas erraram mais o diagnóstico, em comparação com o

restante dos anos ($p < 0,001$). Nos anos de 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 e 2015, houve uma maior demora na liberação dos laudos histopatológicos, em comparação com os outros anos, quando o laudo foi liberado em até 30 dias ($p < 0,001$)

Com relação à procedência, as regiões do Cariri, centro-sul, grande fortaleza e sertão tiveram uma maior agilidade na liberação dos laudos histopatológicos, em comparação com as regiões litorâneas e regiões serranas e proximidades ($p = 0,002$). Pacientes de 40-60 anos, 60-80 anos e 80-100 anos receberam os laudos mais rapidamente, quando comparados aos pacientes de 0-20 anos e de 20-40 anos ($p = 0,002$). Os pacientes do sexo feminino, demoraram mais para receber o laudo histopatológico, em relação ao sexo masculino ($p = 0,23$). Pacientes pardos, em comparação com os pacientes negros e brancos, demoraram mais para receber os laudos histopatológicos ($p = 0,021$)

Com relação à região anatômica, as localizações lábio, gengiva/fundo de sulco, palato, mucosa jugal, borda lateral de língua, assoalho bucal e região intraóssea foram mais fáceis de diagnosticar, comparadas ao ventre de língua, quando o dentista não informou a região ou quando a lesão tinha mais de uma localização ($p < 0,001$). Quando a data da biópsia havia sido informada, a maioria dos dentistas acertou o diagnóstico ($p < 0,001$).

Tabela 05: Relação entre acerto diagnóstico e tempo para a emissão do laudo, com trimestre, ano, procedência, idade, sexo, raça e localização anatômica. Relação entre acerto diagnóstico e tempo para emissão do laudo e data da biópsia informada.

	Acerto diagnóstico		p-Valor	Tempo para emissão do laudo		p-Valor
	Sim	Não		Até 30 dias	>30 dias	
Trimestre						
1,00	510 (57.7%)	372 (42.3%)	0,121	456 (51.7%)	424 (48.3%)*	<0,001
2,00	521 (52.8%)	465 (47.2%)		621 (63.1%)*	363 (36.9%)	
3,00	379 (52.7%)	340 (47.3%)		529 (73.8%)*	188 (26.2%)	
4,00	714 (55.0%)	585 (45.0%)		806 (62.1%)*	491 (37.9%)	
Ano						
2009	90 (26.8%)	246 (73.2%)*	<0,001	0 (0.0%)	1 (100.0%)*	<0,001
2010	93 (38.8%)	147 (61.3%)*		118 (56.7%)	90 (43.3%)*	
2011	98 (37.4%)	164 (62.6%)*		120 (53.8%)	103 (46.2%)*	
2012	161 (54.4%)*	135 (45.6%)		125 (47.2%)	140 (52.8%)*	
2013	226 (55.4%)*	182 (44.6%)		220 (58.0%)	159 (42.0%)*	
2014	261 (52.5%)*	236 (47.5%)		358 (75.1%)*	119 (24.9%)	
2015	249 (54.7%)*	206 (45.3%)		225 (52.3%)	205 (47.7%)*	
2016	327 (57.1%)*	246 (42.9%)		383 (71.6%)*	152 (28.4%)	
2017	313 (64.7%)*	171 (35.3%)		301 (65.6%)*	158 (34.4%)	
2018	211 (64.1%)*	118 (35.9%)		202 (65.6%)*	106 (34.4%)	
2019	327 (53.0%)*	290 (47.0%)		358 (60.6%)*	233 (39.4%)	
Procedência						
REGIÃO DO CARIRI	146 (48.3%)	156 (51.7%)	0,061	168 (81.2%)*	39 (18.8%)	<0,001
REGIÃO DO CENTRO SUL	63 (43.2%)	83 (56.8%)		87 (68.5%)*	40 (31.5%)	
REGIÃO DA GRANDE FORTALEZA	466 (53.3%)	409 (46.7%)		518 (69.2%)*	231 (30.8%)	
REGIÃO LITORANEA	370 (50.9%)	357 (49.1%)		271 (42.9%)	361 (57.1%)*	
REGIÕES SERRANAS/PROXIMAS	444 (55.0%)	364 (45.0%)		432 (57.6%)	318 (42.4%)*	

REGIÃO DO SERTÃO	841 (53.3%)	736 (46.7%)		934 (66.2%)*	477 (33.8%)	
Idade						
0 A 20 ANOS	411 (52.6%)	371 (47.4%)	0,995	407 (58.4%)	290 (41.6%)*	0,002
20 A 40 ANOS	542 (52.6%)	489 (47.4%)		534 (59.0%)	371 (41.0%)*	
40 A 60 ANOS	769 (52.0%)	711 (48.0%)		813 (64.1%)*	455 (35.9%)	
60 A 80 ANOS	478 (52.6%)	431 (47.4%)		501 (64.0%)*	282 (36.0%)	
80 A 100 ANOS	79 (53.4%)	69 (46.6%)		89 (73.0%)*	33 (27.0%)	
Sexo						
FEMININO	1436 (52.3%)	1309 (47.7%)	0,830	1442 (60.8%)	929 (39.2%)*	0,023
MASCULINO	914 (52.7%)	821 (47.3%)		961 (64.5%)*	530 (35.5%)	
Raça						
BRANCO	475 (55.3%)	384 (44.7%)	0,468	528 (65.3%)*	280 (34.7%)	0,021
PARDO	908 (55.5%)	727 (44.5%)		935 (60.1%)	621 (39.9%)*	
NEGRO	301 (52.6%)	271 (47.4%)		348 (64.7%)*	190 (35.3%)	
Localização						
LÁBIO	564 (56.5%)*	434 (43.5%)	<0,001	538 (63.0%)	316 (37.0%)	0,117
GENGIVA/FUNDO DE SULCO	537 (51.9%)*	498 (48.1%)		552 (60.2%)	365 (39.8%)	
PALATO	183 (43.1%)*	242 (56.9%)		240 (68.6%)	110 (31.4%)	
MUCOSA JUGAL	267 (49.2%)*	276 (50.8%)		281 (59.5%)	191 (40.5%)	
DORSO DE LINGUA	135 (35.2%)	249 (64.8%)*		212 (62.5%)	127 (37.5%)	
BORDA LATERAL DE LÍNGUA	106 (57.6%)*	78 (42.4%)		109 (63.7%)	62 (36.3%)	
ASSOALHO BUCAL	114 (66.7%)*	57 (33.3%)		92 (66.7%)	46 (33.3%)	
REGIÃO INTRAÓSSEA	403 (64.2%)*	225 (35.8%)		342 (61.3%)	216 (38.7%)	
NÃO INFORMOU	35 (39.8%)	53 (60.2%)*		29 (51.8%)	27 (48.2%)	
MAIS DE UMA LOCALIZAÇÃO	13 (31.0%)	29 (69.0%)*		15 (71.4%)	6 (28.6%)	
Tempo emissão do laudo						
ATÉ 15 DIAS	470 (54.5%)	390 (45.5%)	0,826	-	-	-
16-30 DIAS	852 (54.3%)	708 (45.7%)		-	-	

30-60 DIAS	510 (55.1%)	415 (44.9%)	-	-	
60-120 DIAS	226 (56.4%)	175 (43.6%)	-	-	
>120 DIAS	71 (50.7%)	69 (49.3%)	-	-	
Data da biopsia informada					
NÃO	240 (38.5%)	384 (61.5%)*	<0,001	-	-
SIM	2117 (54.6%)*	1757 (45.4%)	-	-	-

*p<0,05, teste qui-quadrado de Pearson; dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

A partir do ano de 2015, houve um maior acerto nos diagnósticos, em comparação com os anos anteriores, mostrando uma maior eficiência dos profissionais em diagnosticar as lesões ($p=0,001$). A taxa de acerto é 0,5 (metade) em lesões localizadas em ventre de língua, em mais de uma localização ou quando a localização não é informada, em comparação com as outras localizações ($p<0,001$).

Do segundo ao quarto trimestre, houve uma maior celeridade na emissão de laudos, independente das outras variáveis e, a partir de 2015, a emissão de laudos foi mais rápida, comparada aos anos anteriores, independente das demais variáveis.

Tabela 05: Correlação entre acerto diagnóstico e tempo para a emissão de laudos com as demais variáveis.

		OR Ajustada (IC95%)
Acerto Diagnóstico		
Trimestre	0,218	0.89(0.74-1.07)
Ano (>2014)	*0,001	1.34 (1.13-1.59)
Procedência	0,992	1.00(0.72-1.40)
Idade	0,793	1.06(0.68-1.66)
Sexo	0,550	0.95(0.82-1.11)
Raça	0,373	0.90(0.72-1.13)
Localização	<0,001	
(dorso/múltiplas/NI)		0.50 (0.39-0.64)
Tempo para diagnóstico	0,231	1.10(0.94-1.29)
Tempo para emissão do laudo		
< 30 dias		
Trimestre (>1º)	<0,001	1.83(1.51-2.20)
Ano (>2014)	<0,001	1.77(1.49-2.12)
Procedência	0,894	0.86(0.09-8.13)
Idade	0,133	0.18(0.02-1.68)
Sexo	0,169	0.71(0.43-1.16)
Raça (Parda)	0,087	0.87(0.73-1.02)
Localização	0,092	0.83(0.66-1.03)
Acerto diagnóstico	0,875	1.02(0.79-1.32)

* $p<0,05$, teste qui-quadrado de Pearson; dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

O Apêndice A mostra as lesões que foram encontradas na coleta dos laudos histopatológicos, bem como sua quantidade. As lesões mais encontradas foram os tumores de tecidos moles, como a hiperplasia fibrosa inflamatória e hiperplasia fibroepitelial, que juntas totalizaram 22,4% de todas as lesões; o fibroma traumático também foi bastante frequente, totalizando 7,6% dos casos. Dentre as patologias de glândulas salivares, a mucocele foi a mais

prevalente, representando 10,5% de todas as lesões. Dentre as patologias malignas, assim como em outros estudos, o carcinoma de células escamosas foi a lesão maligna mais prevalente neste estudo, com 367 casos, totalizando 8,2% de todas as lesões.

8. DISCUSSÃO

Quando comparamos os anos de 2009 e 2019, houve um aumento de quase 50% dos pacientes. Certamente o conhecimento populacional teve sua melhoria no decorrer dos anos, favorecendo uma procura aos centros de especialidade. Em um estudo envolvendo 1.012 estudantes do ensino médio de escolas públicas, observou-se que 93,9% já tinham ouvido falar sobre o câncer de boca, 60,1% sabiam que não se tratava de uma doença transmissível e 60% consideraram o fumo como o principal fator de risco para o desenvolvimento. Obviamente outros quesitos não foram respondidos corretamente, todavia há uma relevância em verificar o conhecimento mínimo entre eles (CHIBA *et al.*, 2021)

A disseminação de informações sobre lesões orais e autoexame favorecem a procura populacional por centros especializados quando há algo fora da normalidade. Essas atividades informativas podem ser promovidas pelo próprio governo estadual/federal ou por universidades, por exemplo. Em um estudo de Silva *et al.*, 2018, cerca de 950 pessoas entre 17 e 50 anos de idade foram instruídas sobre o câncer de boca e sobre o autoexame. Antes das atividades, a população relatava desconhecimento sobre a prevenção.

Apesar do aumento de atividades e da disseminação de informação, uma boa parte da população ainda é leiga quando o assunto são lesões orais ou câncer de boca, principalmente a população idosa. Em um estudo observacional feito com idosos, observou-se que 85% dos participantes já tinham escutado acerca do câncer de boca, porém a minoria (23%) relatou saber se prevenir e possuir o hábito de realizar o autoexame em casa (35%). Outro dado importante é que 55% dos participantes fazem visitas regulares ao dentista, porém apenas 28,3% relataram ter recebido alguma informação sobre o câncer de boca (DUARTE *et al.*, 2020)

No estudo, pode-se observar que houve uma maior quantidade de pacientes do sexo feminino, correspondendo a 61,3% de todos os casos. Isso corrobora com outro estudo observacional, no qual foram coletados 4.592 laudos histopatológicos, verificando que 67% de todos os casos correspondiam a pacientes do sexo feminino, o que mostra uma preocupação e cuidado maior, por parte das mulheres, em procurar tratamentos para as condições patológicas, quando comparadas aos homens (ROCHA *et al.*, 2006).

Em um estudo epidemiológico, em um período de cinco anos, foi possível observar que a maioria dos pacientes era leucoderma; diferente desta pesquisa, em que a maioria dos pacientes (53,4%) era feoderma. Todavia esse outro estudo também corroborou com este,

mostrando uma maior quantidade de pacientes do sexo feminino, totalizando 68,5% (PRADO *et al.*, 2010).

É importante frisar que o Estado do Ceará, é composto, em sua maioria, por pessoas do sexo feminino. No último censo realizado no ano de 2010, 51,26% da população eram representados por mulheres e 48,74% por homens. Além disso, 72,5% da população se declara negro/pardo, o que pode explicar um maior número de pacientes feodermas. (IBGE, 2010)

Dentre as regiões anatômicas intraorais, a gengiva/fundo de sulco foram as regiões mais acometidas, totalizando 1.036 laudos (23%). Assim como este estudo, outros estudos observacionais verificaram que a gengiva é uma das regiões mais acometidas. Em um estudo observacional com 51.781 espécimes, foi observado que a região de gengiva foi a mais acometida pelos mais diversos tipos de lesão, seguida por palato e lábios. (DOVIGI *et al.*, 2016)

Concordando com diversos estudos publicados na literatura, a maioria das lesões encontradas foi de cunho benigno, totalizando 3.897 casos (86,6%). Borges *et al.* (2012), em um estudo observacional durante dois anos, com 986 laudos histopatológicos, observaram 97% de lesões benignas e apenas 3% de lesões malignas. Em outro estudo observacional com laudos histopatológicos, em 51 meses de atendimento, dos 126 laudos, 92,8% correspondiam a lesões benignas e 7,2% eram lesões malignas ou potencialmente malignas (KNIES *et al.*, 2011). Em outro estudo retrospectivo observacional, avaliando 235 lesões orais, foi observado o percentual de 98,7% lesões benignas e apenas 1,2% de lesões malignas. (PRADO *et al.*, 2010). Discordando da maioria dos estudos, em que a quantidade de lesões malignas compreende até 3% de todas as lesões, este estudo mostrou uma maior quantidade: foram, no total, 427 lesões malignas, correspondendo a 9,5% de todos os laudos histopatológicos coletados.

Quando se avalia a concordância entre a hipótese diagnóstica e o diagnóstico histopatológico, vê-se que a maioria dos cirurgiões-dentistas acertou, totalizando 52,4% dos casos. Aquino *et al.* (2010) também mostraram um poderio diagnóstico satisfatório entre os dentistas: de 200 lesões que foram biopsiadas, houve 114 concordâncias com a 1ª hipótese diagnóstica do dentista. Isso mostra um ensino satisfatório aos profissionais, durante o período de graduação e/ou pós-graduação

. É importante, também, enfatizar que 37,6% dos dentistas não tiveram concordância entre os diagnósticos e 10% não deram nenhum diagnóstico clínico para a lesão biopsiada. Alguns estudos que avaliaram a segurança e a capacidade dos dentistas com relação às lesões orais, principalmente ao câncer de boca, vêm sendo realizados e, alguns deles mostram que

muitos dos cirurgiões-dentistas sentem uma certa insegurança, principalmente no diagnóstico e na realização de exames de biópsia. Além disso, muitos se sentem apenas regulares quando o assunto, principalmente, é câncer de boca, encaminhando para profissionais que são mais capacitados ou para hospitais de referência. (ANDRADE *et al.*, 2014; SOUZA *et al.*, 2016)

A presente pesquisa coletou os dados dos CEO's regionais do estado do Ceará. Vale salientar que esses centros de especialidades representam uma inovação como atenção secundária em saúde bucal, sendo uma referência à atenção primária em saúde. Os pacientes desta pesquisa, em sua grande maioria, esperaram de 16 a 30 dias (40%) para receberem um diagnóstico final após a biópsia incisional ou excisional; prazo que, no caso de paciente com câncer bucal, por exemplo, é um tempo bastante considerável. Isso se justifica pela dependência de outros centros para a realização do exame. A maioria dos CEO's fica localizada na capital; os CEO's mais distantes precisam de um meio de transporte para levar os espécimes, podendo haver uma demora para a liberação do laudo. (LEAL *et al.*, 2021)

Nos anos de 2009, 2010 e 2011, houve uma maior quantidade de erros no diagnóstico por parte dos profissionais, em comparação aos outros anos e, a partir de 2015, os dentistas acertaram mais o diagnóstico, independente das outras variáveis, ambos com valores estatisticamente significativos. Atualmente existem diversas faculdades, universidades ou centros universitários que disponibilizam o curso de odontologia, todavia estomatologia, patologia bucal e odontologia para pacientes com necessidades especiais não eram ofertadas em todos esses centros. Ao olhar a matriz curricular de alguns dos principais centros do Ceará (Universidade de Fortaleza, Centro Universitário Christus, Universidade Federal do Ceará, Centro Universitário Unifametro, Centro Universitário Católica de Quixadá e Faculdade Paulo Picanço), pode-se observar que essas disciplinas estão sendo, cada vez mais, elucidadas, melhorando a capacidade de diagnóstico e o manejo dos cirurgiões-dentistas. Dentre as disciplinas ofertadas por elas, temos: processos infecciosos, patologia bucal, estomatologia e odontologia para pacientes com necessidades especiais. (UNICHRISTUS, 2019; UNIFOR, 2018; UNIFAMETRO, 2019; UFC, 2009; UNICATÓLICA, 2018; PAULO PICANÇO, 2019)

No presente estudo, podemos observar que pacientes de 40-60, 60-80 e 80-100 anos receberam a liberação do laudo histopatológico mais rápido do que os pacientes de 0-20 anos e de 20-40 anos, dando um valor significativo ($p=0,02$) e, além disso, os pacientes do sexo masculino receberam o diagnóstico com maior rapidez quando comparado aos pacientes do sexo feminino ($p=0,023$). Na maioria dos estudos observacionais epidemiológicos quando o assunto é câncer de boca, a maioria é do sexo masculino e, apesar de cada vez mais haver a possibilidade de jovens com câncer bucal, a maioria dos pacientes encontra-se com mais de

50 anos de idade. Em um estudo epidemiológico onde foi visto 80 laudos de câncer bucal, foi observado que os pacientes se apresentavam entre a quarta e a nona década de vida, tendo uma idade média do sexo masculino de 58,6 anos e do sexo feminino 63,4 anos. Além disso, 70% dos pacientes eram do sexo masculino e apenas 30% do sexo feminino. (EMERICK *et al.*, 2020)

Em um estudo epidemiológico de câncer de boca em todo o Brasil entre os anos de 2005-2014, também foi possível observar que a maioria dos pacientes (80,19%) correspondiam ao sexo masculino e, com relação a idade, a maioria se apresentava entre 55-64 anos e 64-74 anos de idade. (SOARES *et al.*, 2019)

Em outro estudo clínico-epidemiológico onde foram verificados 170 casos de câncer bucal, a grande maioria era do sexo masculino, correspondendo a 116 casos (70%) e a maioria dos pesquisados se apresentavam na sexta década de vida (CEDRAZ *et al.*, 2016). Isso pode explicar a agilidade maior na obtenção dos resultados dos laudos quando os pacientes são adultos e/ou idosos quando comparados a crianças, adolescentes e adultos jovens e, além disso, pode explicar a maior agilidade nos pacientes do sexo masculino, tendo em vista que eles são os mais afetados por lesões malignas, necessitando de um rápido diagnóstico para um posterior tratamento.

Este estudo também observou que os cirurgiões-dentistas possuem uma maior dificuldade diagnóstica quando o sítio é o ventre de língua, quando a lesão acomete mais de uma localização ou quando não informam o sítio acometido ($p < 0,001$). As lesões em língua possuem uma prevalência que varia bastante em diferentes regiões, além disso há uma grande diferença entre raças, gêneros e idade. Esse órgão é muito acessível ao exame, todavia pode ser acometido por lesões mais simples até lesões extremamente raras, o que pode dificultar o potencial de diagnóstico do profissional. (CONCEIÇÃO *et al.*, 2010)

Para a realização de um diagnóstico, é imprescindível que o profissional esteja atento a diversas variáveis. Uma anamnese criteriosa, exames complementares e considerar que a lesão pode ser causada por diversos agentes etiológicos, fazem parte desse processo. O conhecimento da anatomia bucal bem como um exame físico minucioso são de suma importância para formar uma hipótese diagnóstica correta (AQUINO *et al.*, 2010). Ao verificar os resultados, quando o cirurgião-dentista não informa a região anatômica, o mesmo pode apresentar certa dificuldade de saber qual é aquele sítio e, como dito anteriormente, o conhecimento anatômico e um exame físico detalhado favorecem um diagnóstico correto.

Dentre as lesões orais encontradas neste estudo, a maioria estavam no grupo de tumores de tecidos moles, como a hiperplasia fibroepitelial/hiperplasia fibrosa inflamatória, fibroma

traumático, mucocele e granuloma piogênico. Diversos estudos na literatura mostram uma certa prevalência dessas lesões quando comparado às outras. *Silva et al., 2021* – verificaram em uma análise de 224 prontuários de pacientes idosos, que a lesão mais encontrada de todas foi a hiperplasia fibrosa inflamatória. Vale salientar que essa lesão está muito associada ao uso de próteses totais ou parciais removíveis que estejam desadaptadas, causando um trauma crônico na região, favorecendo o início da lesão, sendo assim, mais prevalente em pacientes idosos. Os tumores de tecidos moles (lesões reacionais) também foram as mais prevalentes no estudo de *DOVIGI et al., 2016* – no qual, ao coletar os dados clínicos das lesões, observou-se que 38.840 espécimes (de 51.781), totalizando 74,93% eram de lesões reacionais, corroborando com este estudo.

Em nosso estudo, as lesões menos frequentes foram as lesões potencialmente malignas (LPM), todavia merecem uma atenção especial pois, em muitos dos casos de lesões malignas, havia uma LPM previamente instalada. A queilite actínica foi a LPM mais prevalente entre todos os casos, essa lesão acomete principalmente pacientes do sexo masculino, trabalhadores rurais e, em sua grande maioria dos casos, acomete região de lábio inferior. Em um estudo observacional verificando prontuários de 106 pacientes com LPM, a queilite actínica foi a lesão mais prevalente, totalizando 37,5% de todos os casos. (*MAIA et al., 2016*)

Outros trabalhos já mostram uma maior quantidade de leucoplasias orais, mostrando que essas lesões são as de maior prevalência nos casos de LPM. *Mehrotra et al., 2008* – verificaram prontuários de diversos pacientes com lesões potencialmente malignas e malignas, ao compilar os dados, viram uma maior frequência de leucoplasias orais.

Em outro estudo observacional retrospectivo, onde foram avaliados 205 casos de LPM, a lesão mais prevalente também foi a leucoplasias oral com 70,7%, seguido da queilite actínica com 16,1%, eritroplasia com 9,8% e por fim, a eritroleucoplasia com 3,4% dos casos. Esses estudos não corroboram com este, no qual a LPM mais comum foi a queilite actínica (*SILVEIRA et al., 2009*). Isso pode acontecer por uma série de fatores, o estado do Ceará possui, na maioria do ano, uma alta temperatura e a maior parte desse período, o sol é bastante presente, além disso, o estado é composto por uma grande quantidade de cidades na região do sertão, onde existem muitos trabalhadores rurais expostos ao sol e, além disso, há uma grande quantidade de cidades rodeadas por praias, o que favorece o trabalho de pessoas expostas ao sol, facilitando a incidência de LPM em lábio, como a queilite actínica. (*NETO et al., 2016*)

Dentre as 427 lesões malignas encontradas neste estudo, 367 correspondiam ao Carcinoma de Células Escamosas, corroborando com outros estudos, onde esse tipo de câncer é o mais prevalente. O CEC é considerado o décimo tipo de câncer mais comum em todo o

mundo, sendo um importante problema de saúde pública, pacientes do sexo masculino, tabagistas e etilistas são os mais acometidos por essa condição, quando o tabagismo está associado ao etilismo, há um aumento de até 30 vezes para o surgimento do CEC. (DUSDEDIT *et al.*, 2016)

Em um estudo retrospectivo transversal, onde foram analisados os prontuários de pacientes com câncer de boca e orofaringe atendidos em uma universidade entre os anos de 2013 e 2014, foi visto que a maioria dos pacientes eram do sexo masculino (76,6%), feodermas ou melanodermas (62,3%), com uma idade média de 55,7 anos e o tipo de câncer mais comum foi justamente o CEC, totalizando 72,3% de todos os casos encontrados. (PEREIRA *et al.*, 2016). Em outro estudo observacional apenas com pacientes diagnosticados com CEC, foi possível observar que a maioria era do sexo masculino (70%), na sexta década de vida (33,75%), branca (71,25%) e a localização mais frequente foi a língua (48,75%). (EMERICK *et al.*, 2020)

A incidência do câncer em região oral vem aumentando na última década principalmente pelo aumento do a utilização do cigarro e do álcool; as mulheres, devido ao aumento desse consumo, aparecem em maior quantidade comparado aos estudos de anos atrás. Há um aumento do aparecimento de CEC em amígdalas e língua, principalmente em pacientes entre a terceira e quarta década de vida, isso de dá pelo aumento do papiloma vírus humano (HPV), que está sendo considerado um fato de risco. (DA SILVA *et al.*, 2019)

Esse estudo epidemiológico foi muito importante como uma fonte de rastreamento das lesões do complexo maxilofacial, podendo favorecer muitos estudos para que futuras políticas públicas possam ser lançadas posteriormente. Apesar de importante, este estudo possui algumas limitações, dentre elas podemos citar a não captação de dados sociodemográficos como: histórico de alcoolismo e tabagismo e histórico escolar, além de outros dados clínicos da lesão como estadiamento tumoral (lesões malignas) e tamanho do espécime no qual foi feito a biópsia.

9. CONCLUSÃO

Podemos concluir que a maioria dos pacientes pertenciam ao sexo feminino, pardos, entre a quarta e sexta década de vida e da região do sertão do Ceará. A maioria das lesões eram benignas, sendo encontradas em maior frequência na região de gengiva/fundo de sulco vestibular. A maior parte dos cirurgiões-dentistas tiveram uma maior concordância entre a hipótese diagnóstica e o diagnóstico histopatológico, os pacientes esperaram com maior frequência, entre 16-30 dias para receberem o diagnóstico final.

Os laudos no primeiro trimestre demoraram mais para sair em comparação com os outros trimestres; com o passar dos anos, os dentistas melhoraram o seu poder de diagnóstico com o passar dos anos e foi visto que eles possuem uma maior dificuldade de diagnóstico em região de ventre de língua, quando a lesão acometia mais de uma localização ou quando o profissional não informava o sítio anatômico. As lesões reacionais foram as mais frequentes e, dentre as malignas, o CEC foi o mais encontrado.

10. REFERÊNCIAS

ALMOZNINO, G. et al. **Oral and maxillofacial pathologies in young-and middle-aged adults.** Oral diseases, v. 21, n. 4, p. 493-500, 2015.

ANDRADE, Silmara Nunes et al. **Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde.** Revista Brasileira de Odontologia, v. 71, n. 1, p. 42, 2014.

AQUINO, Sibeles Nascimento de et al. **Concordância entre diagnóstico clínico e histopatológico de lesões bucais.** RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online), v. 58, n. 3, p. 345-349, 2010.

ARAÚJO, Marizeli Viana de Aragão et al. **Prevalência do papilomavírus humano (HPV) em Belém, Pará, Brasil, na cavidade oral de indivíduos sem lesões clinicamente diagnosticáveis.** Cadernos de Saúde Pública, v. 30, p. 1115-1119, 2014.

BORGES, Fabiano Tonaco et al. **Epidemiologia do câncer de boca em laboratório público do Estado de Mato Grosso, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 24, p. 1977-1982, 2008.

CANDOTTO, V. et al. **Drug-induced gingival overgrowth: an in vitro study on cyclosporine and human gingival fibroblasts.** Journal of biological regulators and homeostatic agents, v. 33, n.6, 2019.

CATHARINI, João Marcos Angelo et al. **Apresentação clínica atípica de Carcinoma Espinocelular em lábio inferior.** Rev. Salusvita (Online), p. 67-76, 2020.

CAVALCANTE, R. B. et al. **Retrospective review of oral and maxillofacial pathology in a Brazilian paediatric population.** European Archives of Paediatric Dentistry, v. 17, n. 2, p. 115-122, 2016.

CEDRAZ, Juliana da Silva Barros et al. **Estudo clínico-epidemiológico de pacientes com câncer bucal em um período de treze anos.** Revista Cubana de Estomatología, v. 53, n. 3, p. 86-96, 2016.

CHAVES, Sônia Cristina Lima et al. **Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado.** Revista de Saúde Pública, v. 44, p. 1005-1013, 2010.

CHIBA, Fernando Yamamoto et al. **Avaliação do nível de conhecimento de escolares do ensino médio sobre o câncer bucal.** ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION, v. 10, n. 8, p. 1266-1271, 2021.

COHEN, Ezra EW et al. **The Society for Immunotherapy of Cancer consensus statement on immunotherapy for the treatment of squamous cell carcinoma of the head and neck (HNSCC).** Journal for immunotherapy of cancer, v. 7, n. 1, p. 1-31, 2019.

CONCEIÇÃO, Luciana Domingues et al. **Estudo retrospectivo de biópsias em língua—aspectos epidemiológicos.** Revista da Faculdade de Odontologia-UPF, v. 15, n. 1, 2010.

CUNHA, Annelise Lopes et al. **Prevalência de lesões bucais em tecidos mole e duro diagnosticadas em idosos em um serviço histopatológico de referência.** ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION, v. 10, n. 7, p. 1127-1133, 2021.

DA SILVA, T. C. et al. **Estudo epidemiológico de biópsias realizadas em uma clínica odontológica universitária no período entre 2011 e 2018.** Revista odontológica de Araçatuba, v. 40, n. 1, p. 52-5, 2019.

DA SILVA COSTA, Tatiana Leonel; DA SILVA, Hilton Justino; DA CUNHA, Daniele Andrade. **Análise qualitativa inter-observadores e avaliação morfométrica do palato duro.** Revista CEFAC, v. 7, n. 3, p. 326-335, 2005.

DE FIGUEIREDO, Maria Antonia Zancanaro et al. **Levantamento epidemiológico em portadores de patologias de língua atendidos no Serviço de Estomatologia e Prevenção do Câncer Bucocomaxilofacial do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS): estudo retrospectivo.** Revista Odontológica do Brasil Central, v. 23, n. 64, 2014.

DE JESUS, Alessandro Oliveira et al. **Diode laser surgery versus electrocautery in the treatment of inflammatory fibrous hyperplasia: a randomized double-blind clinical trial.** Clinical oral investigations, v. 24, n. 12, p. 4325-4334, 2020.

DE MATOS AMORIM, Marília et al. **Sobrevida de adultos jovens com carcinoma de células escamosas oral em uma população do Brasil.** Revista de Salud Pública, v. 21, n. 5, p. 1-7, 2019.

DELGADO, Isabela Alencar et al. **Lipoma em região de lábio inferior: relato de caso.** Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 5, p. 52-60, 2021

DEUSDEDIT, Mariane Barbosa et al. **Análise da prevalência de carcinoma de células escamosas da cavidade bucal no Serviço de Estomatologia do Hospital Metropolitano Odilon Behrens em Belo Horizonte, Minas Gerais.** Arquivos em Odontologia, v. 52, n. 4, 2016.

DOS ANJOS, Camilla Lins et al. **Aspecto histopatológico do Carcinoma Adenoide Cístico em cavidade bucal: relato de caso.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 35, 2019

DOVIGI, Edwin A. et al. **A retrospective study of 51,781 adult oral and maxillofacial biopsies.** The Journal of the American Dental Association, v. 147, n. 3, p. 170-176, 2016.

DUARTE, Bianca de Paula et al. **Avaliação do conhecimento de pacientes idosos acerca do câncer bucal.** Rev. Odontol. Araçatuba, p. 40-44, 2020.

EMERICK, Carolina et al. **Perfil sociodemográfico e clinicopatológico de 80 casos de carcinoma de células escamosas de boca.** Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial, v. 56, 2020.

FELLER, L.; LEMMER, J. **Oral leukoplakia as it relates to HPV infection: a review.** International journal of dentistry, v. 2012, 2012

FERREIRA, A. M. et al. **Prevalence and factors associated with oral potentially malignant disorders in Brazil's rural workers.** *Oral diseases*, v. 22, n. 6, p. 536-542, 2016.

FERREIRA JUNIOR, Clébio Derocy; REIS, Marília Marta Guerra da Costa; BARBOZA, Eliane dos Santos Porto. **Recuperação do espaço biológico: uma discussão das medidas utilizadas nas cirurgias de aumento de coroa clínica com osteotomia.** *RGO. Revista Gaúcha de Odontologia*, v. 61, p. 519-522, 2013.

FORTES, N. B. R.; MANHIQUE, B. **Granuloma periférico de células gigantes–Relato de um caso clínico.** *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, v. 59, n. 4, p. 225-230, 2018.

GILLISON, Maura L. et al. **Radiotherapy plus cetuximab or cisplatin in human papillomavirus-positive oropharyngeal cancer (NRG Oncology RTOG 1016): a randomised, multicentre, non-inferiority trial.** *The Lancet*, v. 393, n. 10166, p. 40-50, 2019.

GONÇALO, Rani Iani C. et al. **Carcinoma mucoepidermoide em região retromolar: relato de caso.** *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, v. 56, 2020.

GONZAGA, Amanda Katarinny Goes et al. **Actinic cheilitis: Morphometric parameters and its relationship with the degree of epithelial dysplasia.** *Acta histochemica*, v. 122, n. 1, p. 51-59, 2020.

Graduação em Odontologia. Unicatólica Quixadá, 2019. Disponível em: <http://unicatolicaquixada.edu.br/graduacao/curso-de-odontologia>. Acesso em: 22 de janeiro de 2022.

GUIDONI, Gabriela Oliveira et al. Anatomia do lábio e preenchimento labial com micro cânula para melhoria estética: relato de caso. *REVISTA UNINGÁ*, v. 56, n. S3, p. 24-32, 2019.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População/Ceará, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/panorama>. Acesso em: 01 de março de 2022.

KNIES, Greicy et al. **Frequência das lesões bucais diagnosticadas no Centro de Especialidades Odontológicas de Tubarão (SC).** *RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, v. 8, n. 1, p. 13-18, 2011.

LEAL, Rhuan Vitor Sodré; EMMI, Danielle Tupinambá; ARAÚJO, Marizeli Viana De Aragão. **Acesso e qualidade da atenção secundária e da assistência em estomatologia no Brasil.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, p. e310205, 2021.

LEE, Robert J. et al. **Characteristics and prognostic factors of osteosarcoma of the jaws: a retrospective cohort study.** *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, v. 141, n. 5, p. 470-477, 2015.

LIMEIRA, Francisco Ivison Rodrigues et al. **Conhecimentos e atitudes de cirurgiões-dentistas frente ao câncer bucal.** *Scientific-Clinical Odontology*, v. 14, n. 4, 2015.

LONGO, Bruna Cristina et al. **Estudo comparativo de duas classificações histopatológicas para carcinoma de células escamosas bucal.** Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial, v. 57, 2021.

LUCENA, Eudes Euler de Souza et al. **Prevalence and factors associated with orolabial lesions in beach workers.** Revista de saúde pública, v. 46, p. 1051-1057, 2012.

MAIA, Haline Cunha de Medeiros et al. **Lesões orais potencialmente malignas: correlações clínico-patológicas.** Einstein (Sao Paulo), v. 14, p. 35-40, 2016.

Matriz curricular. Universidade Federal do Ceará, 2019. Disponível em: <http://www.odontologiasobral.ufc.br/matriz-curricular>. Acesso em: 22 de janeiro de 2022.

MAYA, Antonio et al. **Sarcoma de Kaposi en región oral y maxilofacial, una neoplasia olvidada.** Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial, v. 40, n. 1, p. 22-26, 2018.

MEDINA MÁRQUEZ, M. et al. **Leucoplasia asociada al hábito de fumar invertido: presentación de un caso clínico.** Avances en odontoestomatología, v. 31, n. 4, p. 261-266, 2015.

MEHROTRA, Ravi et al. **Prevalence of oral pre-malignant and malignant lesions at a tertiary level hospital in Allahabad, India.** Asian Pac J Cancer Prev, v. 9, n. 2, p. 263-5, 2008.

MOUCHREK, Monique Maria Melo et al. **Oral and maxillofacial biopsied lesions in Brazilian pediatric patients: a 16-year retrospective study.** Revista Odonto Ciência, v. 26, p. 222-226, 2011.

NAGAO, Toru et al. **Treatment of oral leukoplakia with a low-dose of beta-carotene and vitamin C supplements: a randomized controlled trial.** International Journal of Cancer, v. 136, n. 7, p. 1708-1717, 2015.

NETO, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes et al. **Perfil sociodemográfico e trabalhista dos trabalhadores rurais vítimas de acidente no semiárido cearense.** Enfermagem em Foco, v. 7, n. 1, p. 56-60, 2016.

Odontologia. Faculdade Paulo Picanço, 2019. Disponível em: <https://www.faculdadepaulopicanco.edu.br/odontologia>. Acesso em: 22 de janeiro de 2022.

Odontologia. Unichristus, 2019. Disponível em: <https://unichristus.edu.br/graduacao/odontologia>. Acesso em: 22 de janeiro de 2022.

Odontologia. Unifametro, 2019. Disponível em: <http://www.unifametro.edu.br/graduacao/odontologia>. Acesso em: 22 de janeiro de 2022.

Odontologia – Bacharelado – Universidade de Fortaleza. Unifor, 2019. Disponível em: <https://www.unifor.br/web/graduacao/odontologia>. Acesso em: 22 de janeiro de 2022.

OLIVEIRA, Angelo Giuseppe Roncalli da Costa et al. **Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise da metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 1, p. 177-189, 1998.

PEREIRA, Igor Figueiredo et al. **Neoplasias malignas em região de cabeça e pescoço: perfil dos pacientes atendidos na UFMG.** Revista Cubana de Estomatología, v. 53, n. 4, p. 233-244, 2016.

PEREIRA, Tamiris Tainara Marcondes et al. **Levantamento epidemiológico das doenças de boca: Casuística de Dez Anos.** Archives of health investigation, v. 2, n. 3, 2013.

PICCIANI, Bruna Lavinias Sayed et al. **Geographic tongue severity index: A new and clinical scoring system.** Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology, v. 129, n. 4, p. 330-338, 2020.

PINTO, Héider Aurélio; SOUSA, Allan Nuno Alves de; FERLA, Alcindo Antônio. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora.** Saúde em Debate, v. 38, p. 358-372, 2014.

PRADO, Bruno Nifossi; TREVISAN, Shirley; PASSARELLI, Dulce Helena Cabelho. **Estudo epidemiológico das lesões bucais no período de 05 anos.** Revista de odontologia da universidade de são paulo, v. 22, n. 1, p. 25, 2010

QUEIROZ, Salomão Israel Monteiro Lourenço et al. **Clinical and histopathological evaluation and habits associated with the onset of oral leukoplakia and erythroplakia.** Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial, v. 50, p. 144-149, 2014.

RIBEIRO, Cássio Vinhadelli; DO NASCIMENTO, Luciana Soares Odorico; HENRIQUES, João César Guimarães. **Fibroma ossificante periférico: relato de um novo caso.** Revista Odontológica do Brasil Central, v. 26, n. 79, 2017.

RIBEIRO, Pedro José Targino et al. **Halitose: etiologia, diagnóstico e tratamento.** Revista Cubana de Estomatología, v. 57, n. 2, p. 2954, 2020.

ROCHA, Danielle Albuquerque Pires; OLIVEIRA, Livia Marinho de Miranda; SOUZA, Lélia Batista de. **Neoplasia benigna da cavidade oral: estudo epidemiológico de 21 anos (1982 a 2002).** 2006.

SALES BRITO, Livia Natália et al. **Adenocarcinoma polimorfo de baixo grau de grandes proporções em paciente idoso: relato de caso não usual.** Odontologia Clínica-Científica (Online), v. 15, n. 1, p. 1-4, 2016.

SALGARELLI, Attilio Carlo et al. **Treatment of lower lip cancer: an experience of 48 cases.** International journal of oral and maxillofacial surgery, v. 34, n. 1, p. 27-32, 2005.

SANTOS, Karen da Silva Soares; MONEZI, Lara Laís de Lima; CALDAS, Licya Thayná Sacramento. **Glossite migratória benigna em paciente pediátrico: Relato de caso.** Rev. Odontol. Araçatuba (Impr.), p. 39-42, 2018.

SANTOS, Thiago S. et al. **Carcinoma mucoepidermóide no palato: relato de caso.** Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, v. 53, n. 1, p. 29-33, 2012.

SILVA, Amanda de Macedo et al. **Estomatite protética associada a candidíase pseudomembranosa em paciente geriátrico: relato de caso.** Rev. Odontol. Araçatuba (Impr.), p. 30-33, 2020.

SILVA, Maxwell Arouca et al. **Câncer de boca: ação educativa centrada na capacitação para o autoexame.** Revista Ciência em Extensão, v. 14, n. 1, p. 116-124, 2018.

SILVEIRA, Éricka Janine Dantas da et al. **Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos.** Jornal brasileiro de patologia e medicina laboratorial, v. 45, p. 233-238, 2009.

SOARES, Élika Cardoso; NETO, Bartolomeu Conceição Bastos; DE SOUZA SANTOS, Lília Paula. **Epidemiological study of oral cancer in Brazil.** Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, v. 64, n. 3, p. 192-198, 2019.

SOARES, Rosilene Calazans et al. **Lesões verrucosas orais: papiloma, verruga vulgar e carcinoma verrucoso oral: estudo epidemiológico de 77 casos e avaliação histológica.** RGO (Porto Alegre), p. 201-205, 2005.

SOUTO, Maria Luisa Silveira et al. **Lesões maxilofaciais: um levantamento de 762 casos da Universidade Federal de Sergipe, Brasil.** Revista de Odontologia da UNESP, v. 43, p. 185-190, 2014.

SOUZA, João Gabriel Silva; SÁ, Maria Aparecida Barbosa de; POPOFF, Daniela Araújo Veloso. **Comportamentos e conhecimentos de cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde quanto ao câncer bucal.** Cadernos Saúde Coletiva, v. 24, p. 170-177, 2016.

SOUZA, Yara Diniz et al. **Sarcoma de Kaposi em paciente HIV e Covid-19 positivos.** Research, Society and Development, v. 10, n. 11, 2021.

TEIXEIRA, Ana Conceição de Oliveira Cravo et al. **Presença de queilite actínica em trabalhadores da zona rural de Governador Mangabeira atendidos nas unidades básicas de saúde.** Revista Textura, v. 13, n. 22, p. 176-189, 2019.

TOBOUTI, Priscila L.; OLEGÁRIO, Isabel; DE SOUSA, Suzana COM. **Benign vascular lesions of the lips: Diagnostic approach.** Journal of cutaneous pathology, v. 44, n. 5, p. 451-455, 2017.

VALÉRIO, Rodrigo Alexandre et al. **Mucocele and fibroma: treatment and clinical features for differential diagnosis.** Brazilian dental journal, v. 24, p. 537-541, 2013.

VASCONCELOS, Esllen Carla Ferreira de Araújo et al. **Carcinoma epidermoide de lábio inferior: análise da incidência e mortalidade no Brasil.** Rev. Odontol. Araçatuba (Impr.), p. 34-37, 2019.

VINCENT-BUGNAS, Séverine et al. **Prioritization of predisposing factors of gingival hyperplasia during orthodontic treatment: the role of amount of biofilm.** BMC oral health, v. 21, n. 1, p. 1-8, 2021.

YU, Chuan-Hang et al. **Comparison of clinical outcomes of oral erythroleukoplakia treated with photodynamic therapy using either light-emitting diode or laser light.** Lasers in Surgery and Medicine: The Official Journal of the American Society for Laser Medicine and Surgery, v. 41, n. 9, p. 628-633, 2009.

ZHOU, Na et al. **Prevalence of Oral Mucosal Diseases in Older Adults in Mainland China: A Meta-Analysis of Observational Studies.** International journal of environmental research and public health, v. 17, n. 6, p. 1887, 2020.

11. APÊNDICE

APÊNDICE A: Lesões encontradas na coleta de dados

	n	%
Conclusão laudo		
Fibroma traumático	342	7,6
Mucocele	473	10,5
Cec	367	8,2
Granuloma piogênico	201	4,5
Cisto dentiífero	41	,9
Cisto periapical	215	4,8
Cisto residual	46	1,0
Leucoplasia	9	,2
-Leucoeritropiasia	2	,0
Rânula	30	,7
Cisto paradentário	72	1,6
Paracoccidiodomicose	3	,1
Cisto palatino mediano	1	,0
Hiperplasia fibroepitelial	643	14,3
Queilite actínica	59	1,3
Tatuagem por amálgama	9	,2
Hiperplasia fibrosa inflamatória	363	8,1
Xantoma verruciforme	1	,0
Mácula melanótica	19	,4
Hemangioma	17	,4
Granulos de fordyce	2	,0
Varicosidades	2	,0
Papiloma	129	2,9
Adenoma pleomórfico	20	,4
Cisto linfoepitelial oral	7	,2
Hipofosfatemia familiar	2	,0
Cisto odontogênico de origem inflamatória	12	,3
Displasia cemento-óssea florida	2	,0
Sialólito	16	,4
Hiperplasia papilar	7	,2
Lipoma	48	1,1
Odontoma composto	24	,5
Odontoma complexo	2	,0
Úlcera traumática	3	,1
Melanose racial	2	,0
Dentes neonatais	2	,0
Fibrose cicatricial	2	,0
Ameloblastoma	27	,6
Osteoma	3	,1
Fibroma ossificante central	1	,0
Folículo pericoronário	46	1,0
Hiperkeratose	77	1,7
Vide descrição	52	1,2
Pólipo fibroepitelial	15	,3
Angiolipoma	3	,1
Cisto do ducto nasopalatino	6	,1
Hiperplasia fibroepitelial e mácula melanótica	5	,1
Inespecífico	6	,1

Fibroma odontogênico periférico	4	,1
Osteoblastoma	1	,0
Hiperplasia adenomatóide	4	,1
Tumor de warthin	2	,0
Leucoplasia com mácula melanótica oral	1	,0
Papiloma de células escamosas	12	,3
Linfangioma	14	,3
Hiperplasia e pólipo fibroepitelial	4	,1
Tumor odontogênico cístico ceratinizante	4	,1
Tumor odontogênico de células fantasmas	2	,0
Fibroma traumático e mácula melaótica	2	,0
Cisto nasoalveolar	2	,0
Hiperplasia pseudoepiteliomatosa	2	,0
Nevo intramucoso	3	,1
Hiperceratose, acantose e displasia epitelial	58	1,3
Leucoplasia e pólipo fibroepitelial	1	,0
Hiperplasia fibroepitelial e vide descrição	1	,0
Processo inflamatório crôco granulomatoso ulcerado	8	,2
Fibroma cimento ossificante	2	,0
Carcinoma basocelular	4	,1
Mucinosose focal oral	3	,1
Carcinoma adenóide cístico	8	,2
Lipofibroma	8	,2
Lesão fibro-óssea benigna	15	,3
Fístula agudizada	1	,0
Não informado	4	,1
Processo inflamatório crônico não específico	59	1,3
Displasia epitelial	8	,2
Liquen plano	23	,5
Neoplasia maligna indiferenciada	2	,0
Hiperplasia epitelial croca	2	,0
Fibroma ossificante periférico	108	2,4
Processo inflamatório granuomatoso associado ao bacilo da tuberculose	1	,0
Cisto mucoso de retenção	11	,2
Lesão periférica de células gigantes	33	,7
Papiloma fibroepitelial	1	,0
Torús palatino/lingual	2	,0
Hiperceratose e granuloma piogênico	1	,0
Cistadenoma	1	,0
Ceratocisto odontogênico	27	,6
Acantose	2	,0
Neurofibroma	13	,3
Normalidade	12	,3
Fibroma de células gigantes	27	,6
Fibrose cicatricial	1	,0
Verruga vulgar	26	,6
Sarcoma de kaposi	1	,0
Sialoadenite	15	,3

Hiperplasia gengival medicamentosa	1	,0
Processo inflamatório agudo e crônico com necrose óssea	3	,1
Bola de bichat	1	,0
Processo inflamatório agudo e crônico inespecífico	21	,5
Mal formação venosa	3	,1
Schwannoma	5	,1
Adenocarcinoma	14	,3
Granuloma periapical	51	1,1
Nevo melanótico	13	,3
Sialodente esclerosante crônica	4	,1
Hiperkeratose e elastose solar	9	,2
Hiperkeratose, displasia epitelial e elastose solar	14	,3
Leucoplasia verrucosa	5	,1
Cisto de gorlin	3	,1
Neoplasia maligna de origem mesenquimal	3	,1
Glossite rombóide mediana	1	,0
Hiperplasia gengival	27	,6
Pênfigo vulgar	3	,1
Candidíase hiperplásica	2	,0
Osteomielite	4	,1
Folículo dentário	2	,0
Hiperkeratose e acantose	139	3,1
Tumor de células granulares	9	,2
Hiperkeratose e displasia epitelial	11	,2
Displasia cementária periapical	3	,1
Neoplasia maligna de origem a esclarecer	1	,0
Exostose óssea	5	,1
Tumor odontogênico adenomatóide	3	,1
Hiperkeratose e processo inflamatório crônico inespecífico	1	,0
Linfoma B	3	,1
Pólipo pulpar	1	,0
Cisto ósseo traumático	1	,0
Tumor de pindborg	3	,1
Má formação vascular	45	1,0
Carcinoma adenoescamoso	1	,0
Displasia fibrosa	2	,0
Condiloma acuminado	7	,2
Neuroma traumático	6	,1
Nevus intramucoso	3	,1
Cisto dermóide	2	,0
Displasia cemento-óssea focal	5	,1
Cisto periodontal lateral	3	,1
Peurineurioma	1	,0
Candidíase eritematosa	1	,0
Pigmentação melânica	1	,0
Osteossarcoma	2	,0
Cápsula cística	1	,0
Esclerose óssea	1	,0
Coristoma ósseo	1	,0
Tumor de masson	2	,0
Lesão central de células gigantes	10	,2
Carcinoma in situ	11	,2

Trombo vascular	2	,0
Folículo linfóide	1	,0
Parúlide	1	,0
Melanoma	1	,0
Neoplasia de origem linfóide	1	,0
Carcinoma verrucoso	3	,1
Neoplasia mesenquimal benigna	2	,0
Osteonecróse	2	,0
Mioepitelioma	1	,0
Sialoadenoma papilífero	2	,0
Processo inflamatório agudo inespecífico	2	,0
Miofibroma	3	,1
Fibromatose gengival	2	,0
Sialolipoma	2	,0
Eritema multiforme	1	,0
Adenoma sebáceo	2	,0
Carcinoma ex-adenoma pleomórfico	1	,0
Pênfigoide	2	,0
Condrolipoma	3	,1
Lesão fusocelular benigno	1	,0
Neoplasia maligna de origem linfóide	2	,0
Carcinoma mucoepidermóide	4	,1
Cistoadenoma papilar	1	,0
Lesão miofibroblástica borderline	1	,0
Rabdomiosarcoma	1	,0
Displasia óssea florida	1	,0

Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual