

**Perfil Epidemiológico das manifestações bucais em pacientes atendidos no  
CEO de estomatologia da ASCES-UNITA, no período de 2005 a 2015**

Epidemiological profile of oral manifestations in patients seen in the stomatology  
CEO of ASCES-UNITA, from 2005 to 2015

Gabriel Silva Pessoa<sup>1</sup>, João Nilson Marcelino Quaresma<sup>1</sup>, Manoel Arnaldo Tabosa Junior<sup>1</sup>, Grasielle Fretta Fernandes<sup>2</sup>, Patrícia Lins A. do Nascimento<sup>2</sup>.

1. Estudante de graduação do curso de Odontologia da ASCES-UNITA, Caruaru-PE, Brasil

2. Doutoranda em Saúde Pública pela Fiocruz/PE, mestre em Saúde Pública pela USP, professora do curso de Odontologia da ASCES-UNITA, Caruaru-PE, Brasil

Nome e Endereço do autor responsável para troca de correspondência:

Grasielle Fretta Fernandes (Rua dos Navegantes, Nº2563, apto 601B – Boa Viagem – Recife, PE – Brasil - CEP: 51020-011) / grafretta@gmail.com / (81) 999037058

## RESUMO

O objetivo desse estudo foi determinar o perfil epidemiológico de manifestações bucais, diagnóstico, tratamento e preservação de casos referentes aos pacientes atendidos no CEO de estomatologia do Centro Universitário Tabosa de Almeida - ASCES/UNITA, nos anos de 2005 a 2015. Foi realizada análise de 242 prontuários de pacientes que apresentaram algum tipo de lesão bucal neste período, os dados encontrados foram classificados por tipo de lesão, sexo, faixa etária, região anatômica, escolaridade e renda. Os resultados mostraram que 97,20% das lesões eram benignas e 2,80% malignas, sendo as mais prevalentes: hiperplasia fibrosa, mucocele, estomatite protética, DTM, queilite actínica, carcinoma espinocelular e epidermóide. Foi verificado uma maior quantidade de lesões em pacientes do sexo feminino, sendo o acometimento nas mais variadas faixas etárias (3 meses a 90 anos); em média os pacientes apresentavam ensino fundamental incompleto e renda familiar de um salário mínimo. Conclui-se que, as lesões prevalecem no sexo feminino e nas faixas etárias entre 30 e 40 anos, na região de palato, ATM, língua e lábio inferior. Embora os agentes carcinogênicos participem no desenvolvimento de lesões, não há algum tipo de registro nos prontuários analisados, o que sugere uma melhor atenção nesse requisito.

**DESCRITORES:** diagnóstico; lesão; estomatologia; mucosa oral; patologia bucal.

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) ao conceituar “Saúde Bucal,” destaca que esta corresponde a muito mais do que ter bons dentes, abrangendo o complexo craniofacial, constituído pelas estruturas e tecidos dentários, bucais, faciais e do crânio<sup>1</sup>. Essa organização e a definição da prática da saúde bucal necessitam de uma reflexão teórica de sua organização<sup>2</sup>.

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a inserção da saúde bucal no seu cotidiano e prática, tem sido marcada por conflitos e contradições<sup>1</sup>. Isso decorre, pois, historicamente, a Odontologia é marcada por uma prática individual, privatista, e hegemonicamente voltada para aspectos curativos dos agravos bucais, indo de encontro a proposta do sistema de saúde brasileiro. A política sustentada

pela tradição liberal-privatista configura o que chamamos de “odontologia de mercado”<sup>1,3</sup>.

Após a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), em 2004, definiu-se como principal meta da política pública a melhoria da condição de saúde bucal da população brasileira, e a superação das desigualdades no acesso aos serviços odontológicos, por meio da consolidação de um modelo de atenção pautado nos princípios e diretrizes do SUS<sup>3,8</sup>.

No escopo dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) a estomatologia está inserida como área de atuação da saúde bucal e, buscar-se-á no serviço do SUS, além do diagnóstico e tratamento, traçar um perfil epidemiológico para esta população atendida, verificar o quanto resolutivo este serviço pode ser, e também discutir estes dados com as linhas institucionais apresentadas pelo Ministério da Saúde (MS)<sup>4,5,6</sup>.

O diagnóstico, na maior parte dos casos, é tardio e os pacientes com tumores de boca chegam aos consultórios odontológicos ou médicos apresentando lesões bastante avançadas ou irreversíveis cirurgicamente, situação essa bastante preocupante, em uma perspectiva de negligência, uma vez que a cavidade bucal é de fácil acesso e visualização<sup>8,9,10</sup>. Quanto à busca do tratamento nota-se que a lesão é indolor na fase inicial, explicando assim a demora em procurar o atendimento<sup>8,10</sup>.

A incidência de câncer de boca no Brasil é considerada uma das mais altas do mundo, estando entre os seis tipos de câncer mais comuns que acometem o gênero masculino, e entre os oito mais comuns que atingem o feminino, sendo que 50% dos pacientes morrem antes de cinco anos após o diagnóstico inicial. Acomete principalmente indivíduos do gênero masculino e acima de 40 anos, apresentando

um comportamento agressivo, metástase cervical precoce e, com frequência, contralateral, já que em orofaringe os vasos linfáticos cruzam a linha média<sup>12</sup>.

Cabe também à estomatologia a observação de manifestações bucais que possam estar relacionadas a doenças sistêmicas, bem como fazer o devido encaminhamento ao médico de eleição<sup>12,9,4,5</sup>.

Segundo estudo realizado em Pernambuco no ano de 2007 foi constatada a inexistência de Programas de Prevenção a Saúde Bucal por parte do governo do estado. Os autores destacam o projeto “Asa Branca”, que realiza diagnóstico, tratamento e prevenção do câncer bucal<sup>9</sup>.

Diante desse cenário, este estudo objetivou determinar o perfil epidemiológico das manifestações bucais em pacientes atendidos no CEO de estomatologia do Centro Universitário Tabosa de Almeida / ASCES-UNITA, no período de 2005 a 2015.

## **DESENVOLVIMENTO**

### **METODOLOGIA**

Trata-se de pesquisa quantitativa, do tipo transversal descritiva, que objetivou determinar o perfil epidemiológico de manifestações bucais assim como o diagnóstico, tratamento e preservação dos casos, em pacientes atendidos no CEO de estomatologia da ASCES-UNITA.

O estudo foi realizado na clínica de estomatologia do CEO "Asa Branca" do município de Caruaru, localizado na ASCES-UNITA.

O CEO "Asa Branca" foi implantado em 2005, após a assinatura do convênio entre o Ministério da Saúde e o município de Caruaru, sendo o único CEO localizado

em uma Instituição de Ensino Superior particular no Brasil. É um CEO tipo III e conta com as seguintes especialidades: endodontia; prótese; cirurgia oral menor; periodontia; estomatologia; e pacientes especiais.

Os dados secundários foram coletados dos prontuários de atendimento clínico da clínica de estomatologia do CEO "Asa Branca", no período compreendido entre 2005 e 2015. O ano de 2005 foi escolhido como marco temporal inicial para seleção e análise dos prontuários pois trata-se do ano de implantação da clínica de estomatologia do CEO analisado por esse estudo.

Foram considerados, a partir dos prontuários clínicos analisados: diagnóstico da lesão; tratamento realizado; preservação do caso; e manifestações bucais em relação ao sexo, faixa etária, escolaridade, e renda.

Os dados foram transcritos em planilhas eletrônicas para formação de um banco de dados e, posteriormente, tabelados e interpretados. A apresentação desses resultados, pós-análise, foi feita com auxílio de tabelas e gráficos.

## RESULTADOS

Foram analisadas 242 prontuários clínicos onde, 235 descreveram lesões benignas e 07 lesões malignas. Os resultados obtidos na coleta de dados dos prontuários do CEO de estomatologia da ASCES-UNITA apresentam uma real situação das lesões mais recorrentes diagnosticadas entre os anos de 2005 a 2015, o que pode ser observado na tabela 01.

<b>Diagnóstico</b>	<b>N (%)</b>
Mucocele	8 (14,5%)
Estomatite Protética	28 (50,4%)

DTM	27 (48,6%)
Hiperplasia Fibrosa	19 (43,2%)
Queilite Actinica	8 (14,5%)
Outros	98 (176,4%)

Tabela 01- Quantitativo de lesões diagnosticadas no CEO de estomatologia da ASCES-UNITA, entre os anos de 2005 a 2015.

Quanto ao sexo, houve uma maior ocorrência de lesões no sexo feminino quando comparada ao sexo masculino, conforme observa-se no gráfico 01.

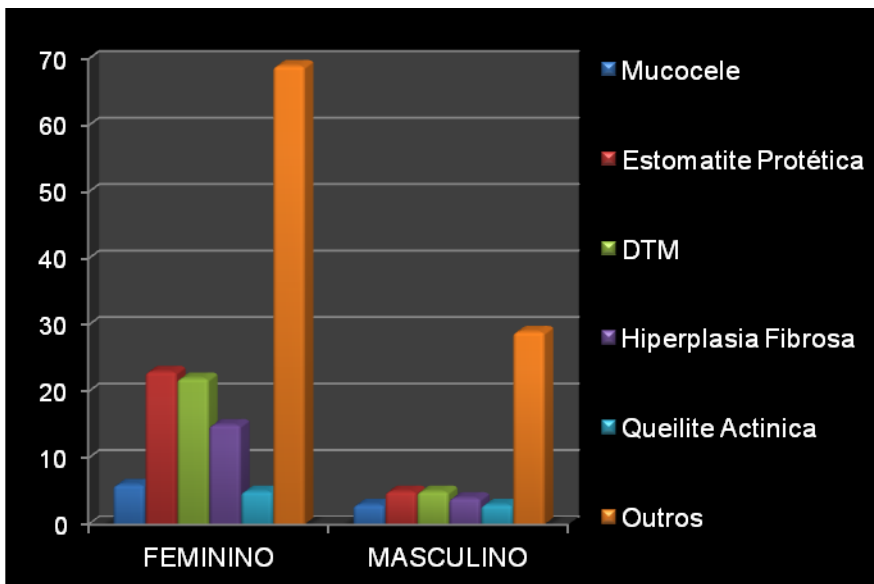


Gráfico 01 – Distribuição de lesões por sexo entre os anos de 2005 a 2015.

Quanto ao perfil epidemiológico das lesões entre os anos 2005 a 2015, pode-se observar quanto a severidade que em sua maioria são benignas, sendo encontradas apenas no ano de 2014 casos de lesões malignas. Em relação ao tratamento, o mais aplicado foi a intervenção direta do cirurgião dentista. Quanto ao prognóstico observa-se que nos anos 2006, 2012, 2013, 2014 e 2015 o mais aplicado foi de lesão parcial ou totalmente removida. Constatou-se também que, em

muitos prontuários, o prognóstico não foi informado entre os anos de 2012 a 2014, conforme verifica-se nos gráficos 02 e 03.

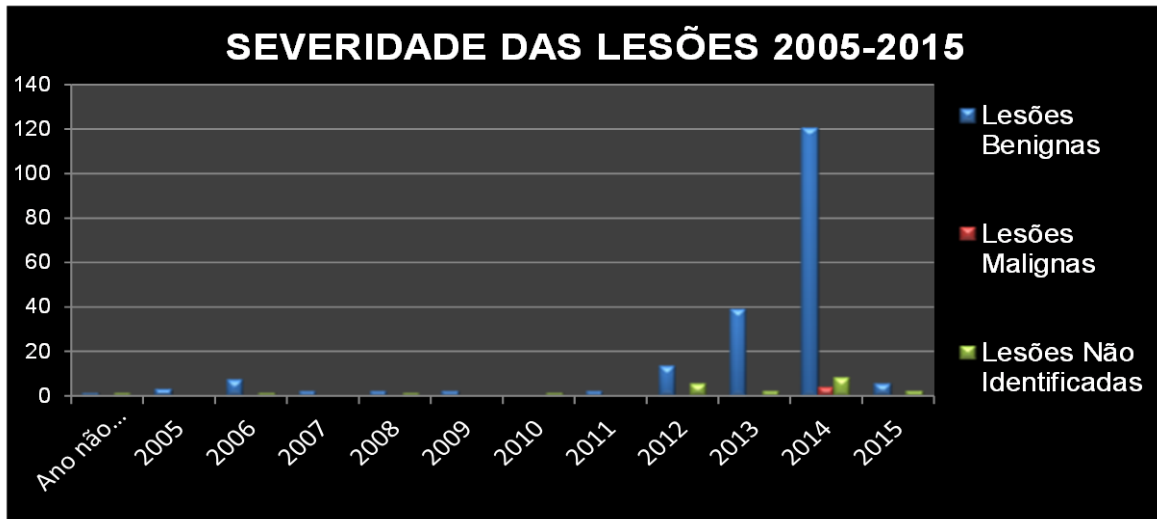


Gráfico 02 - Severidade das lesões diagnosticadas entre os anos de 2005 a 2015, no CEO de estomatologia da ASCES-UNITA.

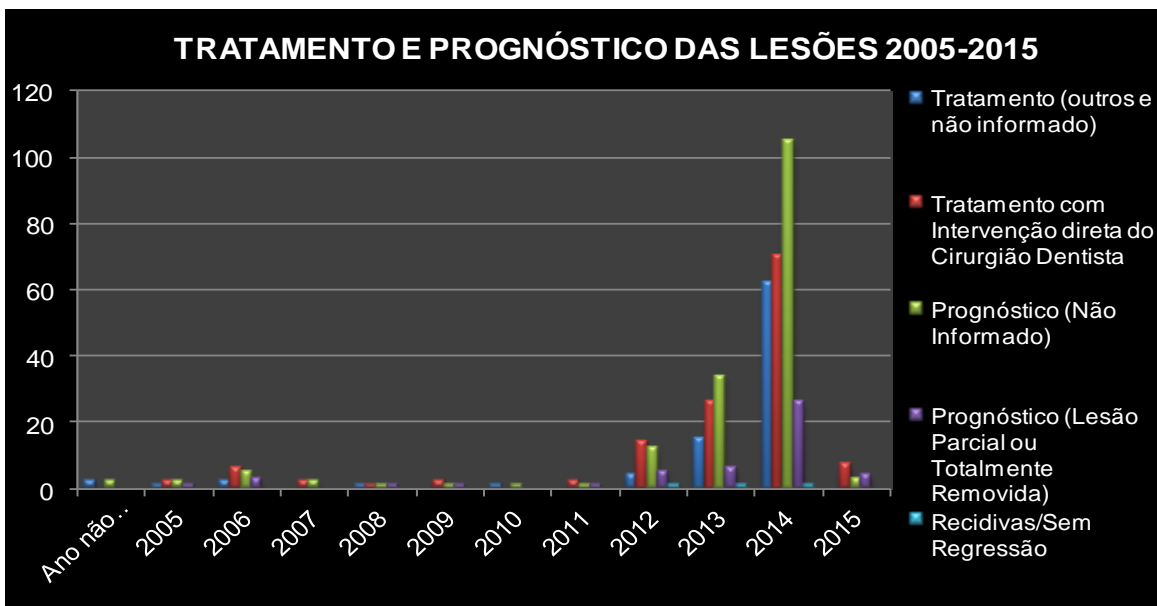


Gráfico 03 - Tratamentos realizados e prognósticos entre os anos de 2005 a 2015, no CEO de estomatologia da ASCES-UNITA.

Pode-se observar também que, no ano de 2006 e no período de 2012 a 2014, o número de lesões bucais foi maior, comparando com os outros anos. O maior

número de casos foi detectado em pessoas do sexo feminino, destacando-se apenas as lesões de mucocela onde há uma maior ocorrência no sexo masculino e na faixa etária dos 20 anos de idade. Para as demais lesões verificamos uma maior recorrência na faixa etária entre 50 e 60 anos de idade, conforme demonstra a tabela 02.

Quanto a escolaridade e a renda, na maioria dos prontuários clínicos não havia registro, quando registrado, observa-se que o nível de escolaridade se concentra nos níveis médios incompletos, e a renda na faixa de um salário mínimo, conforme observa-se também na tabela 02.

	<b>TIPO DA LESÃO</b>	<b>SEXO</b>	<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>ESCOLA RIDADE</b>	<b>RENDA</b>	<b>TOTAL</b>
<b>2006</b>	DTM	F	40	F.I.	1 salário	4
	Hiperplasia, Estomatite P.	F	50	F.I.	N.I.	1
	Outros	F	40	F.I.	2 salários	2
	Pirose bucal	F	60	F.I.	1 salário	1
	Queilite A.	F	40	N.I.	N.I.	1
<b>2014</b>	DTM	F	60	M.I	1 Salário	10
	DTM	M	50	S.C.	N.I.	3
	Estomatite P.	F	70	F.I	1 Salário	6



Estomatite P.	M	60	F.I.	1 Salário	3
Hiperplasia F.	F	50	M.C	1 salário	13
Hiperplasia F.	M	50	F.I	1 Salário	5
Mucocele	M	20	F.I	Menos de 1 salário	5
Mucocele	F	20	N.I	N.I	2
Outros	F	60	N.I	1 Salário	44
Outros	M	60	S.I	1 Salário	20
Pirose Bucal	F	50	N.I	N.I	4
Quelite A.	M	60	N.I	1 Salário	2
Quelite A.	F	N.I	N.I	N.I	4

Tabela 02 - Comparação de lesões diagnosticadas no CEO de estomatologia da ASCES-UNITA com fatores socioeconômicos, entre os anos de 2006 e 2014.

As regiões anatômicas mais acometidas por lesões diagnosticadas no CEO de estomatologia da ASCES-UNITA, entre os anos de 2006 e 2014, foram palato duro (Nº 30, que representa 16,66%), mucosa jugal (nº 17, que representa 9,44%), língua (26, que representa 14,44%), gengiva (Nº 6, que representa 4%), ATM (Nº 32, que representa 17,77%), arcada dentária (Nº 40, que representa 22,22%) e lábio inferior (Nº 30, que representa 16,66%).

## DISCUSSÃO

Em relação ao gênero, a maior ocorrência de lesões bucais ocorre em representantes do sexo masculino, sendo a relação de três (3) homens acometidos para um (1) caso em mulheres<sup>6</sup>. Entretanto, há uma tendência de diminuição dessa diferença, visto que as mulheres estão cada vez mais em mais contato com agentes carcinogênicos<sup>4</sup>.

De acordo com os dados do Instituto Nacional do Câncer do Brasil cerca de 64% dos cânceres bucais diagnosticados no ano de 2006 foram encontrados em homens. Segundo o Registro Nacional de Patologia Tumoral do Ministério da Saúde, a boca foi a terceira localização primária de câncer no homem e a sétima na mulher<sup>5</sup>.

O fator idade é fundamental no estudo do câncer bucal, pois a medida que o indivíduo avança em idade, aumentam as possibilidades de contato e o tempo de exposição aos agentes carcinogênicos<sup>2</sup>.

Em relação a idade, as lesões bucais estão em maior incidência em pessoas a partir de 40 anos de idade, percebendo que o número de casos aumenta significativamente em pessoas com a idade mais avançada<sup>6,8</sup>.

O câncer é uma das principais causas de morte em mulheres entre a quarta e quinta décadas de vida, entretanto, após os 60 anos, a incidência é maior nos homens<sup>9</sup>. O risco aumenta com a idade, principalmente em homens, devido ao autocuidado por parte do sexo feminino<sup>4,6,8,11</sup>.

Corroborando com tais afirmações foi realizada, no estado de Mato Grosso, uma pesquisa com 1.324 laudos emitidos entre janeiro de 2005 e dezembro 2006, verificou-se 44 lesões de câncer de boca, representando 3% dos diagnósticos, onde a maioria era referente aos homens com idade entre 50 e 60 anos de vida<sup>12</sup>.

No estado do Paraná, no Centro de Diagnostico de Lesões Bucais (CDLB) da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Curitiba, o câncer de boca é a sexta neoplasia de maior frequência nos homens e oitavo nas mulheres<sup>13</sup>.

Após análise de 216 prontuários de uma pesquisa realizada no Hospital Universitário de Santa Maria de pacientes com câncer de cavidade bucal, observou que a faixa etária predominante era entre 50 e 60 anos de idade com prevalência para o sexo masculino<sup>14</sup>. No estado do Rio Grande do Sul, foi constatado, depois da análise que a relação ao gênero, encontrou-se uma diferença no estado de Minas Gerais em relação aos outros estados do centro-oeste e sudeste brasileiro. Em uma pesquisa realizada na Sociedade Mineira de Estomatologia, foi mostrado que das 746 lesões bucais encontradas entre os anos de 1995 e 2006 a incidência foi maior em mulheres adultas<sup>10</sup>.

Podemos descrever a divergência nos resultados de algumas pesquisas realizadas no nordeste. Como constatou-se em um estudo realizado no estado da Bahia, no município de Salvador no ano de 2006, onde demonstrou que a prevalência era do sexo masculino, correspondendo a um índice de 72,34% , nas faixas etárias entre 50 e 60 anos de idade<sup>4</sup>.

Foi realizado no estado da Paraíba um levantamento de casos de câncer bucal registrados nos arquivos do Hospital Napoleão Laureano em Joao Pessoa, onde os 1.228 casos avaliados, com a faixa etária correspondente entre 70 e 80 anos de vida, e o sexo masculino com maior prevalência foi o mais acometido com 62% da amostra<sup>9</sup>.

Uma pesquisa realizada no Núcleo de Prevenção ao Câncer Bucal do Hospital Universitário Alcides Carneiro e na Fundação Assistencial de Prevenção ao Câncer, no estado da Paraíba, mas no município de Campina Grande, foram

avaliados 198 prontuários no período de 1998 a 2002, as 198 lesões cancerizáveis, acometeram mais o sexo feminino, com 61%; nas faixas etárias entre 60 anos de vida, com 63%<sup>17</sup>. Sendo notável a divergência de resultados encontrados na literatura, principalmente em populações<sup>5</sup>.

A maior quantidade das lesões diagnosticadas nas campanhas do Projeto Asa Branca tem prevalência para o sexo feminino e nas faixas etárias de 30 a 60 anos de idade, sendo esta população, em sua maioria, portadora de próteses dentárias. Tais resultados são correlacionamos com a má adaptação ou má higienização das próteses, visto que a lesão de maior prevalência é a estomatite protética<sup>3,7</sup>.

Em relação as lesões benignas diagnosticadas a quelite actínica, a estomatite protética, e a hiperplasia fibrosa, foram as mais recorrentes. A quelite actínica é uma alteração crônica que se desenvolve no decorrer dos anos capaz de gerar lesões epiteliais irreversíveis. Caracteriza-se pela presença de manchas, placas vermelhas ou brancas, com presença ou não de áreas ulceradas ou descamativas, com ressecamento. Pode causar, ainda, atrofia no vermelhão do lábio entremeada por áreas eritematosas irregulares ou hiperqueratóticas, com possível evolução para erosões, ulcerações, fissuras ou vesículas<sup>5,7,12</sup>. Não há estudos muitos estudos que discutam a prevalência de tal lesão.

A estomatite protética é uma doença crônica, localizada, comum em pacientes que utilizam próteses orais, apresentado-se clinicamente com hiperemia, edemas, e congestão. É resultado de traumas protéticos, micro-organismos, má higienização, alergia ao monômero, não remoção pela noite da prótese, assim como por fatores sistêmicos, tais como a má nutrição, xerostomia e diabetes. Pode ser classificada como: hiperemia puntiforme (Classe I) quando há hiperemia dos ductos

salivares palatinos menores; hiperemia difusa (Classe II) quando possui um aspecto eritematoso em toda a área da prótese e; hiperemia granular (Classe III) que está associada à câmara de sucção, acometendo a porção central do palato. O diagnóstico é baseado por meio de exames de citologia esfoliativa e raspagem para exame micológico, exame clínico e radiográfico. O tratamento se dá pelo uso de antifúngicos como a nistatina, cetoconazol, clotrimazol, fluconazol, itraconazol, mas também pela troca da prótese, orientações sobre a higiene oral adequada, controle e resolução de doenças sistêmicas, a retirada da prótese para dormir e correção cirúrgica de irregularidades anatômicas quando necessário<sup>5,10,12</sup>. O tipo de estomatite não foi registrado nos prontuários analisados nesse estudo.

Já a hiperplasia fibrosa é uma lesão hiperplásica decorrente de traumas contínuos tais como: traumas mecânicos, câmaras de sucção, dentes fraturados, restos radiculares sobre a mucosa oral, sendo ela de consistência firme, com mesma coloração da mucosa adjacente ou semelhante, de base séssil e forma variada. O tratamento desta lesão se dá pela eliminação da causa para evitar recidivas sendo indicado o impedimento do uso da prótese e a avaliação após 7 ou 15 dias e posterior reavaliação, assim como, por meio da remoção cirúrgica total da lesão quando não há regressão<sup>5,12</sup>.

O cirurgião dentista pode e deve atuar com seu conhecimento e habilidade no sentido de eliminar as lesões ou possíveis formas de evolução para lesão. Os fatores de risco para lesões devem ser eliminados, por meio de ações preventivas e de promoção da saúde<sup>2</sup>. No entanto é preciso traçar um plano de tratamento adequado<sup>3,5,8</sup>.

A partir dos dados apresentados, consegue-se visualizar a necessidade de acesso à atenção básica a população pernambucana, pois é na atenção básica que

será realizada a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer de boca, o qual deve ser prioritário, visando assim amenizar a morbimortalidade. As campanhas educacionais e preventivas de saúde bucal também são de suma importância para sensibilizar a população sobre a necessidade de realizar o autoexame bucal<sup>7,8,10,12</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conclui-se que, atualmente, o perfil epidemiológico das manifestações bucais apresenta a prevalência das seguintes lesões mucocele, estomatite protética, DTM, hiperplasia fibrosa e queilite actínica, com maior prevalência, não tendo predileção pelo sexo, embora as pessoas do sexo feminino são mais acometidas por lesões bucais do que o sexo masculino, e que as faixas etárias mais acometidas são entre 30 a 60 anos, com escolaridade média de ensino fundamental incompleto, e renda familiar de um salário mínimo ou até menos.

A possível prevalência de estomatite se dá pelo mal uso da prótese ou uso prolongado, bem como a precária ou ausência de higienização oral. Já os casos de DTM podem estar relacionados com perda de dimensão vertical, bruxismo, apoio inadequado da mandíbula com frequência, hábitos parafuncionais, onicofagia, traumas, depressão e estresse; as faixas etárias são de 20 a 50 anos.

Dos 242 prontuários analisados, 235 apresentaram lesões benignas e apresentaram lesões 07 malignas.

Embora os agentes carcinogênicos predisponham o desenvolvimento de lesões, não há registro de possíveis associações em nenhum dos prontuários analisados, sugerindo-se uma melhor atenção nesse quesito.

**ABSTRACT**

The objective of this study was to determine the epidemiological profile of oral manifestations, diagnosis, treatment and preservation of cases referring to patients seen in the CEO of Stomatology, Centro Universitário Tabosa de Almeida of ASCES-UNITA, from 2005 to 2015. An analysis of 242 records of patients who presented some type of oral lesion was performed in this period, the data found were classified by type of lesion, sex, age group, anatomical region, schooling and income. The results showed that 97.20% of the lesions were benign and 2.80% malignant, being the most prevalent: Fibrous hyperplasia, mucocele, prosthetic stomatitis, TMD, cheilitis actinica, squamous cell carcinoma and epidermoid carcinoma. Prevalence was observed in female patients, being the affectation in the most varied age groups (3 months to 90 years). On average the patients presented incomplete primary education and family income of a minimum wage. It is concluded that the lesions prevail in females and in the age groups between 30 and 40 years, in the region of palate, TMJ, tongue and lower lip. Although carcinogenic agents participate in the development of lesions, there is no record in the charts analyzed, which suggests a better attention to this requirement.

**KEYWORDS:** diagnosis; lesion; stomatology; oral mucosa; oral pathology.

## REFERÊNCIAS

1. Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Editora Santos, 1994.
2. Silva SF et al. Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 211-220, 2011.
3. Fernandes GF. A 3a Conferência Nacional de Saúde Bucal e as Políticas Públicas de Saúde. 2011. Dissertação [Mestrado], Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2011.
4. Figueiredo N et al. Frequência de óbito por Câncer Bucal em Pernambuco no período de 1970 a 1995. *Rev. Cons. Reg. Odontol*, v. 3, n.1, p. 39-43, Pernambuco, 2000.
5. Volkweis MR, Garcia R, Pacheco CA. Estudo retrospectivo sobre as lesões bucais na população atendida em um Centro de Especialidades Odontológicas. *RGO*, v. 58, n. 1, p. 21-25, Porto Alegre, 2010.
6. Neville BW. et al. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 3. ed. São Paulo: Editora Elsevier, 2009.
7. Martins MAT. et al. Avaliação do conhecimento sobre o câncer bucal entre universitários. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, v. 37, n. 4, p. 191 - 197, 2008.
8. Chaves SCL et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev. Saúde Pública*, v. 44, n. 6, p. 1005-13, São Paulo, 2010.
9. Biazevic MGH et al. Tendências de mortalidade por câncer de boca e orofaringe no Município de São Paulo, Brasil, 1980/2002. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2105-2114. 2006.
10. Vanderlei FAB et al. Importância do exame da cavidade oral no diagnóstico precoce dos tumores de boca. *Rev. Med.*, v. 77, n. 2, p. 101-12, São Paulo, 1998.
11. INCA - Ministério da Saúde. 1996-2001.
12. Araújo BGV, Pinto WI, Soares FD. A importância do Estomatologista no Centro de Especialidades Odontológicas da Policlínica José Paranhos Fontenelle. I Encontro Nacional de Centros de especialidades Odontológicas - CEO e Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família - II Encontro Internacional dos Coordenadores de Saúde Bucal dos Países Latino-Americanos; 2009; Brasília. Brasília: CNSB; 2009.