

## Prevalência de alterações bucais em crianças atendidas nas clínicas de bebês públicas de Ponta Grossa - PR, Brasil

### *Prevalence of oral alterations in infants seen at the public pediatric dental clinics from Ponta Grossa - PR, Brazil*

Márcia Helena BALDANI\*

Célia Maria Da Lozzo LOPES\*\*

William Abib SCHEIDT\*

---

BALDANI, M. H.; LOPES, C. M. D. L.; SCHEIDT, W. A. Prevalência de alterações bucais em crianças atendidas nas clínicas de bebês públicas de Ponta Grossa - PR, Brasil. **Pesqui Odontol Bras**, v. 15, n. 4, p. 302-307, out./dez. 2001.

Com o objetivo de contribuir com dados sobre a prevalência de alterações em cavidade bucal de bebês, foi realizado um estudo transversal envolvendo crianças entre 0 e 24 meses de idade, atendidas nas clínicas de bebês públicas do município de Ponta Grossa - PR. Foram examinados 200 bebês nessa faixa etária – 108 do sexo masculino e 92 do feminino – e os resultados obtidos foram: a) 21,00% das crianças apresentaram alteração de mucosa; b) a faixa etária na qual as alterações foram mais freqüentes foi a dos 0 a 3 meses (26,98%); c) considerando-se apenas as crianças afetadas, as alterações mais prevalentes foram os cistos de inclusão (35,71%), seguidos de língua geográfica (23,81%) e candidíase (11,90%). Os cistos de inclusão foram mais freqüentes no sexo feminino (10,87%) e a língua geográfica foi mais prevalente no sexo masculino (6,48%). Não foram encontrados tumores. O estudo revelou, ainda, que não foi necessário tratamento em 76,19% dos casos. Concluindo, os resultados indicam que a maioria das alterações bucais nessa faixa etária são benignas e não requerem nenhum tipo de tratamento específico. Mesmo assim, faz-se importante que os profissionais que atuam com crianças conheçam tais alterações, no sentido de tranquilizar os pais e de estarem atentos para a necessidade de alguma intervenção.

UNITERMOS: Patologia bucal; Prevalência; Lactente.

---

## INTRODUÇÃO

Muitos aspectos da boca de um bebê são únicos e peculiares a esse período de vida. Na infância, a boca apresenta desenvolvimento constante, estando em relação dinâmica com outros sistemas e órgãos, também em desenvolvimento. Por isso, apresenta estruturas anatômicas únicas, transitórias e características desse período da vida.

Assim como os processos fisiológicos são típicos, também existem alterações de desenvolvimento e patologias próprias dessa faixa etária. Sendo assim, uma variedade de alterações pode ocorrer na cavidade bucal dos bebês, como os cistos de inclusão, os dentes natais ou neonatais, os cistos ou hematomas de erupção, a gengivite erupitiva, dentre outras. Segundo FRIEND *et al.*<sup>5</sup> (1990), tais alterações, geralmente comuns, na grande maioria das vezes são inócuas e resolvem-se com a idade, sem necessidade de tratamento. Devido à

sua natureza efêmera, estudos em crianças mais velhas normalmente subestimam a freqüência destas alterações menores na infância<sup>5</sup>.

CORRÊA *et al.*<sup>3</sup> (1997) comentam que os pediatras, odontopediatras e clínicos gerais, que têm a oportunidade de acompanhar as crianças durante toda a sua infância, têm uma maior possibilidade de detectar qualquer tipo de anomalia. Porém, muitos cirurgiões-dentistas sentem-se inseguros diante dessas alterações, uma vez que raramente examinam bebês antes da erupção dos dentes decíduos. Com o advento da Odontologia para Bebês, enfatizando a atenção precoce e a procura cada vez maior desse serviço pela população, estudos a respeito dos aspectos de normalidade e alterações em cavidade bucal de crianças de pouca idade são necessários. Porém, uma revisão mais detalhada da literatura revela que trabalhos nessa área ainda são escassos em nosso país<sup>3</sup>.

---

\*Professores Assistentes do Departamento de Odontologia; \*\* Professora Adjunta do Departamento de Biologia – Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG).

Diante dos aspectos citados e da necessidade cada vez maior de se conhecer as características bucais dos bebês para que se possa oferecer atenção odontológica de qualidade a esta faixa etária, foi realizado um estudo que teve por objetivo investigar a prevalência de alterações bucais em crianças atendidas nas clínicas de bebês públicas de Ponta Grossa - PR, bem como uma revisão da necessidade de tratamento de tais condições.

## MATERIAL E MÉTODOS

O estudo, transversal, envolveu 200 crianças, sendo 108 do sexo masculino e 92 do sexo feminino, na faixa etária de 0 a 24 meses, que foram atendidas nas clínicas de bebês públicas do município de Ponta Grossa - PR, durante o 2º semestre de 1999. Do total de crianças examinadas, 130 apresentavam idade entre 0 e 12 meses e 70 delas, entre 13 e 24 meses.

O exame clínico dos bebês foi realizado em macri (maca-criança), com luz natural, espátula abaixa-língua ou gaze embebida em água, o qual foi conduzido por um único examinador (odontopediatra). Os pacientes que apresentaram alterações em cavidade bucal passaram por um segundo exame, em dispensário odontológico, com luz de refletor. Este foi conduzido por dois examinadores – um odontopediatra e um estomatologista – e, quando necessário, foi instituído o tratamento.

Convencionou-se que os casos que apresentassem indicação, e quando não existisse qualquer outra alternativa de tratamento, seriam encaminhados ao centro cirúrgico para a realização da biópsia, pela mesma equipe, sendo o material excisionado analisado por meio de exame histopatológico.

As alterações estomatológicas foram assim consideradas:

1. Lesões de mucosa bucal relacionadas com dentes natais ou neonatais:
  - Doença de Riga-Fede – ulceração na base da língua, ocasionada pela presença de dente natal ou neonatal. Considerou-se dente natal aquele presente ao nascimento e com, no mínimo, a borda incisal irrompida; e dente neonatal aquele que erupcionou nos primeiros trinta dias de vida<sup>3</sup>.
2. Alterações congênicas:
  - Cistos de inclusão (microqueratocistos) – pápulas ou máculas esbranquiçadas, firmes, circunscritas, localizadas na mucosa dos processos alveolares ou do palato duro. Foram subdivididos, segundo sua localização, em alveolares e palatinos<sup>12</sup>.

- Língua geográfica (glossite migratória benigna) – áreas lisas, circunscritas, com margens limitadas e bem definidas, localizadas na porção dorsal da língua<sup>8</sup>.
  - Anquiloglossia – inserção do freio lingual na base do processo alveolar<sup>4</sup>.
3. Lesões com retenção de líquido:
    - Cisto de erupção – lesão cística, situada na mucosa superficial à coroa do dente em erupção<sup>4</sup>.
    - Hematoma de erupção – lesão cística, com coloração azulada ou púrpura, situada na mucosa superficial à coroa do dente em erupção<sup>4</sup>.
  4. Alterações gengivais:
    - Gengivite – alteração da forma, textura, cor, volume e contorno gengivais, às vezes com sangramento, ocasionada por má higienização<sup>2</sup>.
    - Gengivite de erupção – inflamação localizada da gengiva, hiperemia da mucosa alveolar, dor espontânea, febre ocasional, recusa à alimentação, causadas por dente em erupção<sup>2</sup>.
  5. Doenças infecciosas:
    - Candidíase – placa (pseudomembrana) esbranquiçada e mole que recobre a língua, bochecha ou palato mole, cuja remoção deixa uma superfície eritematosa<sup>18</sup>.
    - Gengivostomatite herpética primária – gengiva edemaciada, dolorida, com múltiplas vesículas que se rompem e formam erosões. Outros sintomas são: sialorréia, febre, irritabilidade, cefaléia, dor e linfadenopatia regional<sup>18</sup>.
  6. Tumores – definidos através de exame clínico e histopatológico.
  7. Outros – outras alterações, diagnosticadas de acordo com relatos na literatura.

As alterações de desenvolvimento das estruturas bucais e faciais, como as fendas labiopalatinas e aquelas relativas à inserção do freio labial superior, por tratarem-se de condições específicas, largamente descritas na literatura, não foram incluídas no estudo.

Para a análise dos dados, as 200 crianças examinadas foram alocadas em três grupos, sendo: 63 bebês (31,50%) com idade de 0 a 3 meses; 67 (33,50%), entre 4 e 12 meses; e 70 deles (35,00%), na faixa etária de 13 a 24 meses. O critério para a subdivisão dos grupos levou em consideração as faixas etárias nas quais determinadas alterações são mais prevalentes, segundo revisão de literatura. As informações coletadas foram analisadas através do programa Microsoft Excel<sup>10</sup>, descritas em frequências absolutas e apresentadas em forma de tabelas.

## RESULTADOS

Os resultados do estudo estão apresentados nas Tabelas 1, 2, 3, 4 e 5. A Tabela 1 mostra que 21,00% das crianças apresentaram alterações na cavidade bucal. Segundo a distribuição por idade (Tabela 1), observa-se uma maior proporção de alterações na faixa de 0 a 3 meses (26,98%), seguido da faixa de 13 a 24 meses (21,43%). Houve uma discreta predominância de alterações bucais no sexo feminino (22,83%), em relação ao masculino (19,44%).

A Tabela 2 apresenta as alterações encontra-

**TABELA 1** - Prevalência de alterações bucais por idade (em meses).

Idade	Total de crianças	Crianças com alteração	Crianças sem alteração	Prevalência (%)
0-3	63	17	46	26,98
4-12	67	10	57	14,93
13-24	70	15	55	21,43
Total	200	42	158	21,00

**TABELA 2** - Prevalência de cada tipo de alteração.

Alterações estomatológicas	Tipo de alteração	Crianças com alteração	Prevalência (%)
Dentes natais e neonatais	Doença de Riga-Fede	0	0
Alterações congênicas	Cistos de inclusão	15	7,50
	Língua geográfica	10	5,00
	Anquiloglossia	2	1,00
Doenças infecciosas	Candidíase	5	2,50
	Gengivostomatite herpética	0	0
Lesões com retenção de líquido	Cisto/hematoma de erupção	2	1,00
Alterações gengivais	Gengivite – trauma	2	1,00
	Gengivite – erupção	3	1,50
Tumores		0	0
Outros	Petéquias	2	1,00
	Nevos	1	0,50
Sem alteração		158	79,00
Total		200	100,00

das. Nota-se que as mais prevalentes foram as alterações congênicas (13,50%), sendo estas os cistos de inclusão (microqueratocistos) - 7,50% ; a glossite migratória benigna - 5,00%; e a anquiloglossia - 1,00%. As doenças infecciosas aparecem em segundo lugar (2,50%), representadas principalmente pela candidíase. Considerando-se apenas as crianças afetadas, pode-se dizer que 35,00% delas apresentaram cistos de inclusão; 24,00%, língua geográfica e 12,00%, candidíase.

De acordo com a faixa etária (Tabela 3), as alterações mais prevalentes no grupo de 0 a 3 meses foram os cistos de inclusão (20,63%), os quais também foram observados em duas crianças de 4 meses de idade. A candidíase também foi encontrada com maior frequência no grupo dos 0 a 3 meses. Com relação ao grupo de 13 a 24 meses, pode-se observar que as alterações relacionadas com a erupção apresentaram-se mais frequentes do que nos grupos anteriormente descritos: gengivite de erupção (dois casos), e cisto/hematoma de erupção (um caso).

Analisando-se a distribuição das alterações segundo o sexo (Tabela 4), observa-se que os cistos de inclusão ocorreram com maior frequência nas meninas (10,87%) do que nos meninos (4,63%). A língua geográfica, por sua vez, foi mais prevalente

**TABELA 3** - Distribuição de crianças segundo o tipo de alteração e a idade em meses.

Alteração	0-3		4-12		13-24	
	n	%	n	%	n	%
Cistos de inclusão	13	20,63	2	2,99	0	0,00
Língua geográfica	0	0,00	4	5,97	6	8,57
Anquiloglossia	1	1,59	1	1,49	0	0,00
Candidíase	4	6,35	0	0,00	1	1,43
Cisto/hematoma de erupção	0	0,00	1	1,49	1	1,43
Gengivite – trauma	0	0,00	0	0,00	2	2,86
Gengivite – erupção	0	0,00	1	1,49	2	2,86
Petéquias	0	0,00	0	0,00	2	2,86
Nevos	0	0,00	0	0,00	1	1,43
Sem alteração	45	71,43	58	86,57	55	78,57
Total	63	100,00	67	100,00	70	100,00

**TABELA 4** - Distribuição de crianças segundo o tipo de alteração e o sexo.

Alteração	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
Cistos de inclusão	5	4,63	10	10,87
Língua geográfica	7	6,48	3	3,26
Anquiloglossia	0	0,00	2	2,17
Candidíase	3	2,78	2	2,17
Cisto/hematoma de erupção	1	0,93	1	1,09
Gengivite – trauma	1	0,93	1	1,09
Gengivite – erupção	2	1,85	1	1,09
Petéquias	1	0,93	1	1,09
Nevos	1	0,93	0	0,00
Sem alteração	87	80,56	71	77,17
Total	108	100,00	92	100,00

**TABELA 5** - Distribuição dos casos segundo a necessidade de tratamento.

Tratamento	Número de casos	%
Nenhum – observação	32	76,19
Higienização	3	7,14
Higienização + antitérmicos + antiinflamatórios	2	4,76
Higienização + antibióticos	5	11,90
Intervenção cirúrgica	0	0,00
Total	42	100,00

no sexo masculino (6,48%). Nota-se que a anquiloglossia apareceu apenas no sexo feminino (2 casos) e as outras alterações ocorreram com frequência semelhante para ambos os sexos.

Na Tabela 5, observa-se que, para a maioria das condições, não houve necessidade de tratamento (76,19%), sendo realizado apenas o acompanhamento do caso.

## DISCUSSÃO

Os cistos de inclusão foram as alterações mais prevalentes encontradas. Tradicionalmente classificados por FROMM<sup>6</sup> (1967) como nódulos de Bohn, pérolas de Epstein e cistos de lâmina dentária, os cistos de inclusão têm sido denominados atualmente de microqueratocistos<sup>12</sup>. Relatos na li-

teratura apontam para uma prevalência próxima de 75% para amostras compostas por bebês recém-natos, examinados na primeira semana de vida<sup>6,17</sup>. Os resultados apresentados no presente estudo (7,50%) mostraram-se semelhantes aos encontrados por WALTER<sup>17</sup> (1990), que examinou bebês entre 0 e 24 meses, pacientes da Bebê-Clinica da Universidade Estadual de Londrina, e encontrou uma prevalência de 6,96% entre 0 e 12 meses, e 0,56% entre 13 e 24 meses. Os resultados deste estudo mostram uma maior ocorrência de cistos de inclusão na faixa etária entre 0 e 3 meses. Tais achados condordam com os relatados por MOREILLON; SCHROEDER<sup>11</sup> (1982), os quais sugerem que o número de cistos diminui gradualmente na vida fetal tardia e nos primeiros meses de vida, até desaparecerem. O presente estudo identificou uma prevalência maior de cistos de inclusão no sexo feminino (10,87%) do que no masculino (4,63%). Tal achado difere do relatado por FROMM<sup>6</sup> (1967), que não encontrou grandes variações na prevalência quanto ao sexo: 76,5% no masculino e 73,5% no feminino. Uma vez que a amostra definida para o presente estudo foi pequena, quando comparada com outros de maior abrangência, novas pesquisas, utilizando maior número de bebês, seriam necessárias para confirmar tais resultados.

A glossite migratória benigna constitui um achado comum na clínica odontopediátrica e tem sido relatada na literatura com prevalência variando desde 1,0 a 2,5%<sup>15</sup>, até 14%<sup>9</sup>. Os resultados obtidos neste estudo (5,00%) condizem com os relatados por PUGLIESE *et al.*<sup>12</sup> (1972), que encontraram uma prevalência de 5,22% em escolares da cidade de São Paulo. Estudos recentes têm relacionado a língua geográfica com atopia, principalmente em pessoas que são suscetíveis a desenvolver doenças inflamatórias agudas nas superfícies em contato com o meio externo<sup>9,13</sup>.

A candidíase também foi encontrada com maior frequência na faixa etária de 0 a 3 meses. Os resultados deste estudo condizem com o estudo de BLASCHKE<sup>1</sup> (1998), segundo o qual a candidíase é uma patologia relativamente comum em recém-natos e lactentes.

Por sua vez, as alterações relacionadas com a erupção aparecem com mais frequência no grupo de 13 a 24 meses. Este fato se justifica, uma vez que tais alterações são mais comuns durante a erupção dos molares. Também nessa idade ocorre o maior número de traumatismos, pois coincide com o período em que a criança está aprendendo a andar e cai com facilidade.

No presente estudo, não foram identificados tumores e lesões passíveis de biópsia. Os resultados estão de acordo com relatos na literatura que afirmam que essas alterações são raras e, na maioria das vezes, benignas em crianças<sup>14,16</sup>.

Uma etapa importante deste estudo diz respeito ao tratamento das alterações bucais. Os resultados mostram que a maioria dos casos não necessitou tratamento (76,19%). Neste grupo, encontram-se: cistos de inclusão, língua geográfica, anquiloglossia, cisto/hematoma de erupção, petéquias palatinas e nevus. A higiene bucal foi preconizada para todos os casos.

A higienização da boca com gaze/fralda embebida em água oxigenada diluída na proporção de 1/4 foi recomendada como medida terapêutica em 7,14% dos casos, dentre eles, as gengivites ocasionadas por trauma ou por erupção difícil, sem comprometimento sistêmico. Os dentes traumatizados examinados (2 casos) mostravam gengiva marginal inflamada, o que foi atribuído, além do trauma, ao acúmulo de placa bacteriana na região, uma vez que a mesma deixou de ser higienizada após o acidente<sup>2</sup>.

Dois casos de gengivite ocasionada por erupção difícil (4,76%), nos quais os pacientes apresentavam-se com febre (menor que 39°C), irritabilidade, dificuldade de alimentação, gengivas edemaciadas e sangrantes, foram tratados com analgésicos/antitérmicos e anti-inflamatórios, para o controle sistêmico do processo. Para o controle tópico, foi recomendada higienização com água oxigenada diluída, bem como aplicação de cloridrato de benzidamina (Flogoral colutório) no local<sup>4</sup>. Os sin-

tomas persistiram por 7 a 14 dias e depois desapareceram. Uma possível correlação entre tal sintomatologia durante a erupção de dentes decíduos e infecção pelo herpesvírus (HSV) foi relatada por KING *et al.*<sup>7</sup>, em 1992.

Os casos de candidíase (11,90%) foram tratados através de higienização com solução saturada de bicarbonato de sódio e um antifúngico à base de nistatina (Micostatin), sendo que a dose recomendada foi a indicada pelo fabricante para o peso e a idade da criança. As mães foram instruídas a realizarem também a higienização dos seios antes e após a amamentação, para evitar a recontaminação. Os sintomas desapareceram entre 10 e 14 dias.

## CONCLUSÕES

1. Das crianças examinadas, 21,00% apresentaram alterações bucais.
2. As alterações congênitas, como os cistos de inclusão, a língua geográfica e a anquiloglossia, foram as alterações mais comuns entre essas crianças (13,50%). Em segundo lugar aparece a candidíase (2,50%).
3. Não foi necessário tratamento para 76,19% das alterações encontradas na cavidade bucal dos bebês.
4. Os resultados confirmam que as alterações em cavidade bucal de bebês não são raras e, portanto, é importante que os profissionais que atendem crianças as conheçam, no sentido de tranquilizar os pais e de estarem atentos para a necessidade de alguma intervenção.

---

BALDANI, M. H.; LOPES, C. M. D. L.; SCHEIDT, W. A. Prevalence of oral alterations in infants seen at the public pediatric dental clinics from Ponta Grossa - PR, Brazil. **Pesqui Odontol Bras**, v. 15, n. 4, p. 302-307, out./dez. 2001.

This investigation was carried out in order to determine the prevalence of oral alterations among 200 infants aged 0 to 24 months (108 males and 92 females), who were seen at public pediatric dental clinics from Ponta Grossa - PR, Brazil. The infants were examined during routine appointments. The data were analyzed and the results revealed that 21.00% of the children had oral conditions, which were more frequent among children aged 0 to 3 months (26.98%). The most prevalent condition was the inclusion cyst (35.71%), followed by benign migratory glossitis (23.81%) and candidiasis (11.90%). The prevalence of inclusion cysts was higher among females (10.87%), and the benign migratory glossitis was more frequently seen in males (6.48%). No tumors were found. With regard to the management of the conditions, it was noticed that no treatment was required in 76.19% of the cases. These findings are in agreement with those reported in the literature, and it was concluded that most of the oral conditions in infants are benign and do not require any treatment. In spite of that, health professionals (dentists and pediatricians) must be aware of those alterations in order to tranquilize the children's parents and to detect the need for any intervention.

UNITERMS: Pathology, oral; Prevalence; Infant.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BLASCHKE, H. R. Vertical transmission of *Candida* and its consequences. **Mycoses**, v. 41, n. 2, p. 31-36, 1998.
2. CABRAL, F. C. A periodontia na primeira infância. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo : Santos, 1999. p. 355-388.
3. CORRÊA, M. S. N. P.; VILLENA, R. S.; FRASCINO, S. M. V. Avaliação clínica das características da cavidade bucal e da ocorrência de anomalias em recém-nascidos. **Rev Paul Odontol**, v. 19, n. 3, p. 34-40, maio/jun. 1997.
4. CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo : Santos, 1999. 679 p.
5. FRIEND, G. W.; HARRIS, E. F.; MINCER, H. H. Oral anomalies in the neonate, by race and gender, in an urban setting. **Pediatr Dent**, v. 12, n. 3, p. 157-161, May/June, 1990.
6. FROMM, A. Epstein's pearls, Bohn's nodules and inclusion-cysts of the oral cavity. **J Dent Child**, v. 34, n. 4, p. 275-287, Jul. 1967.
7. KING, D. L.; STEINHAEUER, W.; GARCIA-GODOY, F. Herpetic gingivostomatitis and teething difficulty in infants. **Pediatr Dent**, v. 14, n. 2, p. 82-85, Mar. 1992.
8. MARKS, R.; CZARNY, D. Geographic tongue - sensitivity to the environment. **J Oral Surg**, v. 58, n. 2, p. 156-159, Aug. 1984.
9. MASSLER, M.; SAVARA, B. S. Natal and neonatal teeth. **J Pediatr**, v. 36, p. 349-359, 1950.
10. MICROSOFT. **Office 97 - Standard**. CD-ROM.
11. MOREILLON, M. C.; SCHROEDER, H. E. Numerical frequency of epithelial abnormalities, particularly microkeratocysts, in the developing human oral mucosa. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v. 53, n. 1, p. 44-55, Jan. 1982.
12. PUGLIESE, S. N.; ARAÚJO, V. C.; BIRMAN, E. G.; ARAÚJO, N. S. Prevalência da língua geográfica, língua fissurada, língua pilosa e da glossite mediana rombóide em escolares do município de São Paulo. **Rev Fac Odontol Univ São Paulo**, v. 10, n. 2, p. 139-142, jul./dez. 1972.
13. SIGAL, M. J.; MOCK, D. Symptomatic benign migratory glossitis - report of two cases and literature review. **Pediatr Dent**, v. 14, n. 6, p. 392-395, Nov./Dec. 1992.
14. TANAKA, N.; MURATA, A.; YAMAGUCHI, A. Clinical features and management of oral and maxillofacial tumors in children. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v. 88, n. 1, p. 11-15, Jul. 1999.
15. UAUY, E. D.; CELIS, A.; MARTINEZ, A. Estudio epidemiológico de los quistos de la mucosa bucal del recién nacido. **Rev Asoc Odontol Argentina**, v. 68, n. 8, p. 511-513, Dec. 1980.
16. VALENTIM, C. Condições patológicas da cavidade bucal na infância. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontologia na primeira infância**. São Paulo : Santos, 1999. p. 613-629.
17. WALTER, L. R. F. **Odontologia aplicada ao primeiro ano de vida: manual de orientação e procedimentos destinados ao profissional de Odontologia**. Convênio UEL-FINEP, nov. 1990 (mimeo).
18. WALTER, L. R. F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para o bebê**. São Paulo : Artes Médicas, 1996. 246 p.

Recebido para publicação em 06/02/01  
Enviado para reformulação em 06/04/01  
Aceito para publicação em 11/07/01



**SBPqO**  
SOCIEDADE BRASILEIRA  
DE PESQUISA ODONTOLÓGICA  
Divisão Brasileira da IADR



Visite a página da  
**SBPqO na "Internet":**  
***http://www.sbpqo.org.br***

**SBPqO - Av. Professor Lineu Prestes, 2.227**  
**CEP 05508-900 - Cidade Universitária - São Paulo - SP**  
**Tel./Fax: 0\*\*11-3818-7855 - "E-mail": *sbpqo@sbpqo.org.br***