

**TABAGISMO E SAÚDE BUCAL NOS USUÁRIOS DOS
SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE, CUIABÁ - MT**

LETÍCIA TEIXEIRA VITALE AYOUB

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso para obtenção do Título de Mestre.

Área de concentração: Epidemiologia

ORIENTADOR: PROF. DR. CLÓVIS BOTELHO

CO-ORIENTADOR: PROF. MS NARCISO

SANTANA DA SILVA

Cuiabá

2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**TABAGISMO E SAÚDE BUCAL NOS USUÁRIOS DOS
SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE, CUIABÁ - MT**

LETÍCIA TEIXEIRA VITALE AYOUB

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso para obtenção do Título de Mestre.

Área de concentração: Epidemiologia

**ORIENTADOR: PROF. DR. CLÓVIS BOTELHO
CO-ORIENTADOR: PROF. MS NARCISO
SANTANA DA SILVA**

Cuiabá
2005

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores. Ao usá-lo, cite a fonte.

Assinatura:

Data: Setembro 2005

V836t Vitale, Letícia Teixeira Ayoub.

Tabagismo e saúde bucal nos usuários dos serviços odontológicos do SUS. / Letícia Teixeira Vitale Ayoub. – Cuiabá: a autora, 2005.
177p.

Orientador: Prof. Dr. Clóvis Botelho.

Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Mato Grosso. Instituto de Saúde Coletiva. Campus Cuiabá.

1. Saúde Pública. 2. Odontologia. 3. Saúde bucal. 4. Tabagismo.
5. Epidemiologia. 6. Sistema de Saúde. 7. SUS. 8. Cuiabá. I. Título.

CDU 616.314

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Braz e Isa, que mesmo distante participaram de mais esta etapa da minha vida profissional incentivando e dando forças para a caminhada.

Aos meus irmãos, Livia e André Luiz e à “Vó” Lucila que nos brinda com a sua saúde e carinho.

E especialmente ao meu esposo Mitri pela compreensão nas ausências e incentivo durante todo o período de curso.

AGRADECIMENTOS

Os meus sinceros agradecimentos ao Prof. Dr. Clóvis Botelho pela orientação prestada, apoio nas horas de dificuldade e acima de tudo por ter acreditado no projeto e permitido que assim o realizássemos.

Ao amigo, Mestre e Co-orientador Prof. Narciso Santana da Silva que foi o primeiro a acreditar no sonho da “odontologia para todos” e o grande responsável pelo modelo de saúde bucal de Cuiabá ter se tornado uma referência nacional. Pelo exemplo de dedicação e sabedoria, incentivo e apoio para a conclusão desse mestrado, gostaria de deixar registrado a minha admiração e meus agradecimentos.

Ao Prof. Dr. Edinaldo Castro Silva pela sensibilidade e compreensão nos momentos mais difíceis.

Aos professores do Mestrado em Saúde Coletiva, especialmente à Prof. Dr^a Lenir Vaz Guimarães e Gisela Soares Brünken pelas orientações quando da qualificação do projeto e ao Prof. Dr. João Henrique G. Scatena pela dedicação e presteza à frente da coordenação do curso.

A Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá pelo apoio e estrutura cedida para a realização da pesquisa.

À ABO-MT, especialmente à cirurgiã dentista Alba R. Medeiros, pela colaboração e cedência do espaço para o treinamento e calibração dos examinadores.

Á Prof. Dr^a Renata Tucci que prontamente aceitou o convite para participar do treinamento dos examinadores nos engrandecendo com seu conhecimento.

À cirurgiã dentista Rita de Cássia Sinohara pela colaboração irrestrita no treinamento e calibração dos examinadores.

Às colegas de profissão e amigas Cíntia M^a Espírito Santo S. F. Ferracini e Silvia Lídia A. S. Dantas pela compreensão e ajuda.

Aos gerentes, das nove Clínicas Odontológicas onde foram realizados as entrevistas e os exames, Andréa R. Mateus, Benvindo Souza, Cláudia Cortizo, Enáuzera B. Azevedo, Patrícia C. Suguri, Rodolfo V. Fortunato Terezinha Pereira, Valéria Fortunato e Vânia Oliveira R. Cunha pela aceitação do projeto e apoio na organização.

Aos entrevistadores, Cleuza José Ferreira, Cristiane Rosália de Souza, Durvalina da Rosa Brito, Edjane Alice Silva Torres, Eledil S. Carvalho da Costa, Margarida Maria Silva Barros, Maria Edineli F. de Almeida, Mariá Trindade e Rosiclei M. Marinho que foram os responsáveis pela coleta dos dados desta pesquisa e sem os quais não seria possível a realização do projeto.

Aos cirurgiões(ãs) dentistas examinadores, Adilson Luis Matos Nascimento, Camila Aragon Dezordi, Carlos Eduardo da Silva Farina, Cláudia Molina de França Andrade, Gabriel Ribeiro Arantes, Gonçalo B. Cuyabano de Malheiros, Jean Carlo Agostini, Marilda Dervalhe, Mário Luis Corrêa Tocantins, Michele de Alencar Nicolau, Mileiny Vicentin, Patrícia Leão Castillo, Paulo César de Barros Silva Filho, Rejane Cristina da Costa Nascimento, Rúbia Bertoldo Vestena, Simone Pires Salomé e Sumaia A. Corrêa da Costa, pela dedicação, disposição e sensibilidade com que atenderam ao convite para participar da pesquisa.

De forma especial aos pacientes e a todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para a realização deste estudo.

RESUMO

Vitale LTA. **Tabagismo e saúde bucal nos usuários dos serviços odontológicos do SUS, Cuiabá-MT.** Cuiabá; 2005. [Dissertação de Mestrado – Instituto de Saúde Coletiva da UFMT].

Objetivo: Analisar a associação entre o tabagismo e as alterações da saúde bucal nos usuários dos serviços odontológicos do Sistema Único de Saúde em Cuiabá. **Métodos:** Realizou-se entrevista com questionário semi-estruturado e exame clínico bucal em 1040 usuários dos serviços odontológicos do SUS-Cuiabá, pré-agendados para primeira consulta nos meses de novembro e dezembro de 2004. Nas entrevistas colheu-se informações sócio-demográficas, uso de drogas e bebidas alcoólicas, história patológica pregressa e absenteísmo por problemas bucais. Constaram do exame clínico a detecção de lesões de mucosa, verificação das condições periodontais e dentárias, presença de próteses e necessidade de reabilitação protética. Foram aplicados testes de associação (RP e χ^2) em um nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** Dos 1040 usuários, 67,4% eram do sexo feminino e 32,6% do sexo masculino, sendo que, 89,1% tinham renda mensal de até 2 salários mínimos, 18,3% se consideraram fumantes regulares, 17,8% ex-fumantes e 63,9% não fumantes. Os fumantes tinham em média 35,5 anos, fumavam 12,8 cigarros ao dia e iniciaram o tabagismo na adolescência. Segundo o Teste de Fargeström, 23,1% tinham elevada dependência e 72,6% já haviam tentado parar. Os fumantes apresentaram mais lesões de mucosa e maior CPOD. O tabagismo se mostrou associado à escolaridade, sexo, religião, estado civil, absenteísmo devido a problemas bucais, drogas, bebida, CPOD, raízes expostas, leucoplasias, perdas de inserção acima de 8 mm, necessidade protética superior e inferior. **Conclusões:** Os fumantes apresentaram piores condições de saúde bucal e maior necessidade de reabilitação protética. O tabagismo se mostrou associado à maioria das alterações bucais encontradas.

Descritores: Tabagismo. Saúde Bucal. Epidemiologia

SUMMARY

Vitale LTA. **Tabagismo e saúde bucal nos usuários dos serviços odontológicos do SUS, Cuiabá-MT.** [Tobacco and oral health of the users of public and dental services, Cuiabá-MT]. Cuiabá (BR); 2005. [Dissertation-Instituto de Saúde Coletiva UFMT Brazil].

Objective: Analyze the association between tobacco and the oral health alterations on users of dental services of SUS in Cuiabá. **Methods:** Interview with standard questionnaire and buccal clinical examination were applied in 1040 users of the dental services from SUS-Cuiabá, prebooked for the first session in the months of November and December of 2004. During the interviews social-economical information, use of drugs and alcohol, previous pathological history, and absenteeism because of oral problems were collected. The clinical examination was consisted of detection of the oral membrane lesions, verification of the periodontics and dental conditions, presence of prostheses and necessity of prosthetic rehabilitation. Association tests were applied (PR and χ^2) to a significance level of 5% and confidence interval of 95%. **Results:** From the 1040 users, 67.4% were female and 32.6% were male; 89.1% had a monthly income up to 2 minimum wages; 18.3% considered themselves regular smokers; 17.8% ex-smokers; and 63.9% non-smokers. The smokers were average 35.5 years old; smoked average 12.8 cigarettes a day; started smoking in adolescence. When applying Fargeström Test, 23.1 had high dependence and 72.6% have already tried to stop. Smokers presented more lesions in the membrane and DMF-T. Tobacco was associated with schooling; sex; religion; marital status; absenteeism due to oral problems; drugs; alcohol; DMF-T; exposed roots; leucoplakias; insertion losses over 8 mm; superior and inferior prosthetic. **Conclusions:** The smokers had presented worse conditions of oral health and the highest necessity of prosthetic rehabilitation. The tobacco was associated to the most of the oral alterations found.

Descriptors: Tobacco. Oral Health. Epidemiology .

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo algumas variáveis sócio-demográficas.....	41
Tabela 2 Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo a ocupação.....	42
Tabela 3 Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo sexo e faixa etária.....	43
Tabela 4 Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo atividade física, higiene bucal e material utilizado para higiene.....	43
Tabela 5 Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo o uso de drogas ilícitas, álcool e Teste CAGE.....	44
Tabela 6 Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo a história patológica pregressa, uso de medicamento e tratamento de câncer.....	45
Tabela 7 Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo relato de absenteísmo.....	46
Tabela 8 Média, mediana e desvio padrão de algumas variáveis relacionadas aos usuários fumantes.....	46
Tabela 9 Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo os seis quesitos do Teste de Fargeström.....	47
Tabela 10 Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo as categorias do grau de dependência.....	48

Tabela 11 Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo a informação sobre querer parar de fumar e percepção acerca dos malefícios do tabagismo.....	48
Tabela 12 Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo a presença de lesões de mucosa bucal.....	49
Tabela 13 Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo o tipo de lesão de mucosa bucal.....	49
Tabela 14 Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo a localização da lesão de mucosa bucal.....	50
Tabela 15 Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo os sextantes examinados e excluídos por índice CPI e PIP.....	50
Tabela 16 Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo os sextantes válidos por categorias do índice CPI.....	51
Tabela 17 Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo os sextantes válidos por categorias do índice PIP.....	52
Tabela 18 Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo a condição periodontal (máximo índice CPI) por indivíduo.....	52
Tabela 19 Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo a condição periodontal (máximo índice PIP) por indivíduo.....	53
Tabela 20 Média, mediana e desvio padrão dos usuários fumantes e não fumantes em relação às condições dentárias.....	54

Tabela 21 Média, mediana e desvio padrão dos usuários fumantes e não fumantes em relação às condições da raiz.....	54
Tabela 22 Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo as condições protéticas encontradas.....	55
Tabela 23 Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo as necessidades protéticas detectadas.....	56
Tabela 24 Prevalência de fumantes, razão de prevalência e intervalo de confiança, segundo algumas variáveis socioeconômicas.....	57
Tabela 25 Prevalência de fumantes, razão de prevalência e intervalo de confiança, segundo algumas variáveis sócio-demográficas.....	58
Tabela 26 Prevalência de fumantes, razão de prevalência e intervalo de confiança, segundo variáveis relacionadas ao estilo de vida.....	59
Tabela 27 Razão de prevalência entre fumantes e não fumantes segundo o absenteísmo por motivo odontológico.....	60
Tabela 28 Razão de prevalência entre fumantes e não fumantes segundo a higiene bucal.....	60
Tabela 29 Razão de prevalência entre fumantes e não fumantes, segundo as condições dentárias.....	61
Tabela 30 Razão de prevalência entre fumantes e não fumantes, segundo as necessidades protéticas.....	61
Tabela 31 Razão de prevalência entre fumantes e não fumantes, segundo a presença de lesão de mucosa.....	62

Tabela 32 Razão de prevalência entre fumantes e não fumantes, segundo os índices CPOD, CPI e PIP individual.....	63
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CPI	Índice Periodontal Comunitário
CPO	Cariados, perdidos e restaurados
CPOD	Dentes cariados, perdidos e restaurados
DDT	Diclorodifeniltricloreto
GUNA	Gengivite ulceronecrosante aguda
HPP	História patológica progressiva
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIP	Perda de Inserção Periodontal
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de domicílio
PNSN	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
PPR	Prótese parcial removível
PT	Prótese total removível
RP	Razão de prevalência
SUS	Sistema Único de Saúde
US	United States (Departamento de Saúde dos Estados Unidos)
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

RESUMO	vi
SUMMARY	vii
LISTA DE TABELAS	viii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xii
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Tabaco e Tabagismo	2
1.2 Tabagismo no Brasil	5
1.3 Nicotina e seus efeitos no organismo humano	6
1.4 Tabagismo e alterações bucais	8
1.4.1 Câncer bucal	9
1.4.2 Doença periodontal	11
1.4.3 Perda óssea alveolar	13
1.4.4 Implantes (osseointegração)	14
1.4.5 Leucoplasia	14
1.4.6 Ceratose da bolsa de tabaco ou Bolsa de inalação ..	15
1.4.7 Fibrose submucosa oral	16
1.4.8 Estomatite nicotínica ou palato de fumante ou hiperqueratose nicotínica	16
1.4.9 Candidíase oral	17

1.4.10 Pigmentação melânica	17
1.4.11 Língua pilosa	18
1.4.12 Halitose	19
1.4.13 Aftas e cicatrização de feridas	19
1.4.14 Fissuras labiopalatais	20
1.4.15 Alterações relacionadas à estética	20
1.4.16 Alterações na saliva	21
1.4.17 Cárie dental	22
2 OBJETIVOS	23
2.1 Objetivo geral	23
2.2 Objetivos específicos	23
3 MÉTODOS	24
3.1 Tipo de estudo	24
3.2 Local de estudo	24
3.3 População de estudo	25
3.4 Materiais utilizados	26
3.5 Teste Piloto	27
3.6 Entrevista	28
3.7 Treinamento dos profissionais de saúde envolvidos na pesquisa	29

3.8 Exame clínico odontológico e critérios de diagnóstico	30
3.8.1 Exame da mucosa bucal	31
3.8.2 Exame das condições periodontais	31
3.8.3 Exame das condições dentárias	34
3.8.4 Exame das condições e necessidades protéticas	36
3.9 Análise dos resultados	36
3.9.1 Análise exploratória inicial	37
3.9.2 Cálculo das prevalências e razão de prevalência.....	38
4 RESULTADOS	39
4.1 Análise comparativa entre fumantes e não fumantes e perfil dos fumantes	39
4.2 Razão de prevalência entre fumantes testes estatísticos	56
4.3 Razão de prevalência entre fumantes e não fumantes e testes estatísticos	59
5 DISCUSSÃO	64
5.1 Do método	64
5.2 Da caracterização da população de estudo	66
5.2.1 Variáveis sócio-demográficas	66
5.2.2 Variáveis relacionadas ao estilo de vida	69
5.2.3 Variáveis relacionadas à história patológica progressiva	70

5.2.4 Lesões e condições bucais encontradas	71
5.3 Das características dos tabagistas e fatores associados	80
5.3.1 Variáveis sócio-demográficas	83
5.3.2 Absenteísmo e variáveis relacionadas ao estilo de vida	86
5.3.3 Variáveis uso de drogas	88
5.3.4 Variáveis relacionadas à saúde bucal	90
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
7 CONCLUSÕES	98
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
APÊNDICES	
Apêndice 1: Manual de instruções entrevistador	Ap 1
Apêndice 2: Manual de instruções examinador/anotador	Ap 11
Apêndice 3: Análise exploratória inicial	Ap 29
ANEXOS	
Anexo 1: Termo de consentimento livre e esclarecido	A 1
Anexo 2: Questionário socioeconômico e tabagismo	A 2
Anexo 3: Ficha de avaliação da saúde bucal	A 4

1 INTRODUÇÃO

A mudança no perfil nosológico mundial, indicando uma reta ascendente na incidência das doenças crônico-degenerativas, e a saúde entendida de forma ampla e não de maneira simplista como ausência de enfermidade, estimula os profissionais de saúde a organizarem soluções para problemas antes não considerados da área propriamente dita.

Durante séculos a odontologia se calou perante as situações em que a cavidade oral não estivesse diretamente envolvida. Somente nas últimas décadas houve um incremento nas pesquisas que dizem respeito à etiologia e relação causal dos hábitos e estilo de vida relacionados às doenças que acometem os tecidos bucais (JONES 2000).

Vários autores recomendam aos profissionais, não só da odontologia, mas de saúde em geral, que a abordagem dos fatores de risco comuns a várias enfermidades seja utilizada com frequência em sua prática diária. Relatam que a promoção da saúde, em seu sentido amplo, deve melhorar a qualidade de vida das pessoas através de ações no sentido de criar condições favoráveis que facilitem a mudança de hábitos nocivos à saúde. Entre estas ações estão a mudança, redução e erradicação do tabagismo, que se sabe estar associados a doenças cardíacas, respiratórias e câncer, tanto quanto às doenças da cavidade oral (JONES 2000, SHEIHAM e MOYSÉS 2000, PINTO 2000).

Estatísticas dão conta que metade das pessoas que fumam hoje, aproximadamente 650 milhões em todo o mundo, morrerá precocemente pelo uso do tabaco, sendo o tabagismo responsável pela morte de 1 em cada 10 adultos. É considerado o quarto fator de risco mais comum das enfermidades que acometem humanos (WHO 2004).

1.1 Tabaco e tabagismo

O tabaco é uma planta da família das Solanáceas, originária da América Central, constitui-se em sua principal espécie a *Nicotiana tabacum*. Tem como principal componente a nicotina, que foi isolada pela primeira vez, em seu estado puro, no ano de 1828 (CASTRO et al. 1985).

Segundo revisão de literatura produzida por CASTRO et al. (1985), data de 500 anos o conhecimento do tabaco pela civilização ocidental, desde a época do descobrimento da América. Os que aqui chegaram observaram sua utilização por aborígenes na região do Caribe. Foi rapidamente introduzido na Europa e já no século XVII era utilizado por todas as camadas sociais. A primeira fábrica de cigarros de que se tem notícia se instalou em Hamburg no ano de 1788.

Muito antes disso, os nativos da América faziam uso do tabaco através da queima das folhas e aspiração da fumaça. Acreditavam que esta teria poderes milagrosos e curativos. Em alguns casos a fumaça era aspirada pelas narinas através de uma pipa de dois tubos intitulada “tabaco”, porém mais conhecida como “cachimbo da paz” (CASTRO et al. 1985).

Os cigarros de papel que se conhecem hoje, segundo ROSEMBERG (2004), já eram populares nas cortes francesas em 1860, sendo inicialmente chamados de “papeletes” e depois de “cigarettes”. Nos Estados Unidos a grande explosão do cigarro foi por volta 1880, quando foram criadas máquinas que produziam até duzentas unidades por minuto. A popularização do cigarro se deu em grande parte pela facilidade em carregá-lo no bolso, mais cômodo que o cachimbo ou a caixa de rapé, e por ser mais econômico.

O tabaco é considerado por muitos um poluente social, pois sendo usado socialmente é capaz de provocar efeitos nocivos tanto ao usuário quanto ao meio ambiente e pessoas de seu convívio social (MURAD 1983).

A fumaça proveniente da queima do tabaco possui aproximadamente 4.700 substâncias diferentes e pelo menos 60 são potencialmente carcinogênicas (BRASIL 2004c, BRASIL 2002, OLIVEIRA e ODELL 1999, CARVALHO 1991, MURAD 1983). O ambiente contaminado pela fumaça contém, em média, 3 vezes mais nicotina e monóxido de carbono, assim como até 50 vezes mais substâncias cancerígenas que a fumaça tragada pelo fumante depois de passar pelo filtro do cigarro (BRASIL 2004c). A corrente secundária, fumaça eliminada pela ponta do cigarro aceso, embora seja mais poluente e contenha maior concentração de substâncias tóxicas é menos nociva ao tabagista que a corrente primária ou a fumaça que é expelida pelo fumante após ser inalada (OLIVEIRA e SALES 2004).

Pode-se citar como componentes do tabaco o monóxido de carbono, alcatrão, arsênio, níquel, cádmio, carbono 14, acetona, terebentina, formol, amônia, naftalina, fósforo p4/p6, polônio 210, compostos benzênicos, isoprenóides, furfural, acroleína e até resíduos de agrotóxicos utilizados na lavoura do tabaco, como o DDT (BRASIL 2002, CARVALHO 1991, MURAD 1983).

Além da ação das substâncias, o calor despreendido pela combustão do tabaco potencializa as agressões sobre a mucosa oral. Pesquisas indicam que a fonte de calor despreendido varia de 835 a 884 °C na ponta do cigarro aceso (BRASIL 2002, PINTO 2000).

Há várias formas de se consumir o tabaco, pode-se citar a forma de pó, o chamado rapé, consumido através da aspiração, cigarros industrializados ou de palha, cachimbos, charutos ou mesmo desfiado, preparado assim para ser mascado. Em países como a Índia, Indonésia, nas populações provenientes destes e em algumas regiões da Itália utiliza-se fumar cigarro com a extremidade acesa dentro da boca, o chamado “fumar invertido” (NEVILLE et al. 2004, PARISI 2000, OLIVEIRA e ODELL 1999). No Brasil, o consumo do tabaco sob a forma de rapé não é muito comum,

porém, segundo PARISI (2000) e OLIVEIRA e ODELL (1999), em algumas regiões do interior pode-se observar sua popularização.

Indivíduos que utilizam o tabaco na forma de cigarros de palha, geralmente têm como hábito colocar o cigarro entre os lábios na mesma posição. O mesmo acontece com os usuários de cachimbos, charutos e cigarros industrializados. Este fato por si só é um irritante, porém soma-se a isso o calor desprendido e o contato da mucosa e lábio com as substâncias potencialmente nocivas presentes no tabaco e fumaça. Nestas situações identifica-se trauma mecânico, térmico e químico (BORAKS 2001).

Em relatório produzido pelo Departamento de Saúde Pública dos Estados Unidos (US 2004b), o tabagismo além de manter uma relação de causalidade com os diversos tipos de câncer, também está associado a: doenças respiratórias; cardiovasculares e cérebro vasculares; infertilidade e impotência; catarata; baixo peso de recém-natos; diminuição da densidade óssea e osteoporose; úlcera péptica; complicações durante a gravidez e diminuição da saúde em geral.

Estudos demonstram que a incidência do uso de rapé e o fumo de mascar se apresenta ascendente nos Estados Unidos, sendo que a idade de maior prevalência é de 18 a 24 anos preferencialmente em homens brancos (MARTIN et al. 1999).

Segundo relatório produzido pela Organização Mundial da Saúde, OMS (2003), os países desenvolvidos se preocupam pouco com o tabagismo e as mortes a ele atribuíveis, visto que o assunto não constava da pauta da maioria das agências de desenvolvimento. Principalmente nas últimas décadas verifica-se um aumento do tabagismo nos países em desenvolvimento, em oposição a um lento, porém gradual decréscimo do consumo, entre homens adultos, nos países industrializados.

1.2 Tabagismo no Brasil

No ranking dos países produtores de tabaco, o Brasil ocupa o 6º lugar, responsável por aproximadamente 6% da produção mundial. Entre os países exportadores é o primeiro no ranking, sem contar nessa estatística o contrabando, muito comum nessa atividade (MENEZES 2004). Esta dependência econômica da fumicultura dificulta estratégias de intervenção. A folha do tabaco brasileiro é conhecida internacionalmente como de boa qualidade e baixo preço, pois a mão-de-obra utilizada é familiar e não inclui a mecanização da lavoura. Os maiores estados produtores são Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Bahia. Além da produção também o consumo se concentra em países em desenvolvimento. Pesquisas demonstram que o tabagismo está relacionado a baixas condições socioeconômicas e menor escolaridade (BRASIL 2004, OPAS 2004, OLIVEIRA e ODELL 1999).

Em recente inquérito realizado pelo Ministério da Saúde, foram obtidos dados sobre a prevalência de fumantes em 16 capitais brasileiras, a amostra constituiu-se de adultos acima de 25 anos, adolescentes e adultos jovens de 15 a 24 anos e escolares na faixa etária de 13 a 15 anos. Foram entrevistadas 23.457 pessoas e a capital em que houve maior prevalência de uso regular de cigarros foi Porto Alegre (25,2%), seguida de Curitiba (21,5%), Belo Horizonte (20,4%) e São Paulo (19,9%). As menores prevalências foram observadas em capitais como Campo Grande (14,5%) e Natal (14,7%) (BRASIL 2004a).

Nesta mesma pesquisa observou-se que o consumo de cigarros foi maior entre indivíduos adultos, com 25 anos ou mais, quando comparado aos de 15 a 24 anos. Entretanto, esta diferença se apresentou decrescente nas cidades mais urbanizadas, indicando uma maior participação do grupo mais jovem (BRASIL 2004a).

Segundo os dados colhidos neste último inquérito a prevalência de fumantes caiu em relação ao realizado na Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) pelo IBGE em 1989. O índice encontrado nas 16 capitais

pesquisadas variou de 12,9% a 25,2%, sendo inferior ao encontrado pelo primeiro inquérito que foi de 31,7%. Os grupos com menos de 8 anos de estudo apresentaram uma prevalência maior e tenderam a apresentar maior gravidade de danos à saúde, com incidências elevadas de doenças relacionadas ao vício (BRASIL 2004a).

Fato destacado pelo Ministério da Saúde (BRASIL 2004a), foi o elevado índice de cessação de uso do tabaco nas capitais pesquisadas, porém observou-se que este número é significativamente menor entre os indivíduos com menor escolaridade ou de nível socioeconômico mais baixo. No Brasil, cerca de 200 mil pessoas morrem ao ano em decorrência de doenças relacionadas ao tabagismo (BRASIL 2004c).

1.3 Nicotina e seus efeitos no organismo humano

Presente no tabaco, a nicotina é um dos seus principais componentes. Apresenta-se como um alcalóide líquido não oxigenado e é considerado o princípio ativo do tabaco. MURAD (1983) afirma que a fumaça do cigarro comum pode conter de 6 a 8 mg de nicotina, sendo que na do charuto, este número se eleva para 15 a 40 mg.

Com o uso do tabaco sem fumaça, situação em que a nicotina é absorvida rapidamente, no local em que é colocado na mucosa observa-se uma alteração dos tecidos conjuntivos superficiais, reconhecida como ceratose e ou fibrose. A mucosa alterada se apresenta tipicamente aveludada ao toque e quando estirada revela uma “bolsa”, causada pela flacidez dos tecidos cronicamente estirados na área de colocação do tabaco (NEVILLE et al. 2004).

A nicotina é um excitante do sistema nervoso central, causa vasoconstrição, hipertensão arterial e taquicardia, diminuição do tônus muscular e absorção da insulina e diminuição do olfato e paladar. Em doses altas é comum se verificar tremores, envenenamento e convulsões. Pode

ainda, inicialmente, melhorar a memória e exacerbar o estado de alerta pela liberação de neurotransmissores. Os fumantes têm maior dificuldade em dormir, depressão e irritabilidade além de uma diminuição da forma física (CARVALHO 1991, BRITO 1988).

A dependência da nicotina, segundo KIRCHENCHTEJN e CHATKIN (2004), envolve fatores de ordem psicossocial, ambiental e as próprias ações biológicas da nicotina, portanto as pessoas que se encontram em algum grau de vulnerabilidade estão mais propensas a iniciar o vício, assim como os adolescentes. Os autores estimam que 75% dos adolescentes experimentam o tabagismo, porém cerca de 20 a 30% se tornam efetivamente dependentes.

O conhecimento, que se tem hoje, dos efeitos da nicotina e demais produtos presentes no tabaco sobre o organismo humano, pode ser apenas uma ponta do iceberg. Sobre isso RONDINA et al. (2004) relatam que:

“No momento atual, é possível afirmar que, em parte, o caráter nocivo do tabagismo já é de conhecimento do grande público. No entanto, os prejuízos do tabaco à saúde humana transcendem a dimensão das doenças relacionadas ao aparelho respiratório, doenças cardíacas e os diversos tipos de câncer e envolvem uma gama de inúmeros outros riscos à saúde, que em sua maioria, ainda são desconhecidos ou ignorados pela maioria da população” (p. 16).

1.4 Tabagismo e alterações bucais

Em 1950 se tem notícia de pesquisas relacionando o tabagismo e câncer de pulmão, a partir daí inicia-se uma série de estudos epidemiológicos observacionais e experimentais em animais, demonstrando a relação entre fumar cigarros e algumas enfermidades. DOLL e HILL (1950) encontraram alta prevalência de câncer de pulmão entre fumantes quando comparados aos não fumantes. Pelos achados, comparando os dois grupos citados, concluíram que o tabagismo era um importante fator de risco para o desenvolvimento deste tipo de câncer.

Segundo relatório do Departamento de Saúde dos EUA (US 2004a), desde 1964 há relatos de associação do tabagismo ao câncer bucal. A primeira associação foi feita com câncer de lábio e utilização de cachimbo e em 1968 já se sabia que a cessação do tabagismo poderia ser uma importante contribuição para a não ocorrência de novos cânceres primários. Na década de 80 e 90, o tabaco já era considerado o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer bucal.

Os primeiros estudos relacionam principalmente o câncer bucal e doença periodontal ao tabagismo, mas em pesquisas recentes os achados apontam para uma ampla associação (JOHNSON et al. 2000). Em virtude da variedade de substâncias presentes no fumo, poderá não haver pontos do organismo livres de suas ações. Haverá sempre em algum tecido um receptor pronto a recebê-las e interagir com elas, resultando em alterações metabólicas, em alguns casos já bastante conhecidas e em outros ainda não elucidadas (CARVALHO 1991).

Alguns autores descrevem a associação de lesões pré-malignas, fissuras labiopalatais, halitose, manchamento de restaurações e dentes, perda de inserção óssea, cárie, insucessos nos tratamentos periodontais e implantes ao tabagismo (JONES 2000, JOHNSON et al. 2000, AXELSSON et al. 1998, CARVALHO 1991).

A seguir procura-se listar algumas destas alterações, que estão associadas ao tabagismo e podem indicar sinais precoces de problemas que acometem outros órgãos e sistemas.

1.4.1 Câncer bucal

São neoplasias malignas que envolvem um grande número de doenças, têm como característica comum a alteração genética de células levando à proliferação descontrolada das mesmas. Geralmente a etiologia é multifatorial, os mais freqüentes são os carcinomas espinocelulares que representam de 90 a 95% do total das neoplasias que acometem a cavidade oral. Podem ocorrer em todas as pessoas, porém, identifica-se maior incidência em indivíduos do sexo masculino acima dos quarenta anos de idade e relacionado principalmente ao estilo de vida (OLIVEIRA e ODELL 1999, ALMEIDA e LOPES 1999). Estimativa de Incidência de câncer para 2005 no Brasil aponta o câncer bucal como o 8º mais freqüente entre os homens, com 9.985 casos estimados, e o 9º entre as mulheres, com 3.895 casos estimados (BRASIL 2005).

Geralmente os cânceres de boca são assintomáticos e indolores, fato que dificulta o diagnóstico precoce, pois como não incomoda, as pessoas acometidas pela doença geralmente não procuram atendimento específico. A forma sintomática é mais comum nos casos avançados. O prognóstico geralmente é sombrio porque na maioria das vezes o diagnóstico é feito tardiamente (OLIVEIRA e ODELL 1999, ALMEIDA e LOPES 1999). Registros hospitalares de câncer no Brasil mostram que a maioria dos pacientes chega aos hospitais em fase avançada, quando o tratamento deixa de ser curativo e, na maioria das vezes, é mutilante. A detecção tardia influi no tempo e qualidade de sobrevivência dos acometidos pela doença (BRASIL 2002).

Em quase 90% dos casos existe relação direta entre o uso do tabaco e o desenvolvimento de carcinomas do tipo espinocelulares na boca, trato respiratório e digestivo. O álcool parece atuar como solvente do tabaco

nos casos em que se observa a concomitância destes, portanto potencializa a ação dos agentes carcinogênicos presentes. O abandono do vício de fumar, em portadores de carcinomas, diminui o aparecimento de outros tumores primários em 25 a 50%, este fato sugere a possibilidade de que o tabaco atue como um potente “produtor de câncer” (PARISI 2000).

O uso do tabaco constitui um dos principais fatores de risco do câncer da cavidade bucal, o que é confirmado por estudos epidemiológicos em todo o mundo. Dependendo do tipo e da quantidade do tabaco usado, os tabagistas apresentam uma probabilidade de 4 a 15 vezes maior de desenvolver câncer da boca se comparados aos não tabagistas (NEVILLE et al. 2004, BRASIL 2002, PARISI 2000, ALMEIDA e LOPES 1999).

Nos países da Europa central nota-se um aumento da incidência de jovens que utilizam o tabaco e um dos mais altos índices de mortalidade mundial por câncer de orofaringe, tanto em homens quanto em mulheres (BÁNÓCZY et al. 2001).

A localização é influenciada pelo tipo de tabaco utilizado, tempo e frequência. A relação causal entre o cachimbo e câncer de lábio é prontamente estabelecida (US 2004b, OLIVEIRA e ODELL 1999). Estudos demonstram que a diminuição do consumo de tabaco na forma de cigarros, cachimbos, charuto e outros produtos, assim como a diminuição do vício de fumar poderia prevenir aproximadamente 30.200 novos casos e 7.800 novas mortes por câncer bucal e orofaringe nos EUA e em larga escala no mundo (US 2004b).

Pesquisa conduzida nos EUA mostra que os consumidores de tabaco sem fumaça apresentam um risco 4 vezes maior de desenvolver câncer bucal, podendo ser de até 50 vezes maior quando o consumo é de longa duração (BRASIL 2002).

Um estudo tipo caso-controle realizado por FRANCO et al. (1989) em três regiões metropolitanas do Brasil em 1989, mostrou que o risco relativo de desenvolvimento do câncer de boca, entre os fumantes de cigarros industrializados, cachimbo e cigarros feitos à mão, foi,

respectivamente, 6,3, 13,9 e 7,0 vezes maior em comparação aos não tabagistas. Considerando-se apenas o uso de cigarros industrializados, observou-se um risco de câncer de língua 15 vezes maior para os fumantes que consumiam mais que 100 maços/ano, e 7 vezes maior para os fumantes ditos leves, 1 a 25 maços/ano, em comparação com não-fumantes. Constatou-se que, após 10 anos da cessação do tabagismo, os riscos decrescem para níveis semelhantes ao risco observado entre os que nunca fumaram.

1.4.1.1 Carcinoma verrucoso ou Câncer de inalação de tabaco

As pessoas do sexo masculino com mais de 55 anos de idade e que fazem uso do tabaco sem fumaça são as mais acometidas. Estas lesões se localizam, preferencialmente, no local de colocação do tabaco, geralmente mucosa jugal, vestíbulo mandibular e sublingual. Apresenta-se como uma placa espessa, difusa, delimitada e indolor de coloração branca ou eritematosa (rosa). A cor depende da quantidade de queratina produzida em resposta ao fator irritante (NEVILLE et al. 2004).

Em sua fase inicial são facilmente confundidas com outras lesões papilomatosas. Geralmente, quando são diagnosticadas, já estão instaladas há muito tempo. Podem estar acompanhadas de leucoplasias e ceratose da bolsa de tabaco (NEVILLE et al. 2004).

1.4.2 Doença periodontal

De forma simplista, pode-se dizer que a doença periodontal é uma infecção que leva à perda gradual dos tecidos de suporte dos dentes. Estudos transversais demonstraram que pelo menos 50% dos indivíduos acima de 50 anos possuem algum tipo de doença periodontal. A partir dos 50 anos, mais de 25% da população tem as formas severas ou muito severas (PREUS et al. 2002). A doença pode se apresentar como uma simples inflamação da gengiva, caracterizando a gengivite, ou com

envolvimento das estruturas de suporte dos dentes, neste caso chamada de periodontite (GENCO et al. 1999).

Gengiva com a coloração vermelho vivo, tumefação e sangramento provocado ou espontâneo são sinais clássicos de gengivite. Nestes casos o epitélio juncional, ainda que alterado pela doença, se apresenta ligado ao dente no nível original, na junção cimento-esmalte ou próximo dela. Geralmente as gengivites são de natureza sintomática (GENCO et al. 1999).

A periodontite ocorre quando o epitélio juncional migra apicalmente à junção cimento-esmalte, é quando o ligamento periodontal e o osso alveolar de sustentação dos dentes se perdem, características de casos mais severos. Era denominada antigamente como paradentose, atrofia alveolar difusa, piorrêia de Schmutz e periodontite complexa (GENCO et al. 1999).

Um sinal patognomônico da periodontite em fumantes é o aparecimento de bolsas periodontais, que são espaços entre o dente e a gengiva mensurados através da sonda periodontal, nos sítios palatinos da arcada superior (PREUS et al. 2002).

Os principais fatores de risco para a doença periodontal identificados em estudos de segmento incluem diabetes, tabagismo e presença de bactérias periodontais. São identificados, também, alguns fatores putativos como idade, etnia, predisposição genética, doenças sistêmicas, condições de imunossupressão, stress, alimentação e situação socioeconômica (PREUS et al. 2002, GENCO et al. 1999, JADA 1998).

A nicotina e seu metabólito, a cotinina, estão presentes na saliva e líquido gengival e podem ser usadas como marcadores bioquímicos de exposição à fumaça do cigarro. Sobre isso GENCO et al. (1999) e GONZALEZ et al. (1996), observaram que há uma correlação positiva entre estas e a severidade da doença periodontal assim como a perda de inserção óssea.

Pela ação vasoconstritora da nicotina, vários estudos relatam uma diminuição na circulação periférica ou nutrição secundária, este fato por si só interfere no resultado da terapia periodontal regenerativa. Atua diretamente sobre macrófagos e fibroblastos resultando no atraso da cicatrização (US 2004b, LINDHE et al. 2000, JADA 1998). A expressão clínica da doença periodontal é alterada nos fumantes, inclui aumento de cálculo, recessão gengival e aumento da inflamação gengival (JADA 1998, CARRANZA e NEWMAN 1997).

Em metanálise realizada com seis estudos e um total de 2.361 examinados, obteve-se como resultado que os fumantes têm 3 vezes mais chance de desenvolver doença periodontal grave quando comparados aos não fumantes, sendo este risco biológico estatisticamente significativo (LINDHE et al. 2000). Estudos também têm demonstrado que 90% dos casos recorrentes de doença periodontal ocorrem em fumantes (PREUS et al. 2002).

Segundo o Departamento de Saúde Pública dos EUA (US 2000), uma pesquisa feita no PubMed selecionando os anos de 1965 a 2000 e utilizando as palavras-chave smoking, tobacco, periodontal disease and periodontitis, encontrou 6 estudos do tipo caso-controle, 52 transversais e 12 coortes. Os resultados mostraram que há uma relação inversa entre o número de anos desde que o indivíduo parou de fumar e a chance de ter periodontite.

1.4.3 Perda óssea alveolar

A associação entre perda óssea alveolar e cigarro é relatada na maioria dos estudos sobre periodontia publicados recentemente. Se relaciona ao tempo e dose de exposição sendo afetada diretamente por estas (BRASIL 2004c, US 2000, LINDHE et al. 2000, CARRANZA e NEWMAN 1997).

Bolin et al. (1983), citado por LINDHE et al. (2000), avaliaram radiograficamente 349 pessoas durante um período de 10 anos quanto à

perda óssea. Constataram que o processo foi mais acentuado em fumantes, sendo que nos que pararam de fumar houve um retardo significativo de perda óssea em relação aos que ainda fumavam ao final do estudo.

1.4.4 Implantes (osseointegração)

As substâncias presentes no tabaco podem atuar como vasoconstritores com produção de isquemia, redução da resposta inflamatória vascular e reparação celular. Atuam diretamente sobre macrófagos, linfócitos e fibroblastos resultando no atraso da reparação tecidual (LOSS et al. 2004, LINDHE et al. 2000). Há forte evidência clínica entre o efeito do fumo e a cicatrização, a reação vascular apresenta-se diminuída em fumantes (US 2000, JADA 1998, CARRANZA e NEWMAN 1997).

O tabagismo deve ser considerado no planejamento dos tratamentos periodontais e implantes, pois há evidência que pode afetar o sucesso destes procedimentos. Os ganhos de inserção e sangramento gengival são reduzidos em comparação aos não fumantes, portanto pode-se associar um incremento nas falhas em implantes dentais devido ao uso do tabaco (SHAM et al. 2003, JOHNSON et al. 2000, JADA 1998, LINDEN et al. 1999). O abandono do vício de fumar, mesmo que por curto espaço de tempo, aumenta significativamente o índice de sucesso nos implantes (JOHNSON et al. 2000, LINDEN et al. 1999, GRAÇA e GRAÇA 1997).

1.4.5 Leucoplasia

As leucoplasias são conhecidas como lesões reacionais. Geralmente apresentam uma coloração branca e sua relação causal se encontra estabelecida com o uso do tabaco, principalmente o rapé e o hábito de fumar invertido. Estas preparações geralmente apresentam um pH alcalino, portanto um irritante em potencial de mucosas, e substâncias

cancerígenas como nitrosomonocotina (REGEZI e SCIUBBA 2000, MARTIN et al. 1999).

PARISI (2000), afirma que o tabagismo é a principal causa isolada de leucoplasia. Alterações clínicas são mais facilmente visíveis em usuários de cachimbo devido à elevação da temperatura e do contato direto do ducto e da fumaça com a mucosa. Após a inflamação e a queratinização do local podem ocorrer alterações displásicas com risco de malignização. Na maioria das lesões o exame histopatológico detecta hiperqueratose (PARISI 2000, REGEZI e SCIUBBA 2000). Pode-se afirmar que há relação entre a dose resposta e tabagismo com a incidência, localização, gravidade e regressão da área leucoplásica (BÁNÓCZY et al. 2001, SCHEPMAN et al. 2001, MARTIN et al. 1999, LINS e RETTORE 1998).

Um estudo investigativo realizado na Holanda apresenta dados que relacionam o tabagismo e a localização da lesão. As de assoalho de boca foram as mais comuns tanto em mulheres quanto em homens fumantes e nestes últimos também na mucosa jugal (SCHEPMAN et al. 2001).

Há fortes evidências que o uso do rapé está mais relacionado à lesão leucoplásica que o fumo de mascar. Um dado importante é que após cessar o tabagismo pode-se observar, na maioria dos casos, uma regressão da lesão (BÁNÓCZY et al. 2001, MARTIN et al. 1999), porém segundo SHIU e CHEN (2004) e REGESI e SCIUBBA (2000), a lesão, em associação com álcool, pode se tornar neoplásica.

1.4.6 Ceratose da bolsa de tabaco ou Bolsa de inalação

O uso do tabaco sem fumaça, ainda utilizado em vários países, determina uma variedade de alterações orais. Dentre as mais comuns cita-se a perda indolor dos tecidos gengivais e periodontais, freqüentemente de osso alveolar no local onde o tabaco fica depositado. NEVILLE et al. (2004) relatam que geralmente este tipo de lesão acomete jovens adultos do sexo masculino e homens com mais de 60 anos de idade.

Esta lesão se apresenta restrita à área onde fica o tabaco e é considerada como pré-cancerígena e dependente tanto da frequência quanto do tempo de utilização da substância. Pode apresentar uma coloração de cinza a branca de aspecto fissurado e mole. Geralmente a mucosa volta ao normal após algumas semanas da cessação do tabagismo (NEVILLE et al. 2004).

1.4.7 Fibrose submucosa oral

Está ligada à colocação crônica do tabaco na mucosa. É caracterizada por uma rigidez de intensidade variada na mucosa, por vezes pode ser relatada como trismo (dificuldade em abrir a boca). A mucosa jugal, área de retromolar e palato mole são os locais de eleição. No início, a mucosa pode se apresentar pálida, com erupções e endurecimento progressivo dos tecidos subepiteliais (NEVILLE et al. 2004).

Este tipo de lesão pode ser comum em jovens usuários de tabaco, em países da Ásia, como por exemplo a Índia. As pessoas acometidas relatam uma sensação de queimação oral generalizada e dor quando se alimentam de comidas apimentadas. Ao contrário da Ceratose da bolsa de tabaco, a Fibrose submucosa oral não regride com a cessação do tabagismo e tem maior potencial de se transformar em uma lesão maligna que a anterior (NEVILLE et al. 2004).

1.4.8 Estomatite nicotínica ou palato de fumante ou hiperqueratose nicotínica

É uma lesão exclusiva dos tabagistas, sinal característico da doença. Caracteriza-se pela presença de glândulas mucosas proeminentes, eritema difuso ou superfície pregueada. É uma reação do tipo eritematosa e com o passar do tempo pode se tornar queratinizada (BORAKS 2001, MARTIN et al. 1999, CARRANZA e NEWMAN 1997), e segundo JOHNSON et al. (2000) é mais comum em fumantes de cigarro, charuto e cachimbo.

CARRANZA e NEWMAN (1997) observaram uma correlação positiva entre a gravidade da lesão e a intensidade do fumo, pois esta pode regredir ou desaparecer após a cessação do vício de fumar.

Em alguns países como a Índia e Indonésia e em populações migrantes destes países é comum o hábito de fumar invertido (OLIVEIRA e ODELL 1999), nestas condições há o risco deste tipo de lesão se malignizar (JOHNSON et al. 2000). A estomatite nicotínica pode ser um indicador de outras alterações epiteliais importantes, afora o palato duro, segundo REGESI e SCIUBBA (2000).

1.4.9 Candidíase oral

É a infecção micótica mais comum na boca. Pode se manifestar de forma aguda ou crônica em diferentes graus. A *Cândida albicans* presente como um comensal na boca, pode se tornar patogênica em algumas situações ainda não totalmente elucidadas (JOHNSON et al. 2000, REGESI e SCIUBBA 2000, KIGNEL 1994). Podem estar associadas à má higiene oral, fatores irritantes como medicamentos, tabaco e drogas, doenças sistêmicas e síndromes em geral de imunossupressão (REGESI e SCIUBBA 2000).

Ao afastar o agente irritante, a candidíase tende a regredir mediante a utilização de terapia antimicótica (JOHNSON et al. 2000). De acordo com WILLIAMS et al. (1999), em fumantes as células epiteliais apresentam tendência a queratinizar facilitando a colonização pela *Cândida albicans*.

1.4.10 Pigmentação melânica

Quando associada ao fumo recebe a denominação melanose associada ao fumo ou melanose do fumante. Acredita-se que haja um componente do fumo que estimula a atividade dos melanócitos. Aparece também em alguns grupos étnicos e principalmente nos negros. Não há

evidência de associação à utilização do tabaco sem fumaça (REGESI e SCIUBBA 2000, RAMER e BURAKOFF 1997).

Após os fatores genéticos o tabaco é o maior responsável pelo aparecimento das manchas e apresenta relação direta quanto à intensidade das mesmas. A localização mais comum é no lábio, entre caninos e incisivos, e na gengiva. Estudos indicam que a redução ou cessação do vício de fumar pode reduzir a intensidade das pigmentações (SARSWATHI et al. 2003, UNSAL et al. 2001, REGESI e SCIUBBA 2000, RAMER e BURAKOFF 1997, HEDIN 1997, HEDIN et al. 1993).

Não há muita importância exceto por apresentar-se esteticamente desagradável ou mascarar outras lesões de maior importância (REGESI e SCIUBBA 2000).

1.4.11 Língua Pilosa

Pode ser causada por medicamentos, bochechos com peróxidos, fumo e consequência de radioterapia na região de cabeça e cervical (REGESI e SCIUBBA 2000). As papilas filiformes apresentam-se hipertrofiadas, alongadas e deficientes em relação à descamação. É caracterizada pelo depósito entre as papilas filiformes de células epiteliais descamadas, leucócitos, microorganismos entre eles fungos e bactérias, e resíduos alimentares. A língua pilosa também pode ser comum quando só se faz uso de alimentos pastosos (TÁRZIA 1996). Não há sintomatologia, pode haver perda do paladar e halitose, a recomendação é uma melhor higiene do local e a suspensão do fator causal (BORAKS 2001, REGESI e SCIUBBA 2000).

1.4.12 Halitose

Muitos autores consideram a halitose como um problema social. Alguns estudos colocam o tabagismo entre as prováveis causas, além de bebidas, alimentos, drogas, medicamentos e doenças periodontais (WATT et al. 2003, JOHNSON et al. 2000, TÁRZIA 1996, SCULLY et al. 1994).

SCULLY et al. (1994) relatam que a halitose pode ocorrer mesmo em pessoas saudáveis logo ao despertar. A língua pilosa, descrita anteriormente, justifica o odor na medida em que retém restos alimentares permitindo que a putrefação dos mesmos ocorra ainda dentro da cavidade bucal.

1.4.13 Aftas e cicatrização de feridas

Apesar da grande maioria dos autores acreditarem que as aftas sejam de etiologia desconhecida, a literatura sugere algumas causas. Entre elas cita-se o uso de alimentos ácidos ou condimentados, traumas, abuso do fumo, entre outras. De acordo com GONÇALVES (1999), geralmente são sintomáticas e em alguns locais extremamente doloridas, desaparecem após alguns dias podendo reaparecer logo em seguida.

As úlceras bucais, mesmo que transitórias, permitem o contato mais direto das substâncias cancerígenas do tabaco, favorecendo agressões mais profundas e extensas sobre toda a mucosa (BRASIL 2002). Acredita-se que fumar prejudica a cicatrização de feridas. Este fato se deve à presença na saliva e líquido gengival de componentes do tabaco como a nicotina (JADA 1998, CARRANZA e NEWMAN 1997). Os fumantes mostram uma diminuição no nível sérico de imunoglobulinas e a função de fagocitose de polimorfonucleares diminuída, além de modular a microbiota gengival aumentando a prevalência de bactérias sabidamente patogênicas (JADA 1998).

1.4.14 Fissuras labiopalatais

Em metanálise publicada por LITTLE et al. (2004), os autores relatam que existe evidência suficientemente forte de associação entre mães tabagistas e nascimento de crianças com a referida deficiência. A pesquisa foi feita na base de dados Medline entre estudos de coorte, totalizando dez, e de caso-controle, em número de vinte e dois. Não foram incluídos relato de casos nem experimentais em animais. A metanálise relata que bebês de mães tabagistas têm um risco relativo maior (1,34) de nascer com fendas labiopalatais quando comparados aos de mães não tabagistas.

1.4.15 Alterações relacionadas à estética

A nicotina, principal componente do tabaco, pode pigmentar os dentes, restaurações e próteses, nota-se uma coloração amarelada típica. Se associada ao consumo de café, chá e outros alimentos ou líquidos com corantes há uma intensificação dos efeitos (JOHNSON et al. 2000, BARATIERI et al. 1993).

BARATIERI et al. (1993) relatam que se houverem defeitos no esmalte dental, esta pigmentação poderá ser mais intensa e profunda, portanto de remoção difícil e em alguns casos impossível. As restaurações em resinas compostas e facetas do mesmo material têm sua indicação limitada em fumantes. Estas podem apresentar uma coloração precoce indicando perda da estética (CONCEIÇÃO et al. 2000). O clareamento dental também pode sofrer limitações e, se após o procedimento a pessoa persistir no vício de fumar, seu efeito de duração sofre um decréscimo (BARATIERI et al. 1993).

1.4.16 Alterações na saliva

Alguns estudos apontam para a atividade imunossupressora do tabaco, inclusive admitindo efeitos nos sistemas vasculares, tecidos conectivos e interferência na imunologia celular (US 2000, JADA 1998; CARRANZA e NEWMAN 1997, MIGLIARI e MARCUCCI 1993). Quanto à alteração do fluxo salivar, há controvérsias. São identificados, diminuição do fluxo salivar promovendo uma maior concentração de oxalato de cálcio e conseqüente aumento de cálculos aderidos ao dente (BORAKS 2001, OLIVEIRA e ODELL 1999). Por outro lado, em relatório produzido pelo Departamento de Saúde dos EUA (US 2000) e CARVALHO (1991), indicam que pode haver um aumento do fluxo por efeito irritativo, principalmente quando usado na forma de mascar (US 2000).

Em revisão de literatura publicada por JOHNSON et al. (2000), relata-se que em um curto período o fluxo salivar pode se apresentar aumentado, porém em longo prazo não teria diferença entre fumantes e não fumantes. Foram encontrados componentes do tabaco, como a nicotina e seu metabólito a cotinina, na saliva e líquido gengival (JADA 1998, CARRANZA e NEWMAN 1997), estas substâncias destroem as substâncias anti-oxidantes presentes normalmente na saliva gerando uma mistura corrosiva de compostos químicos (BRASIL 2004c).

Um estudo publicado por REZNICK et al. (2004) procura fazer a associação entre a saliva de fumantes e câncer de orofaringe. Baseado nos resultados e em outros estudos recentes, os autores concluem que há um sinergismo entre as células cancerígenas e a saliva modificada em pessoas que fumam. Esta saliva perderia sua capacidade antioxidante começando a agir de forma reversa. Além disso, vários componentes seriam destruídos, inclusive os de proteção, peroxidase e a maioria das enzimas antioxidantes presentes. Sugerem, portanto, que a saliva do fumante tem um papel importante como indutora neste tipo de câncer.

1.4.17 Cárie Dental

Muitas hipóteses têm sido formuladas sobre a utilização do tabaco e incremento da cárie dental. Segundo relatório do Departamento de Saúde Pública dos EUA (US 2000), em alguns estudos realizados neste sentido foram encontradas associações, porém não se pode afirmar que há evidências porque a maioria deles não controlou os potenciais fatores de confundimento, entre eles o nível socioeconômico e escolaridade dos participantes.

Revisões de literatura sugerem que a associação entre tabagismo e cárie dental está relacionada ao fato de que os tabagistas têm uma tendência a escovar menos os dentes, e, conseqüentemente, remover menos placa dental (US 2000, CARRANZA e NEWMAN 1997). Outra possibilidade seria através da modificação da saliva que funciona normalmente como um fator protetor no processo de remineralização do esmalte dental. Seriam afetadas imunoglobulinas e a saliva perderia esta propriedade (HASNIS et al. 2004, US 2000, MIGLIARI e MARCUCCI 1993).

As cáries de raiz parecem estar relacionadas ao tabaco, já que há evidência de perda de inserção periodontal e conseqüente exposição da raiz ao meio bucal (US 2000, CARVALHO 1991). As evidências sugerem, mas não são suficientes para inferir que há relação causal entre cárie de raiz e tabagismo (US 2000).

Acredita-se portanto, que há evidências suficientes mostrando a influência nociva do tabaco na saúde bucal, o que justificaria investigar melhor esse tema, no município de Cuiabá.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a associação entre o tabagismo e as alterações da saúde bucal entre os usuários dos serviços odontológicos do Sistema Único de Saúde em Cuiabá.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Descrever o perfil do tabagismo na população estudada;

2.2.2 Descrever as principais alterações bucais encontradas na população estudada;

2.2.3 Medir a associação entre o tabagismo e as alterações de saúde bucal na população estudada;

2.2.4 Analisar a associação entre o tabagismo e os indicadores de saúde bucal: CPI (Índice Periodontal Comunitário), PIP (Índice de Perda de Inserção óssea) e CPOD (número de dentes cariados, perdidos e restaurados).

3 MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo transversal realizado sob a forma de um inquérito epidemiológico mediante entrevista e exame clínico bucal dos usuários das clínicas odontológicas da Rede SUS-Cuiabá.

3.2 Local de estudo

O inquérito foi realizado nas 9 clínicas odontológicas pertencentes à Rede SUS da cidade de Cuiabá. Estas unidades de saúde oferecem atendimento odontológico aos moradores dos bairros que pertencem às respectivas áreas de abrangência. Abaixo está a relação das unidades e os bairros onde estão instaladas:

Clínica Odontológica do Verdão – Cidade Alta

Clínica Odontológica Dr. Joaquim Lobo Duarte – CPA III

Clínica Odontológica Dr. Nilson Constantino – Jardim Leblon I

Clínica Odontológica Dr. João Vieira Régis – Vista Alegre

Clínica Odontológica Dr. Paulo Henrique Vilá – Dom Aquino

Clínica Odontológica Edmirço Batista de Souza – Pascoal Ramos

Clínica Odontológica Dr. Francisco Aurélio da Silva Campos – Osmar Cabral

Clínica Odontológica Ranulfo Ângelo da Silva – Planalto

Clínica Odontológica Dr. Oderlino Campos Borges – Tijucal

Cada clínica possui estrutura física, agendamento e organograma padronizados. Em cada turno de quatro horas trabalham em média 6 cirurgiões(ãs) dentistas com a ajuda de auxiliares de consultório dentário e técnicos em higiene dental. Os serviços odontológicos oferecidos incluem desde orientações de higiene oral e urgência ambulatorial odontológica até tratamentos especializados de endodontia, odontopediatria e próteses

removíveis. São atendidos ao mês, em média, 150 pacientes em cada unidade, levando em consideração que em algumas clínicas este número pode ser maior ou menor ficando na dependência do número de profissionais e equipamentos disponíveis. Este número se refere aos pacientes que terão iniciado e terminado o tratamento no período de 30 dias, portanto os casos de urgência não fazem parte deste cálculo.

Para a realização do estudo foi obtida a autorização dos gerentes das unidades, inclusive com o compromisso de auxílio quando da realização da coleta de dados, assim como do Coordenador de Saúde Bucal e Secretário de Saúde do município de Cuiabá.

O projeto para a realização do presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Júlio Muller sob nº de protocolo 183/CEP – HUJM/04. Após o parecer favorável à realização, procedeu-se à coleta de dados. As entrevistas e os exames tiveram início em 4 de novembro de 2004 e se estenderam até o dia 10 de dezembro de 2004.

3.3 População de estudo

Foram entrevistados e examinados todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), pré-agendados para tratamento nas clínicas odontológicas, no mês de novembro e dezembro de 2004 com idade igual ou superior a 20 anos, sendo excluídas as pessoas com idade abaixo de 20 anos.

Este critério foi adotado tendo em vista que no tocante às questões de responsabilidade a própria pessoa poderia assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo desnecessário a presença de um acompanhante ou responsável. Além deste fato, a Organização Mundial de Saúde (1999) preconiza que abaixo desta idade somente 6 dentes indicadores são examinados, portanto para facilitar a operacionalização optou-se por excluir da amostra os indivíduos com idade inferior a 20 anos

visto que, nesta idade e superior, o exame periodontal é feito em 8 dentes índices. A amostra representou as pessoas, tanto do sexo masculino quanto feminino, que iriam fazer a sua primeira consulta para posterior tratamento.

As pessoas atendidas nas clínicas odontológicas são pré-agendadas, segundo o sistema de agendamento adotado pela Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá – Coordenadoria de Saúde Bucal. Ao mês são atendidos 4 bairros da área de abrangência de cada clínica, em sistema de sorteio sem reposição, até que todos os bairros tenham sido atendidos. A comunidade é avisada da data, local e horário em que serão feitos os cadastros, assim como o número de vagas disponíveis.

Este cadastro é feito por um funcionário da unidade que se desloca até o bairro e por meio de formulário próprio colhe nome, idade e telefone das pessoas presentes seguindo a ordem de chegada até que sejam preenchidas as vagas disponibilizadas. Ao longo do mês estas pessoas vão sendo comunicadas, através de telefonema ou recado, do dia e hora que deverão comparecer à clínica odontológica para fazerem a primeira consulta e dar início ao tratamento.

3.4 Materiais Utilizados

- Ficha de avaliação da saúde bucal (anexo 3);
- Caixas de instrumental de exame esterilizado;
- Espelhos planos bucais;
- Sondas periodontais tipo CPI (OMS);
- Pinças clínicas;
- Abaixadores de língua descartáveis;
- Compressas de gaze;
- Luvas, máscaras, óculos de proteção e jalecos;

- Líquido desinfetante;
- Recipientes para descarte do material contaminado;
- Pranchetas e material de escritório.

3.5 Teste piloto

Afora a capacitação teórica, constou do treinamento dos examinadores e entrevistadores, entrevista e exame clínico odontológico de 15 a 20 pessoas onde foi possível discutir os achados em desacordo.

Este treinamento foi utilizado como piloto, na medida em que os entrevistadores também participaram. O objetivo foi testar o instrumento de coleta dos dados e verificar a uniformidade dos critérios de diagnóstico. Os pacientes só eram examinados após o consentimento e questionário preenchido.

Os exames foram feitos na clínica da Associação Brasileira de Odontologia/MT, coordenados pelo pesquisador principal e dois pesquisadores anteriormente treinados. Cabe ressaltar que a clínica utilizada para a realização do teste piloto apresentava as mesmas condições daquelas onde foram feitos os exames para a pesquisa.

Inicialmente formou-se três grupos de examinadores, todos os grupos examinaram os três pacientes em sistema de rodízio. Cada grupo discutiu entre si as alterações encontradas e por fim a discussão conjunta entre os três grupos, pesquisador principal e treinadores, ainda com os pacientes na cadeira com a finalidade de reexaminar caso fosse necessário.

Posteriormente outros vinte pacientes foram examinados por todos os cirurgiões dentistas participantes, também em sistema de rodízio, as fichas foram comparadas e os achados em desacordo foram discutidos com todo o grupo com o objetivo de padronizar o diagnóstico. O treinamento

seguiu as normas recomendadas pela OMS (1999) para levantamentos básicos em saúde bucal.

3.6 Entrevista

Foram recrutados nove entrevistadores, um para cada clínica odontológica. Todos deveriam ter escolaridade igual ou superior ao ensino médio e trabalhar nos turnos vespertino e noturno, sendo devidamente informados a respeito da pesquisa e treinados para este fim.

Antes do início da entrevista, os pacientes eram informados sobre os objetivos da pesquisa e da possibilidade de aceitar ou não participar. Após o consentimento era dado início à coleta de dados.

Os participantes foram entrevistados através de questionário semi-estruturado, adaptado para este estudo. Constavam no questionário: dados de identificação, dados sócio-demográficos, avaliação do tabagismo (carga tabágica, Teste de Fargeström, fase da cessação), dependência em relação ao álcool e Teste CAGE (anexo 2).

Incorporou-se o Teste CAGE ao questionário com a finalidade de estabelecer se o entrevistado poderia ser considerado alcoolista ou não. Foi aplicado quando o entrevistado declarava ingerir bebida alcoólica mais de 3 vezes na semana. O teste é composto por 4 perguntas e considerado positivo quando se obtém duas ou mais respostas afirmativas (ALMEIDA e COUTINHO 1993).

Foram também incluídas questões relacionadas ao tabagismo, com o objetivo de descrever o perfil dos fumantes e obter informações sobre ex-fumantes. Aplicou-se o Teste de Fargeström para avaliar a dependência do indivíduo em relação ao tabagismo. Este teste é composto por 6 perguntas sendo que cada resposta corresponde a uma pontuação, ao final soma-se os escores e classifica-se o indivíduo conforme o grau de dependência, em dependente muito baixo, baixo, médio, elevado e muito

elevado. Um escore acima de 6 pontos significa que a pessoa poderá sofrer da síndrome de abstinência se deixar de fumar (HALTY et al. 2002b).

3.7 Treinamento dos profissionais de saúde envolvidos na pesquisa

Foram confeccionados manuais de orientação aos examinadores e entrevistadores, entregues quando do treinamento. Estes manuais continham informações de preenchimento, códigos a serem utilizados, particularidades de alguns exames e como proceder em algumas situações de dúvida (apêndice 1 e 2).

Os entrevistadores passaram pelo treinamento teórico, sensibilização e preenchimento do questionário. Nesta fase foi possível fazer simulações das várias situações que poderiam ocorrer ao abordar o potencial participante da pesquisa e como o entrevistador deveria agir.

Os examinadores foram capacitados visando ao diagnóstico precoce do câncer bucal. Este evento foi realizado pela Secretaria Municipal de Saúde – Coordenadoria de Saúde Bucal, com todos os cirurgiões dentistas que trabalham na Rede SUS – Cuiabá. Além deste, foi feita uma capacitação teórica exclusivamente com as lesões de mucosa, periodontais e dentais, codificadas na ficha de avaliação de saúde bucal com aprofundamento das discussões dos diagnósticos diferenciais e critérios de exame. A capacitação, teórica e prática, foi realizada por professores das Faculdades de Odontologia de Cuiabá e Várzea Grande e Associação Brasileira de Odontologia, seção Mato Grosso. Tanto o treinamento teórico como o prático se deu em duas etapas, cada qual com a metade dos examinadores.

3.8 Exame clínico odontológico e critérios de diagnóstico

Logo após a entrevista, todos os usuários, foram submetidos ao exame clínico bucal. Os exames fizeram parte da primeira consulta de cada pessoa pré-agendada, sendo os examinadores os cirurgiões dentistas que faziam clínica geral, os quais não tinham o conhecimento dos dados da entrevista anteriormente efetuada, com o objetivo de não influenciar de alguma maneira no exame que iriam realizar. Foram recrutados 17 examinadores cada qual em seu turno de trabalho.

Os exames clínicos bucais, considerados epidemiológicos, pois não se fez exames complementares como radiografias, citopatológicos e outros, seguiram as normas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS 1999), sem qualquer prejuízo ao examinado. Tinham duração média entre 20 e 30 minutos e todo instrumental utilizado, como espelhos bucais e sondas, foram previamente esterilizados. Para tanto, foram utilizadas caixas de metal ou sacos esterilizáveis e autoclave. Outros materiais como luvas, abaixadores de língua e máscaras foram trocados a cada paciente, exceto as máscaras que eram trocadas a cada período de 2 horas.

O exame clínico bucal realizado nas clínicas odontológicas foi feito na sala clínica, na presença de luz artificial branca e refletor odontológico, equipamento padronizado em todas as unidades em que se realizou a pesquisa.

As principais lesões pesquisadas, pela ordem em que aparecem na ficha de avaliação de saúde bucal recomendada pela OMS (1999), foram:

- Alterações de mucosa, exame da mucosa jugal, palato, assoalho da língua e adjacências para detectar lesões ulceradas ou não;
- Através da sondagem periodontal pretendeu-se determinar a presença de cálculo, sangramento gengival, bolsas periodontais e perda de inserção óssea;

- Através dos exames das estruturas dentais verificou-se a perda de elementos dentais, lesões de cárie de coroa e raiz;
- Verificação das condições protéticas e a necessidade de próteses.

Nos casos de dor e/ou presença de lesão de mucosa suspeita ou qualquer outra queixa relativa às condições bucais, os pacientes eram encaminhados pelos examinadores ao serviço de referência disponível no município.

3.8.1 Exame da mucosa bucal

A primeira observação foi da mucosa bucal. Se houvesse a presença de próteses totais ou parciais removíveis estas deveriam ser retiradas. A seqüência do exame está referida no manual do examinador/anotador (apêndice 2). Em um mesmo indivíduo previu-se anotar a presença de até três lesões, se houvesse necessidade, assim como a localização das mesmas. Para o caso de lesões não codificadas havia um campo em que o examinador poderia escrever o tipo e localização da mesma.

Lesões consideradas neoplásicas, quando da tabulação dos dados entrariam como suspeitas, já que para esta pesquisa não foi previsto a comprovação através de exames histopatológicos. Para estes casos, adotou-se o encaminhamento dos pacientes tanto para os exames histopatológicos, como para tratamento.

3.8.2 Exame das condições periodontais

Para detecção das condições periodontais, entre elas a perda de inserção óssea, presença de cálculo, sangramento gengival e bolsas periodontais, o exame foi realizado com o espelho bucal e a sonda periodontal padronizada pela Organização Mundial da Saúde.

A sonda periodontal, chamada CPI ou IPC possui como característica específica uma esfera de 0,5 mm na ponta e uma área anelada em preto situada entre 3,5 e 5,5 mm da ponta. Além destas há a marcação de 8,5 e 11,5 mm. Estas particularidades permitem ao examinador uma melhor visualização da profundidade das bolsas periodontais durante o exame.

Os índices utilizados corresponderam ao CPI, antigo CPITN, sigla que significa Índice Periodontal Comunitário ou Community Periodontal Index e PIP ou Índice de Perda de Inserção Periodontal.

Através do CPI a condição periodontal é estabelecida em função, da presença ou não, de sangramento gengival, cálculos ou tártaros e bolsas periodontais. Neste exame e também no PIP, a boca é dividida em sextantes e são considerados apenas os dentes índices. Os números correspondentes aos dentes e de padronização internacional são melhores descritos no item 3.8.3, Quadro 2. Um sextante para ter sido examinado e considerado válido deveria preencher dois requisitos: apresentar dois ou mais dentes e que os dentes em questão não estivessem indicados para exodontia (OMS 1999).

Examinou-se a gengiva em torno de cada dente índice e a condição pior foi anotada. Orientou-se para que a sondagem fosse cuidadosa, acompanhando a forma anatômica do dente, com uma pressão máxima de 20 gramas, objetivando evitar falsos diagnósticos tanto de sangramento gengival quanto de profundidade de bolsa e possível desconforto ao examinado.

Para detecção de cálculos ou tártaros, a ponta ativa da sonda CPI, em formato de esfera, deveria percorrer todo o sulco gengival sem que se exercesse nenhuma pressão. A ocorrência de sangramento patológico deveria ser observada após a sondagem e antes que o examinado cerrasse a boca ou cuspsisse. O tempo total para este exame não deveria ultrapassar dois minutos segundo recomendação da OMS (1999).

As patologias encontradas foram anotadas nas caselas correspondentes aos dentes índices e respectivos sextantes segundo os códigos descritos no manual do examinador/anotador (apêndice 2).

Foram anotados os códigos para sextante hígido, presença de sangramento (diretamente com o espelho ou após a sondagem), cálculo em qualquer quantidade, mas com toda a área preta da sonda visível, bolsa de 4 a 5 mm, 6 mm ou mais, sextante excluído ou não examinado.

Quadro 1 - Sextantes, dentes índices e seus números correspondentes segundo a Organização Mundial da Saúde, 1999.

Sextantes	Dentes índices (números)
Primeiro	17 e 16
Segundo	11
Terceiro	26 e 27
Quarto	36 e 37
Quinto	31
Sexto	47 e 46

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 1999.

O Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP) tem como finalidade estimar a destruição, acumulada ao longo da vida, dos tecidos de sustentação dental e foi realizado posteriormente ao CPI. O PIP toma como base a visibilidade da junção cimento-esmalte, a sondagem pode ser um indicativo, porém quando existe recessão gengival este procedimento se torna inviável na medida em que a junção cimento-esmalte está visível.

De forma análoga ao índice anteriormente descrito, os códigos foram anotados nas caselas correspondentes aos sextantes examinados. Quando a junção cimento-esmalte não estivesse visível e a pior condição para o sextante no exame CPI fosse menor que 4 mm (bolsa com menos de 6 mm), considerou-se que a perda de inserção era estimada em menos de 4 mm (PIP=0) (PEREIRA et al. 2003).

Foram anotadas as condições de perda de inserção entre 0 e 3 mm (junção cimento-esmalte não visível), entre 4 e 5 mm, 9 e 11 mm, 12 mm ou mais, sextante excluído nos casos em que houvesse menos de dois dentes presentes no sextante em questão e sextante não examinado (PEREIRA et al. 2003).

Este índice não permite descrever a situação de indivíduos separadamente, somente poderá ser considerado em nível populacional para comparação de grupos ou populações (PEREIRA et al. 2003, PINTO 2000).

3.8.3 Exame das condições dentárias

O exame dos dentes para detecção de cáries de coroa e raiz, restaurações e perda de elementos, foi feito com o espelho bucal e a própria sonda CPI, prevendo com isso não causar nenhum dano à estrutura dental.

Foram anotados, segundo a padronização da OMS (1999), nas caselas correspondentes aos dentes, os respectivos códigos que constavam do manual do examinador/anotador (apêndice 2). Os dentes foram identificados por números que são de conhecimento e padronização internacional, e se apresentam na tabela abaixo.

Quadro 2 - Dentes e seus números correspondentes segundo a Organização Mundial da Saúde, 1999.

Números	Dentes correspondentes
18 a 11	Molares, pré-molares, canino e incisivos superiores direitos
28 a 21	Molares, pré-molares, canino e incisivos superiores esquerdos
38 a 31	Molares, pré-molares, canino e incisivos inferiores esquerdos
48 a 41	Molares, pré-molares, canino e incisivos inferiores direitos

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 1999.

Considerou-se como cariados os elementos dentais que apresentassem as seguintes condições:

- Evidência de esmalte socavado (minicavidade ou cavidade);
- Sulcos e fissuras que tivessem tecido cariado amolecido e ou opacidade de esmalte e manchas de cárie;
- Faces proximais em que a sonda ficasse retida ao fazer movimentos na direção cérvico-oclusal;
- Onde a sonda penetrasse, entre uma restauração existente e superfície dental (nichos na interface dente-restauração);
- Casos em que houvesse uma restauração, porém estivesse presente um dos critérios acima;
- As extrações indicadas receberam o mesmo código de cariados (adaptado de PINTO 2000);

Os dentes foram considerados restaurados quando estivessem com material definitivo como ouro, amálgama, resina composta e ionômero de vidro, e, ainda, que não houvesse espaço entre a restauração e o dente em questão. A existência ou não da fissura deveria ser comprovada através da sonda CPI (adaptado de PINTO 2000).

O código de extraído foi aplicado quando havia suspeita que o dente fora perdido devido à cárie. Foi considerado hígido o dente que não se enquadrasse nas situações anteriores e ao exame visual apresentasse esmalte e dentina íntegros, sem presença de restauração (adaptado de PINTO 2000).

O critério de exclusão foi adotado quando se suspeitasse que o dente poderia ter sido extraído por outras situações como fratura, correção ortodôntica, doença periodontal ou necessidade protética (PINTO 2000). Em relação à anotação das cáries de raiz os códigos foram os mesmos anteriormente citados e os critérios adaptados à condição.

3.8.4 Exame das condições e necessidades protéticas

No caso de presença de próteses removíveis, tanto parcial quanto total, estas foram anotadas nos espaços correspondentes e retiradas para o exame dos dentes e mucosa. Constaram das anotações relativas à prótese os itens tipo e necessidade de outras próteses, tanto para a arcada superior como para a inferior. A prótese só foi considerada presente se estivesse sendo usada no momento do exame e para os casos de necessidade mesmo que o examinado tivesse a prótese considerou-se a necessidade (OMS 1999).

O pesquisador principal atuou como supervisor de campo e revisor da fichas, questionários e termos de consentimento, os quais eram recolhidos a cada semana e devolvidos caso não estivessem devidamente preenchidos.

3.9 Análise dos resultados

Posteriormente à coleta, foi montado um questionário para a entrada de dados no programa Epi info Revisão 2 (Janeiro de 2003). Os dados tiveram digitação dupla para que os bancos pudessem ser comparados ao final, eliminando assim os possíveis erros de digitação. Optou-se por este programa pela facilidade de se criar as condicionais em relação às variáveis e permitir a visualização completa do questionário inclusive com as opções de entrada. Após a digitação e comparação dos bancos de dados, o banco corrigido foi exportado para o Programa SPSS versão 10.0 para Windows. Nesta versão foi feita a análise e foram aplicados os testes estatísticos.

3.9.1 Análise exploratória inicial e comparativa entre fumantes e não fumantes

A análise exploratória inicial se fixou na distribuição das freqüências das variáveis estudadas com o objetivo de conhecer o banco (as tabelas e os respectivos resultados estão dispostos no apêndice 3).

Para melhor comparação optou-se por dividir a idade em quartis, totalizando 4 categorias, acredita-se que assim a amostra esteja eqüitativamente distribuída permitindo a comparação das variáveis. A seguir, prosseguiu-se então para a análise de todas as variáveis em relação à idade. A idade foi preferencialmente enfatizada por se saber estar diretamente relacionada às doenças bucais e estilo de vida.

A variável ocupação foi colhida segundo a declaração do entrevistado, posteriormente foi categorizada segundo as normas da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (BRASIL 1998). Ocupações declaradas como diarista, faxineira e serviços gerais foram categorizadas como serventia e hospedagem. Na categoria trabalhadores da casa somente foram incluídos quem se declarou “do lar”.

Seguiu-se então para a comparação entre os grupos, divididos em fumantes e não fumantes, segundo as variáveis de maior interesse. Também nesta fase procurou-se descrever o perfil dos fumantes através das informações referentes a esse grupo. As variáveis relativas à saúde bucal foram descritas no âmbito geral, por faixa etária, para depois proceder-se à comparação entre os dois grupos de interesse.

Nesta fase, para se evitar maiores dificuldades de comparações entre as diversas categorias, optou-se por excluir os ex-fumantes da análise. Portanto, a análise estatística, a partir desse ponto, foi feita entre fumantes e não fumantes. Este procedimento se baseia no fato de que o objetivo principal do trabalho é analisar a influência do tabagismo nas alterações bucais encontradas e para otimizar a comparação preferiu-se que o grupo fosse composto por indivíduos que nunca haviam fumado.

3.9.2 Cálculo das prevalências e razão de prevalência

Para fins de cálculo de prevalência as variáveis numéricas foram categorizadas, tendo como referência a literatura sobre o assunto. No tocante às condições dentárias optou-se pela divisão das categorias através da mediana tanto pela facilidade de operacionalização como pela escassez de estudos no sentido de ordenar esses indicadores. As variáveis qualitativas com mais de dois níveis, foram agrupadas em duas ou mais categorias. Ao reagrupar a variável ocupação, criou-se 5 categorias: saúde e professores; comércio, serviços administrativos e funcionalismo público; serventia, trabalhadores da casa, rurais e artistas; segurança, construção civil e motoristas. Na variável Trabalha, a categoria “Não”, englobou também os que se disseram aposentados.

Em relação à Etnia, “Outras” foram representados pelos que se consideraram amarelos, indígenas ou ainda pelos que não quiseram responder. Quanto ao Estado civil, fizeram parte da categoria “Outros” os que se disseram viúvos ou separados e em relação à religião, a categoria “Outras” também representou os que disseram não seguir nenhuma religião.

Para a determinação da associação do índice CPI, PIP e tabagismo considerou-se o indivíduo e não os sextantes examinados. Esta classificação individual se deu pelo pior escore anotado entre os sextantes examinados de cada usuário. Agrupou-se então em hígdos, presença de sangramento, cálculo e presença de bolsas. Para o PIP os grupos foram: perda de inserção de 0 a 3 mm (normal), perda de inserção de 4 a 8 mm e acima de 8 mm. As próteses foram analisadas em relação à necessidade ou não, assim como lesões de mucosa. As leucoplasias foram analisadas separadamente por se ter conhecimento que estão intimamente relacionadas ao tabaco. Os testes estatísticos realizados para o cálculo da associação e significância foram a razão de prevalência e seu respectivo Intervalo de Confiança de 95% e o Qui-quadrado (χ^2). Foi definido em 5% (p valor < 0,05) o limite de rejeição da hipótese de nulidade para todas as variáveis estudadas.

4 RESULTADOS

4.1 Análise comparativa entre fumantes e não fumantes e perfil dos fumantes

Do universo de 1.040 usuários que participaram deste estudo, 18,3% se declararam fumantes, 17,8% ex-fumantes e 63,9% não fumantes. Para esta fase da análise só serão considerados os fumantes e não fumantes, ficando excluídos dos cálculos estatísticos os pacientes considerados como ex-fumantes.

A Tabela 1 mostra a distribuição da população de fumantes e não fumantes, segundo algumas variáveis sócio-demográficas. Entre os fumantes 62,6% estavam trabalhando e 34,2% desempregados, ao passo que entre os não fumantes a percentagem de desempregados foi de 39,1%. Em relação à renda, os fumantes que recebiam ao mês até 2 salários mínimos corresponderam a 90%, o mesmo ocorreu em relação aos não fumantes onde foi encontrado o percentual de 90,2%. Quanto à escolaridade, 33,7% dos fumantes tinham mais de 8 anos de estudo, já entre os não fumantes este percentual sobe para 54%. A maioria relatou seguir a religião católica, sendo que o percentual de fumantes que seguiam outra religião, ou nenhuma, foi de 11,1% e de não fumantes, 9,6% respectivamente. Em relação à etnia e estado civil observa-se que as diferenças entre os percentuais das categorias distribuídas entre fumantes e não fumantes foi muito pequena.

A Tabela 2 apresenta a distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo a ocupação. As categorias ocupacionais que apresentaram as maiores prevalências de tabagismo foram a de serventia e hospedagem, seguida dos trabalhadores domésticos, enquanto que as de menor prevalência a dos profissionais de saúde e professores. Nos usuários que se declararam trabalhadores da casa foi encontrado o mesmo percentual de fumantes e não fumantes, 20,5%.

Em relação ao sexo e faixa etária observa-se que, em todas as faixas etárias estudadas, o percentual de fumantes do sexo masculino é superior ao feminino, sendo que a maior diferença observada foi na faixa etária de 20 a 28 anos. Dentre as faixas etárias, a que concentrou o maior percentual de fumantes, tanto do sexo masculino quanto do feminino, foi a acima de 42 anos (Tabela 3).

A Tabela 4 descreve a distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo algumas variáveis relacionadas ao estilo de vida. Os entrevistados que declararam fumar e não fazer nenhum tipo de exercício físico tiveram um maior percentual em relação aos não fumantes, 73,2% versus 65,7%. Em compensação o percentual de fumantes que fazem exercício físico mais de 3 vezes na semana é semelhante aos não fumantes da mesma categoria, 15,3% versus 14,9%. Em relação à higiene bucal observa-se que o percentual de fumantes que fazem a higiene até 3 vezes ao dia, é maior se compararmos aos não fumantes. O inverso ocorre se compararmos os que fazem a higienização bucal mais de 3 vezes ao dia com escova e fio dental associados para a limpeza.

Na tabela 5 destaca-se a distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo o uso de drogas ilícitas e álcool. A percentagem de fumantes que usam ou usaram drogas ilícitas foi de 8,9% e nos não fumantes apenas 1,1%. Situação semelhante ocorreu em relação ao consumo de bebida alcoólica, 13,2% de fumantes e 6,6% de não fumantes e a dependência da mesma, medida pelo Teste CAGE. O teste aplicado foi positivo em 40% dos fumantes e em 18,2% dos não fumantes.

Tabela 1: Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo algumas variáveis sócio-demográficas, Cuiabá/MT, 2004.

Variáveis Sócio-demográficas	Categorias	Fumantes (n=190)		Não fumantes (n=665)	
		Nº	(%)	Nº	(%)
Região	Leste	54	(28,4)	243	(36,5)
	Norte	6	(3,2)	44	(6,6)
	Oeste	19	(10,0)	51	(7,7)
	Sul	111	(58,4)	327	(49,2)
Trabalha	Sim	119	(62,6)	381	(57,3)
	Não	65	(34,2)	260	(39,1)
	Aposentado	6	(3,2)	24	(3,6)
Renda	Até 1 SM	84	(44,2)	324	(48,7)
	1 a 2 SM	87	(45,8)	276	(41,5)
	> 2 SM	19	(10,0)	65	(9,8)
Anos de estudo	0 a 4	40	(21,1)	97	(14,6)
	5 a 8	86	(45,3)	209	(31,4)
	> 8	64	(33,7)	359	(54,0)
Religião	Católica	139	(73,2)	421	(63,3)
	Evangélica	30	(15,8)	180	(27,1)
	Outras	21	(11,1)	64	(9,6)
Estado civil	Solteiro	58	(30,5)	150	(22,6)
	Casado	117	(61,6)	452	(68,0)
	Outro	15	(7,9)	63	(9,5)
Etnia	Branca	43	(22,6)	135	(20,3)
	Negra ou Parda	123	(64,7)	465	(69,9)
	Outras	24	(12,6)	65	(9,8)
Sexo	Feminino	107	(56,3)	492	(74,0)
	Masculino	83	(43,7)	173	(26,0)

SM = Salário mínimo vigente na época do estudo

Tabela 2: Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo ocupação, Cuiabá/MT, 2004.

Variável	Categorias	Fumantes (n=190)		Não fumantes (n=665)	
		Nº	(%)	Nº	(%)
Ocupação	Nenhuma	25	(13,2)	97	(14,6)
	Saúde	3	(1,6)	25	(3,8)
	Construção civil	18	(9,5)	20	(3,0)
	Motoristas	14	(7,4)	19	(2,9)
	Estudantes	3	(1,6)	25	(3,8)
	Comércio	20	(10,5)	118	(17,7)
	Serventia e hospedagem	50	(26,3)	130	(19,5)
	Trabalhadores da casa	39	(20,5)	136	(20,5)
	Serviços administrativos	6	(3,2)	45	(6,8)
	Professores	1	(0,5)	13	(2,0)
	Proteção/ segurança	6	(3,2)	17	(2,6)
	Funcionário público	-	-	6	(0,9)
	Aposentados	3	(1,6)	14	(2,1)
	Trabalhador rural	1	(0,5)	-	-
	Artistas e assemelhados	1	(0,5)	-	-

Tabela 3: Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo sexo e faixa etária, Cuiabá/MT, 2004.

Faixa etária	Masculino (n=256)				Feminino (n=599)			
	Fumantes		Não fumantes		Fumantes		Não fumantes	
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
20 a 28	21	(31,3)	46	(68,7)	27	(13,1)	179	(86,9)
29 a 34	19	(32,2)	40	(67,8)	30	(20,8)	114	(79,2)
35 a 42	21	(30,4)	48	(69,6)	27	(19,4)	112	(80,6)
> 42	22	(36,1)	39	(63,9)	23	(20,9)	87	(79,1)

Tabela 4: Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo atividade física, higiene bucal e material utilizado para higiene, Cuiabá/MT, 2004.

Variáveis	Categorias	Fumantes (n = 190)		Não fumantes (n=665)	
		Nº	(%)	Nº	(%)
Atividade física	Não faz	139	(73,2)	437	(65,7)
	Até 3 X/semana	22	(11,6)	129	(19,4)
	+ de 3	29	(15,3)	99	(14,9)
Higiene bucal	Não faz	1	(0,5)	2	(0,3)
	Até 3 X/dia	174	(91,6)	586	(88,1)
	+de 3	15	(7,9)	77	(11,6)
Material utilizado para higiene	Escova	120	(63,2)	360	(54,1)
	Escova / fio	58	(30,5)	270	(40,6)
	Outros	12	(6,3)	35	(5,3)

Tabela 5: Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo o uso de drogas ilícitas, álcool e Teste CAGE, Cuiabá/MT, 2004.

Uso de drogas	Categorias	Fumantes (N=190)		Não fumantes (N=665)	
		Nº	(%)	Nº	(%)
Droga ilícita	Sim	17	(8,9)	7	(1,1)
	Não	173	(91,1)	658	(98,9)
Álcool	Sim	25	(13,2)	44	(6,6)
	Não	165	(86,8)	621	(93,4)
Teste CAGE	(+)	10	(40,0)	8	(18,2)
	(-)	15	(60,0)	36	(81,8)

A Tabela 6 apresenta a distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo a história patológica pregressa. A presença de doença crônica foi relatada por 12,1% dos fumantes e 15,3% dos não fumantes. Ao serem questionados a respeito de utilização de medicamento com ingestão diária, 16,8% dos fumantes e 20,5% dos não fumantes responderam afirmativamente. O percentual de fumantes que já haviam feito quimioterapia e ou radioterapia foi de 3,7% e de 2,4% para os não fumantes.

Tabela 6: Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo a história patológica pregressa (HPP), uso de medicamento e tratamento de câncer, Cuiabá/MT, 2004.

HPP	Categorias	Fumantes (N=190)		Não fumantes (N=665)	
		Nº	(%)	Nº	(%)
Doença crônica	Sim	23	(12,1)	102	(15,3)
	Não	167	(87,9)	563	(84,7)
Medicamento	Sim	32	(16,8)	136	(20,5)
	Não	158	(83,2)	529	(79,5)
Trat. Câncer	Sim	7	(3,7)	16	(2,4)
	Não	183	(96,3)	659	(97,6)

Observa-se na Tabela 7 a distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo o relato de absenteísmo. O percentual de fumantes que relataram ter perdido dias de trabalho em decorrência de problemas bucais foi de 44,2% e nos não fumantes foi de 29,5%. Em relação ao número de dias perdidos ou faltas, em todas as categorias o percentual de fumantes excedeu o de não fumantes.

Tabela 7: Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo o relato de absenteísmo em decorrência de problemas bucais, Cuiabá/MT, 2004.

Absenteísmo	Categorias	Fumantes (N=190)		Não fumantes (N=665)	
		Nº	(%)	Nº	(%)
Absenteísmo	Sim	84	(44,2)	196	(29,5)
	Não	106	(55,8)	469	(70,5)
Total de faltas	Nenhuma	106	(55,8)	469	(70,5)
	1 a 3	47	(24,7)	117	(17,6)
	4 a 7	23	(12,1)	50	(7,5)
	+ 7	14	(7,4)	29	(4,4)

A Tabela 8 apresenta a média, a mediana e o desvio padrão de variáveis relacionadas aos fumantes. Nota-se que, os fumantes deste estudo, tinham em média 35 anos e relataram fumar, aproximadamente, 12,8 cigarros por dia, tendo iniciado o vício, em média, aos 16 anos.

Tabela 8: Média, mediana e desvio padrão de algumas variáveis relacionadas aos usuários fumantes, Cuiabá/MT, 2004.

Variáveis	Fumantes		
	\bar{x}	Md	DP
Idade	35,5	34	9,5
Cigarros / dia	12,8	10	11,8
Idade da iniciação	16,1	15	4,3
Tempo que fuma	17,4	16	10,8
Vezes que tentou parar	3,1	2	2,6

\bar{x} = Média Md = Mediana DP = Desvio Padrão

Foi aplicado aos fumantes o Teste de Fargeström, cujas questões estão descritas na Tabela 9. A maioria dos fumantes (40,5%), relatou fumar entre 6 e 30 minutos após acordar e não fumar em local proibido (78,9%). Em relação ao número de cigarros fumados, 92,1% informaram fumar menos de 20 cigarros por dia. Exatos 40% afirmaram fumar mais pela manhã e 32,1% fumam mesmo quando estão doentes.

Tabela 9: Distribuição da população de fumantes segundo os seis quesitos do Teste de Fargeström, Cuiabá/MT, 2004.

Teste de Fargeström	Categorias	Fumantes (N=190)	
		Nº	(%)
Fuma após acordar	< 5 min.	39	(20,5)
	6 a 30 min.	77	(40,5)
	31 a 60 min.	16	(8,4)
	> 60 min.	58	(30,5)
Fumar em local proibido	Sim	40	(21,1)
	Não	150	(78,9)
Cigarro satisfação	Primeiro da manhã	98	(51,6)
	Outros	92	(48,4)
Cigarros ao dia	< 10	84	(44,2)
	11 a 20	91	(47,9)
	21 a 30	7	(3,7)
	> 31	8	(4,2)
Fuma mais pela manhã	Sim	76	(40,0)
	Não	114	(60,0)
Fuma mesmo doente	Sim	61	(32,1)
	Não	129	(67,9)

De acordo com o escore, o Teste de Fargeström foi categorizado em baixo ou muito baixo (0 a 4), médio (5) e elevado ou muito elevado (6 a 10). Do total de fumantes, 62,6% se enquadraram na categoria muito baixo ou baixo dependente, 14,2% em médio dependente e 23,1% em nível elevado ou muito elevado (Tabela 10).

Tabela 10: Distribuição da população de fumantes segundo as categorias do grau de dependência (Teste de Fargeström), Cuiabá/MT, 2004.

Tabagismo	Categorias	Fumantes (N=190)	
		Nº	(%)
Teste de Fargeström	Muito baixo ou baixo	119	(62,6)
	Médio	27	(14,2)
	Elevado ou muito elevado	44	(23,1)

Dos 190 fumantes da amostra, 86,8% relataram querer parar de fumar, 13,2% responderam que não, 72,6% já tentaram parar e 27,4% nunca fizeram nenhuma tentativa de parar. Ao serem indagados se o cigarro havia causado algum problema de saúde, 52,6% responderam afirmativamente e 47,4% negaram (Tabela 11).

Tabela 11: Distribuição da população de fumantes segundo a informação sobre querer parar de fumar e percepção acerca dos malefícios do tabagismo, Cuiabá/MT, 2004.

Variável	Categorias	Fumantes (N=190)	
		Nº	(%)
Parar de fumar	Sim	165	(86,8)
	Não	25	(13,2)
Já tentou parar	Sim	138	(72,6)
	Não	52	(27,4)
Percepção dos malefícios à saúde	Sim	100	(52,6)
	Não	90	(47,4)

Nas tabelas 12, 13 e 14 encontram-se a distribuição dos pacientes fumantes e não fumantes segundo as lesões de mucosa bucal encontradas, tipo e localização das mesmas. As lesões de mucosa estiveram presentes

em 18,4% dos fumantes. As leucoplasias foram encontradas em 18,4% dos fumantes e abscessos em 15,8% dos fumantes. Nos não fumantes o percentual de leucoplasias foi de 3,2% e de abscessos, 6,4%. A localização de maior prevalência das lesões nos fumantes foi rebordo ou sulco com 37,8% e nos não fumantes foi no palato com 33,1%.

Tabela 12: Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo a presença de lesões de mucosa bucal, Cuiabá/MT, 2004.

Lesão de mucosa	Categorias	Fumantes (N=190)		Não fumantes (N=665)	
		Nº	(%)	Nº	(%)
Presença	Sim	35	(18,4)	106	(15,9)
	Não	155	(81,6)	559	(84,1)

Tabela 13: Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo o tipo de lesão de mucosa bucal, Cuiabá/MT, 2004.

Lesão de mucosa	Categorias	Fumantes (n=38)		Não fumantes (n=125)	
		Nº	(%)	Nº	(%)
Tipo de lesão	Leucoplasia	7	(18,4)	4	(3,2)
	Líquid plano	-	-	2	(1,6)
	Ulceração	6	(15,8)	29	(23,2)
	GUNA	-	-	1	(0,8)
	Candidíase	4	(10,5)	25	(20,0)
	Abscesso	6	(15,8)	8	(6,4)
	Outra	15	(39,5)	56	(44,8)

GUNA = Gengivite ulcronecrosante aguda

Tabela 14: Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo a localização da lesão de mucosa bucal, Cuiabá/MT, 2004.

Lesão de mucosa	Categorias	Fumantes (n=37)		Não fumantes (n=124)	
		Nº	(%)	Nº	(%)
Localização	Borda / lábio	3	(8,1)	10	(8,1)
	Comissura	6	(16,2)	4	(3,2)
	Mucosa vestibular	4	(10,8)	23	(18,5)
	Assoalho	1	(2,7)	4	(3,2)
	Língua	1	(2,7)	9	(7,3)
	Palato	8	(21,6)	41	(33,1)
	Rebordo / sulco	14	(37,8)	33	(26,6)

Para a detecção das condições periodontais examinou-se, entre fumantes e não fumantes, um total de 5130 sextantes. A Tabela 15 apresenta os sextantes examinados e excluídos para obtenção dos índices periodontais. Foram excluídos 882 sextantes no exame para obtenção do índice CPI e 959 sextantes quando do exame para o PIP.

Tabela 15: Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo os sextantes examinados e excluídos por índice CPI e PIP, Cuiabá/MT, 2004.

Condição periodontal	Categorias	Fumantes		Não fumantes		TOTAL
		Nº	(%)	Nº	(%)	
CPI sextantes	Examinados	1140	(22,2)	3990	(77,8)	5130
	Excluídos	243	(27,5)	639	(72,5)	882
PIP sextantes	Examinados	1140	(22,2)	3990	(77,8)	5130
	Excluídos	255	(26,6)	704	(73,4)	959

CPI = Índice Periodontal Comunitário

PIP = Perda de Inserção Periodontal

Em relação ao exame periodontal para a obtenção do índice CPI, nota-se na Tabela 16, que 18,4% dos fumantes não possuíam nenhum tipo de alteração, enquanto que nos não fumantes esta percentagem foi de 23,8%. Para bolsas de 4 e 5 mm e acima de 6 mm os percentuais encontrados nos fumantes foi superior ao dos não fumantes.

Tabela 16: Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo os sextantes válidos por categorias do índice CPI, Cuiabá/MT, 2004.

Condição periodontal	Categorias	Fumantes (n=897)		Não fumantes (n=3351)	
		Nº	(%)	Nº	(%)
CPI sextantes	Hígidos	165	(18,4)	797	(23,8)
	Sangramento	187	(20,8)	908	(27,1)
	Cálculo	343	(38,2)	1127	(33,6)
	Bolsa 4 a 5 mm	148	(16,5)	353	(10,5)
	> 6 mm	54	(6,0)	166	(5,0)

CPI = Índice Periodontal Comunitário

Na Tabela 17 observa-se que, do total de 885 sextantes examinados, nos usuários fumantes, 73% apresentaram uma perda de inserção até 3 mm, enquanto que nos não fumantes, 79% se apresentaram nessas condições. Para perdas de inserção acima de 4 mm o percentual dos fumantes excede em todas as categorias o dos não fumantes.

Tabela 17: Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo os sextantes válidos por categorias do índice PIP, Cuiabá/MT, 2004.

Condição periodontal	Categorias	Fumantes (n=885)		Não fumantes (n=3286)	
		Nº	(%)	Nº	(%)
PIP sextantes	0 a 3 mm	646	(73,0)	2595	(79,0)
	4 a 5 mm	136	(15,4)	427	(13,0)
	6 a 8 mm	78	(8,8)	210	(6,4)
	9 a 11 mm	16	(1,8)	43	(1,3)
	≥ 12 mm	9	(1,0)	11	(0,3)

PIP = Perda de Inserção Periodontal

Quando se compara a classificação por indivíduo, obtida pela pior condição periodontal (Tabela 18), verifica-se que os fumantes possuem um percentual maior em relação à presença de bolsas de 4 e 5 mm que os não fumantes. O mesmo ocorre com bolsas acima de 6 mm, fumantes 17,3% e não fumantes 14,4%. Em relação ao sangramento após sondagem, os fumantes apresentaram um percentual de 9,2% contra 13,3% dos não fumantes.

Tabela 18: Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo a condição periodontal (máximo índice CPI) por indivíduo, Cuiabá/MT, 2004.

Condição periodontal	Categorias	Fumantes (n=185)		Não fumantes (n=648)	
		Nº	(%)	Nº	(%)
CPI p/ indivíduo	Hígidos	10	(5,4)	37	(5,7)
	Sangramento	17	(9,2)	86	(13,3)
	Cálculo	73	(39,5)	280	(43,2)
	Bolsa 4 a 5 mm	53	(28,6)	152	(23,5)
	≥ 6 mm	32	(17,3)	93	(14,4)

CPI = Índice Periodontal Comunitário

Na Tabela 19, observa-se que a perda de inserção entre 0 e 3 mm foi encontrada em 47,6% dos fumantes examinados, contra 53,1% dos não fumantes. Entre os fumantes, 4,3% apresentaram perda de inserção de 12 mm ou mais, enquanto que nos não fumantes este valor cai para 1,4%.

Tabela 19: Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo a condição periodontal (máximo índice PIP) por indivíduo, Cuiabá/MT, 2004.

Condição periodontal	Categorias	Fumantes (n=185)		Não fumantes (n=644)	
		Nº	(%)	Nº	(%)
PIP p/ indivíduo	0 a 3 mm	88	(47,6)	342	(53,1)
	4 a 5 mm	46	(24,9)	156	(24,2)
	6 a 8 mm	31	(16,8)	105	(16,3)
	9 a 11 mm	12	(6,5)	32	(5,0)
	≥ 12 mm	8	(4,3)	9	(1,4)

PIP = Perda de Inserção Periodontal

A Tabela 20 mostra que, ao exame das condições dentárias, a média de coroas híginas entre os fumantes foi menor se comparada aos não fumantes. Os fumantes apresentaram ainda maior média de coroas cariadas e perdidas. O CPOD médio entre fumantes foi de 20,1 contra 18,5 dos não fumantes.

Tabela 20 - Média, mediana e desvio padrão dos usuários fumantes e não fumantes em relação às condições dentárias, Cuiabá/MT, 2004.

Coroa dental	Fumantes			Não fumantes		
	\bar{x}	Md	DP	\bar{x}	Md	DP
Hígidas	11,2	10	6,6	12,8	13	7,1
Cariadas	5,7	5	4,7	4,8	4	4,2
Restauradas	3,6	2	4,5	4,8	3	5,1
Perdidas	10,8	9	7,9	8,9	7	8,1
Presentes	20,7	23	7,7	22,6	25	7,8
CPOD	20,1	22	6,8	18,5	19	7,2

\bar{x} = Média Md = Mediana DP = Desvio Padrão
CPOD = Dentes cariados, perdidos e restaurados

A tabela 21 mostra que os fumantes apresentaram em média 4,4 raízes hígidas e 15 raízes não expostas, contra 3,7 raízes hígidas e 18,3 raízes não expostas nos não fumantes.

Tabela 21: Média, mediana e desvio padrão dos usuários fumantes e não fumantes em relação às condições da raiz, Cuiabá/MT, 2004.

Condição da raiz	Fumantes			Não fumantes		
	\bar{x}	Md	DP	\bar{x}	Md	DP
Hígidas	4,4	4	4,6	3,7	2	4,5
Cariadas	1,5	0	2,5	0,8	0	1,8
Não expostas	15,0	16	9,6	18,3	20	9,7

\bar{x} = Média Md = Mediana DP = Desvio Padrão

Nas tabelas seguintes têm-se as condições protéticas encontradas, assim como, as necessidades protéticas dos examinados. Dos 190 usuários fumantes, 70% se apresentaram, no momento do exame, sem nenhum tipo de prótese superior e 95% sem prótese inferior. Nos não

fumantes essas percentagens foram de 68,1% e 92,6%, respectivamente (Tabela 22).

Tabela 22: Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo as condições protéticas encontradas, Cuiabá/MT, 2004.

Condições protéticas	Categorias	Fumantes (N=190)		Não fumantes (N=665)	
		Nº	(%)	Nº	(%)
Superior	Sem prótese	133	(70,0)	453	(68,1)
	Prótese fixa	6	(3,2)	14	(2,1)
	PPR	31	(16,3)	127	(19,1)
	PT	20	(10,5)	71	(10,7)
Inferior	Sem prótese	181	(95,3)	616	(92,6)
	Prótese fixa	1	(0,5)	4	(0,6)
	PPR	7	(3,7)	35	(5,3)
	PT	1	(0,5)	10	(1,5)

PPR = Prótese parcial removível
PT = Prótese Total

Entre os fumantes, 19,5% não precisavam de nenhum tipo de prótese superior, contra 35,8% dos não fumantes. Em relação à necessidade de PPR superior, o percentual de fumantes foi de 39,5% e nos não fumantes de 27,2% (Tabela 23).

Tabela 23: Distribuição da população de fumantes e não fumantes segundo as necessidades protéticas detectadas, Cuiabá/MT, 2004.

Necessidades protéticas	Categorias	Fumantes (N=190)		Não fumantes (N=665)	
		Nº	(%)	Nº	(%)
Superior	Nenhuma	37	(19,5)	238	(35,8)
	Fixa	49	(25,8)	162	(24,4)
	PPR	75	(39,5)	181	(27,2)
	PT	29	(15,3)	84	(12,6)
Inferior	Nenhuma	30	(15,8)	150	(22,5)
	Fixa	42	(22,1)	202	(30,4)
	PPR	112	(58,9)	294	(44,2)
	PT	6	(3,2)	19	(2,9)

PPR = Prótese parcial removível

PT = Prótese Total

4.2 Razão de prevalência entre fumantes e testes estatísticos

A Tabela 24 apresenta a prevalência de fumantes, razão de prevalência e intervalo de confiança segundo algumas variáveis socioeconômicas. Em relação à renda, a prevalência foi maior na categoria de 1 a 2 salários mínimos, porém a renda não se mostrou associada ao tabagismo. A prevalência de fumantes que estavam trabalhando, na época do estudo, foi de 23,8%. Esta variável também não esteve associada ao tabagismo. Tomando a categoria de trabalhadores da saúde como referência, somente as ocupações relacionadas à segurança, englobando os empregados da construção civil e transportes, e serventia, na qual estão inseridos os trabalhadores da casa, rurais e artistas, se mostraram associadas ao tabagismo.

Tabela 24: Prevalência de fumantes, razão de prevalência e intervalo de confiança, segundo algumas variáveis socioeconômicas, Cuiabá/MT, 2004.

Variáveis socio-econômicas	Categorias	Prevalência (%)	RP (IC=95%)	p valor
Renda	> 2 SM	22,6 (19/84)	1,0	
	1 a 2 SM	24,9 (87/363)	1,1 (0,69 – 1,64)	0,67
	Até 1 SM	20,5 (84/408)	0,91 (0,59 - 1,41)	
Trabalha	Não	20,0 (71/355)	1,0	
	Sim	23,8 (119/500)	1,19 (0,92 – 1,54)	0,19
Ocupação	Saúde	9,5 (3/28)	1,0	
	Comércio	13,3 (26/195)	1,40 (0,52 – 3,80)	
	Nenhuma	18,6 (31/167)	1,95 (0,73 – 5,22)	
	Serventia	25,5 (91/357)	2,68 (1,04 – 6,91)	
	Segurança	40,4 (38/94)	5,62 (1,81 – 16,88)	< 0,01

SM = Salário mínimo RP = Razão de prevalência IC = Intervalo de confiança

Observa-se na Tabela 25 que as variáveis: anos de estudo (IC = 1,47 – 2,52; p valor < 0,01); sexo (IC = 1,42 – 2,32; p valor < 0,01); religião (IC= 1,74 – 2,49; p valor < 0,01) e estado civil (IC = 1,03 – 1,78; p valor = 0,03) estiveram associadas ao tabagismo. Houve maior prevalência de fumantes com menos de 8 anos de estudo (29,2%), sexo masculino (32,4%), religião católica (24,8%) e solteiros (27,9%).

Tabela 25: Prevalência de fumantes, razão de prevalência e intervalo de confiança, segundo algumas variáveis sócio-demográficas, Cuiabá/MT, 2004.

Variáveis sócio-demográficas	Categorias	Prevalência (%)	RP (IC=95%)	p valor
Anos de estudo	> 8 anos	15,1 (64/423)	1,0	
	Até 8 anos	29,2 (126/432)	1,93 (1,47 – 2,52)	< 0,01
Sexo	Feminino	17,9 (107/599)	1,0	
	Masculino	32,4 (83/256)	1,82 (1,42 – 2,32)	< 0,01
Idade	20 a 42	21,2 (145/684)	1,0	
	>42	26,3 (45/171)	1,24 (0,93 – 1,66)	0,15
Etnia	Branca	24,2 (43/178)	1,0	
	Negra	20,9 (123/588)	0,87 (0,64 – 1,17)	
	Outras	27,0 (24/89)	1,12 (0,73 – 1,72)	0,62
Religião	Evangélica	14,3 (30/210)	1,0	
	Católica	24,8 (139/560)	1,74 (1,21 – 2,49)	< 0,01
	Outras	24,7 (21/85)	1,73 (1,05 – 2,84)	
Estado civil	Casados	20,6 (117/569)	1,0	
	Solteiros	27,9 (58/208)	1,36 (1,03 – 1,78)	0,03
	Outros	19,2 (15/58)	0,94 (0,58 – 1,52)	

SM = Salário mínimo RP = Razão de prevalência IC = Intervalo de confiança

A tabela 26 apresenta a prevalência entre os fumantes em relação a algumas variáveis relacionadas ao estilo de vida. Observa-se maior prevalência de fumantes entre os que disseram fazer uso de drogas ilícitas (70,8%) e bebidas alcoólicas (36,2%). Segundo o Teste CAGE, a maioria dos fumantes (55,6%) foi considerada alcoolista. Estiveram associadas ao

tabagismo a utilização de drogas ilícitas, ingestão e dependência de bebidas alcoólicas e sedentarismo.

Tabela 26: Prevalência de fumantes, razão de prevalência e intervalo de confiança, segundo variáveis relacionadas ao estilo de vida, Cuiabá/MT, 2004.

Variáveis Estilo de vida	Categorias	Prevalência (%)	RP (IC=95%)	p valor
Droga	Não	20,8 (173/831)	1,0	
	Sim	70,8 (17/24)	3,40 (2,55 – 4,54)	< 0,01
Álcool	Não	21,0 (165/786)	1,0	
	Sim	36,2 (25/69)	1,73 (1,23 – 2,43)	< 0,01
Teste CAGE	(-)	29,4 (15/51)	1,0	
	(+)	55,6 (10/18)	1,89 (1,04 – 3,42)	0,04
Exercício	Sim	18,3 (51/278)	1,0	
	Não	24,1 (139/438)	1,31 (0,99 – 1,75)	0,05

RP = Razão de prevalência IC = Intervalo de confiança

4.3 Razão de prevalência entre fumantes e não fumantes e testes estatísticos

A Tabela 27 mostra que o absenteísmo por motivo odontológico esteve associado ao tabagismo ($\chi^2 = 14,6$; p valor < 0,01). A probabilidade de falta ao trabalho por motivo odontológico foi de 50% maior para os fumantes do que para os não fumantes. A Tabela 28 demonstra que a

higiene bucal não esteve associada ao fato de ser fumante ou não em um nível de significância de 5%.

Tabela 27: Razão de prevalência entre fumantes e não fumantes segundo o absenteísmo por motivo odontológico, Cuiabá/MT, 2004.

Categorias		RP (IC=95%)	Qui-quadrado	p valor
Absenteísmo	Não	1,0		
	Sim	1,50 (1,23 – 1,83)	14,6	< 0,01

RP = Razão de prevalência IC = Intervalo de confiança

Tabela 28: Razão de prevalência entre fumantes e não fumantes segundo a higiene bucal, Cuiabá/MT, 2004.

Categorias		RP (IC=95%)	Qui-quadrado	p valor
Higiene bucal	+ de 3 vezes	1,0		
	até 3 vezes	1,04 (0,99 – 1,09)	2,1	0,15

RP = Razão de prevalência IC = Intervalo de confiança

Em relação às condições dentárias, a Tabela 29 mostra que as piores condições, ou seja, maior número de dentes cariados e perdidos e menor número de raízes não expostas e dentes presentes, estiveram associados aos fumantes em um nível de significância de 5%. Os fumantes apresentaram uma prevalência 20% maior de mais de 4 dentes cariados e 29% maior de mais de 7 dentes perdidos se comparados aos não fumantes. A associação entre raízes expostas e tabagismo foi estatisticamente significativa com $\chi^2 = 18,8$.

A Tabela 30 apresenta as necessidades protéticas dos fumantes em relação aos não fumantes. Na maxila, ou parte superior, os fumantes apresentaram uma necessidade protética 25% maior do que os não

fumantes. A necessidade protética, tanto para a maxila quanto para a mandíbula, esteve associada ao tabagismo sendo que a primeira esteve mais fortemente associada ($\chi^2 = 18$).

Tabela 29: Razão de prevalência entre fumantes e não fumantes, segundo as condições dentárias, Cuiabá/MT, 2004.

Condições dentárias	Categorias	RP (IC=95%)	Qui-quadrado	p valor
Cariados	0 a 4	1,0	4,75	0,02
	> 4	1,20 (1,03 – 1,40)		
Perdidos	0 a 7	1,0	10,6	< 0,01
	>7	1,29 (1,12 – 1,50)		
Dentes presentes	> 24	1,0	12,7	< 0,01
	1 a 24	1,32 (1,11 – 1,52)		
Raiz não exposta	> 19	1,0	18,8	< 0,01
	1 a 19	1,37 (1,20 – 1,56)		

RP = Razão de prevalência IC = Intervalo de confiança

Tabela 30: Razão de prevalência entre fumantes e não fumantes, segundo as necessidades protéticas, Cuiabá/MT, 2004.

Necessidades protéticas	Categorias	RP (IC=95%)	Qui-quadrado	p valor
Superior	Não	1,0	18,0	< 0,01
	Sim	1,25 (1,15 – 1,37)		
Inferior	Não	1,0	4,1	0,04
	Sim	1,10 (1,01 – 1,17)		

RP = Razão de prevalência IC = Intervalo de confiança

Observa-se na Tabela 31 que, apesar dos fumantes apresentarem 16% a mais de lesões em relação aos não fumantes, estas não se mostram associadas, de forma significativa, ao fato de fumar ou não. Por outro lado as leucoplasias estiveram associadas aos fumantes em um nível de significância de 5% ($\chi^2 = 8,5$; p valor < 0,01).

Tabela 31: Razão de prevalência entre fumantes e não fumantes, segundo a presença de lesão de mucosa, Cuiabá/MT, 2004.

Lesão de mucosa	Categorias	RP (IC=95%)	Qui-quadrado	p valor
Presença	Não	1,0	0,7	0,40
	Sim	1,16 (0,82 – 1,63)		
Leucoplasia	Não	1,0	8,5*	< 0,01**
	Sim	5,76 (1,78 – 18,61)		

* Correção de Yates

** Teste Exato de Fischer

RP = Razão de prevalência

IC = Intervalo de confiança

A Tabela 32 mostra a razão de prevalência entre fumantes e não fumantes segundo os índices utilizados para medir as condições bucais. O CPOD se mostrou associado ao tabagismo ($\chi^2 = 16$; p valor < 0,01). Nenhuma das categorias do índice CPI se mostrou associada, porém no índice PIP a perda de inserção acima de 8 mm foi 70% maior entre os fumantes do que entre os não fumantes, sendo que, em um nível de significância de 5%, permaneceu associada ao tabagismo ($\chi^2 = 4,2$; p valor = 0,04).

Tabela 32: Razão de prevalência entre fumantes e não fumantes, segundo os índices CPOD, CPI e PIP individual, Cuiabá/MT, 2004.

Índices	Categorias	RP (IC=95%)	Qui-quadrado	p valor
CPOD	De 0 a 19	1,0		
	>19	1,36 (1,18 – 1,56)	16,0	< 0,01
CPI	Hígidos	1,0		
	Sangramento	0,69 (0,42 – 1,13)	2,2	
	Cálculo	0,91 (0,75 – 1,11)	0,8	
	Bolsas 4 a 5 mm	1,22 (0,68 – 2,16)	2,1	0,10
	Acima de 6 mm	1,21 (0,84 – 1,74)	0,9	
PIP	0 a 3 mm	1,0		
	4 a 8 mm	1,03 (0,85 – 1,25)	0,1	
	> 8mm	1,70 (1,02 – 2,82)	4,2	0,04

RP = Razão de prevalência IC = Intervalo de confiança
CPOD = Dentes cariados, perdidos e restaurados
CPI = Índice Periodontal Comunitário
PIP = Perda de Inserção Periodontal

5 DISCUSSÃO

5.1 Do método

Sabe-se que o desenho transversal não é o ideal para verificar associações, dentre as limitações cita-se que dados sobre a doença e a exposição são coletados ao mesmo tempo (MEDRONHO et al. 2003, ROYQUAROL e ALMEIDA 2003, PEREIRA 1995). Portanto, relação de causalidade e de associação é melhor compreendida em estudos do tipo coorte ou caso-controle. A decisão pelo tipo de estudo levou em consideração o tempo de execução, formas de operacionalização, disponibilidade de recursos humanos e materiais, além disso, pela impossibilidade de levantar dados de saúde bucal associada ao tabagismo e inexistência de dados secundários referentes à população de estudo. Também foi levado em consideração que as doenças bucais mais prevalentes, cárie e doença periodontal, têm o comportamento de doenças crônico-degenerativas e são muito freqüentes na população brasileira, assim como suas seqüelas, cita-se perda do elemento dental e conseqüente necessidade de reabilitação protética.

Por se tratar de um estudo preliminar, a preocupação principal foi o levantamento de dados, informações acerca do assunto e caracterização da população que acessa os serviços odontológicos do SUS em Cuiabá. A escassez de dados em relação à associação de afecções e condições bucais ao tabagismo é clara, principalmente em nível regional e nacional. No Estado de Mato Grosso desconhece-se que tenha algum estudo nesse sentido portanto, o retrato que se apresenta dos usuários, possivelmente servirá como uma base inicial, sobre a qual poderá se desenvolver uma série de hipóteses a serem testadas à *posteriori*.

Acredita-se que os resultados são representativos da população de usuários na medida em que as variáveis de interesse ocorrem em pelo

menos 18% da população como é o caso do tabagismo, ou no caso da cárie em pelo menos 50%, portanto doenças com alta prevalência.

Em relação aos exames clínicos bucais não houve re-exames para verificar a consistência intra-examinador (MEDRONHO et al. 2003, PEREIRA 1995). Sendo a pesquisa realizada com as unidades em funcionamento tornou-se impossível realizar nova chamada para os pacientes submetidos à entrevista e exame, isso porque à medida que eram feitos os exames para o presente estudo, o usuário já iniciava o tratamento odontológico. Em consequência disso se fosse feito o re-exame, provavelmente as condições bucais seriam outras se comparadas às iniciais.

O local de realização do exame, conforme relatado no capítulo de métodos, possuía as mesmas características em todas as clínicas: equipes odontológicas, refletores e instrumentos de coleta padronizados. Também o local utilizado para o treinamento prático e estudo piloto ofereceu as mesmas condições relatadas (OMS 1999). Com isso tentou-se diminuir as diferenças entre os diagnósticos, porém tal fato pode ter ocorrido tendo em vista que a pesquisa foi feita com um elevado número de examinadores. A decisão de mesmo assim utilizar vários examinadores foi tomada, principalmente, levando-se em conta o tempo exíguo para a execução da coleta.

No tocante às entrevistas, algumas perguntas, como o uso de drogas e álcool, podem ter sido subestimadas. Talvez em algumas situações o entrevistado tenha ficado constrangido já que se submeteria ao tratamento odontológico na clínica, portanto ainda seria visto pelo entrevistador. Outras questões relacionadas à higiene bucal podem ter sido superestimadas, também pelo mesmo fato há pouco citado. Porém, acredita-se que este efeito deve ter sido muito pequeno tendo em vista que nenhuma pessoa, após ser informada do estudo, se recusou a participar, fato que caracteriza a importância dada à pesquisa.

Para a formação do banco de dados optou-se pela digitação dupla e depois comparação dos bancos visando à eliminação de possíveis erros

(MEDRONHO et al. 2003, PEREIRA 1995). Também nesse sentido, os questionários e fichas clínicas foram avaliados durante todo o período da coleta, os que se apresentaram ilegíveis ou com duplicidade de informações foram corrigidos pelo pesquisador principal juntamente com o examinador ou entrevistador. As supervisões às clínicas foram feitas semanalmente, ocasião em que se recolhia os termos de consentimento, questionário e ficha clínica que estivessem preenchidos.

Na análise estatística inicial foram incluídos todos os participantes, sendo que para o cálculo de associações o grupo representado pelos ex-fumantes foi retirado. Optou-se por esse procedimento para eliminar qualquer influência que o grupo de ex-fumantes pudesse ter sobre os resultados. Possivelmente, as informações obtidas desse grupo serão analisadas em estudo posterior.

5.2 Da caracterização da população de estudo

5.2.1 Variáveis sócio-demográficas

O fato de a região sul ter representado cerca de 50% da amostra pode ser explicado pelo número de clínicas odontológicas presentes nessa região. Das 9 unidades em que foi realizada a pesquisa, 4 ou 44,4% estão localizadas na região sul e 3 ou 33,3% na região leste, percentuais que se aproximam do número de usuários que participaram do estudo. Observou-se também que na região sul e norte o percentual de pessoas mais jovens, 20 a 28 anos, que utilizam o serviço é maior se comparado às regiões oeste e leste. Sabe-se que as regiões oeste e leste constituem o centro de Cuiabá, talvez essa diferença nas faixas etárias possa ser entendida como a migração, da população mais jovem, do centro para a periferia, representadas pelas regiões norte e sul. Outra possibilidade é pela imigração de pessoas vindas de outros estados ou cidades, que geralmente

é feita pelos adultos jovens, que não têm condições financeiras de se manterem em áreas mais centrais ou pela falta de oferta de imóveis.

O que se tem é que as pessoas entre 20 e 34 anos, além de estarem mais desocupadas, representaram cerca de 56% dos que recebiam até 1 salário mínimo ao mês. Esses achados corroboram aos relatados nos Indicadores Sociais produzidos através da PNAD 2002 pelo IBGE para o Estado de Mato Grosso (MPOG 2004), porém em percentual superior tanto em relação à desocupação quanto à renda. Pode-se pensar que na capital, Cuiabá, a absorção da mão-de-obra relacionada às idades inferiores a 34 anos não é suficiente se comparada ao interior do estado.

Segundo as ocupações relatadas pela população usuária dos serviços odontológicos do SUS observou-se maior concentração de pessoas mais jovens nas categorias em que há predominância de trabalho informal, podendo-se citar os serviços relacionados à serventia e hospedagem e trabalhadores domésticos. Os serviços administrativos, que se pressupõe exigir um nível de escolaridade maior que as ocupações acima referidas, concentraram cerca de 40% dos usuários entre 20 e 28 anos, justamente aqueles que apresentaram um maior percentual na categoria acima de 8 anos de estudo, cerca de 35%.

À medida que se observou o aumento da idade, houve uma inversão na relação entre esta e anos de estudo, mesma constatação disposta no documento produzido pelo IBGE em 2003. O analfabetismo funcional, ou seja, o percentual de usuários com até 4 anos de estudo foi cerca de 18%, ligeiramente inferior aos relatados para o Estado de Mato Grosso e região Centro Oeste, ambos com 21% (MPOG 2004).

Aproximadamente 68% da amostra foi composta por usuários do sexo feminino, destas, aproximadamente 79%, com idades inferiores a 42 anos. Se comparadas ao sexo masculino, observa-se que o percentual de homens na categoria acima de 42 anos é maior. Isso leva a crer que as mulheres mais jovens procuram mais pelos serviços odontológicos se comparadas aos homens. Estudo realizado no período de 1997 a 2002 com

3.588 pacientes que procuraram a Clínica da Faculdade de Odontologia de Bauru (USP) mostrou que 61,1% eram do sexo feminino. Em relação à idade este mesmo estudo relata uma média de 30 anos para as mulheres e 32 anos para os homens, dados muito próximos dos encontrados entre os usuários do SUS em Cuiabá (XAVIER 2003). Talvez as questões estéticas levem as mulheres mais jovens à procurar os serviços odontológicos.

O percentual de casados da amostra foi de 67,4% sendo que à medida que há um aumento da idade o percentual de solteiros decresce chegando a apenas 13,7% na faixa etária acima de 42 anos. Outro fato é que na categoria outros, onde foram incluídos viúvos e separados, ou seja, as pessoas que não moram com companheiros, o percentual aumenta, sendo que a faixa etária acima de 42 anos concentra 60,4% do total de usuários separados ou viúvos. O estado de viuvez é compreensível que seja diretamente proporcional à idade. Analisando os achados, observa-se que a diminuição do percentual de solteiros é absorvida pela categoria viúvos ou separados, já que o de casados também diminui nos usuários acima de 42 anos. Deve-se destacar que os dados foram coletados com a categoria “mora junto sem estar casado” que na análise está incluída em casados, portanto pode-se afirmar que os que se encontram na categoria “outros” declararam não morar com companheiros ou companheiras.

Ainda sobre as variáveis sócio-demográficas, a etnia negra ou parda constituiu mais de 65% do total de usuários. O elevado percentual referido tanto pode estar ligado à intensa miscigenação da população regional que vem ocorrendo desde a época do desbravamento quanto confirmando os baixos percentuais de renda pessoal e nível de escolaridade dos usuários que participaram do estudo. Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 2003, a fim de verificar as condições de saúde bucal da população brasileira, o percentual de negros e pardos para a região Centro Oeste foi de aproximadamente 52% (BRASIL 2004d).

Em relação à opção religiosa, entre os que disseram não seguir nenhuma religião ou seguir outra que não fosse a católica ou evangélica

concentram-se os mais jovens, de 20 a 34 anos, no total esta categoria representou cerca de 10% dos usuários. No tocante aos percentuais encontrados, pode-se refletir tendo em mente que é mais difícil agregar pessoas mais jovens às religiões tradicionais, representadas nesse caso pela católica e evangélica.

5.2.2 Variáveis relacionadas ao estilo de vida

Analisando as variáveis referentes ao estilo de vida, grande parte dos usuários não pratica nenhum tipo de exercício, sendo o sedentarismo mais comum entre 20 e 28 anos. Apenas 15% disseram fazer algum tipo de atividade física mais de 3 vezes por semana. Segundo pesquisa de padrões de vida em 1997, citada por MENDONÇA e ANJOS (2004), o percentual encontrado mediante inquérito domiciliar foi de 80% de inatividade física. Já em relação ao sedentarismo da faixa etária mais jovem, SALLES et al. (2003) encontraram resultados similares, quando da realização de inquérito com 4.030 funcionários acima de 20 anos de uma universidade no Rio de Janeiro, assim como o inquérito de base populacional divulgado pelo INCA em 2002-2003 (BRASIL 2004b).

Quanto à higiene dental, apenas 6 usuários relataram que não faziam higiene bucal. Após a comparação das fichas e questionários verificou-se que todos eram edentados totais e talvez por esse motivo não escovassem nem a boca nem a prótese. Este fato pode significar minimamente que esses usuários não têm informações a respeito de higiene bucal. Do total da população de estudo, 89% faziam a limpeza da boca e dentes apenas 3 vezes ao dia, e a maioria, cerca de 56% só utilizava a escova para higienização. Também foi observado que, dos usuários utilizavam a escova associada ao fio dental, aproximadamente 31% tinham idade entre 20 e 28 anos, enquanto que somente 15% estavam entre os mais velhos, acima de 42 anos.

O fato de a higiene bucal ser feita, pela maioria, 3 vezes ao dia pode ser circunstância do efeito da mídia, que reforça esta posição ou até

mesmo pela condição de 3 refeições diárias. Essa indicação também era feita pela classe odontológica até bem pouco tempo. Sabe-se que dependendo da dieta e do número de vezes ao dia em que há ingestão de alimentos o fato de escovar os dentes 3 vezes ao dia se mostra pouco efetivo na prevenção às cáries. Os microorganismos responsáveis pela lesão cariosa, *Streptococcus mutans*, *Lactobacillus* sp e algumas espécies de *Actinomyces* sp, principalmente em cáries de raiz, atuam como produtores de quantidades substanciais de ácidos. Com a diminuição do pH a colonização da placa bacteriana, formada por restos alimentares aderidos ao esmalte, é facilitada. Além disso, o equilíbrio do processo de desmineralização e remineralização é afetado com gradiente positivo para o primeiro (THYLSTRUP e FEJERSKOV 2001, PINTO 2000, KRASSE 1988).

Estima-se que após a ingestão de açúcar ou de alimentos ácidos esse processo tenha início em 20 minutos, portanto a limpeza da boca e dentes com escova e creme dental fluoretado se faz necessária sempre que houver a ingestão de alimentos, principalmente que contenham sacarose ou derivados. Nesses casos, ou seja, quando o meio bucal apresenta-se com pH baixo, o creme dental fluoretado é de suma importância na prevenção, pois o flúor atua com um papel de redução da solubilidade do esmalte e dentina. Além dessa ação, o flúor pode aumentar a tendência de remineralização de lesões cariosas incipientes, diminuir a tensão superficial reduzindo a adesão dos microorganismos aos dentes e ainda atuar como antimicrobiano. Para tanto são necessárias pequenas quantidades, no caso o creme dental, porém aplicado várias vezes ao dia ou, conforme referenciado anteriormente, após a ingestão de alimentos (THYLSTRUP e FEJERSKOV 2001, KRASSE 1988).

5.2.3 Variáveis relacionadas à história patológica progressiva

Em relação à história patológica progressiva (HPP), ao serem inqueridos se possuíam alguma doença crônica, cerca de 15% dos entrevistados relataram que sim. Esse percentual pode ter sido subestimado

mesmo que o usuário tenha sido informado sobre o significado do termo crônico pelo entrevistador, ou por outro lado, por se tratar de uma população jovem, 76,7% abaixo de 42 anos. Em relação ao uso diário de medicamentos, geralmente utilizado nos casos de patologias crônicas, o percentual foi de 20,7%. Essa diferença, entre o percentual de doentes crônicos e a utilização de medicamento, de praticamente 5,5% pode advir da auto-medicação, ou mesmo do mau entendimento a respeito do termo crônico.

Em estudo de base populacional realizado em 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003, com 23.457 pessoas, para Campo Grande (MS) há o relato de que 7,4% dos entrevistados afirmaram ter hipertensão, 6,9% diabetes e 5,5% algum tipo de doença cardiovascular, percentuais que somados ficam muito próximos dos encontrados no presente estudo (BRASIL 2004b).

5.2.4 Lesões e condições bucais encontradas

Estudos relatando a prevalência de alterações bucais são escassos no Brasil, sendo mais comuns em grupos institucionalizados e escolares. Somente em 2003 e 2004, o Ministério da Saúde realizou um inquérito de base populacional onde foram examinados indivíduos adultos. O documento ainda se encontra em construção, mas alguns resultados como CPOD, necessidades protéticas e os relacionados a condições periodontais já estão disponíveis (BRASIL 2004d).

Apesar do considerável percentual de lesões de mucosa encontrado neste estudo, cerca de 16%, não foi confirmado nenhum tipo de lesão suspeita de tumor maligno. Talvez pelo número de pessoas examinadas que, considerando a baixa prevalência de câncer bucal quando comparado às demais lesões bucais, pode não ter sido suficiente, ou ainda pelo alto percentual de mulheres examinadas. Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE - INCA (2005), a incidência de casos de câncer de boca para o

Estado de Mato Grosso varia de 4,6 casos para cada 100.000 homens e 1,69 casos para cada 100.000 mulheres.

As leucoplasias, consideradas como lesões pré-cancerígenas, apresentaram-se diretamente proporcionais à idade, ou seja, à medida que há o aumento da idade também se observa o aumento do número de lesões leucoplásicas. Esses achados condizem com a maioria dos estudos realizados sobre o assunto (NEVILLE et al. 2004, BÁNÓCZY 2001, SCHEPMAN 2001, PARISI 2000, REGESI e SCIUBBA 2000, MARTIN et al. 1999). A discussão desse tipo de lesão será aprofundada no item 5.3.4.

As alterações de mucosa com aspecto ulcerado foram consideradas como inespecíficas, já que se considerou desde aftas, que geralmente apresentam-se ulceradas e são de etiologia variada, até lesões viróticas como herpes simples que se apresentassem com o aspecto ulcerado. Esse tipo de lesão se distribuiu de forma eqüitativa dentro das quatro faixas etárias analisadas. Em relação à população total do estudo, apenas 4% apresentou algum tipo de lesão com característica ulcerada. Esse percentual é bem abaixo do relatado por FRAIHA et al. (2002) que estimou que 10% da população mundial poderiam apresentar este tipo de lesão. As diferenças certamente consistem na diversidade socioeconômica e cultural entre as populações.

Depois das ulcerações, as lesões provocadas pela *Cândida albicans* foram as mais prevalentes no grupo estudado, sendo que 44% se encontravam na faixa etária acima de 42 anos. Segundo NEVILLE et al. (2004), esse microorganismo fúngico semelhante à levedura, pode estar presente na microflora bucal em cerca de 30 a 50% das pessoas sem qualquer evidência clínica de infecção. Esse equilíbrio pode ser quebrado pelo estado imunológico do hospedeiro, meio ambiente e resistência do microorganismo.

Nesse estudo, a candidíase se mostrou com percentual elevado em usuários de prótese, por isso mais comum na faixa etária acima de 42 anos. Segundo LINDHE et al. (2000) pode estar associada à administração

de antibióticos de largo espectro. A área colonizada pelo fungo pode apresentar aspecto eritematoso ou placa esbranquiçada, sendo raramente sintomática. O aspecto eritematoso é provocado pelo atrito da prótese com a área afetada. A movimentação da prótese faz com que a placa branca seja removida deixando à vista a mucosa avermelhada (NEVILLE et al. 2004, LINDHE 2000).

Dentre as lesões pesquisadas, os abscessos de qualquer etiologia, representaram 8,2%. Se considerar que esta condição é resultante de problemas dentários e ou periodontais em que não houve a intervenção do cirurgião dentista, pode-se inferir a dificuldade em acessar os serviços odontológicos e algum grau de sofrimento, visto que freqüentemente observa-se dor em fase anterior. Esse fato denota a falta de cuidados preventivos e curativos após a doença instalada, no caso a doença cárie ou periodontal. KRETZSCHMAR e KRETZSCHMAR (1996) relatam que a etiologia mais comum dos abscessos é a lesão cariosa não tratada. Estudo de LACERDA (2004) em que foram examinadas 860 pessoas, corrobora os dados deste estudo de Cuiabá. Segundo o autor, a dor de origem dental foi responsável por 18,7% do motivo de procura pelo cirurgião dentista, sendo que o CPOD médio da amostra foi de 20,2 com 54% de dentes perdidos.

Além do desconforto os abscessos podem causar alterações emocionais como irritabilidade e depressão, cefaléias, mal-estar, febre e aumento da temperatura da área afetada, calafrios, e em casos de comprometimento maior, a Angina de Ludwig podendo levar o portador dessa condição a óbito (NEVILLE et al. 2004, KRETZSCHMAR e KRETZSCHMAR 1996).

Em relação a localização das lesões o palato foi o local de eleição, 31%, seguido do rebordo e sulco com 29%, que somados representaram o local da maioria das lesões diagnosticadas. Esses percentuais confirmam os relatados para o tipo de lesão, já que a candidíase, a segunda de maior prevalência, ocorre mais comumente em palato ou rebordo (NEVILLE et al. 2004, REGESI e SCIUBBA 2000).

As condições periodontais avaliadas foram anotadas por sextantes e dentes índices. Embora os critérios adotados para este estudo tenham sido os propostos pela Organização Mundial da Saúde para inquéritos epidemiológicos (1999), há relativa controvérsia entre os periodontistas acerca dos índices CPI (índice periodontal comunitário) e PIP (índice de perda de inserção periodontal). A preferência pelos critérios propostos pela OMS reside no fato de ser mundialmente aceito e pela facilidade na coleta e organização dos dados (TOMITA et al. 2002, KATO et al. 2002, GESSER et al. 2001, LINDHE et al. 2000).

Alguns pesquisadores relatam que a análise por sextantes pode subestimar a prevalência da doença periodontal, assim como a anotação da pior condição. Na medida em que são anotados os cálculos como condição pior, subestima-se o sangramento (GESSER et al. 2001). Optou-se em não categorizar os examinados em portadores ou não de doença periodontal, mas somente analisar as categorias em que são divididos os índices CPI e PIP uma vez que a definição de doença periodontal ainda carece de esclarecimentos (GESSER et al. 2001, LINDHE et al. 2000).

Neste estudo, o maior percentual de sextantes excluídos esteve na faixa etária acima de 42 anos, esse fato denota o aumento da perda de elementos dentais na população acima desta faixa etária. Cita-se perda não fisiológica, em decorrência do não tratamento de patologias anteriores e mais uma vez a dificuldade de acesso aos serviços. Esta situação de perda dental precoce e conseqüente exclusão de sextantes tende a não retratar a real condição periodontal (BRASIL 2004d, TOMITA et al. 2002, MENECHIM et al. 2002). A diferença percentual dos sextantes excluídos quando do exame para obtenção do índice CPI e PIP provavelmente seja devida à presença de cálculos em que não se identifica a junção cimento-esmalte a fim de medir a perda de inserção.

A presença de sangramentos gengivais foi maior para a faixa etária de 20 a 28 anos, correspondendo a aproximadamente 40% de todos os usuários que apresentaram sangramento, ou seja, entre os mais jovens o

sangramento é mais freqüente. Porém, este percentual pode ter sido subestimado quando se anotou o cálculo como pior condição, segundo as recomendações da OMS (1999). Resultados mais elevados foram encontrados por GESSER et al. (2001), em estudo com recrutas na idade de 18 anos, onde a prevalência de sangramento foi de 86% e KATO et al. (2004), que em uma população acima de 60 anos, observou 97,9% de sangramento após a sondagem.

Entre as categorias do índice CPI, a população estudada apresentou maior prevalência de cálculos e bolsas rasas. Inquérito realizado no Brasil, para a região Centro Oeste, apontou um resultado similar ao deste estudo, sendo verificada uma prevalência de 44,42% de pessoas portadoras de cálculo supra ou subgingival (BRASIL 2004d), semelhante também ao encontrado por TOMITA et al. (2002).

Bolsas rasas, de 4 a 5 mm, foram detectadas em 24,5% dos usuários examinados, sendo mais prevalentes na faixa etária de 35 a 42 anos. Observa-se que entre os indivíduos que apresentaram bolsas de 6 mm ou mais (14,7%), a maior prevalência foi na faixa etária acima de 42 anos, que representou 30,7%. Porém, quando se analisa a faixa etária individualmente o que se tem é que dos 242 usuários com idade superior a 42 anos, aproximadamente 4,5% apresentaram bolsas de 6 mm ou mais, e 34,3%, cálculo supra ou subgingival, considerando que 12,8% foram excluídos por não apresentarem os dentes ou por esses estarem com a exodontia indicada. Na faixa etária de 35 a 42 anos a condição prevalente continuou sendo o cálculo dental, mas as bolsas rasas também apresentaram um percentual considerado elevado (30%). Apresentaram-se hígidos, nessa faixa etária, apenas 5,4% dos examinados e 0,8% foram excluídos do exame.

Esses dados diferem significativamente dos encontrados para a região Centro Oeste no inquérito de 2002-2003. Os percentuais referidos para a faixa etária de 35 a 44 anos, referentes às bolsas rasas foram de 5,9%, indivíduos sadios de 25,9%, excluídos de 11,5% e presença de

cálculo em 44,42% dos examinados (BRASIL 2004d). Essas diferenças podem advir do número de pessoas excluídas do exame, que no caso do presente estudo foi inferior ao relatado no inquérito para a região, assim como possíveis erros de diagnóstico e diferentes condições para a realização do exame.

Em relação ao percentual de bolsas rasas, BROWN et al. (1990), em inquérito realizado em 15.000 americanos, utilizando o mesmo índice, obteve o percentual de 13,4% de indivíduos com bolsas de 4 a 6 mm.

Ao exame para medição da perda de inserção periodontal, 48% dos usuários apresentaram perdas de 4 mm ou mais, um percentual relativamente alto se considerar que a maioria tem idade inferior a 42 anos. Outro fato é que a perda de inserção aumentou com a idade, para perdas acima de 8 mm, que representaram os casos de maior gravidade, 50% estavam na faixa etária acima de 42 anos. Esses dados são semelhantes aos obtidos por KATO et al. (2004) e TOMITA et al. (2002).

Nesse exame foram excluídos 40 usuários ou 3,8% do total, sendo que a faixa etária acima de 42 anos concentrou 90% dessa categoria. Esse achado reforça o exposto anteriormente, a perda dental elevada dos usuários acima de 42 anos. Um aprofundamento na análise em relação à faixa etária é desejável para que se possa associar essa perda precoce às causas visando com isso um melhor planejamento dos serviços.

Em relação às condições dentárias, observando-se uma média de 12 dentes hígidos por usuário, isso significa dizer que, dos aproximadamente 22 dentes presentes em cada um, apenas 12 se encontravam hígidos, ou seja, sem lesão cáries. Considerando que a perda dental na faixa etária de 35 a 44 anos foi de aproximadamente 11,5 dentes por indivíduo, o que se tem é que a média de dentes presentes corresponde a 20,3. À medida que há o aumento da idade observa-se o aumento também no índice CPOD, representado pela soma dos dentes cariados, perdidos e restaurados.

Esse índice, originalmente proposto por Klein e Palmer (1937), citado por PINTO (2000), ainda continua sendo o mais utilizado para

quantificar a história passada, no caso os dentes restaurados e perdidos, e a história presente representada pelo componente cariado. Se ao invés de utilizar o dente como unidade, fossem utilizadas as superfícies como referência, o diagnóstico seria mais preciso, pois ao contrário de 32 dentes haveria 148 superfícies a serem codificadas. Segundo o mesmo autor, esse procedimento só se faz necessário em áreas de baixa prevalência de cárie onde há necessidade de uma maior sensibilidade para a detecção da doença.

Nesse estudo, a decisão pelo exame usando o índice CPO com a unidade dente, primeiro reside no fato de que se reconhece que, assim como a população do Brasil, os usuários dos serviços odontológicos de Cuiabá têm alta prevalência da doença cárie, e segundo, que o objetivo foi verificar a associação desta, em quaisquer que fossem os níveis de gravidade, com o vício de fumar.

Esse índice utilizado isoladamente tem algumas limitações, pois ao reconhecer que a doença cárie é multifatorial e dependente do meio social em que o “sujeito” está inserido o que se tem é apenas a quantificação da doença, onde os fatores sociais e psicológicos não são considerados (SHEIHAM e MOYSÉS 2000, PINTO 2000).

Conforme referido anteriormente, o componente restaurado indica a história passada, ou seja, está relacionado à oferta de serviços e acesso, nota-se que na faixa etária de 35 a 42 anos a média de coroas restauradas é de 5,5, representando o maior valor entre todas as faixas etárias. Em relação aos usuários acima de 42 anos esta média cai para 2,6 coroas restauradas, o mesmo ocorre em relação aos dentes cariados. Diante desses dados pode-se afirmar que o crescimento do índice CPOD através das faixas etárias estudadas se dá pelo componente P, ou seja, pelos dentes perdidos, fato também observado no inquérito realizado no Brasil em 2002-2003 (BRASIL 2004d).

Dados relacionados ao CPOD para a região Centro Oeste, coletados em 2002-2003, mostram uma média de 10,8 dentes hígidos na

faixa etária de 34 a 44 anos e no Brasil esta média sobe para 11,1. No presente estudo, obteve-se a média de 4,4 dentes cariados para a faixa etária citada acima, representando média superior aos dados do Centro Oeste com 3,3 de média para a mesma faixa de idade. Resultados semelhantes foram obtidos em relação ao componente perdido, porém um pouco inferior quando comparados aos da região Centro Oeste e Brasil (BRASIL 2004d).

Em relação ao CPOD, sem especificação individual dos componentes, a média de 21,1 foi semelhante ao resultado encontrado no inquérito realizado em 2002-2003 (BRASIL 2004d), porém em relação à região Centro Oeste a média foi ligeiramente superior. Essa diferença pode ser explicada principalmente pela maior média encontrada para os dentes cariados e restaurados na população usuária dos serviços odontológicos do SUS em Cuiabá. KRASSE (1988) relata CPOD para as idades de 35 a 44 anos de 16 dentes nos Estados Unidos da América, 19 na Austrália, 15 na Alemanha e 11 no Japão.

A análise das condições da raiz mostrou que as consideradas híginas ou cariadas, ou seja, as raízes expostas são diretamente proporcionais à idade, assim como a maioria das afecções dentais. Isso se explica pelo envelhecimento das fibras colágenas e conseqüente recessão gengival fisiológica. A média de raízes não expostas é apenas uma complementação das duas categorias anteriores, sendo assim inversamente proporcional à idade. Os dados referentes à faixa etária de 35 a 42 anos, para as raízes expostas, são muito próximos dos divulgados para a região Centro Oeste no inquérito de 2002-2003 (BRASIL 2004d).

Quando se analisou as condições protéticas associadas às necessidades observou-se que na maxila, ou parte superior da boca, a diferença percentual entre os que não têm a prótese e precisam é de 36,2%. Para a mandíbula, ou parte inferior, essa diferença é mais acentuada, de 73%. Esses dados podem inferir a falta de acesso e oferta do serviço necessário, nesse caso as próteses tanto fixas quanto removíveis em

substituição aos elementos dentais perdidos. Levando-se em consideração a faixa etária, um fato que chama a atenção é que já na idade entre 20 e 28 anos havia um edentado parcial portando prótese total superior.

Em relação à presença de próteses fixas, o percentual de usuários que apresentaram pelo menos uma, no momento do exame, também é muito inferior em relação à necessidade desse tipo de prótese. Esse fato se explica pela condição econômica das pessoas que se utilizam do serviço, pois o custo desse tipo de prótese é muito superior se comparado ao das próteses removíveis. Outro ponto é que os serviços odontológicos vinculados aos SUS não oferecem prótese fixas. A presença de próteses parciais removíveis e totais, em percentual muito superior, pode confirmar a suposição acima citada como também ser indicativo de perda acentuada de elementos dentais, já que a indicação tradicional de prótese fixa está limitada à falta de 1 a 3 elementos. Ainda analisando a prótese fixa, a faixa etária de 20 a 28 anos concentrou o maior percentual de necessidade, tanto na arcada superior quanto inferior dessa categoria em relação às outras faixas etárias. Esse fato é compreensível na medida que a média de dentes perdidos dessa faixa etária é menor se comparada às outras, portanto se enquadra na indicação desse tipo de prótese. O mesmo ocorre em relação às próteses totais e parciais removíveis, em que se verificou, nas duas arcadas, o maior percentual de necessidade nas idades superiores a 35 anos, também devido ao aumento na média de dentes perdidos.

5.3 Das características dos tabagistas e fatores associados

A preocupação com o tabagismo é de escala mundial, apesar de haver poucos estudos com base populacional no Brasil, hoje há uma tendência de crescimento de publicações acerca do assunto. Recentemente o Ministério da Saúde realizou um inquérito sobre o tabagismo em 16 capitais brasileiras e Distrito Federal, porém Cuiabá não fez parte da população estudada (BRASIL 2004a).

Os dados regionais são escassos e em grande parte, realizados com populações institucionalizadas, o mesmo ocorre em nível nacional. Portanto, em alguns casos serão utilizadas comparações com populações diferentes, já que o objetivo é somente caracterizar o fumante e não propor inferências populacionais.

Nos usuários dos serviços odontológicos do SUS em Cuiabá, verificou-se uma prevalência de 18,3% de fumantes regulares, 17% de ex-fumantes e 63,9% de não fumantes. As respostas foram obtidas através de entrevista, portanto o usuário se considerou fumante, ex-fumante ou não fumante. Esse percentual pode ter sido subestimado, pois a pessoa ao ser informada da pesquisa, através do termo de consentimento livre e esclarecido, mesmo concordando em participar, pode ter se classificado como não fumante ou ex-fumante.

O percentual de fumantes encontrado nesta população foi semelhante ao de outros estudos (HALTY et al. 2002, RIBEIRO et al. 1999). No inquérito realizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL 2004a), observou-se uma prevalência de tabagismo de 14,5% para Campo Grande (MS), de 18,4% para Fortaleza (CE) e 17,8% para Vitória (ES) que se aproximam muito dos encontrados para a população que utiliza os serviços odontológicos do SUS em Cuiabá.

A idade média apurada, para o grupo de fumantes, foi de 35,5 anos, sendo que quando perguntados sobre em que idade começaram a

fumar, obteve-se a média de aproximadamente 16 anos. A idade de iniciação corresponde, com alguma variação, a de outros estudos envolvendo a população adulta (MENEZES 2004, HALTY et al. 2002, SABRY et al. 1999). Observa-se que o tabagismo se inicia na adolescência, fase de auto-afirmação e demonstrações de independência, situações em que até bem pouco tempo a mídia fazia questão de associar positivamente ao uso do tabaco.

Estudos citam algumas condições sócio-culturais, ambientais, genéticas e psicológicas como fatores que podem predispor o indivíduo ao vício (RONDINA et al. 2004). Ao comparar-se a idade média dos fumantes com o tempo médio que fumam, 17,2 anos, tem-se a confirmação de que a maioria iniciou o vício de fumar entre os 16 e 18 anos.

Quando inquiridos sobre tentativas de cessação e percepção de saúde acerca dos malefícios causados pelo fumo, a maioria, cerca de 73%, já havia tentado parar de fumar pelo menos uma vez. A média de tentativas foi de aproximadamente 3 vezes. Quase 87% dos fumantes relataram que gostariam de parar de fumar e a maioria tem alguma informação a respeito dos malefícios causados pelo cigarro. Isto mostra que a informação por si só não é capaz de modificar o comportamento e que a doença, já instalada, demonstra o forte estado de dependência à nicotina (HALTY et al. 2002a). Alguns casos de recaída podem estar associados a quadros depressivos, pois o abandono do vício concomitante à essa situação é reduzido (RONDINA et al. 2004).

Em relação ao grau de dependência verificado através da aplicação do Teste de Fargeström, 62,6% dos usuários apresentaram baixo ou muito baixo grau de dependência. Isso significa que, provavelmente, a maioria dos fumantes pesquisados teria a síndrome da abstinência nicotínica de forma atenuada, se por ventura decidissem parar de fumar (HALTY et al. 2002b).

Na questão, “quantos cigarros fumados ao dia”, confirmam-se esses dados, pois cerca de 92% declararam fumar até 20 cigarros/dia, com

média diária de aproximadamente 12 cigarros. Essa pergunta teve como objetivo medir a quantidade de nicotina à qual o indivíduo se tornou dependente (HALTY et al. 2002b). Observa-se que a população de usuários se tornou nicotino-dependente, na pior das hipóteses, com 20 cigarros fumados ao dia ou o equivalente a um maço de consumo diário.

Os dados encontrados por HALTY et al. (2002b) em relação ao grau de dependência são muito mais elevados. Dos 301 fumantes entrevistados, cerca de 54,8% foram considerados com elevada ou muito elevada dependência. Essa diferença pode ter interferência das condições socioeconômicas, pois 90% dos usuários fumantes recebiam até 2 salários mínimos, enquanto que a população estudada por HALTY et al. (2002b) possuía uma condição socioeconômica muito superior. O que se tem é que a população de fumantes desse estudo é, percentualmente, semelhante aos citados, porém fumam menos. Isso provavelmente porque não têm dinheiro para comprar ou precisam utilizá-lo para outras necessidades mais prementes.

Na população estudada, aproximadamente 79% afirmaram não fumar em locais proibidos. O alto percentual de fumantes nessa categoria pode indicar que há certa inibição quanto ao fato de fumar nesses locais. Segundo HALTY et al. (2002b), muitos fumantes antes de entrar em locais onde fumar é proibido “carregam-se de nicotina”, portanto expressam não ter dificuldade em relação à essa questão. De qualquer forma, a proibição do fumo em locais fechados é importante, se não tanto para os fumantes, mais para os não fumantes que passam a ter menos chance de entrar em contato com o tabaco em ambientes públicos.

Entre as seis perguntas que compõem o teste para avaliar o grau de dependência nicotínica, a que se refere ao intervalo de tempo entre o acordar e fumar o primeiro cigarro do dia, o percentual de fumantes na categoria de até 5 minutos foi de 20,5% enquanto que os que fumam 60 minutos após acordar representaram 30,5%. Isso leva a crer que os que se enquadraram na primeira categoria, precisam repor a nicotina em até 5

minutos depois que acordam, denotando um grau de dependência elevado. A nicotina apresenta uma vida média relativamente curta, portanto ao acordar esta se apresenta com baixo nível sérico (HALTY et al. 2002b). Esse percentual é muito próximo do encontrado quando, ao final das seis perguntas do Teste de Fargeström, se classificou 23,1% dos entrevistados como tendo um elevado ou muito elevado grau de dependência.

Ao serem perguntados se fumavam mesmo doentes, 68% afirmaram que não, contra 32% que responderam que sim. O percentual referente às respostas afirmativas foi mais alto do que o esperado, pois deveria seguir o mesmo padrão do exposto no parágrafo anterior, em torno de 20 a 25%. HALTY et al. (2002b) encontraram percentual de 70,1% de respostas afirmativas para a mesma pergunta, porém o percentual de pessoas com alta dependência nicotínica de sua amostra também foi superior.

Ainda sobre a avaliação do grau de dependência à nicotina, KIRCHENCHTEJ e CHATKIN (2004) relatam que seriam necessários métodos mais acurados para melhorar a determinação da dependência. Os autores propõem ainda a associação de métodos qualitativos e quantitativos, incluindo nesses últimos os métodos biológicos de medição de cotinina. HALTY et al. (2002b) comentam que os níveis de nicotina podem não ser equivalentes ao grau de dependência e que alguns indivíduos podem satisfazer-se com níveis relativamente baixos e ainda assim ser dependentes. Acredita-se que mesmo tendo prevalecido um percentual mais alto de usuários com baixo ou muito baixo grau de dependência, há a necessidade de aprofundamento do assunto.

5.3.1 Variáveis sócio-demográficas

Estiveram associados ao tabagismo, em nível de significância pré-fixado de 5%, as seguintes variáveis: anos de estudo, sexo, religião, estado civil e ocupação. Como se trata de um estudo transversal optou-se por não citar risco, mas sim razão de prevalência. Desta feita, observou-se que o

percentual de fumantes com menos escolaridade, representada aqui por anos de estudo, foi de 66,4%. Analisando a razão de prevalência tem-se que para cada fumante com mais de 8 anos de estudo, há cerca de 2 com menos de 8 anos. Isso implica em dizer que há mais fumantes entre os que possuíam menos escolaridade. Esses resultados são semelhantes aos relatados no inquérito realizado em 2002-2003 (BRASIL 2004a) e condizem com a maioria dos estudos que descrevem a relação tabagismo e escolaridade (OMS 2003, HALTY et al. 2002, HALTY et al. 2002b, SABRY et al. 1999, RIBEIRO et al. 1999).

Diante dos dados coletados relacionados à renda, após o teste de significância estatística, essa não se mostrou associada ao tabagismo. Pode-se pensar que o fato de não se apresentar associada tenha ocorrido pela homogeneidade da amostra, pois somente 10% recebiam mais de 2 salários mínimos mensais. O mesmo fato relata SABRY et al. (1999), em estudo com funcionários de uma universidade do Ceará onde a amostra também foi homogênea em relação à renda.

Segundo a religião observou-se que, tanto fumantes quanto não fumantes, a maioria se disse católico, sendo que a prevalência de fumantes também foi maior nesta categoria. Verificou-se que a religião esteve associada ao tabagismo e segundo a razão de prevalências entre fumantes que seguem o catolicismo e os que são evangélicos pode-se confirmar o dado anterior de maior prevalência de fumantes que adotam a religião católica. Em apenas dois estudos entre os pesquisados há menção sobre um percentual menor de usuários de drogas, entre elas o tabaco, nas pessoas que são religiosas (SOLDERA et al. 2004, KARLSEN et al. 1998). A associação entre a religião pode estar ligada aos códigos implícitos que os seguidores devem obedecer. Pelo que se conhece, a religião evangélica segue alguns desses princípios com certa rigidez, talvez assim os fiéis desta se sintam inibidos em praticar tais vícios, entre eles o de fumar e ingerir bebidas alcoólicas.

Ao comparar a prevalência de fumantes em relação ao sexo, é nítida a diferença. Nesta população, cerca de 32% dos homens são tabagistas, na razão de 1,8 para cada mulher fumante. Esses dados são relatados pela maioria dos estudos (BRASIL 2004, OMS 2003, HALTY et al. 2002a, HORTA et al. 2001, SABRY et al. 1999, RIBEIRO et al. 1999). Todavia MENEZES (2004) e RIBEIRO et al. (1999) chamam a atenção para o aumento do consumo de tabaco entre as mulheres, principalmente em grandes cidades brasileiras. Segundo pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL 2004a), a proporção de homens fumantes em relação às mulheres que fumam nas regiões Norte e Nordeste foi de 2 homens para cada mulher, enquanto que nas regiões Sudeste e Sul a razão se aproximou de 1. Não há menção sobre a região Centro Oeste.

Assim como a escolaridade o sexo e a religião, o estado civil se mostrou associado ao tabagismo. Mesmo na análise inicial observou-se maior percentual de fumantes entre os solteiros, 61,6% comparados aos casados com 30,5%. Em relação aos casados foram considerados os legalmente casados e os que declararam morar junto com algum companheiro (a).

A prevalência de fumantes solteiros foi de aproximadamente 28% e nos casados 20,6%, sendo que a razão de prevalência foi de 1,36. Acredita-se que pelo fato de ter uma companhia regular diminua a probabilidade do indivíduo se tornar fumante, o mesmo pode-se dizer em relação à estabilidade emocional que, na maioria das vezes, pode ser obtida através de relacionamentos mais consistentes. Segundo DÓREA e BOTELHO (2004), aqueles fumantes do sexo masculino que moram sozinhos recorrem ao cigarro como forma de companhia, para afastar a solidão em que vivem.

Com relação à categoria trabalho, as ocupações em que houve o maior percentual de fumantes estavam relacionadas aos serviços domésticos, de serventia e hospedagem, comércio e segurança. Somente as ocupações relacionadas ao trabalho doméstico, rural, serventia, segurança,

transportes e construção civil estiveram associadas ao tabagismo. Acredita-se que esse fato esteja relacionado com o menor nível de escolaridade exigido em algumas das ocupações citadas e também pelo estresse, comum à outras.

Etnia, idade não se mostraram associadas ao tabagismo nessa população. Na primeira variável, categorizada como brancos e negros e outras, observou-se maior prevalência de fumantes entre os que se declararam de outras etnias, cerca de 27%. Levando-se em consideração que a etnia está interligada à renda e segundo a caracterização da população de estudo tem-se que a maioria, branco ou não branco, possui baixa condição socioeconômica, entende-se que, pelo menos na população de usuários, não há diferença entre as etnias.

Em relação à idade, embora não esteja associada ao tabagismo, quando se calculou a prevalência, esta se apresentou mais alta entre os usuários com mais de 42 anos. Por se tratar de uma população jovem, já havia expectativa que esta variável não pudesse estar associada. Além disso, muitos estudos relatam maior prevalência de tabagistas a partir de 30 a 40 anos (BRASIL 2004a, HALTY et al. 2002a, SABRY et al. 1999). Segundo dados do Ministério da Saúde (2004), esta prevalência diminui quando se considera cidades com elevado grau de desenvolvimento urbano e grande contingente populacional. Pode ser que nesses centros o tabagismo cresça entre os jovens com menos de 25 anos, fato já registrado por MENEZES (2004) e RIBEIRO et al. (1999).

5.3.2 Absenteísmo e variáveis relacionadas ao estilo de vida

Em relação ao absenteísmo observou-se que o percentual de fumantes que relataram ter faltado pelo menos um dia de trabalho, tendo como motivo principal afecções de ordem odontológica, foi consideravelmente superior ao relatado pelos não fumantes. De acordo com MAZZILLI (2004), o absenteísmo pode ser caracterizado como o não comparecimento inesperado do trabalhador ao seu posto de trabalho em

decorrência do seu estado ou condição de saúde. Segundo o autor essa ausência tanto pode ser física (tipo I) quanto pela presença vazia, precária ou improdutiva (tipo II). No caso desse estudo considerou-se apenas o absenteísmo do tipo I e especificamente ocasionado por problemas bucais.

Quando do cálculo da razão de prevalência de absenteísmo entre fumantes e não fumantes, verificou-se que os fumantes tiveram uma prevalência 50% maior de absenteísmo por motivo odontológico se comparados aos não fumantes. Segundo os resultados apontados por esse estudo, parece haver algum tipo de associação entre o tabagismo e a falta ao trabalho por motivos odontológicos. Esta mesma situação é destacada no relatório produzido pelo Departamento de Saúde dos Estados Unidos (2000), onde se faz referência à maior taxa de absenteísmo em fumantes independente do sexo se comparados aos não fumantes, tanto em estudos de prevalência quanto em estudo de coorte.

Dados semelhantes aos encontrados nesse estudo são os da pesquisa realizada por REISINE (1985) visando à quantificação do absenteísmo por motivos odontológicos. A autora relata que 25% dos 2.541 entrevistados responderam que já haviam faltado ao trabalho por motivo odontológico, sendo que 9% do total, por problemas graves de origem odontológica, principalmente entre os mais jovens. Segundo a mesma autora os problemas bucais têm substancial impacto sobre a economia e na qualidade de vida das pessoas.

MAZZILLI (2004), relata que as odontalgias, principalmente as de origem pulpar, tecidos periapicais, periodontais e têmporo-mandibulares, são responsáveis pelo absenteísmo de ordem odontológica, podendo provocar ansiedade e irritabilidade, e pela maior desatenção interferir na produtividade, ocasionando maior risco de acidentes.

Dentre os estudos relacionados ao absenteísmo por problemas bucais somente um faz alusão ao tabagismo, portanto os resultados expostos podem contribuir de forma significativa para que mais pesquisas se

desenvolvam não só no sentido de quantificar o absenteísmo, mas também mostrar a relação deste com o tabagismo e problemas sociais.

Quanto à higiene bucal, os fumantes se mantiveram dentro do padrão da amostra, item discutido anteriormente, cerca de 91% escova os dentes até 3 vezes ao dia e a maioria utiliza somente a escova e creme dental para fazer a limpeza. Esses dados diferem de alguns estudos nos quais se afirma que os fumantes têm pior higiene oral se comparados aos não fumantes (US 2004b). Talvez a entrevista não seja o melhor meio de verificar a higiene bucal, as respostas pode ser superestimadas. Essa verificação seria mais eficiente se houvesse a detecção da placa bacteriana através de corantes para se comprovar a higienização, porém em inquéritos com grande número de pessoas esse procedimento é praticamente inviável.

5.3.3 Variáveis uso de drogas

Na população de estudo estiveram associados ao tabagismo o uso de drogas ilícitas, consumo de bebida alcoólica por mais de 3 vezes na semana e a positividade do Teste CAGE, que avalia o alcoolismo. Segundo ALMEIDA e COUTINHO (1993), grande parte dos estudos no Brasil sobre o consumo de drogas e alcoolismo são feitos com populações institucionalizadas, principalmente adolescentes na fase escolar (SOLDEIRA et al. 2004, BAUS et al. 2002, SOUZA e MARTINS 1998, MUZA et al. 1997) sendo escassos os de amostra populacional (GALDURÓZ et al. 2003, IACOPONI et al. 1989).

O percentual de pacientes que afirmou ter usado ou usar algum tipo de droga ilícita foi de 3,7%, sendo que o percentual de fumantes dessa categoria foi da ordem de 9% em relação a 1% de não fumantes que declararam ser ou ter sido usuário de algum tipo de droga ilícita. Analisando a prevalência entre os fumantes tem-se que 70,8% se enquadram na categoria de usuários de droga, sendo que para cada 3 fumantes dessa categoria há apenas um que não utiliza ou utilizou droga. Nesta população a variável usuário de droga ilícita foi a que apresentou a maior razão de

prevalência e associação ao tabagismo. Isso demonstra que o fato de ser fumante pode estimular o consumo de outro tipo de droga, talvez pela sensação momentânea de prazer ou mesmo pela necessidade física do consumo de substâncias psicoativas.

Em pesquisa realizada por GALDURÓZ et al. (2003), a prevalência de uso de qualquer tipo de droga foi de 11,6% em inquérito de base populacional realizado em São Paulo. SOLDERA et al. (2004), relatam que 8,5% dos 2.287 adolescentes pesquisados utilizavam com frequência drogas ilícitas. Já SOUZA e MARTINS (1998), obtiveram percentual bem inferior, cerca de 2,5% em população de 1.061 adolescentes de escolas de nível médio em Cuiabá. Apesar desse percentual ser semelhante ao encontrado no presente estudo, acredita-se que esteja subestimado, isso porque o usuário pode não ter relatado ao entrevistador sua real condição. As diferenças acentuadas, entre os percentuais de prevalência nos vários estudos podem ser devido à situação anteriormente descrita, ou seja, os entrevistados podem se sentir constrangidos ou ainda pela dificuldade em se mensurar o consumo e métodos diferentes de coleta de dados.

O uso de bebidas alcoólicas por mais de 3 vezes na semana foi referido por 13,2% de fumantes e 6,6% de não fumantes, sendo que do total de 1040 usuários, sem excluir os ex-fumantes, obteve-se o percentual de 8,4%, sendo o consumo mais comum entre 35 a 42 anos. Entre os fumantes a prevalência de ingestão de bebidas alcoólicas foi de 36,2% sendo a razão de prevalência entre os fumantes que bebem e os que não bebem de cerca de 1,7. O uso de álcool nessa população provavelmente está associado ao tabagismo, talvez pelo mesmo motivo abordado quando da discussão do consumo de drogas. Relato semelhante faz WICKHOLM et al. (2003) e HORTA et al. (2001) ambos estudando população de adolescentes.

ALMEIDA e COUTINHO (1993), estudando a prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e alcoolismo, relatam prevalência de ingestão de 52% e alcoolismo de 3%, percentuais muito próximos aos relatados por SABRY et al. (1999). Embora esses resultados sejam

diferentes dos encontrados no presente estudo, a justificativa para isso pode residir na forma em que foram colhidos os dados. Tanto SABRY et al. (1999) quanto ALMEIDA e COUTINHO (1993), consideraram como consumidores de bebida alcoólica aqueles que tivessem relatado ingestão em até 30 dias antes do inquérito, ou seja, somente aqueles que se declararam abstêmios não fizeram parte do percentual de consumidores.

Para o Teste CAGE só foram considerados os usuários que se declararam consumidores de bebida alcoólica 3 vezes ou mais na semana. Entre os 87 usuários que se enquadraram nessa condição, 27,6% responderam afirmativamente a pelo menos duas do total de quatro perguntas que compõem o teste. Esse percentual corresponde aos suspeitos de serem alcoolistas, ou etilistas. Analisando a faixa etária, assim como o consumo de bebidas alcoólicas observa-se que há um maior percentual de etilistas entre as faixas etárias de 35 a 42 anos.

Em inquérito realizado no Nepal por JHIGAN et al. (2002) com o Teste CAGE, os dados apresentados para a prevalência no consumo de álcool foram de 25,81% e 19,3% de dependentes ou alcoolistas, sendo a maior dependência na faixa etária de 45 a 54 anos. Resultados diferentes dos encontrados por POULIN e IKUKO (1997), em inquérito com 5.894 canadenses onde o percentual de alcoolistas foi de 5,8% e IACOPONI et al. (1989), em inquérito realizado em São Paulo, onde a prevalência foi de 5% de positividade para o Teste CAGE. Nota-se que tanto para o consumo de drogas quanto o de bebidas alcoólicas há dificuldade para se comparar resultados, além de escassos há variações socioeconômicas, culturais e geográficas entre as populações, portanto a quantificação do problema se mostra complexa.

5.3.4 Variáveis relacionadas à saúde bucal

As leucoplasias abordadas de forma superficial no item lesões 5.2.4, estiveram associadas de forma significativa aos usuários fumantes.

Dos usuários que apresentaram lesão leucoplasia constatou-se que para cada não fumante com lesão havia pelo menos 5 fumantes.

Esses dados são importantes na medida que a maioria dos autores caracteriza a lesão leucoplásica como sendo pré-maligna (NEVILLE et al. 2004, SHIU e CHEN 2004, BÁNÓCZY et al. 2001, SCHEPMAN et al. 2001, BORAKS 2001, PARISI 2000, REGESI e SCIUBBA 2000, MARTIN et al. 1999, LINS e RETTORE 1998). Segundo NEVILLE et al. (2004), após vários estudos prospectivos é possível afirmar que cerca de 4% das lesões pode vir a se transformar em lesão maligna, sendo o tabagismo o principal fator associado com o desenvolvimento desse tipo de alteração. (BÁNÓCZY et al. 2001, US 2000, MARTIN et al. 1999).

BÁNÓCZY et al. (2001), em revisão de literatura concluíram que a maioria dos inquéritos realizados na Europa e leste europeu encontraram maior percentual de lesões desse tipo em fumantes se comparados a não fumantes, sendo que a variação observada foi de 25,5% a 97%. É claro que como a lesão está diretamente ligada à idade, tempo de fumo, tipo e freqüência há uma grande variação na prevalência.

NEVILLE et al. (2004) afirmam que mais de 80% dos pacientes com leucoplasia são fumantes. Acredita-se que os dados expostos no presente estudo apenas confirmam a literatura existente sobre o assunto, porém há que se pensar que esse tipo de lesão pode se malignizar e dependendo do local, na mucosa bucal, em que está instalada causar mutilações ou até óbito se detectada tardiamente. Por outro lado, estudos de seguimento têm observado que, em fumantes, as lesões leucoplásicas podem regredir ou até mesmo desaparecer com a cessação do tabagismo (NEVILLE et al. 2004, REGESI e SCIUBBA 2000, MARTIN et al. 1999). O uso do tabaco além de ser fator determinante para o aparecimento da lesão leucoplásica também é o principal responsável pela extensão, evolução e gravidade da mesma (NEVILLE et al. 2004).

Em relação aos exames para detecção dos índices periodontais, dentre as categorias compostas pelo índice CPI, os resultados mostram que

5,4% dos fumantes não apresentaram nenhuma alteração em relação a sangramento, cálculo ou bolsas. Esse percentual foi muito próximo do obtido pelos não fumantes, 5,7%. Quanto à presença de sangramento após a sondagem e cálculo, os não fumantes apresentaram maior percentual, embora a diferença não tenha sido significativa.

A gengivite, caracterizada pelo sangramento ao redor dos dentes após a sondagem (LINDHE et al. 2000), pode ter sido subestimada para os fumantes, tanto pela forma de classificação recomendada pela OMS (1999), item discutido anteriormente, quanto pela vasoconstrição periférica promovida pela utilização da nicotina. Esses fatos explicam a baixa prevalência de sangramento entre os fumantes e encobrem um sinal clínico importante para o diagnóstico mais preciso da fase inicial da gengivite, uma das doenças periodontais (DAUD 2003). Este fato é corroborado por JOHNSON et al. (2000), ao afirmarem que estudos feitos no passado relatavam maior presença de placa, cálculo e sangramento gengival em fumantes, porém estudos mais recentes têm demonstrado justamente o oposto. VILLAR e LIMA (2003), estudando o epitélio da gengiva marginal, chegaram a conclusão que este se apresenta queratinizado, portanto mais difícil de se obter um sangramento após a sondagem.

No presente estudo as diferenças entre as categorias do índice CPI começam a ser maiores a favor dos fumantes à medida que aumentam a profundidade das bolsas periodontais detectadas. Ao aplicar os testes estatísticos para verificar a associação do índice CPI ao tabagismo, os dados não se apresentaram significantes para o nível pré-fixado de 0,5%, fato também citado por DAUD (2003) e JETTE et al. (1993).

Através da medida do nível de inserção periodontal, realizada quando da obtenção do índice PIP, o que se observou é que as diferenças percentuais entre fumantes e não fumantes só foram significativas para o nível de 8 mm ou mais de perda. Essa constatação permite suspeitar que os casos mais graves da doença periodontal, perdas acima de 8 mm, estão, nessa população, associados ao tabagismo, fato que não ocorre para os

casos menos graves da doença. A categoria de referência foi a perda de inserção entre 0 e 3 mm, considerada como uma perda fisiológica, ou seja, normal (LINDHE et al. 2000, GENCO et al. 1999, CARRANZA e NEWMAN, 1997).

Em estudo realizado por KATO et al. (2004), há o relato de 85,7% de fumantes com perda de inserção acima de 4 mm e 46,9% de não fumantes na mesma situação. Apesar dos achados descritos no presente estudo se apresentarem em menores percentuais, a relação entre fumantes e não fumantes é confirmada. SUSIN et al. (2004) e GONZÁLEZ (1996), reafirmam a forte associação entre o tabagismo e perdas de inserção severas, no caso de fumantes pesados, até 3 vezes mais chance de ocorrer. CHEN et al. (2001) após conclusão de estudo longitudinal de 10 anos com 2000 participantes, também relata o mesmo fato.

Considerando-se que os estudos citados avaliaram a perda de inserção em todos os dentes e não somente em dentes índices, como na presente pesquisa, as diferenças na prevalência tanto das bolsas periodontais quanto das perdas de inserção, podem residir nesse fato. Contudo, a razão de prevalência encontrada para os fumantes, em relação às perdas de inserção severas, permaneceu significativa.

Em todas as condições dentárias analisadas, coroas e raízes, os fumantes apresentaram piores situações se comparados aos não fumantes. Fato semelhante ocorreu em relação à necessidade de reabilitação protética que, na verdade em quase todos os casos, representa a seqüela da doença cárie e periodontal.

Segundo índice CPOD, que significa uma medida resumo dos dentes cariados, perdidos e restaurados, os fumantes apresentaram uma média de 20 contra 18,5 nos não fumantes. Considerando que esse índice é fortemente influenciado pelas condições socioeconômicas, idade, escolaridade (BALDANI et al. 2004, PEREIRA et al. 2003, SHEIHAM e MOYSÉS 2000, PINTO 2000) a diferença entre os fumantes e não fumantes é bastante significativa. Conforme discutido anteriormente a amostra se

mostrou homogênea em relação à renda e idade, nesse caso o percentual poderia ter sido influenciado pela escolaridade. Através da razão de prevalência entre fumantes e não fumantes, verificou-se que os primeiros têm 36% a mais de probabilidade de ter CPOD mais alto, sendo verificado uma forte associação entre este índice e o tabagismo.

Mesmo analisando cada componente do índice CPOD verificou-se a associação significativa deste com o tabagismo. A prevalência de fumantes foi mais alta nas categorias com maior número de dentes cariados, menor número de dentes restaurados e maior número de dentes perdidos. A maior razão de prevalência entre fumantes e não fumantes foi para a variável perda acima de 7 dentes.

Os dados encontrados foram semelhantes aos relatados por SCOTT e WINN (1999), utilizando o mesmo índice. Segundo estes autores houve maior número de dentes cariados nos fumantes se comparados aos não fumantes. YLÖSTALO et al. (2004), em estudo de coorte, relata que os fumantes, dependendo do número de cigarros consumidos, têm 5 vezes mais chance de perderem os dentes se comparados aos não fumantes. Resultado similar foi encontrado por JANSSON e LAVSTEDT (2002), onde os indivíduos se submeteram ao primeiro exame em 1970 e ao segundo em 1990, totalizando 20 anos de acompanhamento. O mesmo autor ainda faz alusão que houve um decréscimo de dentes cariados nos participantes que haviam parado de fumar.

Em consequência do maior número de dentes perdidos e cariados, os fumantes também apresentaram menos dentes hígidos e menos dentes presentes se comparados aos não fumantes. AXELSON et al. (1998), após inquérito para detectar as condições dentais e tabagismo, concluíram que o tabaco é um fator de risco significativo em relação à perda dental e desenvolvimento de cárie, o mesmo relata TADA e HANADA (2002).

Apesar dos estudos citados apresentarem a mesma tendência quanto aos resultados, ressalvas devem ser feitas ao tipo de metodologia utilizada, controle de variáveis sócio-culturais, econômicas e uniformização e

padronização do diagnóstico. Segundo relatório publicado pelo Departamento de Saúde dos Estados Unidos em 2000 (US 2000), sugere-se que haja evidência de associação entre número de dentes perdidos e cariados e tabagismo.

Quanto às condições da raiz, foram consideradas híginas ou cariadas, as raízes expostas ao meio bucal, ou seja, casos em que devido à retração gengival fosse possível observá-las. Tanto a média de raízes híginas quanto cariadas foram maiores nos fumantes, isso significa dizer que os fumantes têm mais raízes expostas ao meio bucal do que os não fumantes. SCOTT e WINN (1999), afirmam que os fumantes apresentam o dobro de raízes cariadas, restauradas e perdidas em comparação aos não fumantes. Observou-se que o fato de ser fumante está associado à exposição da raiz dental. Essa condição é desfavorável se considerarmos que o cimento, principal componente da raiz, não apresenta nenhuma camada de proteção se estiver descoberto, portanto mais susceptível à formação e colonização da placa por microorganismos responsáveis pela lesão cariada (THYLSTRUP e FEJERSKOV 2001, KRASSE 1988).

No tocante às necessidades protéticas, de modo geral o grupo de fumantes apresentou percentuais maiores de necessidade de próteses parciais removíveis, porém tanto em fixas quanto totais esse percentual ainda é mais elevado se comparados aos não fumantes. Em relação às prevalências entre a necessidade ou não de próteses, observou-se que tanto na maxila quanto na mandíbula, os fumantes precisam mais de prótese que os não fumantes. A razão de prevalências foi de 1,25 e 1,10, para a maxila e mandíbula, permanecendo significantes após os testes de associação. Esses achados demonstram que o fato de precisar ou não de reabilitação protética parece estar associado ao tabagismo, isso era esperado na medida que se verificou que os fumantes tiveram mais dentes perdidos se comparados aos não fumantes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados apresentados, a população SUS dependente, que utiliza os serviços odontológicos no município de Cuiabá pode ser caracterizada como trabalhadores de baixa renda e escolaridade com ocupações ligadas à serventia e trabalho doméstico informal. Sendo composta em grande parte pelo sexo feminino, de etnia negra ou parda, com relação conjugal estável, condições dentárias precárias com alto percentual de necessidade de reabilitação protética.

Os serviços odontológicos do SUS em Cuiabá atendem realmente quem necessita de assistência odontológica e que certamente não teriam condições financeiras para fazer o tratamento. Apesar disso, há a necessidade de aumentar a cobertura e facilitar o acesso. Além das atividades preventivo-promocionais seria necessário incrementar a assistência curativa e reabilitadora, incluindo nesta última a oferta de próteses fixas, visto que, as próteses removíveis já são disponibilizadas.

Recomenda-se que seja feito trabalho intenso de conscientização de todos os profissionais relacionados à odontologia que trabalham na Rede SUS-Cuiabá para atentarem aos malefícios causados pelo tabagismo e participarem mais ativamente no combate ao tabaco. Os profissionais que não têm o conhecimento do assunto ou que sejam fumantes, provavelmente não conseguirão motivar seus pacientes a abandonar o vício.

Além dos profissionais é necessário que a própria população que utiliza os serviços odontológicos receba informações acerca do assunto, assim como auxílio para a cessação do tabagismo.

Também em relação à formação acadêmica dos profissionais de saúde, principalmente da odontologia, ênfase maior deveria ser dada ao tabagismo, pois há comprovações científicas de associação com várias afecções bucais, interferindo inclusive no diagnóstico, tratamento e prognóstico.

Talvez o cirurgião dentista seja o profissional de saúde que tenha o contato mais próximo com o paciente e o convívio mais prolongado. A classe odontológica deveria aproveitar esse fato para exercer o cuidado de uma forma mais ampla, contextualizando o indivíduo e tornando-o sujeito do processo.

7 CONCLUSÕES

7.1 A população de estudo apresentou baixas condições de saúde bucal, alto índice de perda de elementos dentais e necessidade de reabilitação protética.

7.2 A prevalência de tabagismo foi maior nos homens acima de 42 anos com baixa escolaridade, associada a bebidas alcoólicas, drogas ilícitas, ocupações relacionadas à segurança, transportes, construção civil e trabalhos domésticos.

7.3 A maioria dos fumantes já tentou parar de fumar e, segundo o Teste de Fargeström, foram considerados baixo dependentes, porém há um percentual elevado de usuários altamente dependentes.

7.4 O absenteísmo por motivo odontológico esteve associado ao tabagismo.

7.5 Dentre as lesões encontradas, as leucoplásicas, consideradas pré-malignas se mostraram associadas ao tabagismo.

7.6 Lesões de cárie, raízes expostas, perdas de elementos dentais, reabilitação protética e perdas de inserção periodontal de 8 mm ou mais tiveram alta prevalência entre os fumantes e apresentaram-se associadas ao tabagismo.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida LM, Coutinho ESF. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1993; 27(1): 23-9.
2. Almeida OP, Lopes MA. Prevenção das Doenças Bucais. In: *Aboprev. Promoção de Saúde Bucal*. 2ª ed. São Paulo (SP): Artes Médicas; 1999. p. 433-45.
3. Axelsson P, Paulander J, Lindhe J. Relationship between smoking and dental status in 35, 50, 65 and 75 year old individuals. *J Clin Periodontol* 1998; 25: 297-305.
4. Baldani MH, Vasconcelos AGG, Antunes JLF. Associação do índice CPO-D com indicadores socioeconômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (1): 143-52.
5. Bánóczy J, Gintner Z, Dombi C. Tobacco use and oral leukoplakia. *J Dent Educ* 2001; 65 (4): 322-7.
6. Baratieri LN, Monteiro SJ, Andrada MAC, Vieira LC. *Clareamento dental*. São Paulo (SP): Editora Santos Quintessence Books; 1993.
7. Baus J, Kupek E, Pires M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Rev Saúde Pública* 2002; 36 (1): 40-6.
8. Boraks S. *Diagnóstico bucal*. 3ª ed. São Paulo (SP): Artes Médicas; 2001.
9. Botelho C, Castillo PL, Vitale LTA. Tabagismo e saúde bucal. In: *J Bras Pneumol Diretrizes para cessação do tabagismo* 2004; 30 Supl 2: 72-6.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. *Falando sobre o Câncer de Boca*. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2002.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Prevalência de Tabagismo no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2004a.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2004b.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Tabagismo: dados e números. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/> 2004c. Acesso: Outubro/2004.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003 condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 resultados principais. Brasília (DF); 2004d.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Câncer de boca 2005. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=324 Acesso: Maio/2005
16. Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB 2000. Manual do examinador. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
17. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Síntese de indicadores sociais 2003. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2004.
18. Brasil. Ministério do Trabalho. CBO Classificação Brasileira de Ocupações. Manual de Orientações da RAIS – Relação Anual de Informações Sociais ano-base 1998. Brasília (DF): MTb, SPES; 1998.
19. Brito DF. Toxicologia Humana e Geral. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Livraria Atheneu; 1988.
20. Brown LJ, Oliver CO. Evaluating periodontal status of US employed adults. JADA 1990; 121: 226-32.

21. Carranza FA, Newman MG. Periodontia clínica. 8ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Editora Guanabara Koogan; 1997.
22. Carvalho CM. Fumo e saúde – doenças diversas tabaco relacionadas. JBM 1991; 60-5.
23. Castro IM, Cañero AF, Fernandez AT. El hábito de fumar y la salud. Rev Cub Med 1985; 24: 645-59.
24. Chen X, Wolff DA, Guo Z, Luan W, Baelum V, Fejerskov O. Cigarette smoking, salivary gingival crevicular fluid cotinina and periodontal status a 10-year longitudinal study. J Clin Periodontol 2001; 331-9.
25. Conceição EM e Cols. Dentística saúde e estética. Porto Alegre (RS): Editora Artmed; 2000.
26. Daud SLM. A influência do tabagismo no insucesso para cicatrização dos tratamentos odontológicos e implante [dissertação mestrado]. São Paulo (SP): Faculdade de Odontologia da USP; 2003.
27. Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung. BMJ 1950; 30: 739-48.
28. Dórea AJP, Botelho C. Fatores dificultadores da cessação do tabagismo. In: J Bras Pneumol Diretrizes para cessação do tabagismo 2004; 30 Supl 2: 41-6.
29. Fraiha PM, Bittencourt PG, Celestino LR. Estomatite aftosa recorrente: revisão bibliográfica. Rev Bras Otorrinolaringol 2002; 68 (4): 571-8.
30. Franco EL et al. Risk factors for Oral Cancer in Brazil: A Case Control Study. Int J Cancer; 43:982-1000, 1989.
31. Galduróz JCF, Nata AR, Nappo AS, Carlini ELA. First household survey on drug abuse in São Paulo, Brazil, 1999: principal findings. São Paulo Med J 2003; 121(6): 231-37.
32. Genco RJ, Cohen W, Goldman HM. Periodontia contemporânea. 3ª ed. São Paulo (SP): Editora Santos; 1999.

33. Gesser HC, Peres MA, Marcenes W. Condições gengivais e periodontais associadas a fatores socioeconômicos. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(3): 289-93.
34. Gonçalves AL. Aftas bucais causas e tratamento. 5ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Ed Publicações Científicas LTDA; 1999.
35. Gonzalez YN, De Nardin A, Grossi SG, Machtei EE, Genco RJ, De Nardin E. Serum cotinine levels, smoking and periodontal attachment loss. *J Dent Res* 1996; 75: 796-802.
36. Graça NJF, Graça TCA. Avaliação dos efeitos nocivos do fumo na osseointegração. *Rev Bras Implant* 1997; 3 (3): 20-2.
37. Halty LS, Hüttner MD, Oliveira NI, Fenker T, Pasqualini T, Lempek B, Santos A, Muniz A. Pesquisa sobre tabagismo entre médicos de Rio Grande, RS: prevalência e perfil do fumante. *J Pneumol* 2002a; 28(2): 77-83.
38. Halty LS, Hüttner MD, Oliveira NIC, Santos VA, Martins G. Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fargeström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. *J Pneumol* 2002b; 28(4): 180-6.
39. Hasnis E, Reznick AZ, Pollack S, Klein Y, Nagler RM. Synergistic effect of cigarette smoke and saliva on lymphocytes – the mediatory role of volatile aldehydes and redox active iron and possible implications for oral cancer. *Int J Biochem Cell Biol* 2004; 36 (5): 826-39.
40. Hedin CA, Pindborg JJ, Axell T. Disappearance of smoker's melanosis after reducing smoking. *J Oral Pathol Med* 1993; 22 (5): 228-30.
41. Hedin CA. Smoker's melanosis. Occurrence and localization in the attached gingiva. *Arch Dermatol* 1997; 113 (11): 1533-8.
42. Horta BL, Calheiros P, Pinheiro RT, Tomasi E, Amaral KC. Tabagismo em adolescentes de área urbana na região sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(2): 159-64.

43. Iacoponi E, Laranjeira RR, Miguel JR. At risk drinking in primary care: report from a survey in São Paulo, Brazil. *BJ of Addction* 1989; 84: 653-8.
44. JADA. The Journal of the American Dental Association. Consensus reports from the 1996 world workshop in periodontics 1998; 129: 215-25.
45. Jansson L, Lavstedt S. Influence of smoking on marginal bone loss and tooth loss – a prospective study over 20 years. *J Clin Periodontol* 2002; 29: 750-6.
46. Jette AM, Feldman HA, Tennstedt SL. Tobacco use: a modifiable risk factor for dental disease among the elderly. *Am J Public Health* 1993; 83 (9): 1272-6.
47. Jhingan HP, Pramod S, Avneet S, Prasad KMR, Khandelwal SK. Prevalence of alcohol dependence in a town in Nepal as assessed by the CAGE questionnaire. *Res Report Addiction* 2002; 98: 339-43.
48. Johnson NW, Bain CA, et al. Tobacco and oral disease. *BDJ* 2000; 189 (24):200-6.
49. Jones R B. Tobacco or oral health: Past progress, impending challenge. *JADA* 2000; 131:1130-45.
50. Karlsen S, Royers A, Mac Carthy M. Social environment and substance misuse: a study of ethnic variations among inner London adolescents. *Ethn Health* 1998; 3 (4): 265-73.
51. Kato ST, Ferreira EF, Costa JE. A doença periodontal na comunidade negra de Arturo's, Contagem, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (2): 596-03.
52. Kignel S. Bio-sorotipos de *Candida Albicans* em pacientes fumantes e etilistas crônicos portadores de câncer bucal [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 1994.

53. Kirchenchtejn C, Chatkin JM. Dependência da nicotina. In: J Bras Pneumol Diretrizes para cessação do tabagismo 2004; 30 Supl 2: 11-8.
54. Krasse B. Risco de cáries. Guia prático para controle e assessoramento. 2ª ed. São Paulo (SP): Editora Quintessence; 1988.
55. Kretzschmar JL, Kretzschmar DP. Common oral conditions. Am Fam Physician 1996; 54 (1): 225-34.
56. Lacerda JT, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. Rev Saúde Pública 2004; 38 (3): 453-8.
57. Linden MSS, Flôres MMDZ, Trentin MS, Linden LAS. Fumo: fator de risco no periodonto e na implantodontia? Rev Fac Odontol Univ Passo Fundo 1999; 4 (1): 33-8.
58. Lindhe J, Karring T, Lang NP. Periodontologia clínica e implantologia odontológica. 3ª ed. Madrid: Medica Panamericana; 2000.
59. Lins AR, Rettore JR. Influência do tabaco na leucoplasia bucal. Rev do CROMG 1998; 4 (2): 86-9.
60. Little J, Cardy A, Munger RG. Tobacco smoking and oral clefts: a meta-analysis. Bulletin of the WHO, march 2004; 82 (3): 213-22
61. Loos BG, Roos MT, Schellekens PT, Van der Velden U, Miedema F. Lymphocyte numbers and function in relation to periodontitis and smoking. J Periodontal 2004; 75 (4): 557-64.
62. Malcon MC, Menezes AMB, Chatkin M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. Rev Saúde Pública 2003; 37 (1): 1-7.
63. Marini MG, Gregghi SLA, Passanezi E, Sant'ana ACP. Gingival recession: prevalence, extension and severity in adults. J Appl Oral SC 2004; 12 (3): 250-5.
64. Martin GC, Brown JP, Eifler CW, Houston GD. Oral leukoplakia status six weeks after cessation of smokeless tobacco use. JADA 1999; 130: 945-53.

65. Martins MN, Padilha DMP. Avaliação clínica da saúde bucal e do uso do fumo de três grupos de idosos. *Rev Odonto Cien* 2000; 15(31): 53-70.
66. Mazzilli LEN. Análise dos afastamentos do trabalho por motivo odontológico em servidores públicos municipais de São Paulo submetidos à perícia ocupacional no período de 1996 a 2000 [dissertação mestrado]. São Paulo (SP): Faculdade de Odontologia da USP; 2004.
67. Medronho RA, et al. *Epidemiologia*. São Paulo (SP): Editora Atheneu, 2003.
68. Mendonça CP, Anjos LA. Aspectos das práticas e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (3): 698-09.
69. Meneghim MC, Pereira AC, Silva FRB. Prevalência de cárie radicular e condição periodontal em uma população idosa institucionalizada de Piracicaba – SP. *Pesqui Odontol Bras* 2002; 16(1): 50-6.
70. Menezes AMB. Epidemiologia do tabagismo. In: *J Bras Pneumol Diretrizes para cessação do tabagismo* 2004; 30 Supl 2: 3-7.
71. Migliari DA, Marcucci G. Níveis de IgA secretória na saliva total não estimulada de indivíduos fumantes e não fumantes por imunodifusão radial simples. *Rev Odontol Univ São Paulo* 1993; 7 (2): 109-13.
72. Murad JE. Poluentes Sociais: tabaco, álcool e maconha. In: Montoro AF, Nogueira DP. *Meio Ambiente e Câncer*. CNPQ. São Paulo (SP):TA Queiroz Editor Ltda; 1983. p.83-100.
73. Muza MG, Berthiol H, Mucillo G, Barbieri MA. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. II Distribuição do consumo por classes sociais. *Rev Saúde Pública* 1997; 31 (2): 163-70.
74. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral & maxilofacial*. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2004.

75. Oliveira DT, Odell EW. Diagnóstico precoce e prevenção do câncer de boca. In: Aboprev. Promoção de saúde bucal. 2ª ed. São Paulo (SP): Artes Médicas; 1999. p. 279-93.
76. Oliveira MVC, Sales MPU. Tabagismo passivo. In: J Bras Pneumol Diretrizes para cessação do tabagismo 2004; 30 Supl 2: 65-71.
77. OPAS. Tabaco e Pobreza: um ciclo vicioso /Editorial/. OPAS 2004. Disponível em: <http://www.opas.org.br/mostrant.cfm?codigodest=213> Acesso: Junho/2004.
78. Organização Mundial da Saúde - OMS. Levantamentos básicos em saúde bucal. 4ª ed. São Paulo (SP): Editora Santos; 1999.
79. Organização Mundial da Saúde – OMS. Tabagismo & saúde nos países em desenvolvimento, 2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes> Acesso: Junho/2004.
80. Parisi JO. Câncer de Boca: Aspectos Básicos e Terapêuticos. São Paulo (SP): Editora Sarvier; 2000.
81. Pereira AC. Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre (RS): Artmed; 2003.
82. Pereira MG. Epidemiologia teoria e prática. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1995.
83. Pinto VG. Saúde bucal e coletiva. 4ª ed. São Paulo (SP): Livraria Santos Editora; 2000.
84. Poulin C, Ikuko W. Alcohol disorders in Canada as indicated by the CAGE questionnaire. Can Med Assoc Journal 1997; 157 (11): 1529-35.
85. Preus H, Laurell L, Edung KG, Oppermann RV, Rösing CK. Doenças periodontais: diagnóstico, tratamento e prevenção. São Paulo: Artes Médicas; 2002.
86. Ramer R, Burakoff RP. Smoker's melanosis – report of a case. N Y State Dent J 1997; 63 (8): 20-1.

87. Regezi JA, Sciubba JJ. Patologia bucal – Correlações clinicopatológicas. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Editora Guanabara Koogan; 2000.
88. Reisini ST. Dental health and public policy: the social impact of dental disease. AM J Public Health 1985; 75: 27-30.
89. Reznick AZ, Hershkovich O, Nagler RM. Saliva – a pivotal player in the pathogenesis of oropharyngeal cancer. BJ of Cancer [published on line] may 2004. Disponível em:
<http://www.nature.com/cgitaf/DynaPage.taf?file=/bjc/vaop/ncrrent/abs/6601869a.html> Acesso: Junho/2004
90. Ribeiro AS, Jardim JRB, Laranjeira RR, Alves AKS, Kesselring F, Fleissig L, et al. Prevalência de tabagismo na Universidade Federal de São Paulo, 1996 – dados preliminares de um programa institucional. Rev Ass Med Brasil 1999; 45(1): 39-44.
91. Rondina AC, Gorayeb R, Botelho C. A dinâmica psicológica do tabagismo: o papel de características de personalidade, psicopatologia, fatores genéticos e neurobiológicos no comportamento de fumar tabaco. Cuiabá (MT): Entrelinhas; 2004.
92. Rosemberg J. Nicotina droga universal. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Disponível em:
<http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/nicotina.pdf> Acesso: Maio/2005
93. Rouquayrol MZ, Almeida NF. Epidemiologia & saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2003.
94. Sabry MOD, Sampaio HAC, Silva MGC. Tabagismo e etilismo em funcionários da Universidade Estadual do Ceará. J Pneumol 1999; 25(6): 313-20.
95. Salles RC, Heilborn ML, Werneck GL, Faerstein E, Lopes CS. Gênero e prática de atividade física de lazer. Cad Saúde Pública 2003; 19 (Supl. 2) S 325-33.

96. Sarswathi TR, Kumar SN, Kavilha KM. Oral melanin pigmentation in smoked and smokeless tobacco users in India – clinico pathological study. *Indian J Dent Res* 2003; 14 (2): 101-6.
97. Schepman KP, Bezemer PD, Van der Meij EH, Smeele LE, Van der Wal I. Tobacco usage in relation to the anatomical site of oral leukoplakia. *Oral Disease – Clin Oral Medic* 2001; 7 (1): 25-7.
98. Schrek R, Baker LA, Ballard GF, Dolgoff S. Tobacco smoking as an etiologic factor in disease i cancer. *Cancer Res* 1950; 10: 49-58.
99. Scott LT, Winn DM. Chewing tobacco use and dental caries among US men. *JADA* 1999; 130: 1601-10.
100. Scully C, Porter S, Greenman J. Editorials: what to about halitosis. *BMJ* 1994; 308: 217-8.
101. Sham AS, Cheung LK, Jin LJ, Corbet EF. The effects of tobacco use on oral health. *Hong Kong Med J* 2003; 9 (4): 271-7.
102. Sheiham A, Moysés SJ. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção da saúde. In: Buischi YP. *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. São Paulo (SP): Artes Médicas; 2000; 22: 23-36.
103. Shiu MN, Chen TH. Impact of betel quid, tobacco and alcohol on three-stage disease natural history of oral leukoplakia and cancer: implication for prevention of oral cancer. *Eur J Cancer Prev* 2004; 13 (1): 39-45.
104. Soldera M, Dalgalarrrondo P, Correa HRF, Silva CAM. Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(2): 277-83.
105. Souza DPO, Martins DTO. O perfil epidemiológico do uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá, Brasil, 1995. *Cad Saúde Pública* 1998; 14 (2): 391-00.
106. Susin C, Oppermann RV, Haugejorden O, Albandar JM. Periodontal attachment loss attributable to cigarette smoking in an urban Brazilian population. *J Clin Periodontol* 2004; 31(11): 951-8.

107. Tada A, Hanada N. Sexual differences in smoking behaviour and dental caries experience in young adults. *Public Health* 2002; 116: 341-6.
108. Tárzia O. Halitose. 2ª ed. Rio de Janeiro(RJ): Editora Publicações Científicas LTDA; 1996.
109. Thylstrup A, Fejerskov O. *Cariologia clínica*. 3ª ed. São Paulo (SP): Livraria Santos Editora; 2001.
110. Tomita NE, Chinellato LEM, Pernambuco RA, Lauris JRP, Franco LJ, et al. Condições periodontais e diabetes mellitus na população nipo-brasileira. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(5): 607-13.
111. Unsal E, Paksoy C, Soykan E, Elhan AH, Sahin M. Oral melanin pigmentation related to smoking in a Turkish population. *Com Dent and Oral Epi* 2001; 29: 272-5.
112. US. Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A report of the health consequences of smoking. Surgeon General's Report 2000.
113. US. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking. Surgeon General's Report 2004a; cap 2: 63-7.
114. US. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking. Surgeon General's Report 2004b; cap 6: 732-65.
115. Villar CC, Lima AFM. Smoking influences on the thickness of marginal gingival epithelium. *Pesqui Odontol Bras* 2003; 17(1): 41-5.
116. Watt RG, Dally B, Kay EJ. Prevention part 1: smoking cessation advice within the general dental practice. *Br Dent J* 2003, 28; 194 (12): 665-8.
117. World Healthy Organization - WHO. Why is tobacco a public health priority? Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/about/en/> Acesso: Junho/2004.

118. Wickholm S, Galanti MR, Söder B, Gilljam H. Cigarette smoking, snuff use and alcohol drinking: coexisting risk behaviours for oral health in young males. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31: 269-74.
119. Willians DW, Walker R, Lewis MAO, Allison RT, Potts AJC. Adherence of *Candida Albicans* to oral epithelial cells differentiated by Papanicolau staining. *Journal Clin Pathol* 1999; 52: 529-31.
120. Xavier CRG. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos nas clínicas da disciplina de cirurgia da Faculdade de Odontologia de Bauru da USP [dissertação mestrado]. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru – USP; 2003.
121. Ylöstalo P, Sakki T, Laitinen J, Järvelin MR, Knuuttila M. The relation of tobacco smoking to tooth loss among young adults. *Eur J Oral Sci* 2004; 112: 121-6.

Apêndice 1 Manual de instruções do entrevistador

**TABAGISMO E SAÚDE BUCAL NOS
USUÁRIOS DO SUS, CUIABÁ-MT**

**Manual de Instruções
do Entrevistador**

Mestranda: Letícia Teixeira Vitale Ayoub

Orientador: Prof. Dr. Clóvis Botelho

Co-orientador: Prof. Ms. Narciso Santana da Silva

Cuiabá - MT

2004

1 INTRODUÇÃO

As pesquisas exigem que as pessoas envolvidas estejam esclarecidas a respeito dos procedimentos a serem utilizados. Estes deverão ser padronizados e entendidos em sua plenitude, desta forma o estudo adquire qualidade e credibilidade no meio científico.

Gostaríamos de agradecer a sua participação nesta pesquisa e recomendamos a leitura deste manual em sua íntegra, sendo que quaisquer dúvidas poderão ser esclarecidas a qualquer momento e durante o treinamento com o pesquisador principal.

O estudo em questão será feito em usuários do SUS que utilizam as clínicas odontológicas para tratamento, o objetivo principal é colher dados sobre a saúde bucal dos mesmos, assim como hábitos e condições socioeconômicas através da aplicação de um questionário sob a forma de entrevista.

As entrevistas serão feitas nas pessoas que foram pré-agendadas para serem atendidas no mês de novembro e dezembro e que concordarem em participar. Farão parte da pesquisa tanto pessoas do sexo masculino quanto feminino, maiores de 20 anos na data da entrevista. Só serão entrevistados no momento da primeira consulta e antes de passarem pelo exame clínico bucal realizado pelo cirurgião dentista.

Neste manual são encontrados o formulário de consentimento, questionário socioeconômico e as instruções de preenchimento.

2 FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

Formulário de Consentimento após Informação

Projeto: TABAGISMO E SAÚDE BUCAL NOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, CUIABÁ - MT.

Pesquisadores e Instituições envolvidas: Prof. Dr. Clóvis Botelho

Prof. Ms. Narciso Santana da Silva

Mestranda: Letícia T. Vitale Ayoub

Instituto de Saúde Coletiva – UFMT

Secretaria Municipal de Saúde - SMS

Objetivo Principal: Verificar as condições de saúde bucal, socioeconômicas e hábito de fumar.

Procedimentos: Aplicação de questionário e Exame bucal

Possíveis riscos: nenhum



Possível desconforto: permanecer alguns minutos com a boca aberta requisito necessário para o exame bucal.

Benefícios previstos: encaminhamento nos casos de diagnóstico de lesões suspeitas de câncer de boca, planejamento dos serviços odontológicos locais e políticas saudáveis relacionadas às necessidades encontradas.



Eu _____, fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.

Entendo que terei ninguém além dos pesquisadores terá acesso aos nomes dos participantes desta pesquisa e só será feita a divulgação dos dados de todos os pesquisados e não individualmente. Entendo também que tenho direito a receber informações adicionais sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com o pesquisador principal. Fui informado ainda que a minha participação é voluntária e que se eu preferir não participar ou deixar de participar deste estudo em qualquer momento, isso não me acarretará qualquer tipo de penalidade.

Compreendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento, concordo em participar do mesmo.

Assinatura do participante: _____



Assinatura do pesquisador principal: _____

Em caso de necessidade, contacte com: Letícia Teixeira Vitale Ayoub

Telefone: 617 – 1233 E-mail: levitale@terra.com.br



Cuiabá, _____ de _____ de 200__.

3 INSTRUÇÕES PARA A APLICAÇÃO DO FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Será uma das funções do entrevistador informar ao potencial participante o teor da pesquisa, procedimentos que serão realizados, justificativa do trabalho e benefícios, assim como os riscos a que estará submetido.

Em relação à divulgação dos resultados deverá ficar claro que as informações individuais em hipótese alguma serão veiculadas e serão de conhecimento único e exclusivo dos pesquisadores do estudo em questão.

Após as informações a pessoa optará por assinar ou não o termo. Só serão considerados aptos os que concordarem participar e assinarem o formulário. Nesta fase recomenda-se que o entrevistador seja cuidadoso no sentido de não influenciar na postura do potencial participante.

O formulário deve ser feito em duas vias sendo uma entregue ao participante e a outra anexada a ficha clínica após o exame bucal.

Apresenta-se a seguir o questionário que será aplicado mediante entrevista seguido das instruções de preenchimento.

4 QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E TABAGISMO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E TABAGISMO

INFORMAÇÕES GERAIS

Local: Clínica Odontológica _____

Nº de identificação			Dia		Mês		Ano		Entrevistador
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					0	4	

Nome: _____ Bairro: _____

- 1- Está: trabalhando () desempregado () aposentado ou pensionista ()
2- Qual a sua ocupação? _____ 3- Religião: _____
4- Quanto recebe por mês (em real): Menos de 260 () 260 a 520 () 521 a 780 ()
Sem renda () 781 a 1040 () Acima de 1041 ()
5- Escolaridade: Fundamental ou primário () Médio ou 2º grau () Superior () Pós-graduação ()
6- Anos de estudo: _____
7- O(a) Sr(a) é: Solteiro() Casado() Mora junto sem ter casado() Viúvo() Separado ou divorciado()
8- Tem filhos? Sim () Não () 9- Quantos? _____ 10- Faz algum exercício físico? Sim () Não ()
11- Qual? _____ 12- Quantas vezes por semana? _____
13- Faz a limpeza da boca ou dentes? Sim () Não () 14- Quantas vezes ao dia? _____
15- Usa: escova () fio dental () ambos () outros () _____
16- Toma algum medicamento com frequência diária? Sim () Não () 17- Qual? _____
18- Tem alguma doença crônica? Sim () Não () 19- Qual? _____
20- Já fez tratamento para câncer (quimioterapia ou radioterapia) ? Sim () Não ()
21- Lembra de ter perdido dias de trabalho por causa de problemas bucais? Sim () Não ()
22- Quantos dias? _____
23- O(a) Sr(a) já usou ou usa alguma droga? Sim () Não ()
24- Toma algum tipo de bebida alcoólica mais de três vezes na semana? Sim () Não () ← Ir para nº 30
25- Qual? _____

TESTE CAGE (26 a 29):

- 26- Alguma vez o senhor(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?
Sim () Não ()
27- As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebidas alcoólicas? Sim () Não ()
28- O(a) senhor(a) se sente chateado consigo mesmo pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas?
Sim () Não ()
29- Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? Sim () Não ()
30- O (a) senhor (a) se considera: Fumante () Não fumante () Ex-fumante () ou Fumante passivo ()



PARA OS QUE SE DECLARARAM FUMANTES

- 31- O(a) Sr(a) fuma: Ocasionalmente () Diariamente ()
- 32- Quantos cigarros fuma por dia? ___ cigarros
- 33- Com que idade experimentou o primeiro cigarro? _____ anos
- 34- Há quanto tempo fuma regularmente? _____ anos

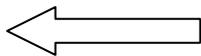
TESTE DE FARGESTRÖM:

- 35- Quanto tempo após acordar o(a) Sr(a) fuma seu primeiro cigarro?
Dentro de 5 min.() Entre 6 e 30 min.() Entre 31 e 60 min.() Após 60 minutos ()
- 36- Acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, bibliotecas, cinemas, ônibus, etc?
Sim () Não ()
- 37- Qual cigarro do dia te traz mais satisfação? O primeiro da manhã () Outros ()
- 38- Quantos cigarros você fuma por dia? Menos de 10 () De 11 a 20 ()
De 21 a 30 () Mais de 31 ()
- 39- Fuma mais freqüentemente pela manhã? Sim () Não ()
- 40- Fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo? Sim () Não ()

PARAR DE FUMAR

- 41- Está interessado em parar de fumar? Sim () Não ()
- 42- Já tentou parar de fumar antes? Sim () Não () 43- Quantas vezes? _____
- 44- Acha que o cigarro já te causou algum problema de saúde? Sim () Não ()
- 45- Qual? _____

CASO DE RECAÍDA



Só quando relatar que parou e voltou a fumar

- 46- Porque voltou a fumar? _____
- 47- Sofreu muito para parar de fumar? Sim () Não ()
- 48- O que mais incomodou você com a falta do cigarro? _____

PARA EX-FUMANTES

- 49- Por quanto tempo você fumou regularmente? _____
- 50- Com que idade experimentou o primeiro cigarro? _____ anos
- 51- Com que idade começou a fumar pra valer? _____ anos
- 52- Quantos cigarros fumava por dia? _____ cigarros
- 53- Conseguiu parar de fumar? Sim () Não ()

PARA FUMANTES PASSIVOS

- 54- Algum membro da sua família fuma? Sim () Não () 55- Quem? _____
- 56- Quantos cigarros são fumados em casa por dia? _____ cigarros
- 57- Algum colega de trabalho fuma perto de você em ambiente fechado? Sim () Não ()
- 58- Quantos colegas são fumantes? _____
- 59- Quantos cigarros são fumados por dia? _____ cigarros

Observações: _____

5 INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E TABAGISMO

As informações obtidas serão muito importantes para os resultados da pesquisa, portanto o entrevistado deverá estar à vontade para respondê-las. Se for percebido algum constrangimento e se ao longo das perguntas o entrevistado quiser parar, o entrevistador deve prontamente fazê-lo.

O questionário será preenchido à lápis, podendo ser corrigido se após a resposta o participante quiser mudar. As questões são claras portanto não será necessário explicá-las e deve-se anotar exclusivamente a resposta obtida. Se o participante não quiser responder alguma das questões apresentadas, o entrevistador deverá anotar o número da questão ao final do questionário e passar para a subsequente.

No campo Informações gerais, deverá ser anotado o nome da clínica odontológica em que está sendo feita a entrevista. Não será necessário preencher o número de identificação. Todos os questionários deverão ser datados e no espaço “entrevistador” anotado o número correspondente ao nome do entrevistador. Cada entrevistador terá o seu número previamente informado pelo pesquisador principal. O nome do participante deverá estar completo e de forma legível.

Todos os entrevistados deverão responder as questões de **1 a 24** e a pergunta de **número 30** (após o Teste CAGE), salvo nos casos em que houver alguma pergunta que o entrevistado não queira responder.

Se a resposta da questão 24 for sim, faz-se a pergunta 25 e o Teste CAGE. Se a resposta da questão 24 for não, pula-se para a questão de número 30. Conforme a resposta da questão 30 segue-se o questionário ou pula-se algumas questões. Por exemplo, para:

☺ os que se declararem fumantes o questionário segue até a questão de número 45, incluindo Teste de Fargeström, Parar de Fumar e Caso de recaída,

☺ os não fumantes e que não sejam ex-fumantes ou fumantes passivos o questionário se encerra na pergunta 30,

☺ os ex-fumantes que não sejam fumantes passivos, da questão 30 pula-se para a 49 e o questionário se encerra na questão 53, se forem fumantes passivos continuar até a questão 59.

☺ para os fumantes passivos, da questão 30 pula-se para a 54 e o questionário se encerra na questão 59.

Qualquer outra informação que o entrevistador achar relevante, esta deverá ser anotada ao final do questionário no espaço “Observações”.

Orientações para as questões de número 1 a 25 e questão de número 30

A questão 4 se refere a renda pessoal, os valores estão em real e correspondem a menos de 1 salário mínimo, de 1 a 2, de 2 a 3, de 3 a 4 e acima de 4.

Na questão de número 5 – escolaridade, o ensino fundamental corresponde até a quarta série do primeiro grau, mesmo que a pessoa não tenha concluído considera-se como se tivesse cursado. Esta mesma interpretação deverá ser feita em relação ao ensino médio ou 2º grau que corresponde até a 3ª série do ginásio, ensino superior e pós-graduação. Se a pessoa se declarar analfabeta, esta informação deverá ser anotada ao final, no campo observações, e a questão 5 ficará em branco. Em relação a questão número 6 – Anos de estudo, anota-se o número de anos que a pessoa estudou contando inclusive as repetências.

Na questão 15 se refere a qual meio a pessoa utiliza para fazer a higiene bucal, só deverá ser preenchido se na questão anterior a resposta for sim. No campo “outros”, anotar qualquer meio que o respondente informar.

Na questão 16, se toma algum medicamento com frequência diária, geralmente quem tem doenças crônicas faz uso diário, portanto deve-se prestar atenção a estas duas perguntas. Se o entrevistado não souber o que significa crônica cabe ao entrevistador esclarecê-lo em linguagem acessível. Por exemplo pode-se fazer referência a uma doença que não sara ou que vai e volta e assim por diante.

Em relação a fazer uso de bebida alcoólica (questão 24) anotar se for de forma freqüente o que corresponde a mais de três vezes por semana. O tipo poderá ser o nome comercial ou realmente o tipo, no caso cerveja, cachaça ou pinga, uísque e outros. Deve-se então aplicar o Teste CAGE que corresponde às perguntas de número 26 a 29.

Como descrito anteriormente dependendo da resposta da questão 30, segue-se o questionário ou pula-se algumas questões.

Orientações para as questões de número 31 a 48

Esta parte do questionário é destinada aos que fumam, portanto não deverá ser feita para os que se declararam não fumantes, ex-fumantes ou fumantes passivos. O teste de Fargeström tem como objetivo medir a intensidade com que a pessoa fuma. As seções Parar de fumar e Caso de recaída são colocadas a fim de traçar o perfil dos fumantes. No caso da questão 45, qual problema de saúde a pessoa acha que o cigarro causa, deve-se anotar o que o entrevistado informar, mesmo que não seja doença ou que o entrevistador considere que está errado. O mesmo se aplica a questão 46 e 48 pois são respostas pessoais.

Orientações para as questões de número 49 a 59

Esta seção poderá haver alguma dúvida em relação a questão 54, se algum membro da família fuma. A pergunta se refere a algum membro da família que fuma e vive na mesma casa que o entrevistado, caso contrário a resposta é não. Em relação a questão 55, quem fuma, deve-se anotar o grau de parentesco e não o nome da pessoa, por exemplo: filho, esposo, esposa, avô, avó e outros.

Ressalta-se mais uma vez que as informações em hipótese nenhuma deverão ser influenciadas e o entrevistado deverá se sentir absolutamente à vontade para responder. A entonação da voz, quando se formular as perguntas, deverá ser neutra visando principalmente à observância das condições acima mencionadas.

A participação do entrevistador neste estudo é muito importante!!!

Desde já agradecemos a sua colaboração.

**TABAGISMO E SAÚDE BUCAL NOS
USUÁRIOS DO SUS, CUIABÁ-MT**

**Manual de Instruções
Examinador / Anotador**

Mestranda: Letícia Teixeira Vitale Ayoub

Orientador: Prof. Dr. Clóvis Botelho

Co-orientador: Prof. Ms. Narciso Santana da Silva

Cuiabá - MT

2004

1 INTRODUÇÃO

As pesquisas exigem que as pessoas envolvidas estejam esclarecidas a respeito dos procedimentos a serem utilizados. Estes deverão ser padronizados e entendidos em sua plenitude, desta forma o estudo adquire qualidade e credibilidade no meio científico.

Gostaríamos de agradecer a sua participação nesta pesquisa e recomendamos a leitura deste manual em sua íntegra, sendo que quaisquer dúvidas poderão ser esclarecidas a qualquer momento e durante o treinamento com o pesquisador principal.

O estudo em questão será feito nos usuários das clínicas odontológicas da Rede SUS – Cuiabá, nas pessoas de primeira consulta que tenham idade superior a 20 anos na data do exame. O objetivo principal é colher dados sobre a saúde bucal dos mesmos, assim como a aplicação de um questionário sob a forma de entrevista para detectar alguns hábitos e condições socioeconômicas.

Neste manual são encontradas as instruções de preenchimento da ficha de avaliação da saúde bucal (ficha clínica), os critérios a serem utilizados para formulação do diagnóstico e os códigos que serão usados durante o preenchimento das fichas. Segue-se o formulário de anotação das condições bucais, na íntegra, e posteriormente dividido com os códigos e instruções.

2 FICHA DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL (Adaptada OMS, 1997)

INFORMAÇÕES GERAIS

Local: Clínica Odontológica _____

Nº de identificação	Dia	Mês	Ano	Examinador
X	X	X	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="text"/>

DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Data de Nascimento	Idade em anos	Sexo	Grupo Étnico
Dia Mês Ano	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>			

EXAME BUCAL

Mucosa bucal

Tipo Loc.	Tipo Loc.	Tipo Loc.
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

Doença periodontal

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%; text-align: center;">17 11 26</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">CPI</td> <td style="text-align: center;">16 27</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">47 31 36</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">46 37</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		17 11 26		CPI	16 27		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	47 31 36			46 37			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%; text-align: center;">17 11 26</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">PIP</td> <td style="text-align: center;">16 27</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">47 31 36</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">46 37</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		17 11 26		PIP	16 27		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	47 31 36			46 37												
	17 11 26																																				
CPI	16 27																																				
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																																			
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																																			
47 31 36																																					
46 37																																					
	17 11 26																																				
PIP	16 27																																				
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																																			
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																																			
47 31 36																																					
46 37																																					

Condições dentárias

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">18</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">17</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">16</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">15</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">14</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">13</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">12</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">11</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Coroa</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Raiz</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>		18	17	16	15	14	13	12	11		Coroa	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		Raiz	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">21</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">22</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">23</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">24</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">25</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">26</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">27</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">28</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>		21	22	23	24	25	26	27	28		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																							
	18	17	16	15	14	13	12	11																																											
Coroa	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																		
Raiz	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																		
	21	22	23	24	25	26	27	28																																											
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">48</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">47</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">46</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">45</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">44</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">43</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">42</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">41</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Coroa</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Raiz</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>		48	47	46	45	44	43	42	41		Coroa	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		Raiz	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">31</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">32</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">33</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">34</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">35</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">36</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">37</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">38</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>		31	32	33	34	35	36	37	38		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																							
	48	47	46	45	44	43	42	41																																											
Coroa	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																		
Raiz	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																		
	31	32	33	34	35	36	37	38																																											
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																											

Condições protéticas

Sup	Inf.
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

Necessidades protéticas

Sup	Inf.
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

3 INFORMAÇÕES ADICIONAIS AOS ANOTADORES

- Os dados deverão ser anotados à lápis e todas as caselas terão que estar preenchidas;
- Nos campos em que não houver anotação a fazer como por exemplo no diagnóstico de lesões, nos casos em que houver apenas uma lesão, os outros dois quadros deverão ser desconsiderados, para tanto deve-se riscá-los ao meio e não fazer um X.
- Registrar com clareza tomando cuidado com as letras que têm a grafia parecida;
- Procurar decorar os códigos pois assim poderá alertar o examinador no caso de erros;
- Fazer os registros da esquerda para a direita no caso do campo doenças periodontais e condições dentárias e ficar atento quando a numeração dos dentes mudar em relação às dezenas.

4 CÓDIGOS E INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DA FICHA DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL

4.1 Informações Gerais:

- ▶ Local de realização dos exames: será nas clínicas odontológicas de Cuiabá, anotar o nome da unidade.
- ▶ Nº de identificação será conforme a ordem dos trabalhadores examinados, este campo **não deverá ser preenchido**, posteriormente o pesquisador principal o preencherá.
- ▶ Deve-se anotar o dia, mês e ano do exame, todos com dois dígitos.
- ▶ O código do examinador será repassado pelo pesquisador principal na data do início dos trabalhos ou durante o período de calibração.

4.2 Dados Pessoais:

- ▶ Nome por extenso do usuário.
- ▶ Data de nascimento, deve ser anotado o dia, mês e ano do nascimento do examinado com dois dígitos.
- ▶ Idade em anos, deve ser preenchida com os anos completos do examinado na ocasião do exame, também com dois dígitos.
- ▶ Sexo, deve-se assinalar com X a casela correspondente.
- ▶ Grupo étnico, leva em consideração a auto declaração do examinado.



O código 9 será utilizado quando a pessoa não quiser ou não souber responder.

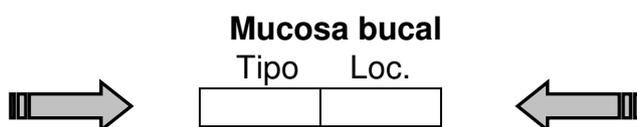
Tabela 1: Grupos étnicos e seus respectivos códigos.

Grupo Étnico	Código
Amarelo	1
Branco	2
Indígena	3
Negro	4
Pardo	5
Sem Registro	9

Fonte: OMS, 1999.

4.3 Exame Bucal

4.3.1 Mucosa bucal



O exame bucal deverá ser iniciado pela observação das mucosas. Os tecidos poderão ser retraídos mediante o uso de espelho e ou cabo da sonda periodontal e espátulas de madeira (abaixadores de língua).

Recomenda-se que seja acurado e sistemático e de preferência seguindo a seqüência:

1. Lábio e mucosa da porção anterior da boca (superior e inferior);
2. Mucosa anterior das comissuras labiais seguida da porção posterior da boca, à direita e à esquerda;
3. Língua compreendendo as faces dorsal, ventral e bordos;
4. Assoalho da boca;
5. Palato duro e mole;
6. Rebordos alveolares e gengiva da porção superior e inferior da boca.

Tabela 2: Códigos para o preenchimento do tipo de alteração encontrada na mucosa bucal.

Códigos	Critérios
0	Sem condições anormais
1	Suspeita de tumor maligno
2	Leucoplasia
3	Liquem Plano
4	Ulceração (herpética, aftosa, traumática)
5	Gengivite Necrosante Aguda (GUNA)
6	Candidíase
7	Abscesso
8	Outra condição (se possível especificar)
9	Não registrado

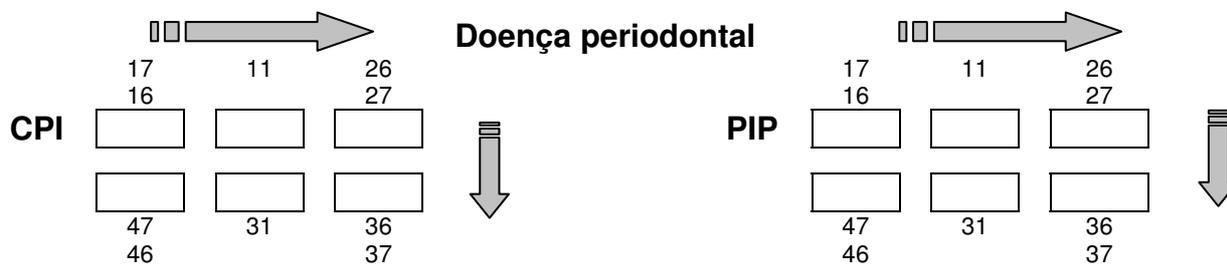
Fonte: OMS, 1999.

Tabela 3: Códigos para o preenchimento da localização das alterações encontradas na mucosa bucal.

Códigos	Critérios
0	Bordo do vermelhão dos lábios
1	Comissuras labiais
2	Lábios
3	Sulcos
4	Mucosa vestibular
5	Assoalho da boca
6	Língua
7	Palato duro/e ou mole
8	Rebordos alveolares/gengiva
9	Não registrado

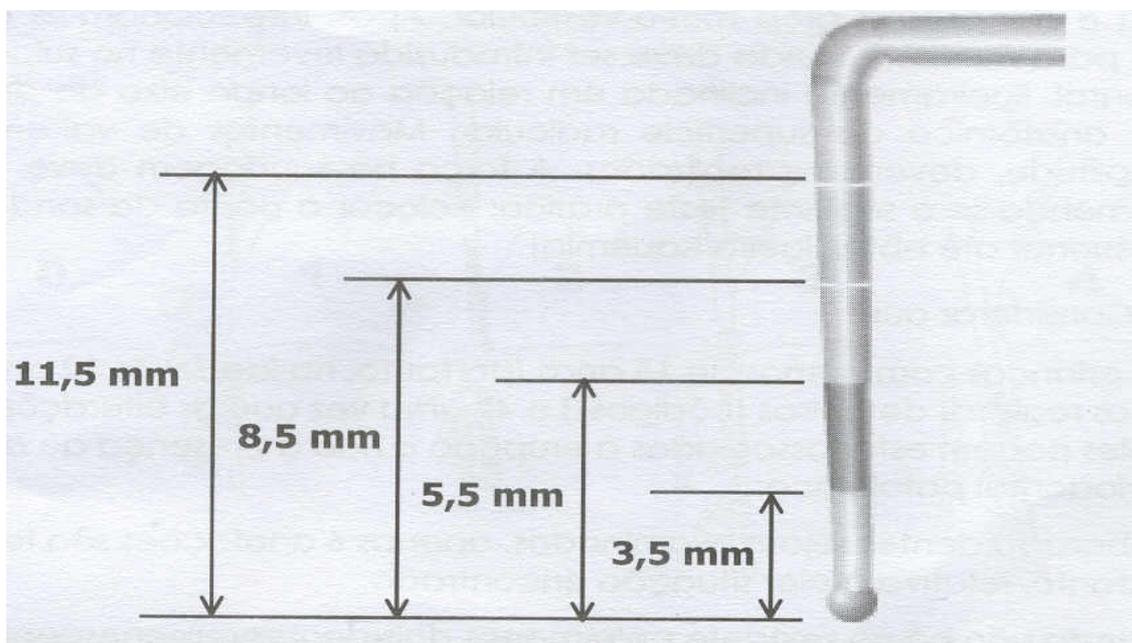
Fonte: OMS, 1999.

4.3.2 Condições periodontais



Para a realização do exame das condições periodontais será necessário um espelho bucal e a sonda periodontal (CPI).

Figura 1: Sonda CPI, com as marcações de distância em milímetros a partir de sua ponta ativa.



Fonte: Projeto SB 2000, 2001

A boca é dividida em sextantes (figura 2) e são examinados os dentes índices, representados no campo acima, na arcada superior e inferior correspondem aos molares (17,16,26 e 27 /36,37,46 e 47) e incisivo central (11 e 31).

Um sextante somente será considerado válido e assim examinado se preencher dois requisitos:

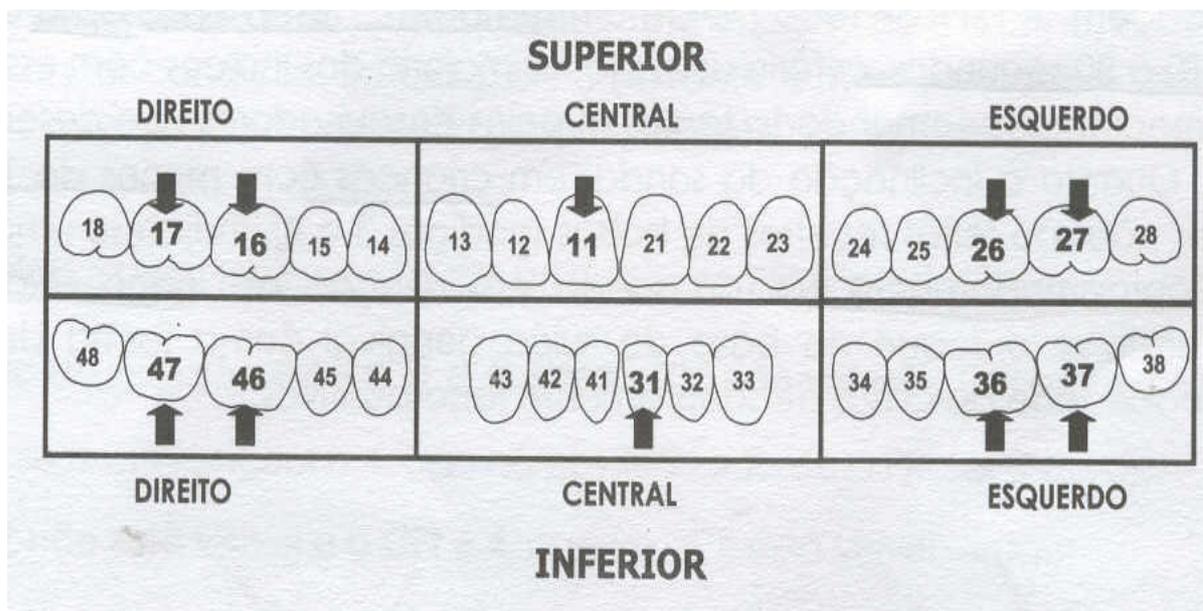


1. Se houver dois ou mais dentes presentes no sextante e
2. se os dois dentes em questão não estiverem com a exodontia indicada.

Caso **não existam os dentes índices no sextante**, mas há o preenchimento das duas exigências anteriormente apresentadas, **todos** os dentes do sextante em questão **serão examinados** e anotada a **condição pior**.

Se os dois dentes índices estiverem presentes adota-se o mesmo critério anterior, examina-se os dois e anota-se a pior condição encontrada.

Figura 2: Divisão da arcada superior e inferior em sextantes e os dentes índices utilizados nos exames CPI e PIP.



Fonte: Projeto SB 2000, 2001

Sondagem e verificação de cálculos (Índice CPI):

A sonda deve ser utilizada sem que se exerça pressão superior a 20 gramas, acima deste valor é possível que o paciente sinta dor e que o sangramento seja estimulado, podendo portanto acusar um falso resultado. O mesmo deve ocorrer quando for detectar cálculos subgingivais.

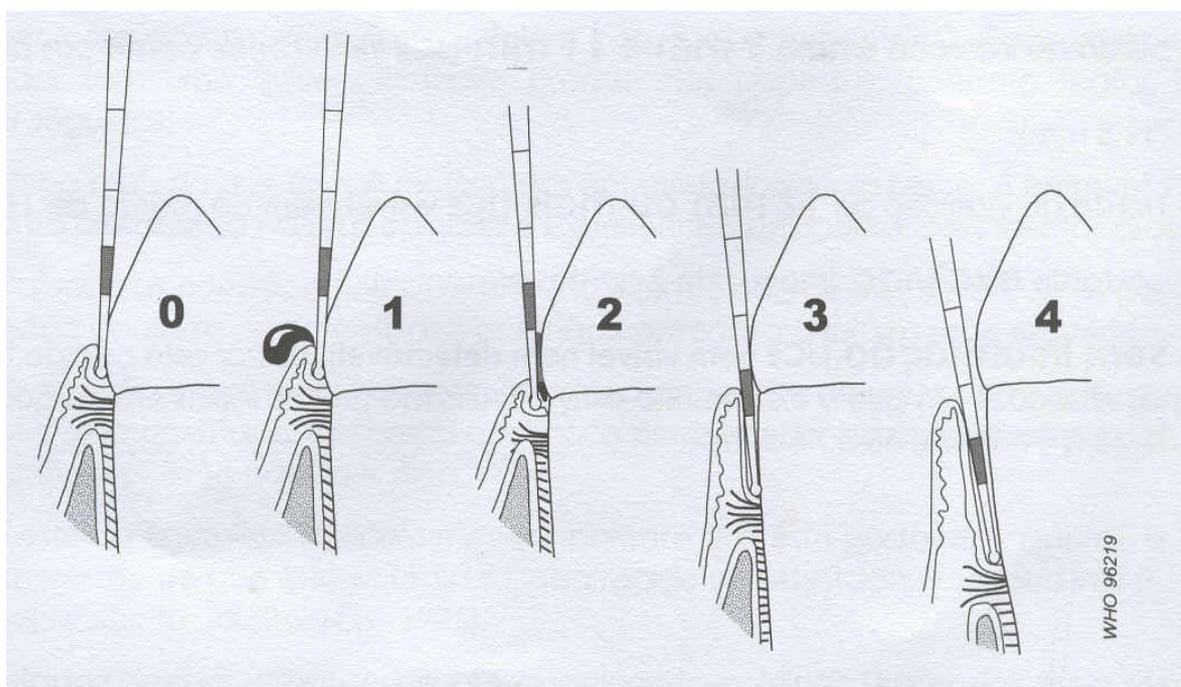
Quando a sonda for inserida no sulco gengival, a ponta esférica deve percorrer todo o dente, acompanhando sua forma anatômica e estar paralela ao longo do eixo do dente. A seqüência recomendada é começar pela face vestibular em sua porção distal para mesial para depois ir para a face lingual ou palatina também de sua porção distal para mesial.

Tabela 4: Códigos para o preenchimento do campo Doença Periodontal – Índice CPI.

Códigos	Crítérios
0	Hígido
1	Sangramento observado, diretamente ou pela utilização de um espelho clínico após a sondagem
2	Cálculos detectados durante a sondagem, mas com toda a faixa preta da sonda visível
3	Bolsa periodontal de 4 a 5 mm (margem gengival dentro da faixa preta da sonda)
4	Bolsa periodontal de 6 mm ou mais (faixa preta da sonda, não visível)
X	Sextante excluído
9	Não registrado

Fonte: OMS, 1999.

Figura 3: Codificação do Índice Periodontal Comunitário (CPI) e a posição da sonda durante o processo.



Fonte: Projeto SB 2000, 2001

Perda de Inserção (PIP)

Seguem as mesmas regras do índice anterior no que se refere a consideração dos dentes índices e sextantes válidos. O exame para obtenção deste índice deverá ser feito logo após o registro do índice CPI.

As medidas de profundidade das bolsas registradas no CPI podem fornecer alguma indicação da extensão da perda de inserção, esta condição não se aplica nos casos de pessoas que possuem recessão gengival em que a junção cimento-esmalte está visível.

A visualização da junção cimento-esmalte (JCE) é a principal referência para o exame. Quando a JCE não está visível e a pior condição para o sextante é menor que 4 (bolsa com menos de 6 mm), qualquer perda de inserção para o sextante é estimada em menos de 4 mm ou seja, PIP=0.

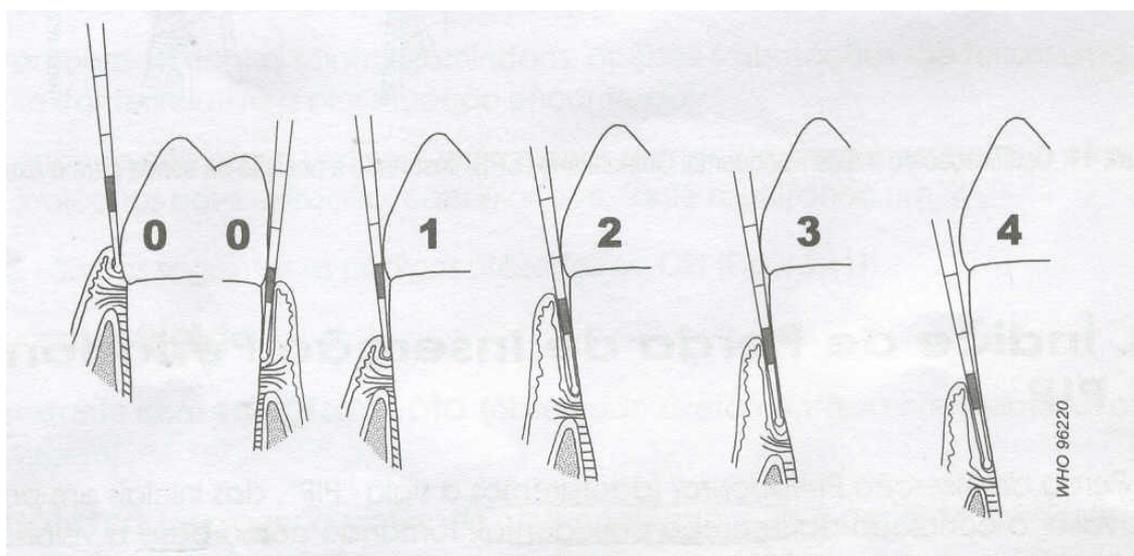
Este índice é um complemento do anterior por isso nem sempre a pior condição encontrada para o CPI é a pior condição encontrada para o PIP considerando o mesmo dente índice.

Tabela 5: Códigos para o preenchimento do campo Doença Periodontal – Índice PIP.

Cód.	Critérios
0	Hígido, perda de inserção entre 0 e 3 mm (JCE não visível e CPI entre 0 e 3) (com bolsa mas sem recessão gengival) OBS: se o CPI for igual a 4, não há possibilidade de o PIP ser zero Se a JCE não está visível e o CPI é 4 ou se a JCE está visível, então:
1	Perda de inserção entre 4 e 5 mm (JCE visível na área preta da sonda)
2	Perda de inserção entre 6 e 8 mm (JCE visível entre limite superior da área preta da sonda CPI e a marca de 8,5 mm)
3	Perda de inserção entre 9 e 11 mm (JCE visível entre as marcas de 8,5 mm e 11,5 mm)
4	Perda de inserção de 12 mm ou mais (JCE visível além da marca de 11,5 mm)
X	Sextante excluído
9	Não registrado

Fonte: OMS, 1999.

Figura 4: Codificação do Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP) e a posição da sonda durante o exame.



Fonte: Projeto SB 2000, 2001

4.3.3 Condições dentárias

Condições dentárias

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Coroa																
Raiz																
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Coroa																
Raiz																

O exame deve ser feito de forma sistemática para que todos os dentes presentes sejam examinados. Para tanto deve se utilizar o espelho bucal plano e a própria sonda CPI. Esta deverá ser utilizada sem que se exerça nenhuma pressão sobre a estrutura dental e nos casos em que houver dúvida quanto ao diagnóstico visual. Na dúvida o dente deverá ser considerado hígido.

Um dente só será considerado presente quando qualquer parte dele estiver visível na boca, nos casos de extração indicada este será considerado como presente e cariado. Os dentes impactados, quando não houver nenhuma parte visível na boca serão considerados ausentes.

Critérios para considerar coroa hígida

Quando não há evidência de cárie, tratada ou não. Não são levados em consideração os estágios iniciais da doença que precedem a formação das cavidades. Os dentes que apresentarem um ou mais dos sinais apresentados abaixo serão considerados hígidos:

- ☺ Manchas esbranquiçadas;
- ☺ Descoloração ou manchas rugosas não amolecidas quando tocadas com a sonda CPI;

- ☺ Fóssulas ou fissuras do esmalte manchado que não apresentem sinais visuais de escavação ou amolecimento das paredes ao toque da sonda CPI;
- ☺ Áreas do esmalte escuras, brilhantes, manchadas, em um dente com fluorose moderada ou severa;
- ☺ Lesões, que pela distribuição ou história, ou exame tátil visual parecem ser devidas a abrasão.

Critérios para considerar raiz hígida

Para ser considerada hígida a raiz deve necessariamente estar exposta e sem lesão cariosa, caso contrário será codificada como 8, ou seja raiz não exposta.

Critérios para considerar coroa cariada

Serão considerados cariados os elementos dentais que apresentarem as seguintes condições:

- ☹ Evidência de esmalte socavado (minicavidade ou cavidade);
- ☹ Sulcos e fissuras que tenham tecido cariado amolecido e ou opacidade de esmalte e manchas de cárie;
- ☹ Faces proximais se a sonda ficar retida ao fazer movimentos na direção cérvico-oclusal;
- ☹ Onde a sonda CPI penetrar entre uma restauração existente e superfície dental (nichos na interface dente-restauração);
- ☹ Casos em que haja uma restauração porém está presente um dos critérios acima;
- ☹ As extrações indicadas deverão receber o mesmo código de cariados (adaptado PINTO, 2000).

Critérios para considerar raiz cariada

Será considerada cariada a raiz que apresentar:

- ☹ Lesões amolecidas ou borrachóides à sondagem;
- ☹ Cáries crônicas (escuras);
- ☹ Discreta, oriunda da cárie de coroa e requer um tratamento em separado.



A raiz não exposta terá código 8, ver tabela 6.

Nos casos em que há cárie tanto na raiz quanto na coroa, procurar a origem da lesão e anotar. Se não for possível considerar tanto a coroa quanto a raiz como cariadas.

Critérios para considerar um dente restaurado

O dente é considerado restaurado se houver a presença de material definitivo como ouro, resina, amálgama e ionômero de vidro, sem a presença de lesão cariada (cárie reincidente). No caso de selantes há um código em separado.

Critérios para considerar um dente ausente como resultado de cárie

Serão considerados ausentes os dentes que tiverem sido extraídos por motivo de cárie, o examinador deverá analisar as condições bucais para chegar a esta conclusão.

Só será registrado na condição coronária, no caso de raiz o código será 7 ou 9 (tabela 6).

Critérios para considerar um dente ausente por qualquer outra razão

Nesta condição serão considerados os dentes que foram extraídos por motivos ortodônticos, periodontais ou traumatismos e ainda aqueles considerados congenitamente ausentes.

Critérios para considerar um dente com selante

Quando ao exame se verificar a presença deste material ou nos casos em que a fissura oclusal tenha sido aumentada com uma broca e aplicado resina composta por cima (selante invasivo).

Critérios para considerar um dente como suporte de prótese, coroa protética ou faceta

Quando um dente faz parte de uma prótese parcial fixa (suporte de prótese) ou possui uma coroa protética colocada por outras razões que não seja cárie e se houver recobrimentos facetados e laminados na face vestibular sem a presença de cárie ou outras restaurações no elemento em questão.

Os dentes substituídos por pânticos de próteses são considerados ausentes por motivo de cárie ou por outras razões e a raiz como não registrado.

Tabela 6: Códigos para o preenchimento do campo Condições dentárias para coroa e raiz.

Código Dentes permanentes		Condição
Coroa	Raiz	Estado
0	0	Hígido
1	1	Cariado
2	2	Restaurado com cárie
3	3	Restaurado sem cárie
4	-	Pedido devido à cárie
5	-	Perdido por outras razões
6	-	Presença de selante
7	7	Apoio de ponte ou coroa
8	8	Não erupcionado – raiz não exposta
T	-	Trauma (fratura)
9	9	Sem registro

Fonte: OMS, 1999.

4.3.4 Condições Protéticas e Necessidades Protéticas

Condições protéticas

Sup	Inf.
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Necessidades protéticas

Sup	Inf.
<input type="text"/>	<input type="text"/>

O examinador deverá anotar primeiro as condições protéticas do examinado, este procedimento deverá ser feito tanto para a arcada superior quanto inferior. Uma prótese só será considerada neste exame se estiver presente na boca, nos casos em que o paciente relata ter mas não usa, a prótese será considerada ausente.

Tabela 7: Códigos para o preenchimento do campo Condições Protéticas.

Código	Condições protéticas
0	Sem prótese
1	Prótese parcial fixa
2	Mais de uma prótese parcial fixa
3	Prótese parcial removível
4	Próteses parciais, fixas e removíveis
5	Prótese total removível
9	Sem registro

Fonte: OMS, 1999.

Tabela 8: Códigos para o preenchimento do campo Necessidades Protéticas.

Código	Necessidades protéticas
0	Não necessita de prótese
1	Necessita de uma prótese unitária
2	Necessita de prótese com múltiplos elementos
3	Necessita de uma associação de próteses unitárias e/ou com múltiplos elem.
4	Necessita de prótese parcial removível
5	Necessita de prótese total removível
9	Sem registro

Fonte: Adaptado OMS, 1999.

A figura do examinador é essencial para a realização deste estudo!!!

Desde já agradecemos a sua colaboração.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial da Saúde. Levantamentos básicos em saúde bucal. 4ª ed. São Paulo (SP): Editora Santos; 1999.
2. Pereira AC, et al. Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre (RS): Artmed; 2003.
3. Projeto SB 2000. Manual do examinador. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
4. Pinto VG. Saúde bucal e coletiva. 4ª ed. São Paulo (SP): Livraria Santos Editora; 2000.

Apêndice 3 Análise exploratória inicial

Entre as quatro regiões onde estão localizadas as clínicas odontológicas, 51,5% da amostra representou a região sul, 34,4% a região leste, 7,9% a região oeste e 6,2% a região norte. Nesta última o maior percentual dos usuários entrevistados foi os com idade inferior a 29 anos, fato observado também na região sul, onde quase $\frac{1}{3}$ dos usuários pertenciam a essa faixa etária. Em contrapartida na região oeste verificou-se um maior percentual de usuários entre 29 e 42 anos correspondendo a 58,6% do total da região oeste (Tabela 1a).

Dos 1.040 usuários entrevistados, 58,9% disseram estar empregados e 36,2% declararam não estar trabalhando. Dos desempregados, 35% estavam na faixa etária de 20 a 28 anos e 28,3% dos que estavam trabalhando tinham entre 35 a 42 anos. Em relação à renda, dos que ganhavam até 1 salário mínimo, 34% tinham menos que 29 anos e na categoria acima de 2 salários mínimos, 33% tinham idade superior a 42 anos. Do total de usuários, 89,1% disseram ter, como renda mensal individual, até 2 salários mínimos (Tabela 1a).

Na amostra, 51,6% dos pesquisados que tinham até 4 anos de estudo estavam na faixa etária acima de 42 anos. Para a categoria acima de 8 anos de estudo, 14,1% estavam na faixa etária acima de 42 anos e 34,9% dos adultos entre 20 e 28 anos (Tabela 1a).

Entre os que se declararam desocupados, ou seja, sem nenhuma ocupação o que se observa é que 44,6% tinham idade inferior a 29 anos. Os profissionais de saúde representaram 3,2%. Os usuários que se disseram estudantes, profissionais de serviços administrativos e professores foram encontrados em maior percentagem na faixa etária de 20 a 28 anos. Trabalhadores de casa e os que disseram trabalhar com os serviços de serventia e hospedagem representaram juntos 419 usuários ou 40,29% do total de 1040 (Tabela 2a).

Os usuários do sexo masculino corresponderam a 32,6% da amostra enquanto que do sexo feminino esta percentagem foi de 67,4%. Entre as mulheres, 31,1% tinham idade abaixo de 29 anos, entre os homens esse percentual foi de 23,3%, situação invertida ocorre para a faixa etária acima de 42 anos. A maioria dos usuários se declarou casado, 67,4%, sendo o percentual de solteiros o correspondente a 22,4%. Viúvos ou separados crescem em percentagem à medida que há o aumento da faixa etária (Tabela 3a).

Do total de usuários, a maioria (67,3%), se declarou não branco (negros e pardos) e entre os brancos, 30,3% possuíam idade superior a 42 anos. Em relação à religião 102 pessoas, ou 9,8%, disseram não seguir a religião católica nem a evangélica. A maioria dos entrevistados se declarou católico, 64,8% (Tabela 3a).

Quando perguntados se faziam algum exercício físico, 67,3% do total de entrevistados responderam que não (Tabela 4a). Apenas 6 pessoas, todas com idade superior a 42 anos, disseram não fazer nenhum tipo de higiene bucal. A maioria (89%) faz até 3 vezes ao dia e utilizam para tanto a escova dental. Dos que afirmaram fazer uso da escova juntamente com o fio dental, 30,8% tinham idade inferior a 29 anos e 14,9% tinham idade acima de 42 anos. Entre os entrevistados, 58 pessoas ou 5,6%, declararam utilizar outros produtos além da escova e fio dental para a limpeza da boca (Tabela 4a).

Ao serem perguntados se utilizam ou se já haviam utilizado algum tipo de droga ilícita, 3,7% responderam que sim. Entre os que responderam afirmativamente a referida questão, 35,9% tinham entre 20 e 28 anos. Somando-se o percentual relativo às faixas etárias de 20 a 28 e 29 a 34 anos encontra-se o correspondente a 69,2% dos que afirmaram usar ou ter utilizado algum tipo de droga (Tabela 5a).

A ingestão de bebida alcoólica por mais de três vezes na semana foi relatada por 8,4% dos entrevistados. A faixa etária que apresentou maior percentual de respostas afirmativas, foi de 35 a 42 anos e a menor acima de 42 anos (Tabela 5a). Em relação ao grau de dependência ao álcool, Teste CAGE,

27,6% dos que responderam ingerir bebida alcoólica pelo menos 3 vezes por semana, apresentaram resultado positivo (Tabela 6a).

Em relação ao tabagismo, 190 usuários disseram ser fumantes regulares, o que corresponde a 18,3% dos entrevistados. O percentual de ex-fumantes foi de 17,8% e não fumantes de 63,9% (Tabela 5a).

Fizeram parte do questionário utilizado para o presente estudo algumas perguntas relacionadas à história patológica pregressa dos usuários entrevistados (HPP). Apurou-se que 15,3% das pessoas declararam possuir algum tipo de doença crônica, 20,7% tomavam medicamento diariamente na época do estudo e 3,1% já haviam feito quimioterapia ou radioterapia. A doença crônica esteve presente nas pessoas acima de 42 anos com o percentual de 42,1% (Tabela 7a).

Dos 1040 usuários da amostra, 32,4% afirmaram ter perdido dias de trabalho em consequência de problemas relacionados à boca ou dentes. Quanto ao total de dias perdidos, a percentagem de pessoas que responderam de 1 a 3 dias foi de 58,7% (Tabela 8a).

Foram detectados em 16,4% dos examinados algum tipo de lesão de mucosa. Observa-se que lesões como leucoplasia e candidíase foram mais prevalentes na faixa etária acima de 42 anos. Os locais de eleição foram palato, com 60 ocorrências ou 31,1% e rebordo ou sulco com 56 ocorrências, correspondendo a 29% (Tabelas 9a, 10a e 11a).

Em relação às condições periodontais, examinou-se um total de 6240 sextantes a fim de estabelecer os índices CPI e PIP. No primeiro índice 1164, ou 18,6% dos sextantes foram excluídos e no tocante ao segundo houve a exclusão de 1261 sextantes ou 20,2%. A menor percentagem de sextantes excluídos foi entre 20 e 28 anos com 2,6% para CPI e 4,6% para PIP (Tabela 12a).

O maior percentual de sextantes com sangramento foi identificado entre os usuários que tinham entre 20 e 28 anos. A presença de bolsas de 4 a 5 mm foi mais prevalente nas idades de 35 a 42 anos, 31,1% e as de maior profundidade nos usuários acima de 42 anos com 32,6% (Tabela 13a).

Dos 4979 sextantes válidos para o cálculo do índice PIP, 3822 ou 76,8% se apresentaram com perda de inserção entre 0 e 3 mm e apenas 0,4% com perdas maiores ou iguais a 12 mm. Observa-se que a perda de inserção aumenta à medida que há um aumento da idade. Para a perda de inserção de 12 mm ou acima desse valor constata-se que 71,4% dos pacientes encontram-se na faixa etária acima de 42 anos (Tabela 14a).

Dos 11,8% de usuários que apresentaram sangramento à sondagem, 39,8% estão na faixa etária entre 20 e 28 anos e 9,8% acima de 42 anos correspondendo, respectivamente, ao percentual mais elevado e mais baixo da categoria. As bolsas de 4 e 5 mm foram diagnosticadas em 24,5% dos examinados sendo o maior percentual dessa categoria nos usuários entre 35 e 42 anos. As bolsas profundas de 6 mm ou mais, estiveram presentes em maior percentual nos usuários acima de 42 anos, 30,7% (Tabela 15a).

Entre os 1.040 usuários, 501 ou 48,2% apresentaram perdas de inserção entre 0 e 3 mm, desses 46,3% estavam entre a faixa etária de 20 a 28 anos. Para perdas de inserção maiores que 8 mm, 50% estavam na faixa etária acima de 42 anos. Foram excluídos para o cálculo deste índice 40 usuários sendo que 90% apresentaram idade superior a 42 anos (Tabela 16a).

Quando da realização do exame para apurar as condições dentárias, coroa e raiz, obteve-se a média de 12,3 coroas híginas, 4,9 cariadas, 4,3 restauradas e 9,8 perdidas. A média de dentes cariados, perdidos e restaurados (CPOD) foi de 19 (Tabela 17a).

Ao se comparar as medidas de tendência central entre as faixas etárias, observa-se que os usuários entre 20 e 28 anos possuem, em média, 6,4 dentes cariados e 3,8 dentes perdidos. O CPOD médio para os que estão acima de 42 anos foi de 23,7. Entre as idades de 29 a 34 e 35 a 42 obteve-se a média de 7,3 e 11,4 dentes perdidos (Tabela 18a).

No tocante às condições encontradas para as raízes dentárias encontrou-se que a média de raízes cariadas por faixa etária não apresenta grande diferença, o mesmo não ocorre em relação à exposição desta. A média

de raízes não expostas entre os usuários de 20 e 28 anos é de 25,3 já nos que estão entre 35 e 42 anos este número é de 14,4 (Tabela 19a).

Quando se examinou as condições protéticas, em relação à maxila, verificou-se que 67,5% não apresentavam nenhum tipo de prótese no momento do exame. Dos usuários com próteses fixas, 45,8% estavam na faixa etária de 35 a 42 anos. O mesmo fato ocorreu em relação à presença de prótese parcial removível (PPR) com 42,6%. Na faixa etária de 20 a 28 anos, 1 usuário possuía prótese total superior (Tabela 20a).

Na mandíbula observou-se que 92,4% não possuíam nenhum tipo de prótese na ocasião do exame e 0,5% tinham prótese fixa. Além das condições protéticas, buscou-se identificar através do exame bucal as necessidades protéticas dos usuários que participaram do estudo. Do total de 1040 examinados, 31,3% não precisavam de nenhum tipo de prótese superior e 19,4% de nenhum tipo de prótese inferior. Dos que precisavam de prótese fixa superior 36,3% estão entre 20 e 28 anos (Tabelas 20a e 21a).

Em relação à necessidade de PPR, tanto superior quanto inferior, na faixa etária entre 35 a 42 anos obteve-se 37,9% e 33,3% respectivamente. Dos usuários que precisam de prótese total superior, 20,9% estão entre 35 a 42 anos e 71,6% acima de 42 anos. Nos que precisam de prótese total inferior, esses percentuais são de 5,0% e 95%, sendo que na amostra total, 3,9% precisam de prótese total inferior e 14,2% de total superior (Tabela 21a).

Tabela 1a: Distribuição dos usuários por faixa etária segundo variáveis sócio-demográficas, Cuiabá/MT, 2004.

Variáveis Sócio-demográficas	Faixa etária								TOTAL	
	20 a 28		29 a 34		35 a 42		> 42			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Região										
Leste	97	27,1	79	22,1	96	26,8	86	24,0	358	34,4
Norte	24	37,5	10	15,6	14	21,9	16	25,0	64	6,2
Oeste	17	20,7	24	29,3	24	29,3	17	20,7	82	7,9
Sul	160	29,9	127	23,7	126	23,5	123	22,9	536	51,5
Trabalha										
Sim	164	26,8	154	25,2	173	28,3	121	19,8	612	58,9
Não	132	35,0	85	22,5	83	22,0	77	20,4	377	36,2
Aposentado	2	3,9	1	2,0	4	7,8	44	86,3	51	4,9
Renda										
Até 1 SM	165	34,0	107	22,1	110	22,7	103	21,2	485	46,6
1 a 2 SM	117	26,2	109	24,4	117	26,2	103	23,1	446	42,9
> 2 SM	16	14,7	24	22,0	33	30,3	36	33,0	109	10,5
Anos de estudo										
0 a 4	35	18,4	20	10,5	37	19,5	98	51,6	190	18,3
5 a 8	95	25,8	100	27,2	97	26,4	76	20,7	368	35,4
> 8	168	34,9	120	24,9	126	26,1	68	14,1	482	46,3

SM = Salário mínimo vigente na época do estudo

Tabela 2a: Distribuição dos usuários por faixa etária segundo a ocupação declarada, Cuiabá/MT, 2004.

Ocupação	Faixa etária								TOTAL	
	20 a 28		29 a 34		35 a 42		> 42		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Nenhuma	62	44,6	26	18,7	23	16,5	28	20,1	139	13,4
Saúde	7	21,2	5	15,2	14	42,4	7	21,2	33	3,2
Construção civil	7	13,0	15	27,8	18	33,3	14	25,9	54	5,2
Motoristas	10	22,7	6	13,6	15	34,1	13	29,5	44	4,2
Estudantes	20	64,5	7	22,6	3	9,7	1	3,2	31	3,0
Comércio	55	32,0	41	23,8	47	27,3	29	16,9	172	16,5
Serventia e hospedagem	57	27,3	57	27,3	57	27,3	38	18,2	209	20,1
Trabalhadores da casa	47	22,4	55	26,2	53	25,2	55	26,2	210	20,1
Serviços administrativos	25	40,3	12	19,4	15	24,2	10	16,1	62	6,0
Professores	6	35,3	4	23,5	4	23,5	3	17,6	17	1,6
Proteção/segurança	2	6,9	11	37,9	6	20,7	10	34,5	29	2,8
Funcionário público	-	-	1	14,3	4	57,1	2	28,6	7	0,7
Aposentados	-	-	-	-	1	3,2	30	96,8	31	3,0
Trabalhador rural	-	-	-	-	-	-	1	100	1	0,1
Artistas e assemelhados	-	-	-	-	-	-	1	100	1	0,1

Tabela 3a: Distribuição dos usuários, por faixa etária segundo variáveis sócio-demográficas, Cuiabá/MT, 2004.

Variáveis Sócio-demográficas	Faixa etária								TOTAL	
	20 a 28		29 a 34		35 a 42		> 42			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexo										
Masculino	79	23,3	76	22,4	90	26,6	94	27,7	339	32,6
Feminino	219	31,2	164	23,4	170	24,3	148	21,1	701	67,4
Estado civil										
Solteiro	108	46,4	50	21,5	43	18,5	32	13,7	233	22,4
Casado	183	26,1	179	25,5	193	27,5	146	20,8	701	67,4
Outro	7	6,6	11	10,4	24	22,6	64	60,4	106	10,2
Etnia										
Branca	59	25,5	52	22,5	50	21,6	70	30,3	231	22,2
Negra / Parda	201	28,7	166	23,7	186	26,6	147	21,0	700	67,3
Outras	38	34,9	22	20,2	24	22,0	25	22,9	109	10,5
Religião										
Católica	184	27,3	150	22,3	182	27,0	158	23,4	674	64,8
Evangélica	79	29,9	64	24,2	62	23,5	59	22,3	264	25,4
Outra	35	34,3	26	25,5	16	15,7	25	24,5	102	9,8

Tabela 4a: Distribuição dos usuários por faixa etária segundo hábitos relacionados à saúde, Cuiabá/MT, 2004.

Hábitos	Faixa etária								TOTAL	
	20 a 28		29 a 34		35 a 42		> 42		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Atividade física										
Não faz	209	29,9	156	22,3	166	23,7	169	24,1	700	67,3
Até 3 X/sem.	57	31,0	34	18,5	57	31,0	36	19,6	184	17,7
+ de 3	32	20,5	50	32,1	37	23,7	37	23,7	156	15,0
Higiene bucal										
Não faz	-	-	-	-	-	-	6	100	6	0,6
Até 3 X/dia	275	29,7	217	23,4	225	24,3	209	22,6	89,0	89,0
+ de 3	23	21,3	23	21,3	35	32,4	27	25,0	10,4	10,4
Material utilizado para higiene										
Escova	157	26,8	131	22,4	135	23,0	163	27,8	586	56,3
Escova e fio	122	30,8	102	25,8	113	28,5	59	14,9	396	38,1
Outros*	19	32,8	7	12,1	12	20,7	20	34,5	58	5,6

* Incluído nesta categoria nenhum material

Tabela 5a: Distribuição dos usuários por faixa etária segundo o uso de droga ilícita, bebida alcoólica e tabagismo, Cuiabá/MT, 2004.

Uso de Drogas	Faixa etária								TOTAL	
	20 a 28		29 a 34		35 a 42		> 42		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Droga ilícita										
Sim	14	35,9	13	33,3	6	15,4	6	15,4	39	3,7
Não	284	28,4	227	22,7	254	25,4	236	23,6	1001	96,3
Álcool										
Sim	19	21,8	23	26,4	33	37,9	12	13,8	87	8,4
Não	279	29,3	217	22,8	227	23,8	230	24,1	953	91,6
Tabagismo										
Fumante	48	25,3	49	25,8	48	25,3	45	23,7	190	18,3
Não fumante	225	33,8	154	23,2	160	24,1	126	18,9	665	63,9
Ex-fumante	25	13,5	37	20,0	52	28,1	71	38,4	185	17,8

Tabela 6a: Distribuição dos usuários por faixa etária segundo o Teste CAGE, Cuiabá/MT, 2004.

Teste CAGE	Faixa etária								TOTAL	
	20 a 28		29 a 34		35 a 42		> 42		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
(+)	4	16,7	7	29,2	10	41,7	3	12,5	24	27,6
(-)	15	23,8	16	25,4	23	36,5	9	14,3	63	72,4

Tabela 7a: Distribuição dos usuários por faixa etária segundo relato da história patológica pregressa e utilização de medicamento diário, Cuiabá/MT, 2004.

HPP	Faixa etária								TOTAL	
	20 a 28		29 a 34		35 a 42		> 42		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Doença crônica										
Sim	21	13,2	31	19,5	40	25,2	67	42,1	159	15,3
Não	277	31,4	209	23,7	220	25,0	175	19,9	881	84,7
Uso de Medicamento										
Sim	40	18,6	35	16,3	39	18,1	101	47,0	215	20,7
Não	258	31,3	205	24,8	221	26,8	141	17,1	825	79,3
Trat. Câncer										
Sim	3	9,4	4	12,5	8	25,0	17	53,1	32	3,1
Não	295	29,3	236	23,4	252	25,0	225	22,3	1008	96,9

HPP = História patológica pregressa

Trat. câncer = Tratamento relacionado ao câncer

Tabela 8a: Distribuição dos usuários por faixa etária segundo o absenteísmo em consequência de problemas bucais, Cuiabá/MT, 2004.

Absenteísmo	Faixa etária								TOTAL	
	20 a 28		29 a 34		35 a 42		> 42		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Sim	104	30,9	81	24,0	87	25,8	65	19,3	337	32,4
Não	194	27,6	159	22,6	173	24,6	177	25,2	703	67,6
Total de faltas										
1 a 3	61	30,8	44	22,2	57	28,8	36	18,2	198	58,7
4 a 7	29	34,1	23	27,1	21	24,7	12	14,1	85	25,3
+ 7	14	25,9	14	25,9	9	16,7	17	31,5	54	16,0

Tabela 9a: Distribuição dos usuários por faixa etária segundo a presença de lesões de tecidos moles na cavidade bucal, Cuiabá/MT, 2004.

Lesão mucosa	Faixa etária								TOTAL	
	20 a 28		29 a 34		35 a 42		> 42		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Sim	29	17,0	39	22,8	41	24,0	62	36,3	171	16,4
Não	269	31,0	201	23,1	219	25,2	180	20,7	869	83,6

Tabela 10a: Distribuição dos usuários por faixa etária segundo o tipo de lesão de mucosa bucal, Cuiabá/MT, 2004.

Tipo de Lesão	Faixa etária								TOTAL	
	20 a 28		29 a 34		35 a 42		> 42		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Leucoplasia	2	14,3	1	7,1	5	35,7	6	42,9	14	7,2
Líquem plano	-	-	1	50,0	-	-	1	50,0	2	1,0
Ulceração	11	27,5	8	20,0	9	22,5	12	30,0	40	20,5
GUNA	-	-	1	100	-	-	-	-	1	0,5
Candidíase	2	5,6	9	25,0	9	25,0	16	44,4	36	18,5
Abscesso	3	18,8	5	31,3	3	18,8	5	31,3	16	8,2
Outra	13	15,1	21	24,4	23	26,7	29	33,7	86	44,1

GUNA = Gengivite ulceronecrosante aguda

Tabela 11a: Distribuição dos usuários por faixa etária segundo a localização das lesões de mucosa bucal, Cuiabá/MT, 2004.

Lesão mucosa	Faixa etária								TOTAL	
	20 a 28		29 a 34		35 a 42		> 42		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Localização										
Borda / lábio	3	16,7	4	22,2	5	27,8	6	33,3	18	9,3
Comissura	2	16,7	2	16,7	3	25,0	5	41,7	12	6,2
Mucosa*	6	19,4	6	19,4	5	16,1	14	45,2	31	16,1
Assoalho	2	40,0	1	20,0	2	40,0	-	-	5	2,6
Língua	2	18,2	3	27,3	3	27,3	3	27,3	11	5,7
Palato	7	11,7	16	26,7	13	21,7	24	40,0	60	31,1
Rebordo / sulco	8	14,3	14	25,0	18	32,1	16	28,6	56	29,0

* Mucosa vestibular

Tabela 12a: Distribuição dos usuários por faixa etária segundo os sextantes examinados e excluídos no exame periodontal, Cuiabá/MT, 2004.

Condição periodontal	Faixa etária								TOTAL	
	20 a 28		29 a 34		35 a 42		> 42			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CPI sextantes										
Examinados	1788	28,7	1440	23,1	1560	25,0	1452	23,3	6240	84,3
Excluídos	30	2,6	134	11,5	317	27,2	683	58,7	1164	15,7
PIP sextantes										
Examinados	1788	28,7	1440	23,1	1560	25,0	1452	23,3	6240	83,2
Excluídos	58	4,6	159	12,6	339	26,9	705	55,9	1261	16,8

CPI = Índice Periodontal Comunitário
PIP = Perda de Inserção Periodontal

Tabela 13a: Distribuição dos usuários por faixa etária segundo o índice CPI por sextantes examinados, Cuiabá/MT, 2004.

Condição periodontal	Faixa etária								TOTAL	
	20 a 28		29 a 34		35 a 42		> 42			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CPI sextantes										
Hígidos	460	4,0	281	24,6	279	24,5	121	10,6	1141	22,5
Sangramento	554	42,7	351	27,1	283	21,8	108	8,3	1296	25,5
Cálculo	557	31,6	462	26,3	424	24,1	317	18,0	1760	34,7
Bolsa 4 a 5 mm	147	23,9	140	22,8	191	31,1	137	22,3	615	12,1
6 mm ou >	40	15,2	72	27,3	66	25,0	86	32,6	264	5,2

CPI = Índice Periodontal Comunitário

Tabela 14a: Distribuição dos usuários segundo a faixa etária em relação ao índice PIP por sextantes examinados, Cuiabá/MT, 2004.

Condição periodontal	Faixa etária								TOTAL	
	20 a 28		29 a 34		35 a 42		> 42		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
PIP sextantes										
0 a 3 mm	158	41,5	100	26,3	831	21,7	397	10,4	3822	76,8
4 a 5 mm	106	15,0	178	25,2	254	36,0	168	23,8	706	14,2
6 a 8 mm	33	9,5	80	23,1	106	30,5	128	36,9	347	6,9
9 a 11 mm	4	4,8	14	16,9	26	31,3	39	47,0	83	1,7
12 mm ou >	-	-	2	9,5	4	19,0	15	71,4	21	0,4

PIP = Perda de Inserção Periodontal

Tabela 15a: Distribuição dos usuários segundo a faixa etária em relação à condição periodontal (máximo índice CPI) por indivíduo, Cuiabá/MT, 2004.

Condição periodontal	Faixa etária								TOTAL	
	20 a 28		29 a 34		35 a 42		> 42		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
CPI indivíduos										
Hígidos	22	36,7	12	20,0	14	23,3	12	20,0	60	5,8
Sangramento	49	39,8	25	20,3	37	30,1	12	9,8	123	11,8
Cálculo	132	31,8	110	26,5	90	21,7	83	20,0	415	39,9
Bolsa 4 a 5 mm	70	27,5	50	19,6	78	30,6	57	22,4	255	24,5
6 mm ou >	25	16,3	42	27,5	39	25,5	47	30,7	153	14,7
Excluídos	-	-	1	2,9	2	5,9	31	91,2	34	3,3

CPI = Índice Periodontal Comunitário

Tabela 16a: Distribuição dos usuários segundo a faixa etária em relação à perda de inserção (máximo índice PIP) por indivíduo, Cuiabá/MT, 2004.

Condição periodontal	Faixa etária								TOTAL	
	20 a 28		29 a 34		35 a 42		> 42		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
PIP indivíduos										
0 a 3 mm	232	46,3	120	24,0	97	19,4	52	10,4	501	48,2
4 a 8 mm	62	14,7	104	24,7	140	33,3	115	27,3	421	40,5
> 8 mm	3	3,8	15	19,2	21	26,9	39	50,0	78	7,5
Excluídos	1	2,5	1	2,5	2	5,0	36	90,0	40	3,8

PIP = Perda de Inserção Periodontal

Tabela 17a: Média, mediana e desvio padrão em relação às condições dentárias apresentadas pelos usuários das clínicas odontológicas, Cuiabá/MT, 2004.

Coroa dental	\bar{x}	Md	DP
Hígidas	12,3	12	7,0
Cariadas	4,9	4	4,2
Restauradas	4,3	2	5,0
Perdidas	9,8	8	8,3
Presentes	21,7	24	8,1
CPOD	19,0	20	7,2

\bar{x} = Média Md = Mediana DP = Desvio padrão
CPOD = Dentes cariados, perdidos e restaurados

Tabela 18a: Média, mediana e desvio padrão por faixa etária em relação às condições dentárias apresentadas pelos usuários das clínicas odontológicas, Cuiabá/MT, 2004.

Coroa dental	Faixa etária											
	20 a 28			29 a 34			35 a 42			> 42		
	\bar{x}	Md	DP	\bar{x}	Md	DP	\bar{x}	Md	DP	\bar{x}	Md	DP
Hígidas	16,8	17,0	6,2	13,5	13,0	6,5	10,2	10	5,4	7,8	7,0	6,4
Cariadas	6,4	6,0	4,6	5,5	5,0	4,1	4,4	3,0	4,1	2,9	2,0	3,1
Restauradas	4,1	2,0	4,8	5,1	4,0	5,2	5,5	4,0	5,5	2,6	1,0	3,8
Perdidas	3,8	3,0	3,7	7,3	6,0	5,7	11,4	11,0	6,7	18,1	19,0	8,9
Dentes presentes	27,4	28,0	3,5	24,3	26,0	5,7	20,3	21,0	6,5	13,6	13,0	8,7
CPOD	14,3	14,0	6,5	17,9	18,0	6,5	21,2	22,0	5,5	23,7	25,0	6,5

\bar{x} = Média Md = Mediana DP=Desvio padrão
CPOD = Dentes cariados, perdidos e restaurados

Tabela 19a: Média, mediana e desvio padrão por faixa etária em relação às condições da raiz apresentadas pelos usuários das clínicas odontológicas, Cuiabá/MT, 2004.

Raiz dental	Faixa etária											
	20 a 28			29 a 34			35 a 42			> 42		
	\bar{x}	Md	DP	\bar{x}	Md	DP	\bar{x}	Md	DP	\bar{x}	Md	DP
Hígidas	2,1	-	3,6	3,9	2	4,4	4,9	4	4,6	5,6	5	5,0
Cariadas	0,5	-	1,1	0,9	-	1,8	1,1	-	2,0	1,3	-	2,6
Não expostas	25,3	27	6,1	19,6	21	7,4	14,4	15	7,8	7,0	5	7,6

\bar{x} = Média Md = Mediana DP=Desvio padrão

ANEXOS

Anexo 1 Termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

Formulário de Consentimento após Informação

Projeto: TABAGISMO E SAÚDE BUCAL NOS ÚSUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, CUIABÁ – MT.

Pesquisadores e Instituições envolvidas: Prof. Dr. Clóvis Botelho
Prof. Ms. Narciso Santana da Silva
Mestranda: Letícia T. Vitale Ayoub
Instituto de Saúde Coletiva – UFMT

Objetivo Principal: Verificar as condições de saúde bucal, socioeconômicas e hábitos.

Procedimentos: Aplicação de questionário e Exame bucal

Possíveis riscos: nenhum

Possível desconforto: permanecer alguns minutos com a boca aberta requisito necessário para o exame bucal.

Benefícios previstos: encaminhamento nos casos de diagnóstico de lesões neoplásicas suspeitas, planejamento dos serviços odontológicos locais e políticas saudáveis relacionadas às necessidades encontradas.

Eu _____, fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.

Entendo que terei garantia de confidencialidade, ou seja, que apenas os dados consolidados serão divulgados e ninguém além dos pesquisadores terá acesso aos nomes dos participantes desta pesquisa. Entendo também que tenho direito a receber informações adicionais sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com o pesquisador principal. Fui informado ainda que a minha participação é voluntária e que se eu preferir não participar ou deixar de participar deste estudo em qualquer momento, isso não me acarretará qualquer tipo de penalidade.

Compreendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento, concordo em participar do mesmo.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador principal: _____

Em caso de necessidade, contacte com: Letícia Teixeira Vitale Ayoub

Telefone: 617 – 1233 E-mail: levitale@terra.com.br

Cuiabá, _____ de _____ de 200__.

Anexo 2 Questionário socioeconômico e tabagismo



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E TABAGISMO

INFORMAÇÕES GERAIS

Local: Clínica Odontológica _____

Nº de identificação	Dia	Mês	Ano	Entrevistador
<input type="text"/>				

Nome: _____ Bairro: _____

- 1- Está: trabalhando () desempregado () aposentado ou pensionista ()
2- Qual a sua ocupação? _____ 3- Religião: _____
4- Quanto recebe por mês (em real)? Menos de 260 () 260 a 520 () 521 a 780 ()
Sem renda () 781 a 1040 () Acima de 1041 ()
5- Escolaridade: Fundamental ou primário () Médio ou 2º grau () Superior () Pós-graduação ()
6- Anos de estudo: _____
7- O(a) Sr(a) é: Solteiro() Casado() Mora junto sem ter casado() Viúvo() Separado ou divorciado()
8- Tem filhos? Sim () Não () 9- Quantos? _____ 10- Faz algum exercício físico? Sim () Não ()
11- Qual? _____ 12- Quantas vezes por semana? _____
13- Faz a limpeza da boca ou dentes? Sim () Não () 14- Quantas vezes ao dia? _____
15- Usa: escova () fio dental () ambos () outros () _____
16- Toma algum medicamento com frequência diária? Sim () Não () 17- Qual? _____
18- Tem alguma doença crônica? Sim () Não () 19- Qual? _____
20- Já fez tratamento para câncer (quimioterapia ou radioterapia) ? Sim () Não ()
21- Lembra de ter perdido dias de trabalho por causa de problemas bucais? Sim () Não ()
22- Quantos dias? _____
23- O(a) Sr(a) já usou ou usa alguma droga? Sim () Não ()
24- Toma algum tipo de bebida alcoólica mais de três vezes na semana? Sim () Não ()
25- Qual? _____

TESTE CAGE (26 a 29):

- 26- Alguma vez o senhor(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?
Sim () Não ()
27- As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebidas alcoólicas? Sim () Não ()
28- O(a) senhor(a) se sente chateado consigo mesmo pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas?
Sim () Não ()
29- Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? Sim () Não ()
30- O (a) senhor (a) se considera: Fumante () Não fumante () Ex-fumante () ou Fumante passivo ()

PARA OS QUE SE DECLARARAM FUMANTES

31- O(a) Sr(a) fuma: Ocasionalmente () Diariamente ()

32- Quantos cigarros fuma por dia? ___ cigarros

33- Com que idade experimentou o primeiro cigarro? _____ anos

34- Há quanto tempo fuma regularmente? _____ anos

TESTE DE FARGESTROM:

35- Quanto tempo após acordar o(a) Sr(a) fuma seu primeiro cigarro?

Dentro de 5 min.() Entre 6 e 30 min.() Entre 31 e 60 min.() Após 60 minutos ()

36- Acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, bibliotecas, cinemas, ônibus, etc?

Sim () Não ()

37- Qual cigarro do dia te traz mais satisfação? O primeiro da manhã () Outros ()

38- Quantos cigarros fuma por dia? Menos de 10 () De 11 a 20 ()

De 21 a 30 () Mais de 31 ()

39- Fuma mais freqüentemente pela manhã? Sim () Não ()

40- Fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo? Sim () Não ()

PARAR DE FUMAR

41- Está interessado em parar de fumar? Sim () Não ()

42- Já tentou parar de fumar antes? Sim () Não () 43- Quantas vezes? _____

44-- Acha que o cigarro já te causou algum problema de saúde? Sim () Não ()

45- Qual? _____

CASO DE RECAÍDA

46- Porque voltou a fumar? _____

47- Sofreu muito para parar de fumar? Sim () Não ()

48- O que mais incomodou você com a falta do cigarro? _____

PARA EX-FUMANTES

49- Por quanto tempo fumou regularmente? _____

50- Com que idade experimentou o primeiro cigarro? _____ anos

51- Com que idade começou a fumar pra valer? _____ anos

52- Quantos cigarros fumava por dia? _____ cigarros

53- Conseguiu parar de fumar? Sim () Não ()

PARA FUMANTES PASSIVOS

54- Algum membro da sua família fuma? Sim () Não () 55- Quem? _____

56- Quantos cigarros são fumados em casa por dia? _____ cigarros

57- Algum colega de trabalho fuma perto de você em ambiente fechado? Sim () Não ()

58- Quantos colegas são fumantes? _____

59- Quantos cigarros são fumados por dia? _____ cigarros

Observações: _____

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)