GRAUS DE AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE BUCAL E DISTRIBUIÇÃO DA DOENÇA PERIODONTAL E DAS PERDAS DENTÁRIAS EM MULHERES NO CLIMATÉRIO

ANDRÉA TIRLONE

Dissertação de Mestrado apresentada na área de concentração Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Materno-Infantil

ORIENTADOR: PROF. DR. JOSÉ MENDES ALDRIGHI

São Paulo
2003

FACULDADE de SAÚDE PÚBLICA
Biblioteca/CIR
UNIVERSIDADE de SÃO PAULO

444445/2003 cg

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

DEDICATÓRIA

Aos meus pais e meu irmão,

Gostaria de poder expressar com palavras tudo o que vocês significam para mim. O apoio constante, dedicação diária, amor incondicional, exemplos de conduta, dignidade, pureza, harmonia e novamente muito amor são algumas das palavras-chaves que surgem em minha mente quando penso em vocês. Espero sinceramente poder retribuir, nestas poucas palavras, todo este amor imenso que sinto e que me preenche por completo. Agradeço a Deus todos os dias por tê-los ao meu lado, incentivando-me e mostrando minhas capacidades e a possibilidade de constante superação.

Mãe querida e amada, este trabalho sobre a mulher representa para mim a vontade de querer ser como você, exemplo de bondade, respeito, amor e determinação.

Pai querido e amado, seu exemplo constante de trabalho e dignidade fazem de você o meu super-herói, minha vontade de trabalhar sempre em prol de algo melhor.

Ao meu querido e também amado irmão, a constante lembrança de nossos momentos da infância, brincadeiras no pátio da escola e confabulações sobre as notas obtidas nas provas me enchem de saudade. Hoje és um grande profissional, um exemplo para seguir.

Saibam que vocês são meu porto seguro, matéria-prima do meu existir e que sou muito feliz por tê-los ao meu lado. Obrigada sinceramente por me ensinarem tanto sobre a vida durante todos estes anos, por compartilharem comigo minhas preocupações e, principalmente, por me mostrarem diariamente que tudo sempre ia e vai dar certo.

À Deus, meu grande amigo, companheiro e protetor, que conhece meus pensamentos e minhas condutas, agradeço por ter-me feito alguém capaz de aprender, amar e servir. O meu sincero agradecimento por tudo e todos os que colocastes em meu caminho.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador e hoje amigo, Prof. Dr. José Mendes Aldrighi, pelo incentivo no decorrer destes anos, pela dedicação incondicional a este trabalho e pela confiança em mim depositada. Sua sabedoria, paciência, amizade, respeito, competência no ensino, amor pela ciência e incontestável conduta foram os maiores ensinamentos deixados.

À Profa. Dra. Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre, do Departamento de Epidemiologia, por me ensinar a arte de compreender os números, por transformar o difícil em algo simples, de forma clara e objetiva, por sua paciência, competência, confiança e amizade. Hoje aprendi que o somar pode significar multiplicar, especialmente quando se trata da arte do conhecer.

À Profa. Dra. Ana Cristina D'Andretta Tanaka, diretora do Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo por ter permitido a realização desta pesquisa na instituição.

À minha mãe, por sua participação como anotadora dos dados coletados durante a fase de pesquisa de campo e incentivo durante a elaboração da pesquisa.

Ao meu irmão e meu pai, pelo auxílio e apoio durante o período da pesquisa, ouvindo minhas preocupações e ajudando no que era possível.

Às minhas avós, tios e primos pela constante torcida e apoio.

Aos meus amigos pelo apoio recebido e aos colegas de profissão, por discutirem o tema pesquisado, trocando informações.

Aos Profs. e funcionários do Departamento de Saúde Materno Infantil, do Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pela receptividade e atenção dispensadas, proporcionando-me a satisfação de ter conquistado novos amigos.

Ao CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), pela bolsa de estudo concedida.

Às mulheres do estudo, pelo interesse e simpatia demonstrados durante a realização das entrevistas e exame clínico periodontal e pela confiança em mim depositada.

RESUMO

TIRLONE, A. **Graus de auto-percepção da saúde bucal e distribuição da doença periodontal e das perdas dentárias em mulheres no climatério.** São Paulo; 2003. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objetivo. Conhecer os graus de auto-percepção da saúde bucal e a distribuição da doença periodontal (extensão e severidade) e das perdas dentárias em mulheres no climatério em um ambulatório especializado. **Métodos**. Foram estudadas 94 mulheres no climatério, com idade entre 35 e 65 anos. A sondagem periodontal foi usada para medir a extensão e a severidade da doença periodontal e o exame clínico para verificar os dentes perdidos. As mulheres foram divididas em grupo da transição menopausal: caracterizado pela presença de ciclos menstruais irregulares e grupo após a menopausa: caracterizado pela ausência de menstruação por mais de 12 meses consecutivos. A coleta de dados utilizou protocolo de triagem inicial e completa com o intuito de descrever a população em estudo. A condição periodontal foi avaliada pelo Índice de Extensão e Severidade da Doença Periodontal (ESI) e os dentes perdidos foram verificados durante o exame clínico. As variáveis foram avaliadas de forma descritiva e por estudo de média, erro padrão e valores mínimo e máximo. Para comparar o total de dentes perdidos e a extensão e severidade da doença periodontal segundo o estado hormonal, utilizou-se os testes de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis. **Resultados**. As mulheres apresentaram em média 11 dentes perdidos; quanto a doença periodontal, verificou-se extensão de 83% e severidade de 2,3 mm de perda de inserção periodontal. A perda dentária foi maior nas mulheres que nunca receberam orientação sobre escovação, seja na transição menopausal ou após a menopausa e nas mulheres após a menopausa que não usavam fio/fita dental. **Conclusão**. As mulheres foram acometidas pela doença periodontal e pelas perdas dentárias anos antes de adentrarem ao climatério.

A auto-percepção esteve prejudicada pela falta de informação da população quanto ao desenvolvimento da cárie, da doença periodontal e orientações sobre escovação dentária, repercutindo em expressiva perda dentária e em questão periodontal bastante comprometida (extensão=83%; severidade=2,3 mm).

Descritores: Doença Periodontal. Climatério. Mulher. Terapia de reposição hormonal. Estrogênio.

SUMMARY

TIRLONE, A. **Graus de auto-percepção de saúde bucal e distribuição da doença periodontal e das perdas dentárias em mulheres no climatério.** [Oral health self-perception and amount of periodontal disease and tooth loss in climateric's women]. São Paulo (BR); 2003. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de são Paulo Brazil].

Objective. This research investigated the oral health self-perception and amount of periodontal disease (extent and severity) and tooth loss in a climacteric's women clinic. **Methods.** Ninety four women from 35 to 65 years old were studied. The periodontal probing was used to measure the extent and severity periodontal disease and the examination was used to check the tooth loss. The women were separated in two groups: perimenopause (refereed to the transition time, when menstrual cycles become irregular) and postmenopause (refereed to the end of menstruation, usually confirmed when a woman has not had a menstrual period for 12 consecutive months). The data collect used a initial and complete triage protocol to attempt the women's descriptive. Women periodontal status was assessed by the Extent and Severity Index (ESI); the tooth loss was assessed during the examination. Variables were evaluated as descriptive patterns and by mean study, error deviation, minimum and maximum values. The comparison of means of total teeth loss and the extent and severity of periodontal disease according to menopause status was done using Mann-Whitney test or Kruskal-Wallis test. **Results**. Women's exhibited 11 teeth loss; the extent of periodontal disease was 83% and the severity 2,3 mm of attachment level loss. Women who never receive information about dental care lost more teeth on the perimenopause and postmenopause. The same occurred with postmenopause women who didn't use dental floss. **Conclusions**. The lack of adequate oral health information about decay, periodontal disease and correct dental care, difficult the women's oral health self-perception. Women's oral health were affect by periodontal disease and teeth loss before she enter in a climacteric period,

resulting on meaningful teeth loss and in a worst periodontal status (extent=83%; severity=2,3mm).

Descriptors: Periodontal disease. Climacteric. Women. Hormone replacement therapy. Estrogen.

ABREVIATURAS

AAP	The American Academy of Periodontology
CPO-D	Índice de dentes cariados, perdidos e obturados
DP	Desvio padrão
E	Extensão da doença periodontal
ESI	Índice de Extensão e Severidade
N	Número de mulheres analisadas
S	Severidade da doença periodontal
SERM	Modulador seletivo de receptor de estrogênio
TRH	Terapia de Reposição Hormonal
WHO	World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 Sondagem esquemática para avaliação do nível de inserção periodontal 17

FIGURA 2 Sondagem clínica para avaliação do nível de inserção periodontal 17

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. Número e porcentagem de mulheres, segundo variáveis sócio-demográficas. ASMUC – CSEGPS, FSP/USP, 2002 24

Tabela 02. Número e porcentagem de mulheres, segundo variáveis sócio-demográficas. ASMUC – CSEGPS, FSP/USP, 2002 25

Tabela 03. Tempo médio de fumo e número médio de cigarros consumidos entre ex-fumantes e fumantes. ASMUC – CSEGPS, FSP/USP, 2002 26

Tabela 04. Número e porcentagem de mulheres, segundo o estado hormonal. ASMUC – CSEGPS, FSP/USP, 2002 28

Tabela 05. Número e porcentagem de mulheres, segundo uso de TRH. ASMUC – CSEGPS, FSP/USP, 2002 29

Tabela 06. Número e porcentagem de mulheres, segundo uso de prótese dentária. ASMUC – CSEGPS, FSP/USP, 2002 30

Tabela 07. Número e porcentagem de mulheres, segundo auto-percepção bucal. ASMUC – CSEGPS, FSP/USP, 2002 32

Tabela 08. Estatística descritiva do total de dentes perdidos, extensão e severidade da doença periodontal segundo estado hormonal e terapia de reposição hormonal. São Paulo – 2002 35

Tabela 09. Estatística descritiva do total de dentes perdidos, extensão e severidade da doença periodontal segundo estado hormonal e orientação de escovação. São Paulo – 2002 38

Tabela 10. Estatística descritiva do total de dentes perdidos, extensão e severidade da doença periodontal segundo estado hormonal e uso de fio/fita dental. São Paulo – 2002 41

Tabela 11. Estatística descritiva do total de dentes perdidos, extensão e severidade da doença periodontal segundo estado hormonal e tabaco. São Paulo – 2002 44

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Médias e respectivos intervalos de confiança (95%) do total de dentes perdidos segundo estado hormonal e uso de terapia de reposição hormonal 36

Gráfico 2. Médias e respectivos intervalos de confiança (95%) da extensão da doença periodontal segundo estado hormonal e uso de terapia de reposição hormonal 36

Gráfico 3. Médias e respectivos intervalos de confiança (95%) da severidade da doença periodontal segundo estado hormonal e uso de terapia de reposição hormonal 37

Gráfico 4. Médias e respectivos intervalos de confiança (95%) do total de dentes perdidos segundo estado hormonal e orientações sobre escovação 39

Gráfico 5. Médias e respectivos intervalos de confiança (95%) da extensão da doença periodontal segundo estado hormonal e orientações sobre escovação 39

Gráfico 6. Médias e respectivos intervalos de confiança (95%) da severidade da doença periodontal segundo estado hormonal e orientações sobre escovação 40

Gráfico 7. Médias e respectivos intervalos de confiança (95%) do total de dentes perdidos segundo estado hormonal e uso de fio/fita dental 42

Gráfico 8. Médias e respectivos intervalos de confiança (95%) da extensão da doença periodontal segundo estado hormonal e uso de fio/fita dental 42

Gráfico 9. Médias e respectivos intervalos de confiança (95%) da severidade da doença periodontal segundo estado hormonal e uso de fio / fita dental 43

Gráfico 10. Médias e respectivos intervalos de confiança (95%) do total de dentes perdidos segundo estado hormonal e tabaco 45

Gráfico 11. Médias e respectivos intervalos de confiança (95%) da extensão da doença periodontal segundo estado hormonal e tabaco 45

Gráfico 12. Médias e respectivos intervalos de confiança (95%) da severidade da doença periodontal segundo estado hormonal e tabaco 46

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO 01

Inter-relação médico-odontológica 02

Promoção de saúde bucal 03

Doença periodontal 04

A doença periodontal e o estado hormonal feminino 06

Saúde bucal, climatério e menopausa 09

2 OBJETIVOS 13

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS 14

Casuística 14

Metodologia 15

Seleção das participantes 15

Avaliação Odontológica 16

Material 19

Variáveis do estudo 19

Metodologia estatística 22

Questões éticas 22

4 RESULTADOS 23

Caracterização da população de estudo 23

Aspectos demográficos 23

Caracterização reprodutiva da população 27

Caracterização da saúde bucal da população 29

Análise do total de dentes perdidos e da doença periodontal 34

5 DISCUSSÃO 47

6 CONCLUSÕES 52

7.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 53

Anexo A – Protocolo de Triagem Inicial A1

Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido A3

Anexo C – Protocolo de Triagem Completa A5

Anexo D – Avaliação Odontológica – Ficha de Registro Periodontal A12

Anexo E – Documentação – Aprovação do Comitê de Ética A14

Anexo F – Documentação – Aprovação do Comitê de Ética A16

1 INTRODUÇÃO

As afecções bucais são reconhecidas como importantes indicadores da saúde geral, podendo provocar repercussões sociais, econômicas e psicológicas, destacando o comprometimento da auto-imagem, o isolamento social e alta taxa de absenteísmo (AAP 2000; ALLSTON 2002).

A melhoria nas condições de saúde bucal depende do acesso regular aos serviços de saúde, dos cuidados técnicos e preventivos e de fatores extra-odontológicos como acesso à água tratada e fluoretada, emprego, educação, tradição popular, hábitos alimentares e condutas de higiene pessoal e coletiva (PINTO 2000; SINKAI & CURY 2000; PUCCA JÚNIOR 2003).

No Brasil, o grande problema em relação à saúde bucal refere-se à dificuldade de acesso ao tratamento odontológico; dados do Ministério da Saúde (1996) denotam rápida perda dentária com o evoluir da idade, que se relaciona diretamente à alta prevalência da doença periodontal (PUCCA JÚNIOR 2003).

De fato, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (1998), ao avaliar o acesso e utilização de serviços de saúde mostrou que, dos 160 milhões de brasileiros, cerca de 20 milhões (12,5%) nunca foram ao dentista; nas áreas rurais, o índice eleva-se para 32% da população (PINTO e FRAGA 2000; SILVA 2000; DADO 2001; PUCCA JÚNIOR 2003).

A escassa cobertura de programas odontológicos contra as cáries e doenças periodontais, sensibilizaram o Ministério da Saúde a tal ponto de incluir a Odontologia no Programa de Saúde da Família (PSF); isso provavelmente ocorreu face a constatação de que somente 5,24% dos 6,5% do Produto Interno Bruto (PIB) direcionados para a área de saúde foram canalizados para a saúde bucal. Em função disso, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) em 2000 manifestou preocupação e tem estimulado os dentistas para se esforçarem no sentido de obter verbas e auxiliar o governo na criação de políticas públicas para a saúde bucal (PINTO e FRAGA 2000; SILVA 2000).

Inter-relação médico-odontológica

Ao se considerar a saúde bucal, é fundamental entendê-la como um componente indissociável da saúde geral (WHO 1990; WILLIAMS e OFFENBACHER 2000). Por isso, é necessário ampliar as relações e influências com outras áreas da saúde, como por exemplo a medicina; só assim ter-se-á um maior sucesso para a qualidade da saúde geral (PINTO 2000).

Desta forma, o diagnóstico odontológico não deve envolver exclusivamente os agravos bucais (cáries, doença periodontal, má-oclusão), mas também manifestações locais de doenças sistêmicas. O odontólogo deve estar preparado não só para reconhecer as condições médicas pregressas, os fármacos que podem influenciar na saúde bucal e os exames necessários para auxiliar no diagnóstico, mas também deve manter contato com outros profissionais objetivando a certeza diagnóstica e a terapêutica apropriada (SONIS e col. 1996; WILLIAMS e OFFENBACHER 2000; HARARI 2001).

Entretanto, o diagnóstico precoce dos agravos bucais decorrentes de doenças sistêmicas é freqüentemente negligenciado pela falta de um treinamento específico nos próprios cursos de odontologia, que seja ao mesmo tempo, econômico, não invasivo, sensível e aplicável em qualquer comunidade.

A intervenção do dentista bem preparado pode torná-lo um importante agente preventivo não só da saúde bucal, mas também da geral, pois ao realizar o exame clínico e radiográfico das arcadas e ossos maxilares, pode obter resultados que o credencia a atuar como verdadeiro clínico, diagnosticando, por exemplo, doenças infecciosas, diabetes e até a osteoporose dos ossos maxilares (SONIS e col. 1996; OFFENBACHER 1996; PAGANINI-HILL 1998; BLACKER & KLEEREKOPER 2001; ANDRADE 2001).

Promoção de Saúde Bucal

Saúde bucal expressa o estado de harmonia, normalidade ou higidez da boca, desde que esteja em sincronia com um grau razoável da saúde geral do indivíduo. As variáveis que se associam às alterações de saúde bucal incluem o consumo de açúcar, controle do biofilme dentário,[1] uso de fluoretos, hábito de fumar, alcoolismo e as visitas aos serviços odontológicos (CHAVES 1986).

Perturbações da saúde bucal como a cárie e a doença periodontal são reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como importantes problemas de Saúde Pública (CHAVES 1986).

Ao se analisar a história, constata-se que desde a pré-história, a humanidade é afetada pela cárie dentária e pela doença periodontal (MALTZ e CARVALHO 1997); após a Idade Moderna, com o aumento do consumo de açúcar refinado, a cárie tornou-se o principal problema de Saúde Pública (CHAVES 1986; THYLSTRUP e FEJERSKOV 1994). Ademais, verifica-se que a doença periodontal está presente em todos os povos e faixas etárias, iniciando-se na juventude, agravando-se com a idade e resultando em perdas dentárias na faixa etária tardia, sendo apontada como a principal causa de edentulismo (desdentados) em adultos (LÖE et al 1978; CARRANZA 1979; LASCALA e MOUSSALLI 1981; LINDHE 1985; GENCO et al 1993).

Com os avanços técnicos e metodológicos na detecção e tratamento da cárie constata-se expressiva redução na prevalência e severidade das mesmas (THYLSTRUP e FEJERSKOV 1994; MALTZ e CARVALHO 1997; WEYNE 1997; MARCENES e BONECKER 2000). Diferentemente das cáries, as doenças periodontais ainda apresentam alta prevalência e severidade (OPPERMAN e ROSSING 1997), pois atualmente não se dispõem de recursos eficazes para as periodontopatias, como é o caso do flúor para a cárie dentária (FDI 1982; OMS 1992).

---

[1] O termo biofilme dentário, recentemente preconizado, traduz o conceito de depósitos dentários e vem sendo utilizado em substituição a expressão placa bacteriana (AAP 1996; ITO 1999).

Por isso, o diagnóstico precoce da doença periodontal assume particular importância dentro da odontologia, pois trata-se de um verdadeiro problema de Saúde Pública (GENCO et. al 1998, OPPERMAN e GOMES 1999).

Doença Periodontal

A doença periodontal caracteriza-se pela infecção bacteriana crônica que afeta gengiva, ligamentos periodontais e ossos alveolares, todas estruturas responsáveis pela sustentação dos dentes. Pode apresentar evolução e manifestações clínicas diferentes, a depender do biofilme dentário, da resistência e suscetibilidade do hospedeiro (CARRANZA 1979; LASCALA e MOUSSALLI 1981; LINDHE 1985; GENCO et. al 1993, 1998; MOYSÉS 1997; WEYNE 1997; AAP 2000). Representa prevalente afecção na dentição humana; na população brasileira acomete quatro em cada cinco indivíduos (COSTELLA 1983) e manifesta-se por evolução lenta, geralmente de curso indolor, tendendo a agravar-se com a idade (PINTO et al 1994, OPPERMANN & GOMES, 1999, AAP 2000).

As formas clássicas e de maior prevalência são as gengivites e as periodontites (CARRANZA 1979; LASCALA e MOUSSALLI 1981; LINDHE 1985; CHAMBRONE 1993; GENCO et al 1993).

A gengivite, forma leve da doença periodontal, caracteriza-se por inflamação da gengiva marginal, geralmente causada por má higiene bucal. Clinicamente, manifesta-se por sangramento, vermelhidão, sensibilidade e edema. Tem caráter reversível. A periodontite, por sua vez, é inflamação dos tecidos de suporte; representa a forma severa da doença, afetando ligamentos periodontais e estruturas ósseas de suporte dentário. É detectada pela presença de sangramento ao estímulo do instrumental (sondagem periodontal), alterações estéticas decorrentes de deslocamentos na posição dentária, retrações gengivais, retenções alimentares nos dentes e perda gradual de inserção osso-ligamento periodontal, resultando na formação de bolsa periodontal e maior mobilidade dentária (AAP 2000; CHIAPINOTTO

2000; ALLSTON 2002). Com sua progressão, as bolsas aprofundam-se e tornam-se infectadas. Quando não tratadas, podem comprometer o tecido gengival, ossos e dentes e culminar em reabsorções ósseas, o que explica as perdas dentárias (OPPERMAN & GOMES 1999; AAP 1996; 2000).

Estudos realizados nas décadas de 80 e 90 comprovam que a periodontite, embora seja freqüentemente precedida de gengivite, é doença independente e episódica; sua severidade e prevalência aumentam com a idade (GENCO et al 1998; OPPERMAN & GOMES 1999).

O impacto das doenças periodontais na saúde geral permitiu o surgimento de uma nova área de estudo na periodontia, denominada Medicina Periodontal (OFFENBACHER 1996), que analisa as relações da agressividade microbiana e da resposta imunológica do hospedeiro na presença da doença periodontal com o desenvolvimento de afecções sistêmicas, dependentes de variáveis específicas do hospedeiro, intrínsecas ou adquiridas.

Entre os fatores envolvidos na gênese da doença periodontal sobressai, a formação do biofilme dentário; outros, incluem as doenças sistêmicas, fármacos (anticoncepcionais e antidepressivos), bruxismo ou briquismo (apertamento dentário), nutrição deficiente, estresse, tabagismo e alterações hormonais, que ao propiciarem gengivites, exacerbam a doença periodontal pré-existente (BECK 1996; GRODSTEIN, COLDITZ & STAMPFER 1998; KRALL, DAWSON-HUGUES, HANNA & KIEL 1998; AAP 1995, 1996, 2000; JEFFCOAT, LEWIS, REDDY, WANG & REDFORD 2000; LEITE & CONTI 2001).

Na cavidade bucal o tabaco afeta o conteúdo mineral do osso alveolar e aumenta a severidade da doença periodontal. Com o cigarro ocorre descamação da mucosa bucal, aquecimento da gengiva, destruição do tecido e redução da liberação de oxigênio e nutrientes para os tecidos gengivais (AAP 1995; 1996; LEITE & CONTI 2001; HEY-HADAVI 2002). A nicotina acumulada nos dentes atua como substrato para aderência de bactérias, formação do biofilme e posterior cálculo dentário, podendo alterar a resposta imunológica e inibir o fluxo sangüíneo periférico (AAP 1995; ALLSTON 2002;

HEY-HADAVI 2002; SILVA 2002). Fumantes apresentam maior propensão de doença periodontal avançada (LEITE e CONTI 2001).

O tabaco pode, ainda, provocar antecipação da menopausa em torno de 0,8 a 1,7 anos, a depender do número diário de cigarros consumidos e do tempo de tabagismo (BAILEY, ROBINSON & WESSEY 1977; JICK & PORTER 1977; BARON, LA VECCHIA & LEVY 1990; WALD & BARON 1990; MIDGETT & BARON 1990; BERTA, FRAIRIA, FORTUNATI et al 1992; BEVAN & KENNEY 1996; BROWN, VESSEY & STRATTON 1988; SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO 1998 a,b; ALDRIGHI, ALECRIM, OLIVEIRA & SHINOMATA 2001; NAMS 2001).

A doença periodontal e as perdas dentárias conseqüentes podem provocar graves repercussões sobre a saúde geral, destacando-se a mastigação deficiente, fonação alterada e desequilíbrios emocionais (KRALL, DAWSON-HUGHES, HANNA & KIEL 1998; GROSSI 1998; HARARI 2001; NAMS 2001; BUISCHI 2003).

Com o intuito de conhecer a distribuição da doença periodontal na população, CARLOS, WOLFE & KINGMAN (1986) propuseram o Índice de Extensão e Severidade (*Extent and Severity Index* - ESI), baseado em estudos epidemiológicos descritivos previamente realizados, que discutiam a metodologia de avaliação da prevalência e severidade da doença periodontal; o ESI resume conjuntamente a extensão e severidade da doença.

A doença periodontal e o estado hormonal feminino

Os hormônios sexuais femininos podem alterar a saúde bucal e, por esta razão, as necessidades odontológicas tornam-se maiores nas mulheres do que nos homens (HARARI 2001; ALLSTON 2002; HEY-HADAVI 2002).

Os esteróides sexuais femininos estão incluídos entre os fatores sistêmicos modificadores da fisiologia bucal; assim, instabilidades hormonais podem desencadear respostas inflamatórias exacerbadas, tanto na gengiva sadia como na previamente inflamada, ocasionando enfermidade periodontal

ou agravando aquela pré-existente (LASCALA e MOUSSALLI 1985; ALLSTON 2002; HEY-HADAVI 2002). O aumento nas concentrações séricas de progesterona promove edema gengival, resultando em gengivites, enquanto a elevação dos estrogênios mudam a flora subgengival, estimulam a fagocitose dos neutrófilos e reduzem a queratina do epitélio gengival, predispondo à ocorrência da doença periodontal (LASCALA e MOUSSALLI 1985; HARARI 2001; HEY-HADAVI 2002).

Dessa forma, oscilações hormonais que ocorrem durante o transcurso da vida feminina como a puberdade, ciclos menstruais, gestação, uso de contraceptivos orais e menopausa tornam-se importantes eventos para a saúde bucal (LASCALA e MOUSSALLI 1985; LINDHE 1992; LASCALA e MOUSSALLI 1994; AAP 1998; 2000; HARARI 2001; HEY-HADAVI 2002).

Na **puberdade,** momento em que surgem os principais caracteres sexuais secundários, os tecidos gengivais e o microbiota subgengival respondem ao aumento das concentrações sangüíneas dos esteróides sexuais (AAP 1998; HEY-HADAVI 2002), favorecendo a colonização de grupos bacterianos (*Porphyromonas gingivalis* e outros anaeróbios), que exacerbam inflamações antes imperceptíveis, resultando em gengivites e periodontites (AAP 1996; 1998; HARARI 2001; ALLSTON 2002; HEY-HADAVI 2002). Com o avançar da idade, as concentrações hormonais tendem a se normalizar e as alterações, geralmente, regridem (PAGE e SCHROEDER 1982).

A **menarca** (primeira menstruação) pode, em certas mulheres, exagerar a resposta aos agentes irritantes, promovendo gengivite cuja intensidade não corresponde à quantidade de irritantes locais; este fato faz suspeitar da presença de um fator sistêmico, provavelmente hormonal, que atua como modificador de caráter intrínseco (LASCALA e MOUSSALLI 1985, 1994; AAP 1998).

No **ciclo menstrual** as flutuações dos esteróides sexuais, podem provocar gengivites em tecidos previamente inflamados. Algumas mulheres relatam sangramento e edema gengival, halitose e aumento da mobilidade dentária no final da segunda fase do ciclo, que melhoram nos primeiros dias após a menstruação (AAP 1998; HARARI 2001; HEY-HADAVI 2002).

Adicionalmente, é importante considerar que muitas mulheres manifestam sensibilidade bucal durante a menstruação e/ou ovulação (HEY-HADAVI 2002).

Na **gestação** estima-se que a gengivite ocorra em 60 a 75% das mulheres (ALLSTON 2002), muito provavelmente em decorrência da síntese placentária de estrogênio e progesterona (LÖE e SILNESS 1963; HUGOSON 1970; HARARI 2001; HEY-HADAVI 2002); inicia-se a partir do segundo mês, atingindo pico máximo no oitavo mês (LÖE e SILNESS 1963; AAP 1998; ALLSTON 2002; HEY-HADAVI 2002). É fundamental considerar que a deficiente higiene bucal observada em algumas gestantes é fator preponderante na eclosão da doença periodontal (ADAMS et al 1974; HARARI 2001); na gestação também pode ocorrer aumento da mobilidade dentária, que melhora após o parto (HARARI 2001; HEY-HADAVI 2002).

Existe uma associação significativa entre transmissão de microorganismos da cavidade bucal da mãe para o feto durante a gestação, nascimento e puerpério; daí, a saúde bucal materna pode representar importante fator de risco na evolução da gestação e na saúde do feto ou do recém-nascido (FONSECA 1998).

A falta de cuidados odontológicos na gestante predispõe a maior risco da doença periodontal, favorecendo o desencadeamento de partos prematuros (OFFENBACHER et al 1996; AAP 1998; 2000; FONSECA 1998; U.S.SURGEON GENERAL'S REPORT 2000; WILLIAMS, DAVENPORT, STERNE, SIVAPATHASUNDARAM, FEARNE & CURTIS 2000; ALLSTON 2002; BRUNETTI 2002; HEY-HADAVI 2002; SILVA 2002); isso é explicado pelas gengivites que, ao liberarem toxinas da flora subgengival, elevam as concentrações séricas de prostaglandinas, resultando em contrações uterinas e parto prematuro (OFFENBACHER et al 1996; CHAVES 1997; WILLIAMS, DAVENPORT, STERNE, SIVAPATHASUNDARAM, FEARNE & CURTIS 2000; HARARI 2001; ALLSTON 2002; BRUNETTI 2002; KAHN 2002).

Face aos altos custos dos tratamentos intensivos destinados aos recém-natos, cumpre ressaltar a necessidade de prevenção dos fatores de risco à prematuridade, incluindo a periodontite (CHAVES 1997; ALLSTON 2002;

WILLIAMS, DAVENPORT, STERNE, SIVAPATHASUNDARAM, FEARNE & CURTIS 2000). De fato, nos Estados Unidos, dez por cento dos recém-nascidos são prematuros e fazem parte de um total de 5 milhões de tratamentos intensivos, gerando custo anual de 5 bilhões de dólares (CHAVES 1997).

Os **anticoncepcionais hormonais orais** contendo estrogênio e progestógeno (esteróides sexuais sintéticos) podem, a depender da dose e da duração do uso, modificar a flora bucal e dessa forma permitir a instalação de gengivites (PANKHURST et al 1981; LASCALA e MOUSSALLI 1985; 1994; AAP 2000; HARARI 2001; ALLSTON 2002; HEY-HADAVI 2002).

Por isso, a usuária de pílula torna-se mais suscetível e de forma semelhante as gestantes, uma vez que os hormônios sintéticos dos anticoncepcionais mimetizam o estado hormonal da gestação (AAP 1998).

Saúde Bucal, Climatério e Menopausa

Em 1997, a expectativa de vida nos países desenvolvidos era de 74 anos e naqueles em desenvolvimento 65 anos; para 2025 as projeções indicam 81 e 78 anos, respectivamente (WHO 1998).

No Brasil, constatou-se incremento significativo da população, sendo que 14,5 milhões de pessoas (9,1% da população) apresentam-se com mais de 68 anos. Admite-se que a cada ano, 70 mil idosos são incorporados à população (FIOCRUZ 2002). Esse crescimento e envelhecimento da população, em particular a feminina, é explicado pelas menores taxas de mortalidade em todos os grupos etários (WHO 1998).

O climatério, período de transição entre a fase reprodutiva e não reprodutiva, tem início aos 35/40 anos e término aos 65 anos (NOTELOVITZ 1988; ALDRIGHI & PIRES 2001). Caracteriza-se pelo decréscimo da população folicular dos ovários, com progressiva redução hormonal, propiciando o aparecimento de sintomas desagradáveis como ondas de calor, vagina seca, diminuição da libido, depressão e irregularidades menstruais.

Menopausa é a última menstruação da vida da mulher; ocorre em geral aos 51,3 anos (MC KIN LAY & POSNER 1992; ALDRIGHI 1996; NAMS 2001). O diagnóstico de menopausa é sempre retrospectivo e necessita de um período de doze meses de ausência de menstruação. Além dos sintomas desagradáveis, a falência total na produção dos hormônios ovarianos predispõe à uma série de agravos à saúde como coronariopatia, acidente vascular cerebral, distúrbios urinários, alterações do humor, câncer de mama, útero, osteoporose e demências (ALDRIGHI 1996; NAMS 2001). Na cavidade bucal, as repercussões ocorrem sobre a gengiva, facilitando a eclosão da doença periodontal.

Muitas investigações revelam que alterações hormonais interferem na fisiologia, metabolismo e estética bucal, propiciando maior risco de cáries dentárias e doença periodontal (AAP 2000; NAMS 2001; ALLSTON 2002; HEY-HADAVI 2002).

Na falência total de hormônios, como ocorre após a menopausa, a gengiva apresenta coloração alterada, desde rosa pálido até vermelho intenso; com o progredir dos anos, a inflamação torna-se mais intensa, expondo o tecido conjuntivo e as terminações nervosas, o que resulta em maior sensibilidade e dificuldade para a higiene e alimentação. Com o impedimento da higiene, ocorre maior depósito de indutos sobre os dentes, agravando o quadro clínico e estabelecendo um ciclo vicioso (LASCALA e MOUSSALLI 1985).

A redução do estrogênio no climatério pode favorecer o aparecimento de retrações gengivais, facilitando a perda de inserção dentária, além de diminuir o conteúdo mineral da maxila e da mandíbula (osteopenia/ osteoporose) (AAP 1998, 2000; HARARI 2001, NAMS 2001; MEDIX 2002).

A redução da massa óssea maxilar e mandibular atua como provável fator desencadeante da doença periodontal e das perdas dentárias após a menopausa (PAGANINI-HILL 1995; JEFFCOAT, LEWIS, REDDY, WANG & REDFORD 2000); assim, para cada 1% de perda óssea anual, o risco de perda dentária aumenta quatro vezes (KRALL, GARCIA, DAWSON-HUGHES 1996).

Em função disso, aumentou o interesse pelo estudo da relação entre redução de estrogênio, osteoporose, doença periodontal e perdas dentárias. Embora a osteoporose não seja um fator etiológico da periodontite, a perda da massa óssea da maxila e da mandíbula, pode potencializar o risco de perda dentária, causada pelas retrações gengivais (AAP 2000; HARARI 2001). Entretanto, não se conhece a relação entre perda óssea bucal e sistêmica após a menopausa (GENCO 1998; MEDIX 2002).

O impacto da terapia com estrogênio após a menopausa sobre as perdas dentárias apresentam poucos estudos e, os existentes, são contraditórios (PAGANINI-HILL 1998; GRODSTEIN, COLDITZ & STAMPFER 1998; KRALL, DAWSON-HUGHES, HANNA & KIEL 1998; MEDIX 2002).

Alguns constataram que a cada ano de uso do estrogênio provoca redução de seis por cento na ocorrência de edentulismo (GRODSTEIN, e col. 1998; KRALL e col. 1998; PAGANINI-HILL 1998; JEFFCOAT e col. 2000); vale, no entanto, ressaltar que estes resultados referem-se a estudos de populações com assistência odontológica periódica e higiene adequada.

É evidente que, além da terapêutica hormonal, são essenciais os cuidados regulares de higiene bucal e o controle pelo odontólogo (AAP 1998, 2000).

Outro estudo constatou que usuárias de estrogênio apresentaram menor risco de perda dentária quando comparadas às não usuárias (RR=0,64) e que o efeito é tempo dependente, ou seja, as usuárias por mais de 15 anos reduziram o risco de edentulismo em quase 50% (RR=0,49); ressalta-se que as mulheres envolvidas nesse estudo, além de consultarem seus dentistas no último ano, apresentavam o hábito correto de escovação diária de seus dentes ou próteses (PAGANINI-HILL 1995).

Por isso, entende-se que os esteróides sexuais incluem-se entre os fatores sistêmicos modificadores da doença periodontal e que, durante os períodos de flutuações hormonais, a mulher pode ser acometida por problemas bucais, uma vez que a atividade hormonal nos tecidos, associada à fatores e/ou irritantes locais como o biofilme bacteriano dental, o tabagismo, entre outros, podem desencadear respostas inflamatórias exacerbadas, tanto

biblioteca/CIR

na gengiva sadia como naquela previamente inflamada (PAGANINI-HILL 1998).

Deve-se também ser considerado que com o crescente incremento da população no climatério, a doença periodontal passa a assumir importante significado em Saúde Pública, que certamente irá redundar em um aumento de sua prevalência.

Embora não se tenham dados brasileiros apontando o valor investido na reabilitação odontológica para tratamento das perdas de suporte dentário e implicações orgânicas/odontológicas, sabe-se que os custos nos Estados Unidos alcançam US$ 1,5 bilhões/ano (PAGANINI-HILL 1998).

Por isso, visando decréscimos nos custos em Saúde Pública, é imperioso que se façam investimentos na informação, prevenção e diagnóstico precoce, pois infelizmente somente pequena parcela da população que necessita de tratamento, de fato, o recebe (MEYEROWITZ 1991; PAGANINI-HILL 1998; GROSSI 1998).

Os efeitos do desequilíbrio da saúde bucal sobre a geral podem ser avaliados por diversas escalas validadas que, por vezes, manifestam implicações dramáticas na qualidade de vida e no bem-estar do indivíduo (LOCKER & SLADE 1993). Pode ser citado, por exemplo, os efeitos psicológicos e sociais da ausência dentária. São comuns as dificuldades de relacionamento afetivo e de comunicação, por deficiência na emissão de algumas sílabas e pelo hábito, por vezes, de falar com uma das mãos servindo de escudo para que outras pessoas não vejam suas bocas (MISCH 2000).

Considerando as doenças periodontais como relevante problema em Saúde Pública, uma vez que apresentam elevados índices de prevalência e sua severidade é uma das maiores responsáveis pelo edentulismo, pretende-se, no presente estudo, conhecer a saúde bucal e a distribuição da doença periodontal (extensão e severidade) e das perdas dentárias em mulheres no climatério em um ambulatório especializado.

2 OBJETIVOS

Geral

Descrever a saúde bucal e a distribuição da doença periodontal (extensão e severidade) e das perdas dentárias em mulheres no climatério em um ambulatório especializado.

Específicos

- Descrever a saúde bucal em mulheres no climatério.

- Descrever a percepção de mulheres no climatério em relação à sua saúde bucal.

- Comparar as médias de total de dentes perdidos, extensão e severidade da doença periodontal, segundo estado hormonal, uso de terapia de reposição hormonal, orientação de escovação, uso de fio/fita dental e tabagismo.

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

Casuística

Em estudo do tipo transversal, observacional, avaliaram-se 94 mulheres no climatério com idade entre 35 e 65 anos. Todas foram recrutadas entre agosto e dezembro de 2002, com base em amostragem consecutiva, no Ambulatório de Saúde da Mulher no Climatério (ASMUC), do Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza (CSEGPS), da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

Optou-se por avaliar mulheres em um ambulatório de climatério, pelo maior acesso da população em estudo e pela facilidade de confirmação do diagnóstico, evitando, dessa forma, gastos principalmente laboratoriais.

A seleção das mulheres, exceto pela presença ou ausência do agravo em estudo (doença periodontal), respeitou o princípio de similitude quanto aos fatores que pudessem influenciar os resultados, havendo uma constância no perfil sócio-econômico-cultural e área geográfica, representando uma amostra do conjunto total de mulheres selecionáveis (FORATTINI 1976; ROUQUAYROL 1983; ALMEIDA FILHO & ROUQUAYROL 1992).

Todas as mulheres pertenciam a estratos sociais semelhantes e foram informadas do estudo na recepção do ambulatório. De acordo com o estado hormonal, foram divididas em dois grupos: a) transição menopausal e b) após a menopausa.

Os critérios de inclusão para cada grupo foram:

a) Grupo da transição menopausal: foi caracterizado pela presença de ciclos menstruais regulares ou não, com intervalo entre 25 e 40 dias e duração de 3 a 5 dias, sugerindo a presença da atividade hormonal, sendo por isso, desnecessária a determinação sérica dos hormônios;

b) Grupo após a menopausa: foi caracterizado pela ausência de menstruação por mais de 12 meses consecutivos, sinalizando dessa forma ausência da atividade hormonal e, portanto, a menopausa.

Foram excluídas do estudo todas as mulheres que tivessem usado nos últimos três meses fármacos que pudessem alterar a evolução da doença periodontal como antibióticos e/ou corticóides.

Previamente ao início da coleta de dados, testou-se a aplicabilidade das fichas em 30 mulheres no climatério pré-selecionadas para o estudo. Desta forma, pôde-se analisar o tempo dispensado para a realização de cada procedimento, assim como a objetividade e clareza das perguntas dos protocolos. Baseado nesse pré-teste, os instrumentos sofreram pequenos ajustes assumindo a forma definitiva utilizada na investigação.

Metodologia

Seleção das participantes

As mulheres interessadas no estudo foram orientadas a submeterem-se à triagem inicial, por meio de entrevista com a pesquisadora do estudo (Anexo A). Com base na anamnese, foram incluídas as mulheres que preenchiam os critérios de inclusão e que, após concordância em participar do estudo, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B). À seguir, realizou-se aplicação do protocolo de "triagem completa" (Anexo C) e avaliação odontológica (Anexo D).

O protocolo de triagem incluiu duas etapas: a inicial e a completa. A inicial foi desenvolvida na forma de breve e objetivo questionário (Anexo A), constando de identificação, situação hormonal no momento da entrevista, utilização de próteses bucais e os fatores de exclusão. A completa foi elaborada com perguntas fechadas de múltipla escolha. Esta triagem só foi aplicada nas mulheres incluídas no estudo e constava de identificação, dados demográficos, percepção sobre saúde geral, história médica, aspectos ginecológicos e odontológicos. Neste último foram incluídas questões sobre a auto-percepção bucal, que se basearam em questionário elaborado pelo

Departamento de Epidemiologia e Saúde Pública da *"University College London"* e adaptado pela autora deste estudo, no tocante aos dentes, gengiva e conhecimentos sobre aspectos preventivos (o questionário na íntegra está disponível no Anexo C). Caso fosse necessário complementar as informações prestadas, realizavam-se consultas aos prontuários do ambulatório, após o término da entrevista.

Estes protocolos foram elaborados pela própria pesquisadora com o intuito de obter informações que permitissem descrever a população em estudo.

Avaliação odontológica

A avaliação odontológica baseou-se em metodologia simples, com a intenção de evitar situações de baixa confiabilidade quanto aos dados obtidos. Constou de verificação dos dentes perdidos e da condição periodontal.

A **verificação dos dentes perdidos** deu-se pelo exame clínico odontológico, no qual pode-se constatar as ausências dentárias. Os terceiros molares foram excluídos dessa verificação face a possibilidade de inclusão dos mesmos nos maxilares, remoção prévia ou mesmo agenesia. Os dados obtidos foram anotados em campo específico denominado "dentes perdidos", na ficha de registro periodontal (Anexo D).

A **avaliação periodontal**, por sua vez, foi obtida por meio do exame clínico periodontal e documentada em ficha clínica específica denominada "ficha para registro periodontal" (Anexo D), com o propósito de avaliar a situação periodontal da forma mais fidedigna possível.

Para a verificação da presença da doença periodontal e avaliação de seu efeito cumulativo, utilizou-se o Índice de Extensão e Severidade (ESI) proposto por Carlos et al (1986) que, além de resumir conjuntamente a extensão e severidade média de doença no grupo estudado, facilita a descrição dos padrões de perda de inserção, além de preservar o máximo de informação do exame clínico por meio da coleta de dados de forma reduzida.

Os *escores* usados para calcular o ESI são obtidos exclusivamente a partir do exame de metade da boca de cada indivíduo, ou seja, o ESI estima o nível de inserção periodontal por uma determinada metodologia denominada sondagem periodontal (CARLOS et al 1986).

A sondagem da inserção periodontal (inserção clínica) foi realizada por meio de uma sonda graduada (sonda Glikman 26G) que mensura a distância da junção cemento-esmalte até a posição mais apical, onde a ponta da sonda inserida no sulco gengival encontra resistência (AAP 1992; BRUNETTI 2002).

A pressão para inserção da sonda não deve ser superior a 20 gramas. Para estabelecer tal pressão, pode-se realizar um teste prático proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que consiste em colocar a ponta da sonda sobre a unha do polegar, pressionando-a até que ocorra isquemia (OMS 1999).

A sondagem periodontal ocorreu nas faces médio e mésio-vestibular de cada elemento dental, sendo cada face considerada como um sítio. A seleção destes sítios foi baseada na facilidade de acesso e visualização dessas áreas. Assim, obteve-se a perda de inserção gengival (CARLOS et al 1986) (Figuras 1 e 2).

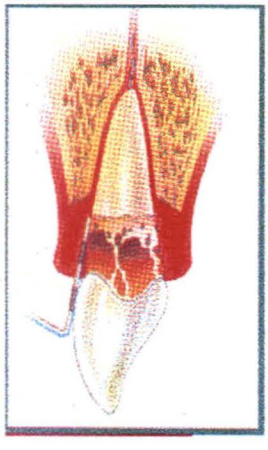


FIGURA 1 Sondagem esquemática para avaliação do nível de inserção periodontal.

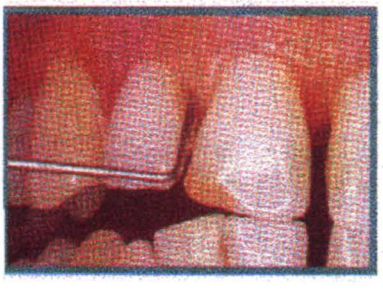


FIGURA 2 Sondagem clínica para avaliação do nível de inserção periodontal.

Foram medidos 14 sítios em um quadrante da maxila e 14 do quadrante mandibular contralateral (quadrante superior direito e inferior esquerdo respectivamente). Desta maneira, perde-se pouca informação uma vez que o nível de inserção tende a ser bilateralmente simétrico, mesmo em indivíduos mais jovens que possuem baixos níveis da doença (CARLOS,WOLFE & KINGMAN 1986).

Para avaliação do nível de inserção periodontal médio de cada mulher, as medidas obtidas em milímetros foram somadas e divididas pelo número de sítios examinados (CARLOS,WOLFE & KINGMAN 1986).

A **avaliação da extensão da doença periodontal (E)** é expressa como a porcentagem de sítios examinados de um indivíduo apresentando sinais de doença periodontal destrutiva, corrigindo a variação no número de sítios com risco. Alguns critérios devem ser aplicados para diferenciar medidas "normais" e aquelas indicativas de afecções. Os autores têm adotado a regra arbitrária e conservadora em que um sítio é considerado doente somente quando a perda de inserção excede 1mm (CARLOS,WOLFE & KINGMAN 1986).

A **avaliação da severidade da doença periodontal (S)** é expressa em milímetros e foi planejada para avaliar o efeito cumulativo da doença periodontal destrutiva, ou seja, a perda média de inserção periodontal que ultrapassar 1 mm nos sítios afetados (CARLOS,WOLFE & KINGMAN 1986).

Assim, o índice de extensão e severidade é escrito ESI = (E, S), onde E é arredondado para o número inteiro mais próximo (CARLOS,WOLFE & KINGMAN 1986).

Com a intenção de dirimir possíveis variações na interpretação dos achados clínicos, os protocolos de triagem e a avaliação bucal foram realizados sob responsabilidade exclusiva da própria pesquisadora no ambulatório, apresentando duração aproximada dez minutos para a triagem inicial, vinte minutos para a triagem completa e dez minutos para a avaliação periodontal. As informações obtidas eram anotadas nas fichas pela própria examinadora, com exceção do exame clínico periodontal, que necessitou o auxílio de uma anotadora capaz de registrar com exatidão na "Ficha para registro periodontal" os dados ditados pela examinadora. Para tanto, a

anotadora recebeu previamente instruções especiais e treinamento específico fornecidos pela própria pesquisadora, visando evitar erros de anotação no decorrer da pesquisa.

Material

Utilizaram-se jogos de instrumentos contendo espelho bucal plano, pinça clínica, explorador clínico, sonda Glikman 26G (periodontal) e bandeja de aço inoxidável. Visando as exigências de biosegurança, outros suplementos foram utilizados como gorro, máscara, luvas de procedimento (todos descartáveis), avental, óculos de proteção e babador plástico para as pacientes.

Utilizou-se espelho de toucador de tamanho médio, gaze esterilizada, papel toalha, toalha de mão, detergente líquido, escova para limpeza do instrumental, álcool a 70%, caneta, lápis, borracha, fichas da pesquisa.

Os instrumentais clínicos e a gaze eram esterilizados em estufa de esterilização a uma temperatura de 160°C, durante 120 minutos, no próprio ambulatório (COTTONE et al, 1991; MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000).

Variáveis do estudo

Apesar de serem incluídas diversas variáveis, o objetivo do estudo se concentrou somente em algumas, abaixo relacionadas:

- **Estado hormonal:** duas categorias foram consideradas para classificar o estado hormonal: "transição menopausal" e "após a menopausa", denominadas nos protocolos como "pré-menopausa" e "pós-menopausa", respectivamente.

➢ **Utilização de terapia de reposição hormonal:** três categorias foram consideradas: "não" (nunca usaram hormônios no climatério); "sim, no passado" e "sim, atualmente".

➢ **Adesão às orientações de escovação:** duas categorias foram consideradas: "não" (representa que a participante nunca recebeu orientação) e "sim" (quando a entrevistada relatava já ter recebido informações sobre higienização bucal). Quando a resposta obtida era afirmativa, questionava-se a participante quanto a adesão às informações passadas; a variável "de modo nenhum/parcialmente", significava que em algum momento a mulher foi informada sobre a maneira adequada de escovação, mas não seguia tais orientações, ou as fazia de maneira parcial e, "totalmente", indicava que foi informada e aderiu completamente às orientações.

➢ **Uso de fio/fita dental**: duas categorias foram determinadas: "não" e "sim" e eram preenchidas somente nos casos de mulheres dentadas. Quando desdentadas, o campo "não se aplica" era automaticamente preenchido.

➢ **Tabagismo:** três categorias foram consideradas: "Não fumante"; "ex-fumante" e "fumante atual". As participantes foram questionadas sobre tempo de fumo e número de cigarros consumidos por dia. No caso das ex-fumantes, verificou-se também o tempo de interrupção do hábito.

➢ **Características demográficas:** raça, idade, naturalidade, estado civil, ocupação (incluindo aposentadoria e respectivo tempo), escolaridade, características do imóvel em que reside (incluindo tipo de imóvel e de construção).

➢ **Características de estilo de vida:** tabagismo, alcoolismo, dependência química.

➢ **Características de saúde geral:** questões subjetivas envolvendo a auto-percepção sobre estado geral de saúde, comparação de seu estado de saúde com outras mulheres de mesma faixa etária, alterações de saúde nos últimos dois anos. Foram incluídas afecções que pudessem influenciar a doença periodontal, tais como cardiopatias, diabetes, úlcera gástrica, problemas genito-urinários, intestinais, epilepsia, artrite reumatóide, hemorragias, HIV, reumatismo infeccioso, problemas ósseos, raquitismo na

infância, osteomalácia, hiperparatireoidismo, pneumonias, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, tumores e uso de fármacos como quimioterápicos e psiquiátricos.

➢ **Características reprodutivas e não reprodutivas:** idade de menarca, gestações (destacando as alterações bucais), abortos, uso de contraceptivos orais e respectivo tempo, estado hormonal, idade de menopausa, uso de terapia de reposição hormonal (incluindo os tipos de hormônios, o tempo de utilização e/ou interrupção e via de administração).

➢ **Características bucais:** uso de próteses parciais removíveis e/ou totais e tempo de utilização, motivo e tempo da última consulta, número de escovação dentária por dia, tipo de escova utilizada, uso de fio/fita dental e utilização de colutórios. Verificou-se também, entre as participantes, as necessidades anteriores de intervenções periodontais, tratamentos ortodônticos, presença de bruxismo, apertamento dentário e respiração bucal.

➢ **Características de auto-percepção bucal:** avaliou-se a satisfação com a aparência do sorriso, a influência dos dentes na alimentação, a higiene bucal, o descanso noturno, a fala e as questões psicológicas. As participantes foram questionadas quanto à fobia ao tratamento odontológico, percepção de alterações na posição dos dentes e oclusão, sensibilidade, presença de manchas brancas nos elementos dentários, fio/fita dental desfiando no momento de sua utilização (indicativo de restaurações mal adaptadas e/ou afecções dentárias), alterações gengivais (coloração, dor, sangramento, edemas, presença de secreções, retrações, dentes amolecidos) e halitose. Averiguou-se também a ocorrência de alterações bucais/gengivais durante os períodos de ciclo menstrual e menopausa.

As participantes também responderam questões relativas à educação em saúde geral e bucal.

Metodologia estatística

Primeiramente, as mulheres foram descritas segundo as características sócio-demográficas, de estilo de vida, saúde geral, características reprodutivas e não reprodutivas, saúde e auto-percepção bucal, utilizando médias, desvio padrão (DP), valores mínimos e máximos e porcentagens.

Foram utilizados os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis (testes não-paramétricos) para a comparação das médias do número total de dentes perdidos, extensão e severidade da doença periodontal, segundo algumas variáveis de interesse, tais como uso de terapia de reposição hormonal, orientações sobre escovação dentária, uso de fio/fita dental e tabagismo. O programa estatístico utilizado para a análise foi o SPSS para Windows, versão 11.0.

Questões éticas

O estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) (Anexos E e F).

A participação foi voluntária e todas as mulheres foram orientadas sobre a importância e os objetivos da pesquisa. A inclusão sempre esteve condicionada à assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B). Caso aceitasse, a mulher poderia beneficiar-se de informações e esclarecimentos sobre sua saúde bucal ao final do exame clínico odontológico. Poderia ainda, se necessário, ser encaminhada para tratamento nas Unidades Básicas de Saúde. Se a entrevista e/ou avaliação despertassem ansiedade, a mulher poderia interromper imediatamente sua participação no estudo. Podia ainda recusar-se a participar, sem prejuízo ao atendimento institucional.

Tanto a triagem quanto a avaliação bucal respeitaram as particularidades das participantes, tendo sua identidade pessoal preservada.

4 RESULTADOS

Caracterização da população de estudo

Aspectos demográficos

Participaram desta pesquisa 99 mulheres. Destas, 05 foram excluídas por terem referido utilização de medicamentos que poderiam predispo-las a alterações gengivais (quatro mulheres estavam realizando tratamento de antibioticoterapia e uma tratamento combinado de antibioticoterapia e corticoterapia), que correspondiam a 5,05% da população inicial, perfazendo um total de 94 mulheres incluídas no estudo.

A Tabela 01 mostra os dados demográficos da população do estudo; nesta observa-se que a maioria é de cor branca (61,7%), casada/vida conjugal (56,4%) e com escolaridade de até 1° grau completo (64,9%). A idade média foi de 49,19 anos (DP=6,05 anos; mínima=39 anos, máxima=65 anos).

A Tabela 02 mostra que grande parte das participantes era natural das regiões sudeste e nordeste (47,9% e 44,7%, respectivamente) e moravam em imóvel próprio (52,1%). Do grupo avaliado, 98,9% residiam em imóveis construídos em alvenaria, caracterizados em 67,0% por edificações do tipo casa; 63,8% possuíam algum tipo de atividade remunerada e somente pequena parcela encontrava-se aposentada (5,3%).

TABELA 01 – NÚMERO E PORCENTAGEM DE MULHERES, SEGUNDO VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS. ASMUC – CSGPS, FSP/USP, 2002.

VARIÁVEL	CATEGORIA	N	%
COR DA PELE	BRANCA	58	61,7
	NEGRA	16	17,0
	PARDA	19	20,2
	AMARELA	1	1,1
ESTADO CIVIL	SOLTEIRA	19	20,2
	CASADA/ VIDA CONJUGAL	53	56,4
	SEPARADA/ DIVORCIADA	16	17,0
	VIÚVA	6	6,4
ESCOLARIDADE	ANALFABETA	7	7,5
	FUNCIONAL/ SABE LER E ESCREVER ATÉ A 4ª SÉRIE	35	37,2
	5ª A 8ª SÉRIE	26	27,7
	2º GRAU INCOMPLETO	4	4,2
	2º GRAU COMPLETO	15	16,0
	UNIVERSITÁRIA OU SUPERIOR INCOMPLETO	1	1,0
	SUPERIOR COMPLETO	6	6,4
TOTAL		**94**	**100,0**

TABELA 02 – NÚMERO E PORCENTAGEM DE MULHERES, SEGUNDO VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS. ASMUC - CSGPS, FSP/USP, 2002.

VARIÁVEL	CATEGORIA	N	%
NATURALIDADE	SUDESTE	45	47,9
	NORDESTE	42	44,7
	SUL	6	6,4
	EXTERIOR	1	1,0
TIPO DE IMÓVEL	PRÓPRIO	49	52,1
	ALUGADO	23	24,5
	CEDIDO	6	6,4
	MORA NO EMPREGO	16	17,0
TIPO DE CONSTRUÇÃO	ALVENARIA	93	98,9
	MADEIRA	1	1,1
CARACTERÍSTICA DO IMÓVEL	CASA	63	67,0
	APARTAMENTO	31	33,0
OCUPAÇÃO ATUAL	ATIVIDADE REMUNERADA	60	63,8
	DESEMPREGADA	10	10,6
	DONA-DE-CASA	19	20,3
	APOSENTADA	5	5,3
TOTAL		**94**	**100,0**

Das entrevistadas, 57,5% nunca fumaram, 28,7% eram ex-fumantes e 13,8% eram fumantes. Destas, somente duas não fumavam cigarro (uma fez uso de cachimbo e uma de cigarro de palha).

A Tabela 03 mostra que entre as ex-fumantes, o tempo médio sem cigarro foi de 161,33 meses (DP=85,52 meses; mínimo=24 meses, máximo=360 meses). O tempo médio de fumo das ex-fumantes foi de 158,23 meses (DP=107,23 meses; mínimo=10 meses, máximo=360 meses). O número médio de cigarros consumidos por dia pelas ex-fumantes foi de 14,07 cigarros/dia

(DP=15,19 cigarros; mínimo=1, máximo=60 cigarros/dia). Já as fumantes atuais apresentavam consumo médio de 12,38 cigarros/dia (DP=10,25 cigarros; mínimo=1 cigarro; máximo=40 cigarros/dia). O tempo médio de consumo do cigarro nas fumantes atuais foi de 343,38 meses (DP=128,45 meses; mínimo=120 meses; máximo=576 meses).

TABELA 03 – TEMPO MÉDIO DE FUMO E NÚMERO MÉDIO DE CIGARRO CONSUMIDO ENTRE EX-FUMANTES E FUMANTES. ASMUC – CSGPS, FSP/USP, 2002.

VARIÁVEL	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÍNIMO	MÁXIMO
TEMPO SEM CIGARRO*	161,33	85,52	24	360
TEMPO DE FUMO PASSADO*	158,23	107,23	10	360
NÚMERO DE CIGARROS PASSADO**	14,07	15,19	1	60
NÚMERO DE CIGARRO ATUAL**	12,38	10,25	1	40
TEMPO DE CIGARRO ATUAL*	343,38	128,45	120	576

*Tempo médio foi expresso em meses

**Número de cigarros calculados por dia.

Questionadas sobre possíveis vícios, detectou-se que 83% das entrevistadas não faziam uso rotineiro de bebidas alcoólicas; somente uma mulher alegou ser dependente química de medicamentos.

Durante o protocolo de triagem completa, questões subjetivas envolvendo a auto-percepção das mulheres no tocante à saúde geral mostraram que 40,4% acreditavam ter bom estado geral de saúde, considerando-se em situação igualitária à outras mulheres de mesma faixa

etária (38,3%). Relataram, ainda, a não observação de modificações em sua saúde nos últimos dois anos (50% das respostas).

Uma série de afecções que pudessem relacionar-se com a doença periodontal e com as perdas dentárias foram averiguadas, constatando que a hipertensão esteve presente em 29,8% dos casos, os miomas uterinos em 26,6%, a depressão/alterações do sistema nervoso em 11,7% e o diabetes em 5,4%. Dos problemas ósseos, 18,5% das mulheres apresentavam osteopenia e 8,6% osteoporose.

Caracterização reprodutiva da população

Constatou-se que a idade média da menarca ocorreu aos 13,20 anos (DP=2,02 anos; mínima=9, máxima=21 anos). Verificou-se, ainda, que 91,5% tiveram gestação. O número médio de partos foi 2,89 (DP= 1,97 partos; mínimo=0 partos, máximo=12 partos). Do total de mulheres, 29,8% sofreram abortos espontâneos e 10,7% abortos provocados. Constatou-se, ainda que, quando gestantes 6,9% apresentaram sangramento gengival e 6,4% relataram perda de elemento dentário durante a gestação (perda média de 0,23 dente – DP=0,97 dentes; mínimo=0, máximo=6 dentes).

Dentre as entrevistadas, 72% fizeram uso de contraceptivo oral no passado e 10,8% faziam uso rotineiro. O tempo médio de uso do hormônio foi de 68,24 meses (DP=72,02 meses; mínimo=1 mês, máximo=300 meses).

A Tabela 04 mostra o estado hormonal da população do estudo, na qual 52 mulheres (55,3%) foram classificadas no período de transição menopausal e 42 (44,7%) como climatério após a menopausa. A idade média de menopausa foi de 45,02 anos (DP=6,31 anos; mínima=28 anos, máxima=57 anos). É importante salientar que não foram excluídas as mulheres com menopausa precoce, provocadas por cirurgias ou não, uma vez que a pesquisa visa relacionar a ausência do hormônio estrogênio com as alterações bucais e, portanto, a variável idade da menopausa não representa viés nesta questão.

TABELA 04 – NÚMERO E PORCENTAGEM DE MULHERES, SEGUNDO O ESTADO HORMONAL.
ASMUC – CSGPS, FSP/USP, 2002.

ESTADO HORMONAL	N	%
TRANSIÇÃO MENOPAUSAL	52	55,3
CLIMATÉRIO PÓS-MENOPAUSA	42	44,7
TOTAL	94	100,0

A Tabela 05 mostra que dentre as participantes, 64,9% nunca utilizaram terapia de reposição hormonal (TRH), 19,1% já tinham usado no passado e 16,0% faziam uso no momento. As terapias dividiam-se em reposição de estrogênio (31%), estrogênio associado à progestógeno (62,6%), tibolona (3,4%). A principal via de administração foi a oral (91,0%).

O tempo médio de TRH entre as ex-usuárias e usuárias atuais foi de 21,27 meses (DP=19,34 meses; mínimo=1 mês, máximo=60 meses); o tempo médio de interrupção da referida terapia foi de 11,86 meses (DP=11,21 meses; mínimo=1 mês, máximo=36 meses). Somente uma mulher estava fazendo uso de modulador seletivo de receptor de estrogênio (SERM) e três mulheres tratamento com terapias alternativas – isoflavonas (uma no passado e duas no momento da entrevista).

TABELA 05 – NÚMERO E PORCENTAGEM DE MULHERES, SEGUNDO USO DE TRH.
ASMUC – CSGPS, FSP/USP, 2002.

VARIÁVEL	CATEGORIA	N	%
TRH	NÃO	61	64,9
	SIM, NO PASSADO	18	19,1
	SIM, ATUALMENTE	15	16,0
TOTAL		**94**	**100,0**

Caracterização da saúde bucal da população

A tabela 06 apresenta a utilização de próteses parciais removíveis e/ou totais, onde se constata que 39,4% das envolvidas na pesquisa não utilizavam nenhum tipo de prótese, 28,7% faziam uso de prótese parcial removível superior e/ou inferior, 8,5% possuíam prótese total superior e parcial inferior, 11,7% utilizavam prótese superior e 11,7% eram desdentadas totais e utilizavam prótese total superior e inferior. O tempo médio de uso da prótese total foi 235,71 meses (DP=112,53 meses; mínimo=24 meses, máximo=408 meses).

TABELA 06 – NÚMERO E PORCENTAGEM DE MULHERES, SEGUNDO USO DE PRÓTESE DENTÁRIA. ASMUC – CSGPS, FSP/USP, 2002.

PRÓTESE	N	%
NÃO USUÁRIA	37	39,4
PARCIAL SUPERIOR	9	9,5
PARCIAL INFERIOR	6	6,4
PARCIAL SUPERIOR E INFERIOR	12	12,8
PARCIAL INFERIOR / TOTAL SUPERIOR	8	8,5
TOTAL SUPERIOR	11	11,7
TOTAL SUPERIOR E INFERIOR	11	11,7
TOTAL	**94**	**100,0**

O tempo médio da última consulta ao dentista foi 27,8 meses (DP=48,29 meses; mínimo=0,26 meses; máximo=240 meses) e apresentou como principais motivos: rotina, reabilitações protéticas e tratamentos estéticos (17%, 16% e 10,6% respectivamente). As entrevistadas realizavam em média 2,97 escovações/dia (DP=0,88 escovações/dia; mínimo=1; máximo=6 escovações/dia). Todas relatavam possuir escovas dentárias próprias (individuais); 41,5% optavam pela utilização das escovas do tipo macia seguidas em 35,1% pelas escovas médias; dentre as mulheres dentadas (N=83), 69,9% afirmavam utilizar fio e/ou fita dental e 17,0% afirmavam utilizar colutórios diariamente. Vale ressaltar que do grupo inicial de mulheres, em 11,7% dos casos não se aplicava o uso do fio dental, por se tratar de usuárias de próteses totais.

A avaliação odontológica prévia ocorreu em 98,9% das mulheres; destas, 81,7% já tinham recebido algum tipo de intervenção periodontal. O tempo médio do último tratamento foi 28,11 meses (DP=39,12 meses; mínimo=1 mês, máximo=240 meses). Somente uma participante fez uso de aparelho ortodôntico.

Dentre as entrevistadas, 29,7% apresentavam bruxismo, 34,4% apertamento dentário e 5,3% referiram serem respiradoras bucais.

Diversas questões subjetivas foram desenvolvidas na tentativa de observar a auto-percepção bucal das mulheres e a ocorrência de possíveis alterações em suas bocas, as quais estão apresentadas na Tabela 07. Assim, pode-se verificar que os principais sinais e sintomas descritos pelas participantes foram insatisfação com a aparência do sorriso, dificuldade na alimentação por motivos dentários, dificuldade para a higienização dentária, timidez para sorrir por questões estéticas, dificuldades nos encontros sociais, alterações dentárias (quanto à posição e oclusão), fio dental desfiando entre os dentes (indicativo de presença de cárie e/ou restaurações mal-adaptadas), sensibilidades dentárias, sangramento gengival, halitose, retrações gengivais e dentes amolecidos.

TABELA 07 – NÚMERO E PORCENTAGEM DE MULHERES, SEGUNDO AUTO-PERCEPÇÃO BUCAL. ASMUC – CSGPS, FSP/USP, 2002.

PERCEPÇÃO	N	%*
Alterações dentárias	44	63,3**
Sensibilidade dentária ao frio	43	51,8
Halitose	41	44,6
Insatisfação com a aparência do sorriso	38	40,4
Retrações gengivais	30	39,5
Sangramento gengival (provocado ou espontâneo)	36	39,1
Sensibilidade dentária a alimentos doces	31	37,3
Alteração de oclusão nos últimos 6 meses	35	37,2
Sintomatologia dolorosa	27	32,5
Timidez para sorrir por questões estéticas	29	30,9
Alterações na posição dos dentes nos últimos 6 meses	29	30,9
Presença de dentes amolecidos	25	30,1
Dificuldade nos encontros sociais	28	29,8
Dificuldade na alimentação por motivos dentários	27	28,7
Edema gengival	22	23,9
Dificuldade na higienização dentária	18	19,1
Gengiva avermelhada	15	16,5
Dificuldade na fala por questões dentárias	15	16,0
Abalos emocionais decorrentes da situação bucal	15	16,0
Dor gengival	14	15,1
Dificuldade em desenvolver atividades diárias por motivos dentários	14	14,9
Secreções gengivais purulentas	12	12,9
Desconforto para dormir por motivos de ordem bucal	11	11,8

* Porcentagem calculada em relação às 94 mulheres.

** A maior queixa referiu-se a dentes fraturados (15,9% dos casos).

Vale ainda destacar que 30,1% das mulheres manifestaram fobia ao tratamento dentário. Quando questionadas sobre uma possível nota para seu medo, variando em uma escala de 0 a 10, obteve-se como ponto médio a nota 8,57 (DP=1,64; mínimo=5, máximo=10).

No grupo de mulheres dentadas, 11,3% informaram a presença de manchas brancas em seus dentes. Nas usuárias de fio/fita dental, 41,4% notaram que o mesmo desfiava entre os dentes no momento de sua utilização.

Somente 13,3% das mulheres manifestaram a percepção de alterações bucais no período menstrual, sendo a sensibilidade dentária relatada em 41,7% dos casos.

Nas mulheres no climatério após a menopausa, 55% relataram halitose, 50% xerostomia, 32,5% sangramento gengival, 26,3% movimentações dentárias, 25,6% mobilidade dental e 11,9% sensação de queimação bucal. Três mulheres relataram ardência lingual e uma informou sensação de boca amarga. Foi relatado em 47,4% perda de elementos dentários após a menopausa. Neste grupo (N=18), a perda média de dentes foi de 3,9 dentes (DP=2,17 dentes; mínimo=2, máximo=7 dentes).

Quando questionadas sobre educação em saúde bucal, 69,1% das mulheres afirmavam jamais terem sido orientadas por dentistas sobre o processo de desenvolvimento da cárie dentária; 70,2% não tinham informação sobre a doença periodontal. Além disso, 30,9% nunca receberam orientações diretas sobre escovação dentária. Das 69,1% que foram orientadas, 5,3% afirmaram não seguir as recomendações, 34% diziam seguir parcialmente e 29,8% seguiam totalmente as orientações recebidas.

Ainda respondendo sobre questões educativas, 71,3% alegaram que nunca receberam orientações a respeito de dietas adequadas e 35,1% nunca receberam informações sobre os riscos da auto-medicação. Quanto ao tabaco, no grupo de mulheres fumantes, 25,5% afirmaram nunca terem sido orientadas sobre a importância do interrompimento do hábito.

Dado relevante em Saúde Pública foi que 58,2% das entrevistadas citaram como dificuldade na procura pelo tratamento dentário, os custos,

seguidos em 3% por queixas de falta de vaga no serviço público e/ou disponibilidade de serviço.

Análise do total de dentes perdidos e da doença periodontal

Nesta etapa, analisou-se por meio da comparação de médias, o número total de dentes perdidos, extensão e severidade da doença periodontal frente aos possíveis fatores de risco, considerando separadamente dois grupos: mulheres no período de transição menopausal e após a menopausa. Excluíram-se as mulheres desdentadas da análise de extensão e severidade da doença periodontal.

A média de dentes perdidos nas mulheres avaliadas foi de 11,66 dentes (DP=9,02 dentes; mínimo=0 dentes, máximo=28 dentes). As entrevistadas ainda foram avaliadas quanto à doença periodontal (incluindo somente as 83 mulheres dentadas). Assim, obteve-se como resultado médio de extensão, a presença da doença em 82,41% dos sítios examinados (DP= 16,0% dos sítios; mínimo =37,5% dos sítios; máximo=100% dos sítios). Quanto à severidade, obteve-se a média de 2,34 mm perdidos de inserção periodontal (DP= 0,90mm; mínimo=1,20mm, máximo=6,10 mm).

A Tabela 08 mostra a análise relativa ao uso de terapia de reposição hormonal (TRH). Não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias de total de dentes perdidos, extensão e severidade da doença periodontal, segundo o uso de TRH, seja no período da transição menopausal (respectivamente p=0,765; p=0,671 e p= 0,905), seja após a menopausa (respectivamente p=0,853; p=0,253 e p=0,258). Gráficos 1 a 3.

TABELA 08 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DO TOTAL DE DENTES PERDIDOS, EXTENSÃO E SEVERIDADE DA DOENÇA PERIODONTAL SEGUNDO ESTADO HORMONAL E TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL SÃO PAULO – 2002.

Estado Hormonal	TRH	N	Média	Erro padrão	p*
			Total de dentes perdidos		
Pré	Não	44	10,52	1,36	0,765
	Sim, no passado	6	12,67	4,84	
	Sim, atualmente	2	5,00	4,00	
				Extensão	
	Não	39	84,01	2,22	0,671
	Sim, no passado	5	80,47	8,05	
	Sim, atualmente	2	91,07	8,93	
				Severidade	
	Não	39	2,24	0,12	0,905
	Sim, no passado	5	2,48	0,43	
	Sim, atualmente	2	2,11	0,29	
			Total de dentes perdidos		
Pós	Não	17	13,24	2,09	0,853
	Sim, no passado	12	13,67	2,14	
	Sim, atualmente	13	12,15	2,89	
				Extensão	
	Não	15	85,17	4,79	0,253
	Sim, no passado	11	78,33	5,36	
	Sim, atualmente	11	76,38	5,47	
				Severidade	
	Não	15	2,71	0,34	0,258
	Sim, no passado	11	2,48	0,23	
	Sim, atualmente	11	2,06	0,23	

*p: nível descritivo do teste de Kruskal-Wallis

TRH: Terapia de Reposição hormonal

GRÁFICO 1 - MÉDIAS E RESPECTIVOS INTERVALOS DE CONFIANÇA (95%) DO TOTAL DE DENTES PERDIDOS SEGUNDO ESTADO HORMONAL E USO DE TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL

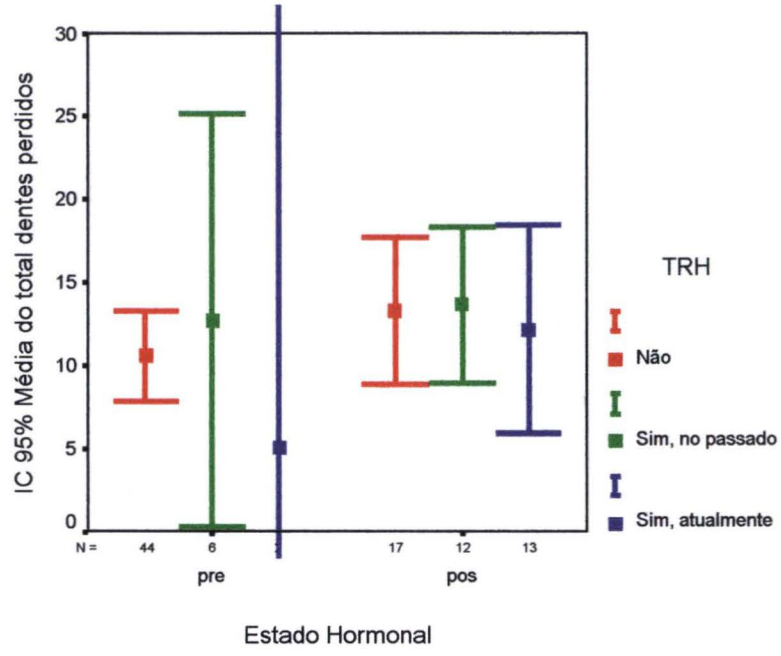


GRÁFICO 2 - MÉDIAS E RESPECTIVOS INTERVALOS DE CONFIANÇA (95%) DA EXTENSÃO DA DOENÇA PERIODONTAL SEGUNDO ESTADO HORMONAL E USO DE TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL

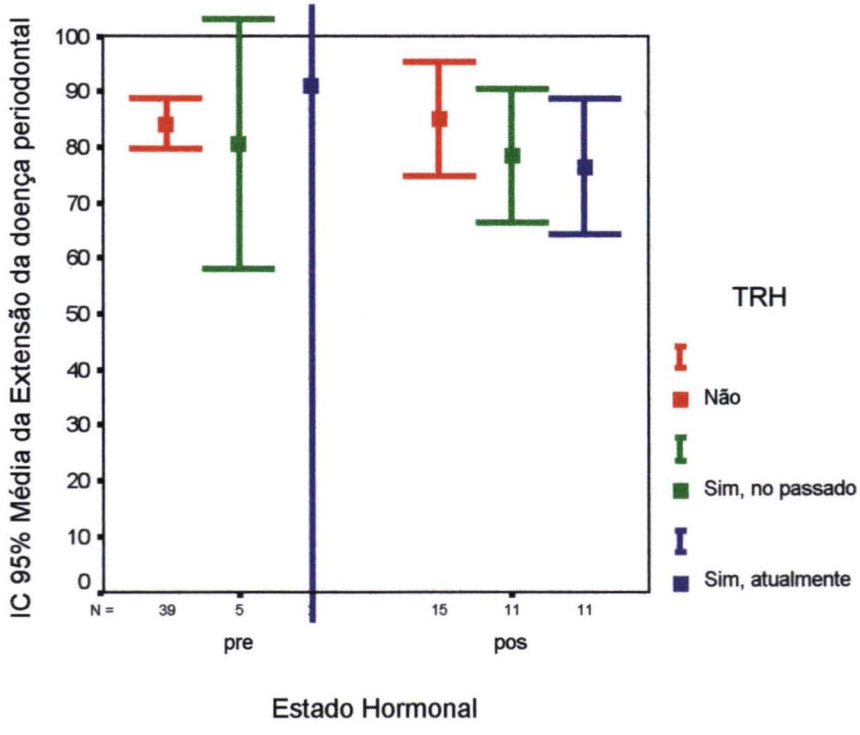
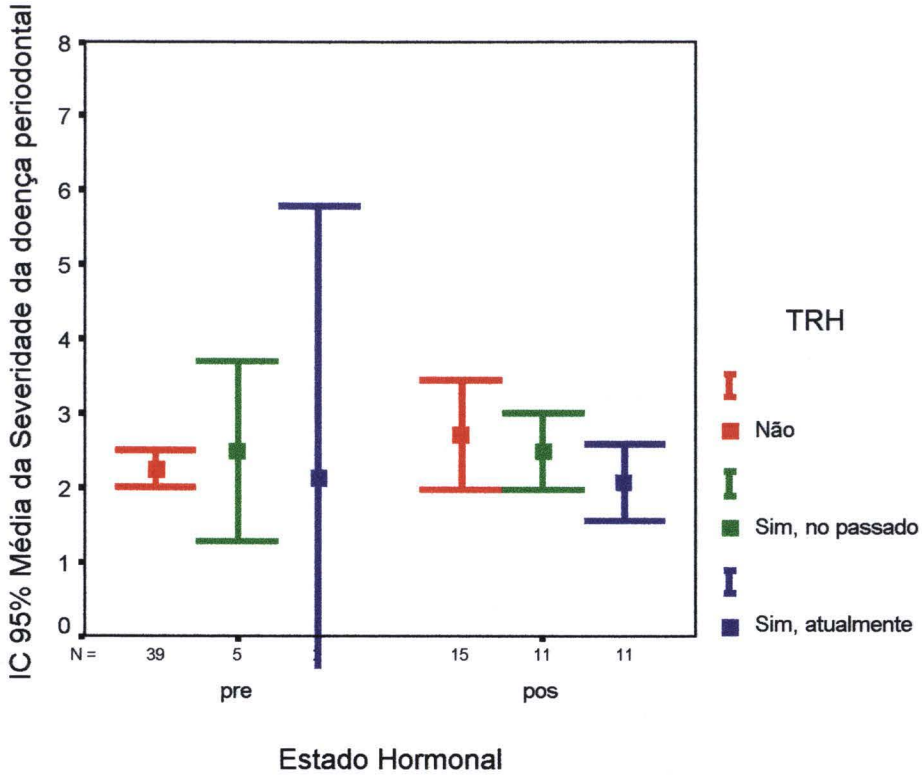


GRÁFICO 3 - MÉDIAS E RESPECTIVOS INTERVALOS DE CONFIANÇA (95%) DA SEVERIDADE DA DOENÇA PERIODONTAL SEGUNDO ESTADO HORMONAL E USO DE TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL



A Tabela 9 apresenta a comparação das médias do total de dentes perdidos, extensão e severidade da doença periodontal segundo o estado hormonal e orientações sobre escovação/adesão às informações fornecidas. Gráficos 4 a 6.

A média de total de dentes perdidos foi maior nas mulheres que nunca receberam orientações sobre cuidados de escovação, tanto na transição menopausal quanto após a menopausa (p=0,030 e p=0,036 respectivamente). Quanto à extensão e severidade, não houve diferença estatisticamente significativa tanto na transição menopausal (p=0,289 e p=0,627), quanto após a menopausa (p=0,118; p=0,978).

TABELA 09 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DO TOTAL DE DENTES PERDIDOS, EXTENSÃO E SEVERIDADE DA DOENÇA PERIODONTAL SEGUNDO ESTADO HORMONAL E ORIENTAÇÃO DE ESCOVAÇÃO SÃO PAULO – 2002.

Estado Hormonal	Orientações sobre Escovação	N	Média	Erro padrão	p*
				Total de dentes perdidos	
Pré	Não	14	16,57	2,86	0,030
	De modo nenhum/parcialmente	20	7,50	1,83	
	Totalmente	18	9,28	1,66	
				Extensão	
	Não	9	90,19	3,87	0,289
	De modo nenhum/parcialmente	19	83,16	2,98	
	Totalmente	18	81,62	3,77	
				Severidade	
	Não	9	2,58	0,43	0,627
	De modo nenhum/parcialmente	19	2,15	0,13	
	Totalmente	18	2,20	0,14	
				Total de dentes perdidos	
Pós	Não	15	17,87	2,24	0,036
	De modo nenhum/parcialmente	17	9,47	1,94	
	Totalmente	10	11,80	2,23	
				Extensão	
	Não	10	83,44	6,07	0,118
	De modo nenhum/parcialmente	17	84,40	4,31	
	Totalmente	10	71,01	4,97	
				Severidade	
	Não	10	2,69	0,47	0,978
	De modo nenhum/parcialmente	17	2,42	0,24	
	Totalmente	10	2,27	0,17	

*p: nível descritivo do teste de Kruskal-Wallis

GRÁFICO 4 - MÉDIAS E RESPECTIVOS INTERVALOS DE CONFIANÇA (95%) DO TOTAL DE DENTES PERDIDOS SEGUNDO ESTADO HORMONAL E ORIENTAÇÕES SOBRE ESCOVAÇÃO

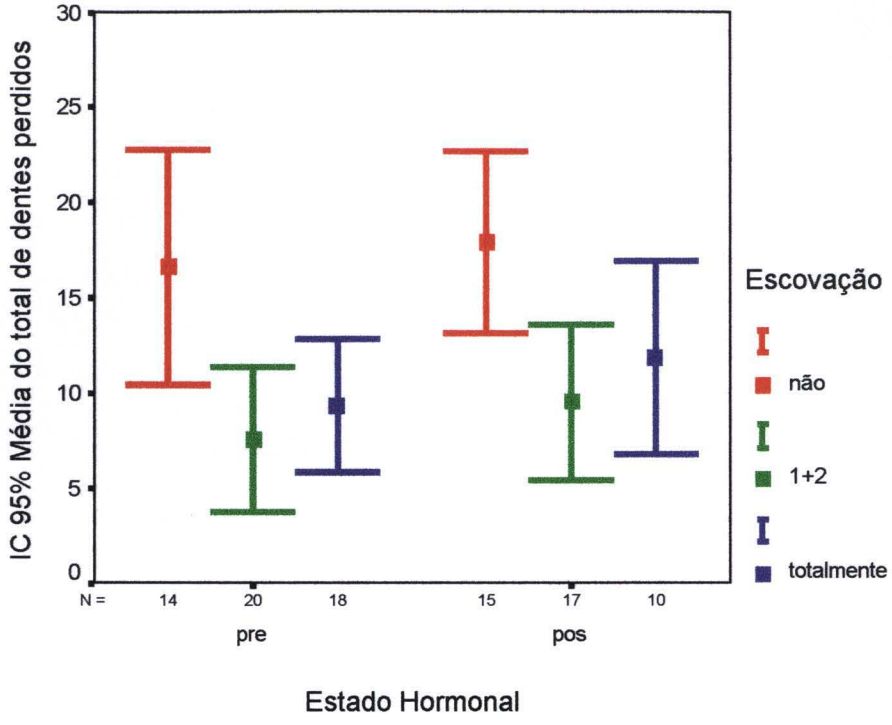


GRÁFICO 5 - MÉDIAS E RESPECTIVOS INTERVALOS DE CONFIANÇA (95%) DA EXTENSÃO DA DOENÇA PERIODONTAL SEGUNDO ESTADO HORMONAL E ORIENTAÇÕES SOBRE ESCOVAÇÃO

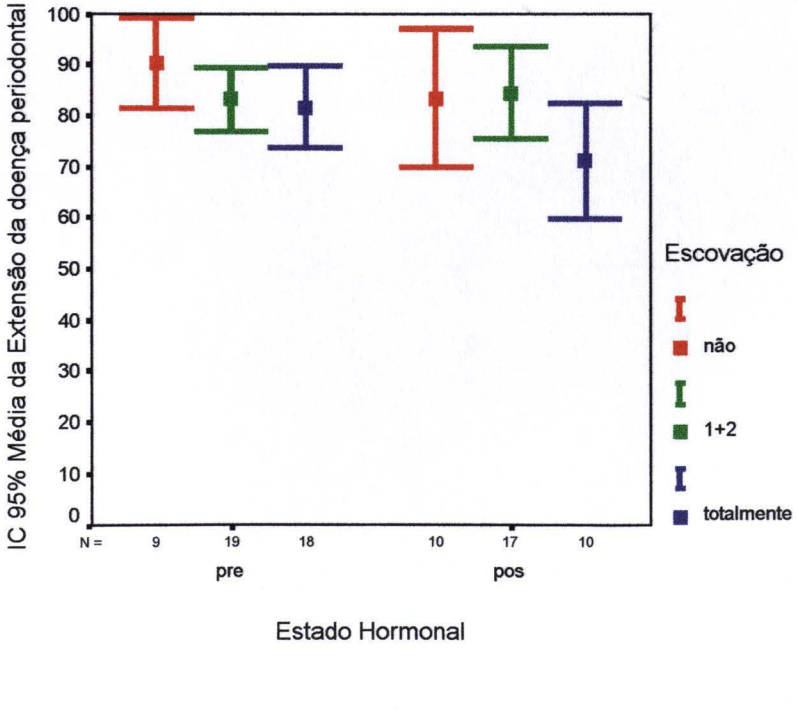
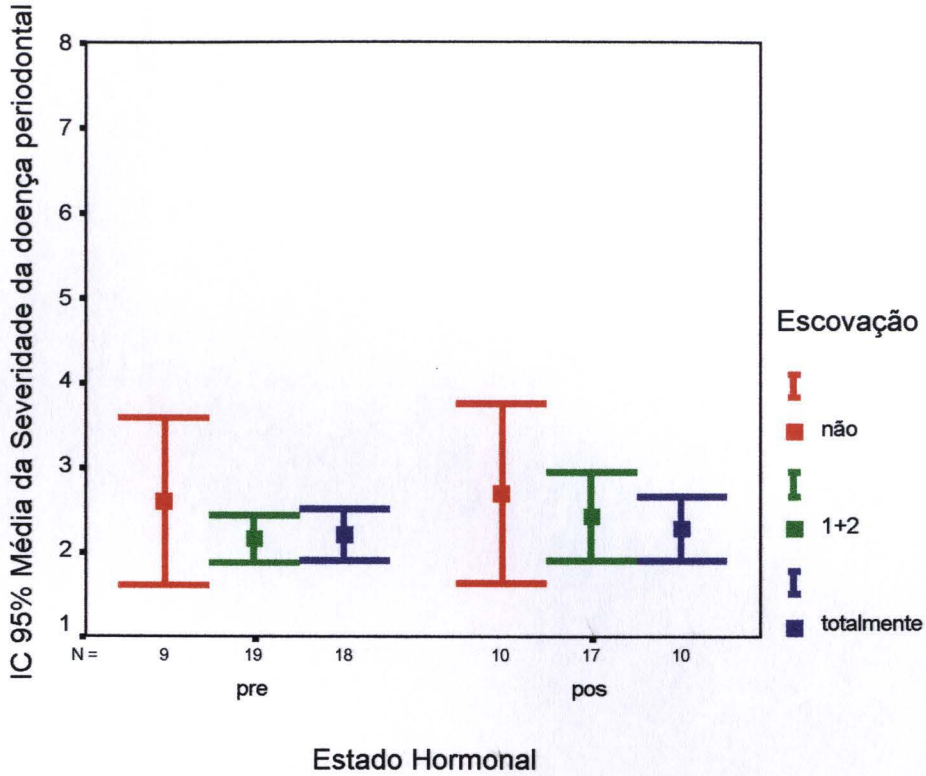


GRÁFICO 6 - MÉDIAS E RESPECTIVOS INTERVALOS DE CONFIANÇA (95%) DA SEVERIDADE DA DOENÇA PERIODONTAL SEGUNDO ESTADO HORMONAL E ORIENTAÇÕES SOBRE ESCOVAÇÃO



A Tabela 10 apresenta a comparação das médias do total de dentes perdidos, extensão e severidade da doença periodontal segundo o estado hormonal e uso de fio/fita dental. Gráficos 7 a 9.

O não uso do fio/fita dental altera consideravelmente a média de total de dentes perdidos nas mulheres após a menopausa (p=0,007). Quanto à extensão e severidade, não houve diferenças estatisticamente significativas tanto na transição menopausal quanto após a menopausa (p=0,261; p=0,690 e p=0,352; p=0,234 respectivamente).

Tabela 10 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DO TOTAL DE DENTES PERDIDOS, EXTENSÃO E SEVERIDADE DA DOENÇA PERIODONTAL SEGUNDO ESTADO HORMONAL E USO DO FIO/FITA DENTAL*
SÃO PAULO – 2002.

Estado Hormonal	Uso do fio/fita dental	N	Média	Erro padrão	p**
			Total de dentes perdidos		
Pré	Não	11	11,64	2,53	0,159
	Sim	35	7,23	1,08	
				Extensão	
	Não	11	87,13	4,55	0,261
	Sim	35	82,92	2,34	
				Severidade	
	Não	11	2,36	0,36	0,690
	Sim	35	2,22	0,10	
			Total de dentes perdidos		
Pós	Não	14	15,00	1,74	0,007
	Sim	23	8,57	1,35	
				Extensão	
	Não	14	83,31	5,17	0,352
		23	78,82	3,67	
				Severidade	
	Não	14	2,87	0,38	0,234
	Sim	23	2,19	0,13	

* Incluídas somente as mulheres dentadas

** p: Nível descritivo do teste de Mann-Whitney

GRÁFICO 7 - MÉDIAS E RESPECTIVOS INTERVALOS DE CONFIANÇA (95%) DO TOTAL DE DENTES PERDIDOS SEGUNDO ESTADO HORMONAL E USO DE FIO/FITA DENTAL

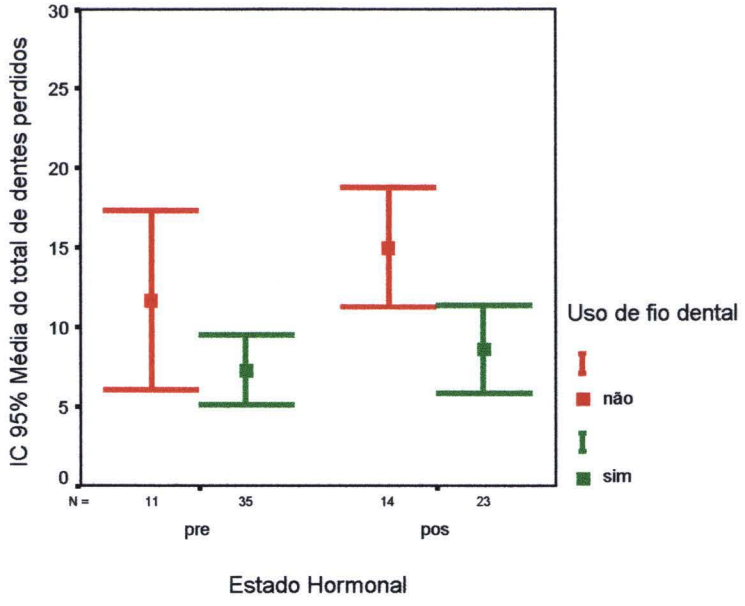


GRÁFICO 8- MÉDIAS E RESPECTIVOS INTERVALOS DE CONFIANÇA (95%) DA EXTENSÃO DA DOENÇA PERIODONTAL SEGUNDO ESTADO HORMONAL E USO DE FIO/FITA DENTAL

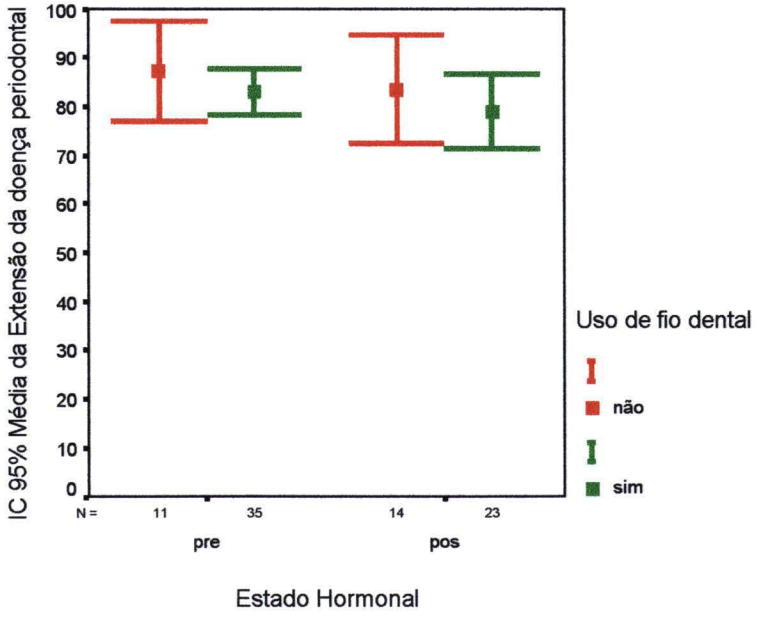
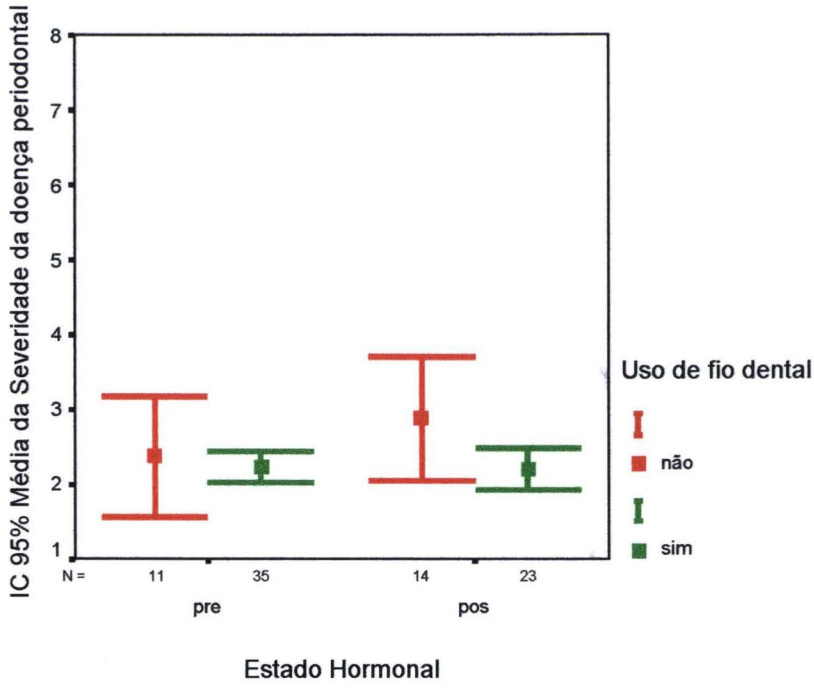


GRÁFICO 9 - MÉDIAS E RESPECTIVOS INTERVALOS DE CONFIANÇA (95%) DA SEVERIDADE DA DOENÇA PERIODONTAL SEGUNDO ESTADO HORMONAL E USO DE FIO/FITA DENTAL



A Tabela 11 apresenta a comparação das médias do total de dentes perdidos, extensão e severidade da doença periodontal segundo o estado hormonal e tabaco. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias de total de dentes perdidos, extensão e severidade da doença periodontal, segundo o estado hormonal e o tabaco, seja na transição menopausal (respectivamente p=0,606; p=0,501 e p= 0,402), seja após a menopausa (respectivamente p=0,136; p=0,647 e p=0,277). Gráficos 10 a 12.

TABELA 11 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DO TOTAL DE DENTES PERDIDOS, EXTENSÃO E SEVERIDADE DA DOENÇA PERIODONTAL SEGUNDO ESTADO HORMONAL E TABACO

SÃO PAULO – 2002.

Estado Hormonal	Tabaco	N	Média	Erro padrão	p*
				Total de dentes perdidos	
Pré	Não	24	9,63	1,83	0,606
	Sim	28	11,36	1,79	
				Extensão	
	Não	22	82,02	3,34	0,501
	Sim	24	85,68	2,56	
				Severidade	
	Não	22	2,03	0,10	0,402
	Sim	24	2,46	0,19	
				Total de dentes perdidos	
Pós	Não	30	12,00	1,73	0,136
	Sim	12	15,58	1,73	
				Extensão	
	Não	25	80,64	3,93	0,647
		12	80,27	4,42	
				Severidade	
	Não	25	2,38	0,23	0,277
	Sim	12	2,59	0,25	

*p: Nível descritivo do teste de Mann-Whitney

GRÁFICO 10 - MÉDIAS E RESPECTIVOS INTERVALOS DE CONFIANÇA (95%) DO TOTAL DE DENTES PERDIDOS SEGUNDO ESTADO HORMONAL E TABACO

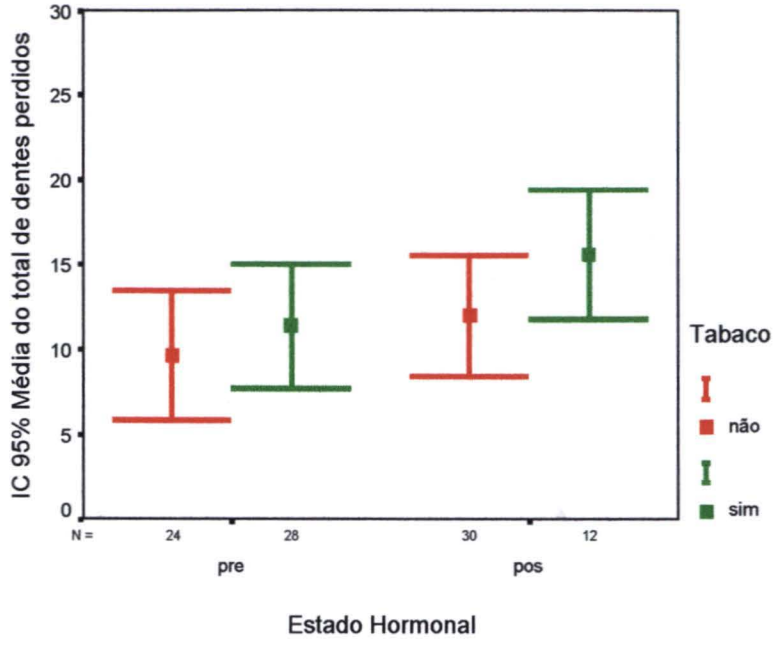


GRÁFICO 11- MÉDIAS E RESPECTIVOS INTERVALOS DE CONFIANÇA (95%) DA EXTENSÃO DA DOENÇA PERIODONTAL SEGUNDO ESTADO HORMONAL E TABACO

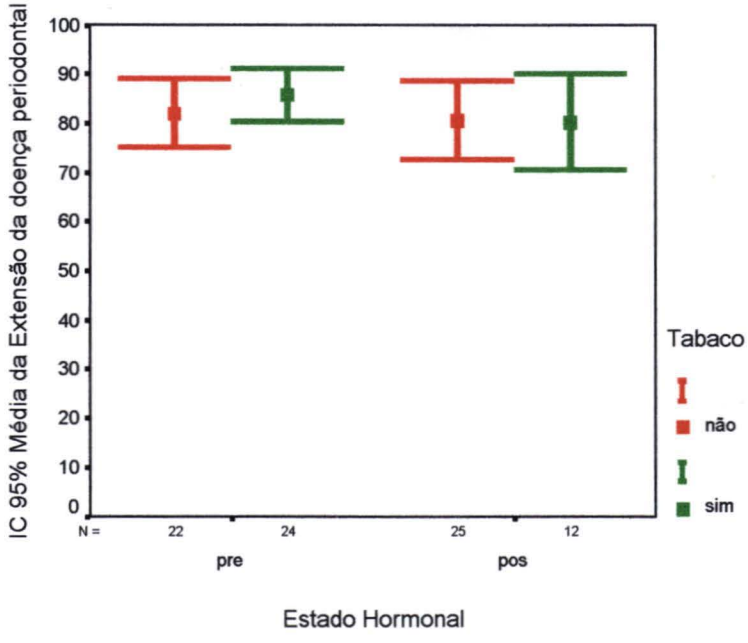
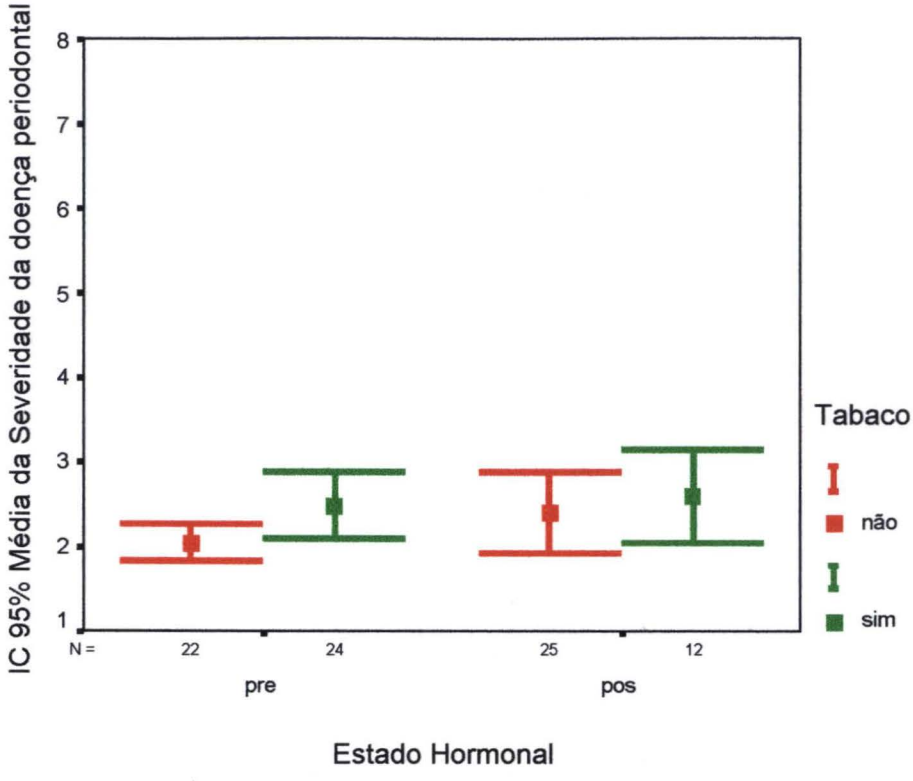


GRÁFICO 12 – MÉDIAS E RESPECTIVOS INTERVALOS DE CONFIANÇA (95%) DA SEVERIDADE DA DOENÇA PERIODONTAL SEGUNDO ESTADO HORMONAL E TABACO



5 DISCUSSÃO

Com o aumento da expectativa de vida, admite-se que a população feminina viverá um terço de suas vidas após a menopausa. Assim, é fundamental que as mulheres sejam informadas das repercussões da menopausa, em decorrência da redução dos hormônios ovarianos. Entre essas repercussões destaca-se aquela sobre a saúde bucal, que sabidamente se associa a valores que a população feminina atribui à manutenção de saúde.

Refletindo sobre essas repercussões, considerou-se importante estudar a relação entre climatério, doença periodontal (extensão e severidade) e perdas dentárias, bem como outras variáveis que pudessem interferir na evolução da doença periodontal, como o uso de hormônios esteróides exógenos, o tabagismo, a higiene bucal e a percepção das mulheres sobre a saúde bucal.

Em relação ao climatério, menopausa, doença periodontal e perdas dentárias, poucos e recentes são os estudos nesta área. A maioria avaliou os benefícios da terapia de reposição hormonal, sobre a diminuição da perda de inserção gengival e, consequentemente, das perdas dentárias (KRALL, GARCIA, DAWSON-HUGHES 1996; AAP 1998, 2000; GENCO 1998; PAGANINI-HILL 1995, 1998; JEFFCOAT, LEWIS, REDDY, WANG & REDFORD 2000; HARARI 2001, NAMS 2001; MEDIX 2002).

Entretanto, não só o estado hormonal, mas também as condições sócio-econômicas, demográficas e culturais expressam importante influência sobre as condições bucais e relacionam-se particularmente à extensão e severidade da doença periodontal e perdas dentárias.

A população deste estudo era constituída de mulheres em sua maioria casadas, tendo algum tipo de atividade remunerada; com grau de instrução entre o 1º grau incompleto e completo e a grande maioria não era fumante (TABELAS 01,02 e 03).

Os resultados revelaram que essa população apresentava precárias condições periodontais; de fato, a média de perda dentária foi de 11,66 dentes (DP=9,02 dentes; mínimo=0 dentes, máximo=28 dentes) dos 28 elementos

dentários analisados, que corresponde a número bem inferior ao preconizado pela Organização Mundial de Saúde. Essa determina como parâmetro limite de conforto e saúde bucal o número de 20 dentes em ambas as arcadas (KAYSER 1981; OMS 1982; GORDON et al 1994).

Ao se avaliar a doença periodontal pelo índice ESI = (83; 2,3) constatamos que a doença periodontal se apresentava de forma generalizada, ou seja, 83% dos sítios estavam afetados (DP=16% dos sítios; mínimo=37,5% dos sítios, máximo=100% dos sítios) e a perda média de inserção periodontal era de 2,3 mm (DP=0,90mm; mínimo=1,20 mm; máximo=6,10 mm); esta se correlacionou à perda de dentes, sugerindo pela avaliação bucal e constatação de tratamentos restauradores que estas mulheres receberam vários tratamentos durante suas vidas, sem sucesso na manutenção dentária.

Estes resultados confirmam dados de estudos anteriores, mostrando que os padrões bucais populacionais não têm apresentado melhora; de fato, LENNON e col. (1974), ao compararem os padrões de perdas dentárias em populações da Inglaterra do século XIX e da década de 70, constataram resultados semelhantes no grupo estudado acima de 35 anos, concluindo que a odontologia do século XX não havia se mostrado efetiva. No Brasil, supõe-se que as conclusões sejam similares, pois embora não existam estudos específicos sobre mulheres no climatério, constatou-se no grupo populacional de 35 a 44 anos índice de CPO-D=20 (Índice de dentes cariados, perdidos e obturados), sendo o percentual de dentes perdidos equivalente a 55%, em residentes do estado de São Paulo em 2002. Quanto às condições periodontais deste grupo, os dados não são disponíveis, evidenciando, assim, a necessidade de estudos com enfoque à questão periodontal (CENTRO TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL 2002).

Os resultados referentes ao número de dentes perdidos e condição periodontal concordam com outros provenientes de estudos nacionais e retratam que, a principal carência do povo brasileiro em termos de saúde bucal relaciona-se à dificuldade de acesso ao tratamento odontológico (BÉLTRAN 2000); assim, 58,2% das entrevistadas queixaram-se de falta de vaga no serviço público e/ou disponibilidade de serviço, além da dificuldade de custear

tratamentos particulares. Por isso, face aos custos elevados dos procedimentos restauradores, muitas mulheres acabam optando por tratamentos radicais envolvendo extrações dentárias, ao invés de tratamentos conservadores. Estes dados reforçam a necessidade do dentista proporcionar ações preventivas sobre a saúde bucal, bem como fornecer assistência odontológica reabilitadora para adultos mais abrangente na rede pública (Rosa et al 1992; Shinkai & Cury 2000).

Condições bucais precárias representam importante impacto negativo na vida diária de grande parte da população, principalmente naquela que não possui atendimento odontológico regular; entre as principais queixas incluem-se as limitações funcionais como dificuldade de mastigação, fonação, aparência, retenção de alimento nos dentes/próteses e não adaptação de próteses. (LOCKER & SLADE 1993). Tais limitações também foram citadas pelas mulheres desse estudo, que relacionaram a falta de acesso aos serviços de saúde com a qualidade de saúde bucal e geral.

Não houve influência do uso de TRH na doença periodontal e perdas dentárias, possivelmente pelo pequeno número de mulheres que usavam o fármaco.

Ao se analisar a variável educação em saúde descortinaram-se expressivos resultados; assim, 69,1% das mulheres revelaram desconhecer o processo de desenvolvimento da cárie e 70,2% não tinham informações sobre a doença periodontal. Além disso, 30,9% nunca receberam orientações diretas sobre escovação e uso do fio/fita dental. Quanto a variável tabaco, 25,5% das ex-fumantes e fumantes atuais afirmaram nunca terem sido orientadas por profissionais da saúde sobre a importância do interrompimento do hábito de fumar.

Por isso, as mulheres que nunca receberam informações e nunca fizeram uso de fio/fita dental perderam mais dentes, independentemente do estado hormonal. A extensão e a severidade da doença periodontal, por sua vez, não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, uma vez que a afecção encontrava-se generalizada, provavelmente em decorrência de

outros fatores como higiene inadequada, falência nos processos preventivos e educacionais em saúde, entre outros.

Apesar do tabagismo ser um importante agente propulsor da doença periodontal, este estudo não mostrou diferenças estatísticas, quer na perda dentária, quer na doença periodontal; tal resultado pode ser explicado pelo reduzido tamanho da amostra de mulheres fumantes, especialmente pela necessidade de excluir as desdentadas da análise periodontal.

Estes achados devem alertar os profissionais de saúde, pois uma ocorrência fisiológica, como o climatério, pode resultar em importante fator de risco, além de ser agravante para a doença periodontal; daí, a doença periodontal no climatério assumir particular importância, estimulando sua prevenção.

Lamentavelmente, a alta prevalência da doença periodontal e das perdas dentárias nas mulheres, reflete o fracasso e/ou a inexistência da assistência odontológica à população feminina durante o transcurso de sua vida.

Estes resultados diferem dos encontrados em outros países, pois certamente nesses há políticas públicas voltadas à saúde bucal feminina, envolvendo avaliações periódicas, tratamentos reabilitadores e educação efetiva em saúde bucal (NATIONAL WOMEN'S LAW CENTER 2001; ALLSTON 2002); por isso, estes achados concordam com as recomendações de uma importante entidade internacional que insiste, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil, que é fundamental a necessidade de serviços preventivos e a distribuição de recursos para a prevenção e educação, ao invés de procedimentos restauradores (FEDERAÇÃO DENTÁRIA INTERNACIONAL 1993).

O sucesso dos programas de prevenção não depende apenas de ações governamentais, mas também de mudanças gradativas do comportamento individual, monitorada e motivada por profissionais da saúde, especialmente da odontologia, estruturando um sistema de atendimento odontológico que seja adequado, aceito por pacientes e profissionais e que responda às

necessidades da sociedade (WHO 1990; ETTINGER 1997; BIANCALANA & DUARTE 2003).

A alta prevalência de perda dentária, ocasionada por fatores como má higiene, doença periodontal, falta de prevenção e educação direcionadas; reforçam a idéia de que o dentista deve ter amplo cabedal de conhecimento em sua formação, procurando mais atenção aos aspectos sistêmicos, como por exemplo, aqueles que envolvem a mulher no climatério. A visão de diagnóstico, plano de tratamento e técnicas de prevenção devem ser direcionadas ao paciente como um todo e não apenas à sua cavidade bucal, exigindo uma reformulação e criação de um currículo mínimo de conhecimentos; só dessa forma, ter-se-á a manutenção da dentição sem as repercussões funcionais, fonéticas e psicológicas que interferem na qualidade de vida feminina (HEBLING 2003).

Particularmente em relação ao climatério, pode-se verificar por intermédio da análise descritiva que a valorização da saúdebucal, enquanto função e estética, são fundamentais para que as mulheres permaneçam integradas na sociedade (STRAUSS & HUNT 1993).

Com este estudo, fica claro que como a faixa populacional estudada está em franco e progressivo aumento, torna-se imprescindível o treinamento de profissionais com conhecimentos de saúde coletiva, a fim de que possam realizar o planejamento de ações em saúde pública.

Como as mulheres deste estudo apresentaram perda de dentes previamente ao processo do climatério, talvez durante a gestação, é justo reinvindicar medidas específicas preventivas de educação/informação em fase mais precoce de suas vidas, evitando dessa forma o que se constatou com a mulher no climatério. Educar a mulher na adolescência, favorecer o acesso aos serviços existentes, obter maiores recursos financeiros junto aos órgãos competentes para o tratamento da reabilitação bucal e desenvolvimento de programas preventivos/educativos, são condições fundamentais para se evitar não só os comprometimentos bucais, orgânicos e emocionais, mas também reduzir de forma expressiva os custos para o sistema de saúde.

6 CONCLUSÕES

O presente estudo permitiu-nos concluir que:

1. as mulheres foram acometidas pela doença periodontal e pelas perdas dentárias anos antes de adentrarem ao período do climatério, ou seja, antes dos 40 anos;

2. a auto-percepção bucal esteve prejudicada, pois 69,1% das mulheres jamais foram orientadas sobre os processos de desenvolvimento da cárie dentária, 70,2% não possuía informações sobre a doença periodontal, 30,9% nunca recebeu informações diretas sobre escovação dentária.

3. as mulheres no climatério apresentaram expressiva perda de dentes, ou seja, em média de 11 de um total de 28 dentes verificados;

4. foi grande a extensão e severidade da doença periodontal, ou seja, 83% de extensão e 2,3 mm de perda de inserção periodontal;

5. a perda dentária média foi maior nas mulheres que não receberam orientações sobre escovação, tanto na transição menopausal, quanto após a menopausa e nas mulheres após a menopausa que não usavam fio/fita dental. Não houve diferença em relação ao uso de terapia de reposição hormonal ou tabaco.

6. não houve diferença nas médias da extensão e severidade da doença periodontal segundo uso de terapia de reposição hormonal, orientação de escovação, uso de fio/fita dental ou tabaco.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS[2]

1. Adams D, Carney JS e Dicks DA. Pregnancy gingivitis: a survey of 100 antenatal patients. **J Dent** 1974:2; 106-110.

2. Aldrighi JM. Balanço risco/benefício da terapêutica de reposição hormonal: direções para o futuro. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo** 1996; 6: 734-738.

3. Aldrighi JM, Pires A LR. Climatério/TRH: Morbimortalidade, contra-indicações e relação custo-eficácia. **Rev Reprod Climat** 2001: 16: 24-30.

4. Aldrighi JM, Alecrim IN, Oliveira PR, Shinomata HO. Tabagismo e a antecipação da menopausa. **In: 49º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia.** 2001 nov 17-24 São Paulo (BR). Painel.

5. Allston A. **Improving women's health and perinatal outcomes: the impact of oral diseases.** Women's and children's health policy center, 2002. Disponível na Internet: http://www.med.jhu.edu/wchpc [2003 jul 28].

6. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. **Introdução à epidemiologia moderna.** 2 ed. Belo Horizonte, Salvador, Rio de Janeiro: COOPMED, APCE Produtos do conhecimento, ABRASCO; 1992.

7. Andrade, ED. **Terapêutica medicamentosa em odontologia: procedimentos clínicos e uso de medicamentos nas principais situações da prática odontológica.** 2 Ed., São Paulo: Artes Médicas; 2001.

[2] Referências bibliográficas apresentadas nos padrões preconizados pelo Guia de Apresentação de Teses da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

8. [AAP] The American Academy of Periodontology. **Tobacco Gum Disease.** [serial online] 1995. Disponível em <URL: http://www.perio.org. [2001 jul 23].

9. [AAP] The American Academy of Periodontology. **Periodontal care is for everyone.** [serial online] 2000. Disponível em <URL: http://www.perio.org. [2001 jul 23].

10. [AAP] The American Academy of Periodontology. **Periodontal Diseases: What you need to know.** [serial online] 1996. Disponível em <URL: http://www.perio.org. [2001 jul 23].

11. [AAP] The American Academy of Periodontology. **Women e Periodontal Disease**. [serial online] 1998. Disponível em <URL: http://www.perio.org. [2001 jul 23].

12. Baron JA, La Vecchia C, Levy F. The antiestrogenic effect of cigarette smoking in women. **Am J Obstet Gynecol** 1990: 162: 502.

13. Bailey A, Robinson D, Wessey M. Smoking age of natural menopause. **Lancet** 1977: 11:722.

14. Beck JD. Periodontal implications: older adults. **Ann Periodontol,** v.01, n. 01, p. 322-357, 1996.

15. Béltran R. Prefácio das 3 Primeiras Edições. In: Pinto VG. **Saúde Bucal Coletiva.** 4ª ed. São Paulo: Santos Livraria Editora; 2000. p. XI.

16. Berta L, Frairia R, Fortunati N et al. Smoking effects in the hormonal balance of fertil women. **Hormone Res** 1992: 37:45.

17. Bevan R, Kenney A. Smoking and women's health. In: The Diplomate. **The Journal of the Diplomates of the Royal college of Obstet and Gynecol.** 1996:3:275.

18. Biancalana H, Duarte DA. Revelando conceitos de comportamento e promovendo saúde. **Jornal da APCD,** São Paulo, 2003, ago, 12.

19. Blacker CM, Kleerekoper M. Osteoporosis. In: Diamond MP, DeCherney AH, editors. Infertility and Reproductive Medicine. Clinics of North America; 2001. P.489-509.

20. Brown W, Vessey M, Stratton I. The influence of method of contraception and cigarrette smoking and menstrual paterns. **Brit J Obstet Gynecol** 1988:95:905.

21. Brunetti MC. **A infecção periodontal associada ao parto pré-termo e baixo peso ao nascer.** São Paulo; 2002. Tese de doutorado, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

22. Buischi Y. Saúde bucal: uma nova proposta para a OMS. **Rev da APCD Jardim Paulista** 2003: 3: 4-5.

23. Carlos JP, Wolfe MD, Kigman A. The extent and severity index: a simple method for use in epidemiologic studies of periodontal disease. **J Clin Periodontol** 1986: 500-505.

24. Carranza Jr F. **Periodontia Clínica de Glickman** 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; 1979.

25. Centro Técnico de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. In: Paixão DF. Tecnologia para todos. **Rev APCD** 2002: 56:410-411.

26. Chambrone LA. Prevalência da doença periodontal no Brasil: um alerta aos cirurgiões dentistas. **Odonto Inst Met Ens.** 1993; 2 (11): 339-43.

27. Chaves MM. **Odontologia social.** 3ª ed. São Paulo: Editora Artes Médicas; 1986.

28. Chaves ES. Doença periodontal pode ser um fator de risco para nascimento de bebês prematuros com baixo peso. **Rev APCD** 1997: 51:374-375.

29. Chiapinotto, GA. Etiologia e prevenção da doença periodontal. In: Pinto VG. **Saúde bucal coletiva.** 4ª ed. São Paulo: Editora Santos; 2000. p.429-444.

30. Costella, FMM. **Doença Periodontal.** 1 ed. São Paulo; Roca;1983.

31. Cottone JÁ, Terezhalmy GT, Molinari JA. **Practical infection control in dentistry.** Philadelphia: 1991.

32. Dado JE.Odontologia cada vez mais próxima do SUS. **Jornal ABO Nacional**, Belo Horizonte, 2001 mai/jun;7-B.

33. Ettinger, RL. The unique oral health needes of an aging population. **Dent. Clin. North Am.**, v.41, p.633-649, 1997.

34. [FDI] Federación Dentaire Internacionale. World Health Organization Scientific Workshop, 1980. A etiology and prevention of dental caries and periodontal diseases. **Int Dent J** 1982; 32 (1): 77-88.

35. Federation Dentaire Internationale. Necessidades de salud bucal del anciano. **FDI Dental World,** v.02, p.13-15, 1993.

36. FIOCRUZ. Epidemiologia do envelhecimento. **Súmula** 2002: 88:3.

37. Fonseca YPC. Transmissão de doenças orais infecciosas de mãe para filho. **Rev APCD** 1998: 52: 23.

38. Forattini OP. **Epidemiologia geral**. São Paulo: USP, 1976.

39. Genco RJ, Goldman HM, Cohen DW. **Periodoncia**. México. Interamericana; 1993.

40. Genco RJ et al. Periodontal diseases: Epidemiology and diagnosis. Consensus Development Conference. **J Am Dent Assoc** 1998; 129 (Suppl.): 9S-14S.

41. Gordon PH,Murray JJM; Todd JE. The shortened dental arch: supplementary analyses from the 1988 adult dental health survey. **Community Dent Health** 1994: 11: 87-90.

42. Grodstein F, Colditz GA, Stampfer MJ. Tooth loss and hormone use in postmenopausal women. In: The impact of estrogen deficiency and therapy on women's oral health. **Compendium of Continuing Education in Dentistry** 1998; 19 (suppl. 22): p.S9-S16.

43. Grossi SG. Effect of estrogen supplementation on periodontal disease. In: the impact of estrogen deficiency and therapy on women's oral health. **Compendium of Continuing Education in Dentistry** 1998; 19 (suppl. 22): p. S30-S36.

44. Harari S. A saúde oral da mulher. In: Seixas, L. **Medcenter.com** [periódico online] 2001. Disponível em http://www.odontologia.com.br [2001 mar 8].

45. Hebling E. Prevenção em Odontogeriatria. In: Pereira, AC. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde.** Ed. Artmed, Curitiba, 440p., 2003.

46. Hey-Hadavi JH. Women's oral health issues: sex differences and clinical implications. Women's health in primary care 2002: 5: 189-199.

47. Hugoson A. Gingival inflammation and female sex hormones. A clinical investigation of pregnant women and experimental studies in dogs. **J Periodont Res** 1970: 5: suppl 5.

48. Ito IY. Biofilme dental. In: **XVIII Congresso Brasileiro de Periodontologia**; 21 a 25 de abril de 1999, Salvador, Anais.

49. Jeffcoat MK, Lewis CE, Reddy MS, Wang CY, Redford M. Post-menopausal bone loss and its relationship to oral bone loss. **Periodontology 2000** 2000: 23:94-102.

50. Jick H, Porter J. Relation between smoking and age of natural menopause. **Lancet** 1977: 7: 1354.

51. Kahn S. A doença periodontal e a chegada do bebê. **Rev da APCD** 2002: 56:92.

52. Kayser AF. Shortened dental arches and oral function. **J Oral Rehabilit** 1981: 8: 457-462.

53. Krall EA, Garcia RI, Dawson-Hughes B. Increased risk of tooth loss is related to bone loss at the whole body, hip and spine. **Calcif Tissue Int** 1996: 59: 433-437.

54. Krall EA, Dawson-Hughes B, Hannan MT, Kiel DP.Postmenopausal estrogen replacement and tooth retention. In: The impact of estrogen deficiency and therapy on women's oral health. **Compendium of Continuing Education in Dentistry** 1998; 19 (suppl. 22): p.S17-S22.

55. Lascala NT, Moussalli NH. **Periodontia Clínica**. São Paulo: Artes Médicas; 1981.

56. Lascala NT, Moussalli NH. Alterações Hormonais. **Periodontia Clínica – Especialidades Afins.** 5ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1985; p. 248-253.

57. Lascala NT, Moussalli NH. Diagnóstico diferencial em periodontia. In: **Compêndio Terapêutico Periodontal**. São Paulo: Artes Médicas; 1994.59-92.

58. Leite A, Conti R. O tabagismo e a boca. **Rev. da APCD** 2001: 55:7-14.

59. Lennon MA et al. Tooth loss in a 19th. Century British population. **Arch Oral Biol** 1974; 19: 511-516.

60. Lindhe J. **Tratado de Periodontologia Clínica**. Rio de Janeiro: Interamericana; 1985.

61. Lindhe J. **Tratado de Periodontologia Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1992. 206-214.

62. Locker D, Slade G. Oral health and the quality of life among older adults: the oral health impact profile. **J. Can. Dent. Ass.**, v.59, p.830-838, 1993.

63. Löe H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy. Prevalence and severity. **Acta Odontologica Scandinavica 1963;** 21: 533-551.

64. Löe HT, Anerud A, Boysen H, Smith M. The natural history of periodontal disease in man. Study desing and baseline data. **J Periodont Res** 1978; 13(6): 550-72.

65. Maltz M, Carvalho J. In: Kriger L, coordenador. **Promoção de saúde bucal.** São Paulo (SP); 1997. p.69-92.

66. Mc Kin Lay SJ, Posner JG. The normal menopause transition. **Maturitas** 1992: 14:100-7.

67. Marcenes W, Bönecker MJS. Aspectos epidemiológicos e sociais das doenças bucais. In: Buischi YP. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo (SP): Editora Artes Médicas; 2000. p.73-93.

68. MEDIX. Estrogênio combinado ao cálcio e à vitamina D pode prevenir a perda dentária. **Arch of Intern Méd** [serial on line] [2002 jun 24] [cited 2003 Mar 18] Disponível em: http://www.medix.com.br

69. Meyerowitz C. Geriatric dentistry and prevention: research and public policy (reaction paper). **Adv Dent Res** 1991: 5:74-77.

70. Midgett A, Baron J. Cigarette smoking and the risk of natural menopause. **J Epidemiol** 1990: 1:474.

71. Ministério da Saúde. **Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de AIDS: manual de conduta.** Brasília: 2000: 68-79.

72. Misch CE. **Implantes Dentários Contemporâneos.** 2 Ed., Ed. Santos, São Paulo, p.3-11, 2000.

73. Moysés SJ. O conceito da promoção de saúde na construção de sistemas de atenção em saúde bucal coletiva. In: Kriger L. ABOPREV **Promoção de Saúde Bucal**. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p.371-407.

74. [NAMS] The North American Menopause Society. **Menopause guidebook**. 1ª ed. Cleveland: The North American Menopause Society; 2001.

75. National Women's Law Center. **Data and Research Needs.** University of Pennsylvania. Oregon Health &Science University. 2001: 217-225.

76. Notelovitz M. Climacteric Medicine and Science: a societal need. In: Notelovitz M, ed. The climacteric in perspective. **Lancaster**: M.T.P.Press; 1988: n19-21.

77. Offenbacher et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. **J Periodontol** 1996; 67: 1103-1113.

78. Offenbacher, S. Periodontal diseases. Pathogenesis. **Ann Periodontol**, v.01, p.821-878, 1996.

79. Oppermann R, Gomes SC. Periodontia em saúde pública. In: tunes UR, Rapp GE. **Atualização em Periodontia e Implantodontia**. São Paulo (SP): Artes Médicas; 1999. 17-28.

80. Oppermann R, Rössing CK. Prevenção e tratamento das doenças periodontais. In: Kriger, L. ABOPREV **Promoção de Saúde Bucal.** São Paulo: Editora Artes Médicas; 1997. p.255-81.

81. [OMS] Organização Mundial da Saúde. **A review of current recommendations for the organization and administration of community oral health services in northern and Western Europe.** Report of a WHO Workshop. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1982.

82. [OMS] Organização Mundial da Saúde. Genebra. **Bases para prevenção de doenças bucais.** São Paulo. Editora Santos; 1992.

83. Paganini-Hill A. the benefits of estrogen replacement therapy and oral health. The Leisure World Cohort. **Arch Intern Méd** 1995: 155:2325-2329.

84. Paganini-Hill A. Estrogen replacement therapy – something to smile about. In: The impact of estrogen deficiency and therapy on women's oral health. **Compendium of Continuing Education in Dentistry** 1998; 19 (suppl. 22): p.S4-S8.

85. Page RC, Schroeder HE. **Periodontitis in man and other animals**. In: Karger, 1982. 5-58; 204, 222-283.

86. Pankhurst CL, Waite IM, Hicks KA, Allen Y, Harkness RD. The influence of oral contraceptives therapy on the periodontium – duration of drug therapy. **J Periodontol** 1981; 52: 617-620.

87. Pinto M et al. Doença periodontal: uma orientação preventiva para o clínico geral. **Rev. APCD** 1994;48:p. 1227-1230.

88. Pinto M, Fraga V. Saúde pública, gratuita e de qualidade. **Jornal do CFO**, Rio de Janeiro, 2000 set; p.8.

89. Pinto VG. Bases para uma saúde bucal de caráter coletivo. **Saúde Bucal Coletiva.** 4ªed. São Paulo: Santos Livraria Editora; 2000.; p. 1-8.

90. Pucca Júnior, GA. Coordenador de Saúde Bucal do governo fala sobre os rumos da Odontologia no Brasil. **Jornal da APCD,** São Paulo, 2003 jul; 14-15.

91. Rosa AGF et al. Condições de saúde bucal em pessoas de60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). **Rev Saúde Publ** 1992: 26:3: 155-160.

92. Rouquayrol MZ. **Epidemiologia e saúde**. UNIFOR – Universidade de Fortaleza (Fundação Educacional Edson Queiroz) 1983.

93. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Deficiência Estrogênica na mulher fumante. In: **Temas sobre tabagismo.** 1998 (a):57-58.

94. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Menopausa precoce. In: **Temas sobre tabagismo.** 1998 (b):61.

95. Shinkai RSA, Cury AADB. O papel da Odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. **Cad. Saúde Pub.** Rio Jan, v.16, p.1099-1109, 2000.

96. Silva, SR da. Novos avanços em saúde bucal coletiva. **Rev da APCD** 2000; 54: 429-40.

97. Silva SR. Atendimento à gestante: nove meses de espera? **Rev da APCD** 2002: 56:89-99.

98. Sonis ST, Fazio RC, Fang L. História, Avaliação Física e Laboratorial. **Princípios e Prática de Medicina Oral.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 3-18.

99. Strauss LM; Hunt RJ. Understanding the value of the teeth to older adults: influences on the quality of life. **J. Am. Dent. Assoc.,** v.124, p.105-110, 1993.

100. Thylstrup A, Fejerskov O. **Cariologia Clínica**. 2ª ed. São Paulo: Editora Santos; 1994.

101. U.S. Surgeon General's Report 2000. Part III. **What is the relationship between oral health and general health and well-being?** 2000:95-132.

102. Wald N, Baron J. Smoking and hormone – related disorders. **Oxford University Press.** Oxford 1990.

103. Weyne SC. A construção do paradigma de promoção de saúde – um desafio para as novas gerações. In: Kriger L. ABOPREV **Promoção de Saúde Bucal.** São Paulo: Artes Médicas; 1997. p.1-26.

104. Williams RC, Offenbacher S. Periodontal medicine: the emergence of a new branch of periodontology. **Periodontology 2000** 2000; 23: 9-12.

105. Williams CECS, Davenport ES, Sterne JAC, Sivapathasundaram V, Fearne JM & Curtis MA. Mechanisms of risk in preterm low-birthweight infants. **Periodontology 2000** 2000: 23: 142-150.

106. [WHO] World Health Organization. Life in the 21st century – A vision for all. **The World Health Report** 1998.

107. [WHO] World Health Organization. **Oral health in community health programmes.** Copenhagen: World Health Organization/Regional Office for Europe, 1990.

ANEXO A

PROTOCOLO DE TRIAGEM INICIAL

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

Protocolo para Triagem Inicial:

Identificação:

Número do Registro: _____ RG ASMUC Nº: _____
Nome: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Telefones: _____
Raça: ( ) Branca (1) ( ) Negra (2) ( ) Parda (3) ( )Amarela (4) ( ) Outros (5) _____
Data de nascimento: ___/___/_____ Idade: ___ anos Naturalidade: _____
Local: _____ Data da entrevista:___/___/____

Situação Hormonal atual: ( ) Pré-menopausa (1)
( ) Pós-menopausa (2) Idade da menopausa: _____ anos
Tempo: _____ anos.

Terapia de Reposição Hormonal? ( ) Não (0) ( ) Sim, no passado (1) ( ) Sim, atualmente (2)
Qual? _____ Há quanto tempo? _____
Tipo de administração? _____
Caso já tenha utilizado hormônios, há quanto tempo está sem usá-lo? _____

Usuária de prótese? ( ) Não usuária (0)
( ) Parcial Superior (1) ( ) Parcial Inferior (2) ( ) Parcial Superior e Inferior (3)
( ) Total Superior (4) ( ) Total Inferior (5) ( ) Total Superior e Inferior (6)
( ) Parcial Superior – Total inferior (7) ( ) Parcial Inferior – Total Superior (8)

Há quanto tempo usa prótese total? _____

Fatores de Exclusão:

1. Uso de antibiótico nos últimos 03 meses? ( ) Não ( ) Sim ( ) Não sabe / Não respondeu
Qual? _____ Por quanto tempo? _____
Motivo? _____ Indicação médica? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe / Não respondeu

2. Uso de corticosteróides nos últimos 03 meses? ( ) Não ( ) Sim ( ) Não sabe / Não respondeu
Qual? _____ Por quanto tempo? _____
Motivo? _____ Indicação médica? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe / Não respondeu

( ) **Incluída na pesquisa** ( ) Não incluída na pesquisa

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Descrição do estudo e objetivos:

Você está sendo convidada a participar de um estudo odontológico/médico, que tem por objetivo avaliar a qualidade da saúde oral de mulheres que estejam no climatério pré-menopausa (período de oscilações hormonais) e pós-menopausa (há mais de um ano sem menstruar) que está sendo realizado no Ambulatório da Saúde da Mulher no Climatério (ASMUC) no Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), em São Paulo.

O estudo consiste de uma entrevista com a dentista, preenchimento de um questionário para avaliar seu conhecimento pessoal sobre a qualidade de sua saúde oral e avaliação odontológica clínica indolor.

Participação, Benefícios e Riscos:

Sua participação neste estudo é voluntária. Caso aceite participar deste estudo, você poderá ser beneficiada com informações e esclarecimentos que poderão ser dadas pela dentista caso você deseje. Se a entrevista e/ou a avaliação despertarem ansiedade, você poderá interromper sua participação no estudo sem nenhum problema. Você ainda pode se recusar a participar, sem nenhum prejuízo para o atendimento que você recebe nesta instituição.

Privacidade:

As informações obtidas serão mantidas em sigilo, em condições de respeito de sua identidade.

Declaro que li e entendi as informações que me foram transmitidas e concordo em participar do estudo.

Local e data _____

Nome da paciente _____

Assinatura da paciente _____

Contato com a responsável pela pesquisa: Cirurgiã-dentista Andréa Tirlone
Departamento de Saúde Materno Infantil – FSP/USP
Telefones: (11) 3066-7702 / 3066-7703 / 3066-7773
Orientador: Prof. Dr. José Mendes Aldrighi

ANEXO C

PROTOCOLO DE TRIAGEM COMPLETA

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

Protocolo para Triagem:

Identificação:

Número do Registro: _____ RG ASMUC Nº: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: ____ CEP: _____

Telefones: _____

Raça: ( ) Branca (1) ( ) Negra (2) ( ) Parda (3) ( )Amarela (4) ( ) Outros (5) _____

Data de nascimento: ___/___/____ Idade: _____ anos Naturalidade: _____

Local: _____ Data da entrevista: ___/___/____

Dados demográficos:

1. Estado civil:

( ) Solteira (1) ( ) Casada (2) ( ) Vida conjugal (3) ( ) Separada (4) ( ) Divorciada (5) ( ) Viúva(6)

2. Ocupação: ( ) Trabalhadora registrada (1) ( ) Funcionária Pública (2) ( ) Funcionária de empresa privada (3)

( ) Trabalhadora autônoma (4) ( ) Trabalhadora eventual (5) ( ) S/ atividade definida (6) ( ) Desempregada (7)

( ) Dona de casa (8) ( ) Estudante (9) ( ) Outros (10) _____ Profissão: _____

Se aposentada: Motivo da aposentadoria: ( ) Tempo de serviço (1) ( ) Invalidez (2)

( ) Idade (3) ( ) Especial (4) ( ) Não se aplica (8). Há quanto tempo? _____ anos.

3. Escolaridade: ( ) Analfabeta (1) ( ) Analfabeta funcional (2) ( ) Sabe ler e escrever (3)

( ) Até a 4ª série (4) ( ) 5ª à 8ª série (5) ( ) 2º grau incompleto (6) ( ) 2º grau completo (7)

( ) Universitária ou Superior Incompleto (8) ( ) Superior Completo (9) ( ) Pós-graduada (10)

4. Moradia:

4.1 Tipo do imóvel onde reside: ( ) Próprio (1) ( ) Alugado (2) ( ) Cedido (3) ( ) Mora no emprego (4)

( ) Outros (5) _____

4.2 Característica do imóvel: ( ) Casa (1) ( ) Apartamento (2) ( ) Barraco (3) ( ) Moradora de rua (4)

3.3. Tipo de construção: ( ) Alvenaria (1) ( ) Madeira (2) ( ) Outros (3) _____

Saúde geral:

1. Em geral, você acha que sua saúde está:

( ) Excelente (1) ( ) Muito boa (2) ( ) Boa (3) ( ) Razoável (4) ( ) Ruim (5)

2. Comparando a sua saúde com outras pessoas da sua idade, você acha que a sua saúde é:

( ) Muito melhor (1) ( ) Um pouco melhor (2) ( ) Igual (3) ( ) Um pouco pior (4) ( ) Muito pior (5)

3. Nos últimos 2 anos, sua saúde está:

( ) Muito melhor (1) ( ) Um pouco melhor (2) ( ) Igual (3) ( ) Um pouco pior (4) ( ) Muito pior (5)

4. Você fuma?
( ) Não (0)

( ) Não, parei a _____(meses/anos) (1). Fumei por _____ (tempo), ____cigarros/dia.

( ) Sim, _____cigarros /dia. (2) Há quanto tempo? _____

Tipo de fumo:
( ) Cigarro sem filtro(1) ( ) Cigarro com filtro(2) ( ) Cachimbo(3) ( ) Charuto(4) ( ) Cigarro de Palha (5) ( ) Outros (6) _____

5. Quanto a bebidas alcoólicas:
Você bebe? ( ) Não (0) ( ) Sim (1)– verificar quadro abaixo ( ) Não sabe / Não respondeu (99)

Tipo de bebida	Quantidade (copos, cálice, xícara de café, xícara de chá...)	Periodicidade (diária, semanal, quinzenal, ...)
Aguardente ("pinga")		
Cerveja		
Conhaque		
Licor		
Vinho		
Whisky		

E quanto ao café? ( ) Não (0) ( ) Sim (1) Periodicidade: _____ Quantidade: _____
E os refrigerantes cola? ( ) Não (0) ( ) Sim (1) Periodicidade: _____ Quantidade: _____

6. Uso de drogas: ( ) Não (0) ( ) Sim, no passado (1) ( ) Sim, atualmente (2) ( ) Não sabe / não respondeu (99)
Quais: _____

História Médica:

1. Está atualmente sob tratamento médico? ( ) Não(0) ( ) Sim (1)
Qual? _____

2. Está fazendo uso de algum medicamento atualmente? ( ) Não (0) ( ) Sim (1)

Quais: _____

Aspectos Sistêmicos:

1. Problemas Cardíacos: ( ) Não (0) ( ) Sim ( ) Não sabe / não respondeu (99)

Caso a resposta seja Sim, qual é a afecção?

( ) Hipertensão (1) ( ) Aterosclerose (2) ( ) Angina do Peito (3) ( ) Enfarte do Miocárdio (4) ( ) Arritmia (5)

( ) Bradicardia (6) ( ) Insuficiência Congestiva (7) ( ) Endocardite bacteriana (8) ( ) Acidente vascular cerebral (9)

( ) Outros (10) _____

2. Diabetes Mellitus: ( ) Não (0) ( ) Sim ( ) Não sabe / não respondeu. (99)
Caso a resposta seja Sim, está compensada? ( ) Sim (1) ( ) Não (2)
Faz uso diário de insulina? ( ) Sim (3) ( ) Não (4)
3. Sofreu ou sofre de úlcera gástrica? ( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Qual o tipo de tratamento? _____
4. Sofreu ou sofre de doença genitourinária?
( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) não sabe / Não respondeu (99)
Qual? _____

5. Sofreu ou sofre de doença inflamatória intestinal?
( ) Não (0) ( ) Sim ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Qual? ( ) Doença de Crohn (Enterite regional) (1) ( ) Colite ulcerativa (2) ( ) Outras (3) _____

6. Sofreu ou sofre de crises convulsivas? ( ) Não (0) ( ) Sim ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Caso a resposta seja Sim, faz uso de anticonvulsivantes? ( ) Sim (1) ( ) Não (2)
Qual? _____

7. Artrite reumatóide? ( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)

8. Sofre ou sofreu de distúrbio hemorrágico grave?
( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)

9. Apresenta ou já apresentou algum tipo de tumor ou câncer?
( ) Não (0) ( ) Sim ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Quais: _____

10. Já fez ou faz quimioterapia para algum tipo de câncer?
( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)

11. Fez ou faz tratamento psiquiátrico? ( ) Não (0) ( ) Sim ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Qual a afecção? _____
Faz uso de medicamentos? ( ) Não (0) ( ) Sim ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Qual? _____

HIV positivo: ( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Reumatismo Infeccioso: ( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)

Problemas ósseos:
( ) Normal (0) ( ) Osteopenia (1) ( ) Osteoporose (2) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Raquitismo na infância: ( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Osteomalacia: ( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)

Hiperparatireoidismo: ( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)

Pneumonia: ( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Quando? _____

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: ( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)

Aspectos Ginecológicos:

1. Idade de menarca: _____anos

2. Gestação: ( ) Não (0) ( ) Sim (1) Quantas? _____
Aborto: ( ) Não (0) ( ) Sim Espontâneo (1): _____ Provocado (2): _____
Parto: ( ) Não (0) ( ) Sim Quantas? _____
Tipo de parto: ( ) Normal (1) ___ gestações ( ) Cesária (2) _____ gestações ( ) Fórceps (3) ____ gestações
Sua gengiva sangrava durante a gestação?
( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não se aplica (8) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Perdeu dentes durante a gestação? ( ) Não (0) ( ) Sim ( ) Não se aplica (8) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Quantos? _____
3. Anticoncepcionais orais: ( ) Não (0) ( ) Sim, no passado (1) ( ) Sim, atualmente (2)
( ) Não sabe / Não respondeu (99) Por quanto tempo? _____

Situação Hormonal atual: ( ) Pré-menopausa (1) ( ) Pós-menopausa (2)
Idade da menopausa: _____ anos. Tempo: _____anos

Aspectos Odontológicos:

1. **Quando foi sua última consulta ao dentista?** _____ anos
2. **Qual foi o motivo da consulta?**

( ) Dor (1) ( ) Sangramento Gengival (2) ( ) Estética (3) ( ) Avaliação (4) ( ) Prótese (5)

( ) Fratura de restauração (6) ( ) Endodontia (Canal) (7) ( ) Outros (8) _____

Hábitos de higiene bucal: quantidade de escovações diárias: _____ Quando? _____
A escova que você utiliza é utilizada somente por você? ( ) Não (0) ( ) Sim (1)
Escova: Tipo: ( ) Tradicional ( ) Extra - Macia (1) ( ) Macia (2) ( ) Média (3) ( ) Dura (4)
( ) Elétrica (5) ( ) Interdental (6) ( ) Bitufo (7)
Fio/fita dental: ( ) Não (0) ( ) Sim, fio dental (1) ( ) Sim, fita dental (2) ( ) Sim, indiferente (3) ( ) Não se aplica(8)
Outros: ( ) Não (0) ( ) Bochechos diários com enxaguatórios bucais (1) ( ) Water Pik (2)

Já fez avaliação ou dentária e/ou gengival? ( ) Não (0) ( ) Sim (1)
Tratamento periodontal prévio? ( ) Não (0) ( ) Sim ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Tipo de tratamento periodontal: ( ) Raspagem (1) ( ) Cirurgia (2) ( ) Outros (3) _____
Quando? _____

Fez ou faz uso de aparelhos corretivos? ( ) Não (0) ( ) Sim ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
( ) Móvel (1) ( ) Fixo (2) ( ) Ambos (3) ( ) Extra-oral (4) ( ) Outros (5) _____
Por quanto tempo? _____

Range os dentes? ( ) Não (0) ( ) Sim ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
( ) Durante o dia (1) ( ) Durante a noite (2) ( ) Ambos (3)
Possui o hábito de apertar os dentes? ( ) Não (0) ( ) Sim (1)
Respirador bucal? ( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)

Quanto à auto-percepção bucal:

1. Você está satisfeita com a aparência de seus dentes e do seu sorriso? ( ) Não (0) ( ) Sim (1)

2. Problemas com sua boca, dentes, gengivas ou próteses nos últimos 6 meses têm causado dificuldades para:
Comer e gostar da comida ( ) Não (0) ( ) Sim (1)

Limpar os dentes ( ) Não (0) ( ) Sim (1)

Dormir e descansar ( ) Não (0) ( ) Sim (1)

Falar e pronunciar as palavras com clareza ( ) Não (0) ( ) Sim (1)

Sorrir, gargalhar e mostrar os dentes sem constrangimento ( ) Não (0) ( ) Sim (1)

Manter o estado emocional sem se irritar ( ) Não (0) ( ) Sim (1)

Continuar a levar uma vida normal e a fazer o seu trabalho ( ) Não (0) ( ) Sim (1)

Satisfação nos encontros sociais com outras pessoas ( ) Não (0) ( ) Sim (1)

3. Você sente medo (fobia) quando vai ao dentista? ( ) Não (0) ( ) Sim (1)

Caso a resposta seja afirmativa, dê uma nota de 0 a 10 para o seu medo: _____

4. Se você tiver problemas dentários/bucais, você consulta um dentista?
( ) Não (0) ( ) Provavelmente / sem muita certeza (1) ( ) Sim (2) ( ) Não sabe / não respondeu (99)

5. Você acha difícil procurar um dentista? Se a resposta for sim, por que existe a dificuldade? (Pode ser mais de uma resposta)
( ) Não (0) ( ) Medo (1) ( ) Custo (2) ( ) Problema de Tempo (3) ( ) Disponibilidade de serviço (4)

( ) Falta de confiança na competência do dentista (5) ( ) Acha que não irá beneficiar-se com o tratamento (6)

( ) Insatisfação com o tratamento dentário anterior (7) ( ) Outros (8) _____ ( ) Não sabe / não respondeu (99)

Quanto aos seus dentes:

1. Quando você sorri, existe algum dente que:

( ) Não (0) ( ) Está quebrado (1) ( ) Está Saliente (fora de alinhamento) (2) ( ) Não aparece (3)

( ) Está manchado (4) ( ) Está escurecido (5) ( ) Não se aplica (8) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)

2. Você notou alteração da posição dos seus dentes nos últimos 6 meses? ( ) Não (0) ( ) Sim (1)

3. Você notou alteração no modo como os dentes se posicionam entre si nos últimos 6 meses?

( ) Não (0) ( ) Sim (1)

4. Quando você observa os seus dentes, já verificou: ( ) Não se aplica (8)

Ponto ou mancha branca nos seus dentes	( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Fio dental desfiando entre os dentes	( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Sensibilidade a substâncias frias	( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Sensibilidade a alimentos doces	( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Dor em algum dente	( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)

Quanto à sua gengiva:

1. Quando você observa sua gengiva, já verificou: ( ) Não se aplica (8)

Sangramento gengival:

( ) Não (0) ( ) Sim - ( ) Provocado (1) ( ) Espontâneo (2) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)

Gengiva avermelhada	( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Gengiva dolorida	( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Pus junto à gengiva	( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Mau hálito	( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Gengiva "inchada"	( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Gengiva retraída	( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Dentes amolecidos	( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)

2. Você já notou alteração bucal durante o período pré-menstrual e menstrual ou durante a puberdade?
( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Quais: _____

3. Caso esteja na menopausa:

3.1. Há quanto tempo você está na menopausa? _____

3.3.Notou algum tipo de alteração em sua boca, após entrar na menopausa: ( ) Não se aplica (8)

Sangramento gengival	( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Mau hálito	( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Movimentação dentária	( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Mobilidade dentária (dentes amolecidos)	( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Perda dentária	( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Boca seca	( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)
Queimação bucal	( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / Não respondeu (99)

Outros _____

Quanto à Prevenção:

1. Algum dentista já lhe explicou como a cárie se forma? ( ) Não (0) ( ) Sim (1)

2. Algum dentista já lhe explicou o motivo da doença periodontal? ( ) Não (0) ( ) Sim (1)

3. Algum dentista já lhe explicou a maneira correta de higienizar os seus dentes? ( ) Não (0) ( ) Sim

4. Caso a resposta seja Sim, você está seguindo esses conselhos?
( ) De modo nenhum (1) ( ) Parcialmente (2) ( ) Totalmente (3)

5. Algum dentista ou médico já lhe aconselhou sobre:

5.1. Procedimentos de auto-controle:

a. Dieta ( ) Não (0) ( ) Sim Caso a resposta seja Sim, você está seguindo esses conselhos?

( ) De modo nenhum (1) ( ) Parcialmente (2) ( ) Totalmente (3)

b. Importância de parar de fumar? ( ) Não (0) ( ) Não fumante (1) ( ) Sim Caso a resposta seja Sim, você está seguindo esses conselhos? ( ) De modo nenhum (2) ( ) Parcialmente (3) ( ) Totalmente (4)

5.2. Medicação

a. Riscos de tomar remédio por conta própria? ( ) Não (0) ( ) Sim Caso a resposta seja Sim, você está seguindo esses conselhos? ( ) De modo nenhum (1) ( ) Parcialmente (2) ( ) Totalmente (3)

b. Medicação sob receita médica? ( ) Não (0) ( ) Sim Caso a resposta seja Sim, você está seguindo esses conselhos? ( ) De modo nenhum (1) ( ) Parcialmente (2) ( ) Totalmente (3)

6. Você sabe fazer o auto-exame bucal? ( ) Não (0) ( ) Sim (1) ( ) Não sabe / não respondeu (99). Caso saiba, realiza o procedimento de quanto em quanto tempo? _____ meses.

Agradeço por ter participado da pesquisa e lhe desejo uma vida repleta de sorrisos !!!!!!!!!!

Contato com a responsável pela pesquisa: Cirurgiã-dentista Andréa Tirlone
Departamento de Saúde Materno Infantil – FSP/USP
Telefones: (11) 3066-7702 / 3066-7703 / 3066-7773
Orientador: Prof. Dr. José Mendes Aldrighi

ANEXO D

AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA
FICHA DE REGISTRO PERIODONTAL

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

Ficha para registro periodontal:
(medida em mm do nível de inserção)

Nome: _____ RG ASMUC Nº: _____
Local: _____ Data do exame: / /
Idade: _____
Situação Hormonal: ( ) Pré-menopausa
( ) Pós-menopausa
Tabagismo: ( ) Sim, no passado ( ) Sim, atualmente ( ) Não

Dente / Face	17	16	15	14	13	12	11
MDV							
MSV							

Dente / Face	37	36	35	34	33	32	31
MDV							
MSV							

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

Restaurações defeituosas? ( ) Sim ( ) Não
Dentes fraturados? ( ) Sim ( ) Não
Gengivite? ( ) Sim ( ) Não
Baixa higiene? ( ) Sim ( ) Não

Nº dentes examinados: _____
Sítios examinados: _____
Sítios doentes: _____
Milímetros de sítios doentes: _____

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
Departamento de Saúde Materno-Infantil
Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César – 01246-904 – São Paulo/SP
☎: 11- 3066-7702 / 7703 / 7773

ANEXO E

DOCUMENTAÇÃO
APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP
Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil
Telefones: (55-11) 3066- 7779 – fone/fax (55-11) 3064 -7314 – e-mail: mdgracas@usp.br

Of.COEP/57/02

20 de fevereiro de 2002

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, **analisou e aprovou,** em sua 1.ª/02 Sessão Ordinária, o Protocolo de Pesquisa n.° 669, intitulado: "PREVALÊNCIA DA DOENÇA PERIODONTAL EM MULHERES TABAGISTAS EM UM AMBULATÓRIO DE CLIMATÉRIO", apresentado pela pesquisadora Andréa Tirlone.

Atenciosamente,

Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Professor Associado
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP

ANEXO F

DOCUMENTAÇÃO
APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
COMITÊ DE ÉTICA – COEP
Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil
Telefones: (55-11) 3066- 7734 – fone/fax (55-11) 3064 -7314 – e-mail: mdgracas@usp.br

Of.COEP/277/02

22 de novembro de 2002

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo- COEP, **analisou e aprovou** o protocolo de pesquisa n.° 669, intitulado: "PREVALÊNCIA DA DOENÇA PERIODONTAL EM MULHERES TABAGISTAS EM UM AMBULATÓRIO DE CLIMATÉRIO", apresentado pela pesquisadora Andréa Tirlone, já analisado e aprovado por este Comitê em 20.02.02.

Entretanto, após o exame de Qualificação, a Comissão Julgadora sugeriu que fossem realizadas algumas modificações em relação ao questionário e metodologia a ser empregada

Portanto, o questionário e a mudança na metodologia apresentados a este Comitê para análise enquadra-se na Resolução 196/96 e que as mudanças realizadas não alteram o projeto no seu aspecto ético. Sendo assim, este Comitê **acata e aprova** as modificações efetuadas.

Atenciosamente,

Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Professor Associado
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP