

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA
MESTRADO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LEONARDO ZAGO ROCHA

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA
EM INDIVÍDUOS ALCOOLISTAS SEM CIRROSE, CIRRÓTICOS
ALCOOLISTAS E CIRRÓTICOS NÃO ALCOOLISTAS ASSISTIDOS NO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES - HUCAM,
PORTADORES DE DOENÇA PERIODONTAL E PERDA DENTÁRIA.**

VITÓRIA
2016

LEONARDO ZAGO ROCHA

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS ALCOOLISTAS SEM CIRROSE, CIRRÓTICOS ALCOOLISTAS E CIRRÓTICOS NÃO ALCOOLISTAS ASSISTIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES - HUCAM, PORTADORES DE DOENÇA PERIODONTAL E PERDA DENTÁRIA.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica, do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Clínica Odontológica.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Carlos Rodrigues Feitosa

Co-Orientadoras: Prof^a. Dra. Roberta Grasselli Batitucci Pinel

Prof^a. Dr^a. Maria da Penha Zago Gomes

VITÓRIA

2016

FICHA CATALOGRÁFICA

Autorizo exclusivamente para meios acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

LEONARDO ZAGO ROCHA

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS ALCOOLISTAS SEM CIRROSE, CIRRÓTICOS ALCOOLISTAS E CIRRÓTICOS NÃO ALCOOLISTAS ASSISTIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES - HUCAM, PORTADORES DE DOENÇA PERIODONTAL E PERDA DENTÁRIA.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica, do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Clínica Odontológica.

Aprovado em: / /

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Dr. Alfredo Carlos Rodrigues Feitosa
Orientador

Prof. Dr. Fausto Edmundo Lima Pereira
Membro Externo

Prof. Dr. Francisco Carlos Ribeiro
Membro Interno

Prof^a. Dr^a. Selva Maria Guerra
Membro Suplente

DEDICATÓRIA

Esta obra, se assim posso classificá-la, é dedicada àquelas pessoas que fazem parte do meu núcleo familiar, que me fazem sentir mais forte, mais capaz e corajoso. Que me mostram o real sentido do amor. Durante toda esta jornada, eu estava pensando em vocês. Eu dedico a você, Karine, minha amada esposa e à nossa querida Rafaela. Obviamente que, neste momento, jamais me esquecerei de nosso anjo no céu, nossa Giovana, que certamente olha por nós e nos protege.

AGRADECIMENTOS

Eu quero agradecer àqueles que efetivamente contribuíram para o meu êxito na obtenção deste grau acadêmico:

A Deus, por nossa existência, saúde, família, alimento de cada dia e nosso teto. Tenho a certeza de ser um privilegiado.

À minha esposa Karine Amorim Duarte Rocha e à nossa filha Rafaela Duarte Rocha, pelo apoio incondicional, pela compreensão nas minhas ausências, pela presença constante nos cuidados familiares, por serem as razões de minha vida, pela garra e pela fibra, além de fonte de inspiração e força.

À minha Família, meu pai, Júlio da Silva Rocha Júnior, à minha mãe, Maria Elisa Zago Rocha, e, à minha irmã, Cristiana Zago Rocha Lé Visa pelos exemplos de trabalho, honestidade e caráter, além de me apoiar em todas as horas.

Ao Professor Doutor Alfredo Carlos Rodrigues Feitosa, orientador, apaixonado pela ciência, companheiro, incentivador, que me deu a oportunidade desta pesquisa com uma sensibilidade especial e que me deixou muitos exemplos e apoio para buscar mais aperfeiçoamento na ciência para transmitir a futuras gerações.

À Professora Doutora Maria da Penha Zago Gomes, pelo seu apoio, exemplo, determinação, dedicação, estímulo e motivação, além de sua confiança depositada para a execução desta pesquisa. Uma profissional rigorosa, que trata seus pacientes com muito amor e muito respeito, que juntamente com seu conhecimento clínico/científico, lidera uma grande e honrosa equipe, a qual conquistou o respeito, carinho e admiração de todos. Certamente, um exemplo a ser seguido.

À Professora Doutora Roberta Grasselli Batitucci Pinel por todo apoio, paciência, contribuição científica e clínica. De maneira incansável, tendo ajudado até dias antes da chegada do pequeno Joaquim.

À Professora Doutora Selva Maria Guerra, por ter acreditado na possibilidade de execução desta pesquisa sendo coordenadora do curso de Mestrado Profissional

em Clínica Odontológica, além de sua garra em lutar pelo curso que coordena e pelos que pretende implantar na UFES.

Ao Professor Doutor Francisco Carlos Ribeiro, pela filosofia didática de sucesso a que nos foi transmitida durante o mestrado, e pela honra em participar das bancas de qualificação e defesa de dissertação.

Ao Professor Doutor Fausto Edmundo Lima Pereira pela atenção dedicada no início deste mestrado e por aceitar o convite em participar desta banca de defesa, enriquecendo este trabalho.

À Professora Doutora Fabrícia Ferreira Suaid pela contribuição científica, apoio, conselhos e estímulo durante a realização do projeto.

À Professora Doutora Camila Oliveira de Alencar pelo auxílio clínico indispensável e dedicação.

À Professora Creuza Barros Duarte, nossa querida Tia Creuza, professora de português, que carrega no sangue o dom de ser professor.

Aos professores Doutor Ricardo Carvalhaes Fraga, Mestre Stela Freitas e ao amigo Mestre Wilson Yasuo Inada, por acreditarem e confiarem em meu potencial e encaminharem as respectivas cartas de recomendação, junto à UFES.

Aos Professores Doutor Sérgio Lins e Doutor Rogério Albuquerque Azeredo, pelas críticas construtivas na apresentação do projeto de pesquisa, na 38ª JUNCO. Sugestões que foram analisadas e ajudaram a encorpar o trabalho e a pesquisa.

Ao Professor Mestre Roberto Higashi, grande amigo, mestre que me passou muito conhecimento com muita paciência. Uma pessoa iluminada, com uma simplicidade nipônica que contribuiu muito com este trabalho.

A todos os Professores do PPGCO, que se dispuseram a compartilhar seus conhecimentos conosco nas mais diversas disciplinas, contribuindo para nossa formação.

Aos médicos gastroenterologistas e hepatologistas que possibilitaram o acesso ao HUCAM, aos prontuários hospitalares e esclarecimentos de dúvidas relacionadas a esta área médica.

À cirurgiã-dentista Maria Inês Rocha Machado, prima de sangue e coração, que sempre me incentivou desde os tempos da graduação e esteve sempre apta a ajudar.

Aos amigos de longa data, que estão engajados no mesmo objetivo e que, mesmo a distância, incentivaram-me e me apoiaram, em especial meu grande amigo, mestrando pela São Leopoldo Mandic – RJ e grande profissional, Tomio Obara.

Aos amigos e mestrandos em Clínica Odontológica pela Universidade Federal do Espírito Santo, Lucas Campagnaro Marciel, Guilherme Scalzer, Wagner Goulart, Flávio Daroz, Maria da Conceição Machado Gomes, Cynthia Louzada, pelo apoio, companheirismo e amizade.

A todos os meus colegas de turma e alunos especiais de Mestrado 2014/1 que fizeram parte e nos influenciaram diretamente nesta formação, pelos momentos que passamos juntos de aprendizagem, alegria, angústia e, acima de tudo, pela amizade conquistada.

Ao jovem pesquisador Mestre e doutorando pela UNICAMP, Manoelito Ferreira Silva Júnior, pela amizade, atenção, troca de ideias, além de prestatividade em vários momentos.

Ao consultor e assessor estatístico, Elton Netto Sperandio, um mestre das ciências exatas, que nos prestou um serviço de extrema competência na análise e resultados estatísticos.

A todos os pacientes que participaram deste estudo, pelo interesse, simpatia, dedicação e confiança durante a execução das entrevistas e do exame clínico periodontal. Pessoas com histórias de vida diversas que me ensinaram e sensibilizaram muito. São exemplos de esforço, dedicação e que, na sua grande maioria, estão lutando contra o álcool. Esta substância de aparência inofensiva, uma droga social, que por muitas vezes ganha a batalha e acaba com vidas e devasta famílias inteiras.

Aos estagiários e graduandos de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo, pelo auxílio no acolhimento dos pacientes e anotação dos dados pesquisados.

À Sra. Regina Lúcia Sales pela disponibilidade, competência e bom humor à frente da secretaria do PPGCO, onde chegamos calouros e sairemos Mestres.

À minha companheira de consultório Denise, que, por muitas vezes, fez com que meu consultório se mantivesse organizado, tendo que me aturar com meus pacientes durante esse período.

Aos funcionários do Departamento de Gastroenterologia e Hepatologia do HUCAM, pela receptividade e atenção dispensadas.

Ao funcionário servidor técnico, Sr. Clébson Rodrigues pelo carinho, bom humor e atenção em sempre disponibilizar um lanche, água, café e biscoito nos diversos momentos desta jornada.

Aos funcionários da Clínica 2 e do Centro de Esterilização, do pessoal da limpeza e manutenção de equipamentos e seguranças do IOUFES que, com todas as dificuldades, e mesmo em períodos de greve, auxiliaram-me e ajudaram para que pudesse oferecer acolhimento e tratamento aos pacientes.

EPÍGRAFE

“Que nunca te falte um sonho pelo qual lutar, um projeto para realizar, algo para aprender, um lugar para onde ir, e alguém a quem amar!”

Vanessa Pimentel

RESUMO

Introdução: As doenças periodontais podem ser causas e consequências de doenças sistêmicas. A cirrose hepática é considerada um fator de risco para doenças periodontais e piora da qualidade de vida. Poucos trabalhos existem na literatura avaliando o impacto do alcoolismo na saúde bucal. **Objetivos:** levantar dados epidemiológicos e avaliar as condições bucais e qualidade de vida dos pacientes alcoolistas e cirróticos atendidos no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes. **Materiais e métodos:** 112 alcoolistas não cirróticos, 50 cirróticos alcoolistas e 15 cirróticos não alcoolistas foram examinados, avaliando o estado dos dentes, da condição periodontal, do uso e necessidade de prótese e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal. **Resultados:** dentes cariados foram observados em 34,82% dos alcoolistas, com média de 2,89 dentes, 30,00% dos cirróticos alcoolistas e 33,33% de cirróticos não alcoolistas. A perda dentária ocorreu em 69% de todos os pacientes avaliados, sendo observada em média 12,8 extrações. A maioria dos pacientes necessitava de próteses dentárias, mas não usavam. A condição periodontal mostrou-se elevada, demonstrando 5,1 e 5,6 sítios acometidos por nível clínico de inserção maior que 6 mm em cirróticos e alcoolistas, respectivamente. A qualidade de vida mostrou-se comprometida, semelhante aos pacientes com doenças periodontais. **Conclusão:** as condições periodontais dos pacientes alcoolistas crônicos apresentam comprometimento maior do que a população geral, semelhante aos pacientes com cirrose hepática.

Palavras-chaves: periodontite, índice CPO, alcoolismo, índice periodontal.

ABSTRACT

Introduction: Periodontal diseases may be causes and consequences of systemic diseases. Liver cirrhosis is considered a risk factor for periodontal disease and poor quality of life. There are few studies in the literature evaluating the impact of alcoholism on oral health. **Objectives:** Collect epidemiological data and evaluate oral conditions and quality of life of alcoholic and cirrhotic patients treated at the University Hospital Cassiano Antonio Moraes. **Methods:** 112 non-cirrhotic alcoholics, 50 cirrhotic alcoholics and 15 nonalcoholic cirrhotic patients were examined by assessing the state of the teeth, periodontal status, use and need of prostheses and quality of life related to oral health. **Results:** Carious teeth were observed in 34,82% of alcoholics, averaging 2,89 teeth, 30,00% of cirrhotic alcoholics and 33,33% of cirrhotic nonalcoholic. Tooth loss was 69% overall, is indicated on average 12,8 extractions. Most patients require dental prostheses, but not used. Periodontal status was high, demonstrating 5.1 and 5.6 sites affected by level of clinical attachment greater than 6,0 mm in cirrhotic patients and alcoholics, respectively. Quality of life was compromised, similar to patients with periodontal diseases. **Conclusion:** Periodontal conditions of chronic alcoholics have greater impairment than the general population, similar to patients with liver cirrhosis.

Key-words: periodontitis, DMF Index, alcoholism, periodontal index.

LISTA DE ABREVIATURAS, FÓRMULAS E SIGLAS

χ^2	Qui-quadrado
%	porcentagem ou por cento
<	menor
>	maior
\leq	menor e igual
\geq	maior e igual
\pm	mais ou menos
$\frac{1}{4}$	um quarto
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANOVA	Análise de Variância
APC	Álcool <i>per capita</i>
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CHD	Doença Cardíaca Coronária
CID	Código Internacional das Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONTRAN	Conselho Nacional de Trânsito
CPOD	dentes cariados, perdidos, obturados e extrações indicadas
DP	Doença Periodontal
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DT	<i>Delirium Tremens</i>
EUA	Estados Unidos da América
g	gramas
h	horas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUCAM	Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes
IC	intervalo de confiança
IPV	Índice de placa visível
ISG	Índice de sangramento gengival
IOUFES	Instituto de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo

JUNCO	Jornada Universitária Capixaba de Odontologia
M	metros
ml	mililitros
mm	milímetros
MS	Ministério da Saúde
n	amostra
N	População
Nº	Número
NIC	nível de inserção clínica
OHIP	Impacto da Percepção de Saúde Bucal
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>odds ratio</i>
p valor	valor de p
PAA	Pronto Atendimento Ambulatorial
PPGCO	Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica
PSB	profundidade de sondagem de bolsa
RPS	registro periodontal simplificado
RJ	Rio de Janeiro
SAA	Síndrome de Abstinência do Álcool
SB Brasil	Saúde Bucal Brasil
SS	sangramento a sondagem
SUP	Supuração
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	Organização Mundial de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mortes relacionadas ao álcool no mundo. Fonte: (OMS, 2014).	23
Figura 2 - Mortes relacionadas ao álcool por faixa etária. Fonte: (OMS, 2014).	23
Figura 3 - Total de consumo de álcool <i>per capita</i> em indivíduos com mais de 15 anos, em litros de álcool, 2010. Fonte: (OMS, 2014).	26
Figura 4 - Prevalência de doenças relacionadas ao uso de álcool por sexo, nas regiões do mundo e no mundo, 2010. Fonte: (OMS, 2014).	27
Figura 5 - Intensidade de beber entre adultos brasileiros. Fonte: (Laranjeira <i>et al.</i> , 2007).	28
Figura 6 - Frequência de consumo de álcool e faixa etária entre os brasileiros. Fonte: (Laranjeira <i>et al.</i> , 2007).	29
Figura 7 - Tipo de bebida preferida dos brasileiros de acordo com o gênero. Fonte: (Laranjeiras <i>et al.</i> , 2007).	30
Figura 8 - Frequência de beber e dirigir entre os brasileiros. Fonte: (Laranjeira <i>et al.</i> , 2007).	32
Figura 9 - Frequência de beber e ser passageiro entre os brasileiros. Fonte: (Laranjeira <i>et al.</i> , 2007).	32
Figura 10 - Períodos da Síndrome de Abstinência Alcoólica mais prováveis para o aparecimento de tremores, hiperatividade e convulsões. Fonte: (Laranjeira <i>et al.</i> , 2002).	35
Figura 11 - Exposição cirúrgica de perda óssea (seta) resultante da periodontite adjacente a um dente anterior maxilar. Fonte: (Pihlstrom, Michalowicz, Johnson, 2005).	40
Figura 12 - Divisão dos pacientes em grupos e subgrupos.....	58
Figura 13 - Grupos X OHIP	66

Figura 14 - Médias dos alcoolistas, cirróticos alcoolistas e não alcoolistas por CPOD.
.....67

Figura 15 - Médias dos cirróticos não alcoolistas, cirróticos alcoolistas e alcoolistas
por CPOD.....72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estimativas da escolaridade (em anos de estudo), segundo o grupo etário e a região	20
Tabela 2 – Uso de prótese dentária inferior, segundo o tipo de prótese, o grupo etário e a região	20
Tabela 3 – Resultados por Idade, Sexo, Escolaridade e Tabagismo	62
Tabela 4 - Resultado CPOD.....	64
Tabela 5 - Necessidade de uso de prótese	65
Tabela 6 - Uso de prótese nos subgrupos	66
Tabela 7 - Cariados, Perdidos, Obturados e Extração Indicada	68
Tabela 8 - Presença de placa bacteriana, sondagem periodontal e nível clínico de inserção.....	69
Tabela 9 - Associação entre os subgrupos e a utilização de prótese de maxila ou de mandíbula.....	69
Tabela 10 - Dados OHIP-14.....	70

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	REVISÃO DE LITERATURA	22
2.1	ALCOOLISMO.....	22
2.1.1	Histórico do Álcool.....	24
2.1.2	Álcool no Mundo.....	25
2.1.3	O Álcool no Brasil.....	28
2.1.4	Políticas de Intervenções no Uso de Álcool no Brasil	31
2.1.5	Atendimento Interdisciplinar do Alcoolismo.....	32
2.1.6	Diagnóstico do Alcoolismo	33
2.1.7	Síndrome de Abstinência do Álcool	34
2.1.8	Complicações Clínicas do Uso Abusivo de Etanol	36
2.1.9	Condutas na Saúde Pública para Apoio da População e Redução do Uso do Álcool	38
2.2	DOENÇA PERIODONTAL.....	38
2.2.1	Fatores de risco da doença periodontal.....	42
2.2.2	DOENÇA PERIODONTAL E DOENÇAS SISTÊMICAS	47
2.3	AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA E DOENÇA PERIODONTAL (OHIP-14)	51
3	OBJETIVOS	56
3.1	OBJETIVO GERAL.....	56
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	56
4	MATERIAIS E MÉTODOS	57
4.1	AMOSTRA.....	57
4.1.1	Avaliação das Condições Sócio-Demográficas e Condições Bucais	58
4.1.2	Avaliação da Percepção da Qualidade de Vida em Relação à Saúde Bucal.	59
4.1.3	Avaliação da Condição Periodontal.....	59
4.1.4	Análise Estatística	60
5	RESULTADOS	62
6	DISCUSSÃO	73
7	CONCLUSÃO	77

1 INTRODUÇÃO

A saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde como um bem-estar físico mental e social, onde é necessário um equilíbrio dinâmico entre o organismo e seu ambiente (1). A saúde da boca e dentes está interligada à saúde geral e processos sistêmicos influenciam as doenças orais, principalmente as doenças periodontais.

O uso abusivo do etanol tem efeito sobre a resposta imunitária podendo, deste modo, interferir no ecossistema bucal favorecendo a formação de placas bacterianas e por consequência cárie dentária e doença periodontal. A cirrose hepática de qualquer natureza também interfere com a resposta imunitária sistêmica, que juntamente com as alterações metabólicas decorrentes da insuficiência hepática também contribuem para alterar o ecossistema bucal, favorecendo a formação de placa dentária, cárie dentária, doença periodontal e perda de dentes.

Doença periodontal, cárie dentária, doença periodontal e perda dentária com ou sem o uso de próteses representam condições que alteram a qualidade de vida de seus portadores, podendo chegar a alterar o seu relacionamento dentro da sociedade.

Os efeitos sobre a qualidade de vida induzidos pela doença periodontal e perda dentária podem ser avaliados por uso de questionários específicos, podendo ser quantificado com criação de índices que indicam o real impacto da saúde bucal na qualidade de vida das pessoas.

Como a prevalência da cárie dentária, doença periodontal e perda dentária em alcoolistas e portadores de cirrose hepática bem como o impacto dessas doenças na qualidade de vida desses pacientes não são bem conhecidas no Brasil, planejamos a presente investigação com a finalidade de:

- 1- Verificar a prevalência de cárie dentária, doença periodontal e perda dentária em pacientes alcoolistas com ou sem cirrose e portadores de cirrose hepática de outra natureza.
- 2- Avaliar se as doenças bucais em alcoolistas com ou sem cirrose e em cirróticos de outra natureza estão na dependência do uso abusivo do etanol ou das lesões hepáticas consecutivas da cirrose.
- 3- Avaliar a percepção da qualidade de vida em um grupo de pacientes alcoolistas com e sem cirrose e em cirróticos não alcoolistas, portadores de doença periodontal e perda dentária.

Em grande parte dos países no mundo, assim como no Brasil, o alcoolismo é um grave problema de saúde pública, acometendo aproximadamente 10% da população e causando uma série de problemas que só podem ser comparados àqueles causados pelo consumo de tabaco e à prática de sexo sem proteção (2), (3). O alcoolismo pode levar o indivíduo à cirrose, que se caracteriza anatomicamente pela presença de nódulos fibrosados no fígado, causando disfunção hepática, fazendo com que haja aumento de citocinas no soro (4).

As doenças sistêmicas podem levar a doenças periodontais, com destaque para diabetes, doenças cardiovasculares, tabagismo, além do alcoolismo e também à má higiene oral (5).

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - SB Brasil 2010, foi realizada tomando por base amostral nas 26 capitais estaduais brasileiras e Distrito Federal, além de 150 municípios do interior com portes populacionais diferentes. Abrangeu 37.519 indivíduos, nas seguintes faixas etárias: 5, 12, 15 a 19, 34 a 45 e 65 a 74 anos (6).

Algumas tabelas que estão representadas a seguir com as principais doenças odontológicas, foram obtidas da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, realizada em 2010 (6), enfatizando a região:

Tabela 1 - Estimativas da escolaridade (em anos de estudo), segundo o grupo etário e a região

Região	Grupo Etário															
	12 anos				15 a 19 anos				35 a 44 anos				65 a 74 anos			
	n	Média	IC (95%)		n	Média	IC (95%)		n	Média	IC (95%)		n	Média	IC (95%)	
L.I.			L.S.	L.I.			L.S.	L.I.			L.S.	L.I.			L.S.	
Norte	1.740	5,9	5,7	6,2	1.364	8,7	8,2	9,2	2.558	8,7	8,1	9,3	1.676	4,6	3,2	6,0
Nordeste	2.029	6,2	6,0	6,4	1.430	9,2	9,0	9,4	2.429	8,9	8,5	9,2	2.239	4,9	4,5	5,3
Sudeste	1.341	6,2	6,0	6,4	912	9,3	9,0	9,6	1.594	8,3	7,7	8,9	1.266	4,6	4,1	5,2
Sul	1.001	6,1	5,8	6,3	815	9,3	9,0	9,7	1.631	9,1	8,6	9,7	1.143	4,6	4,1	5,0
Centro-Oeste	1.192	6,1	5,8	6,3	908	8,8	8,3	9,2	1.481	7,7	7,0	8,5	1.097	3,4	3,0	3,8
Brasil	7.303	6,1	6,0	6,3	5.429	9,2	9,0	9,4	9.693	8,5	8,1	8,8	7.421	4,6	4,2	4,9

Fonte: (BRASIL, 2010).

Tabela 2 – Uso de prótese dentária inferior, segundo o tipo de prótese, o grupo etário e a região

	Região	n	Uso de Prótese Inferior																	
			Não Usa			Uma Ponte Fixa			Mais de 1 PF			Prótese Parcial Removível			Prótese Fixa + Removível			Prótese Total		
			%	L.I.	L.S.	%	L.I.	L.S.	%	L.I.	L.S.	%	L.I.	L.S.	%	L.I.	L.S.	%	L.I.	L.S.
15 a 19 anos	Norte	1.344	99,3	98,3	99,8	0,7	0,2	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Nordeste	1.413	99,5	98,4	99,8	0,1	0,0	0,3	0,0	0,0	0,2	0,4	0,1	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Sudeste	903	99,2	97,9	99,7	0,8	0,3	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Sul	809	99,7	99,1	99,9	0,2	0,1	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Centro-Oeste	880	99,6	98,7	99,9	0,4	0,1	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Brasil	5.349	99,4	98,7	99,7	0,6	0,3	1,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
35 a 44 anos	Norte	2.518	88,5	85,9	90,7	0,9	0,5	1,7	0,5	0,2	1,5	6,9	5,2	9,0	0,3	0,1	0,9	2,9	1,8	4,5
	Nordeste	2.400	88,8	86,3	90,9	1,3	0,8	2,0	0,4	0,2	0,8	5,9	4,5	7,6	0,2	0,1	0,5	3,5	2,3	5,3
	Sudeste	1.585	90,9	88,8	92,6	1,8	1,0	3,4	0,3	0,1	0,8	4,9	3,9	6,2	0,4	0,2	1,0	1,7	1,0	3,1
	Sul	1.617	87,9	85,3	90,1	2,4	1,3	4,2	1,1	0,5	2,4	5,2	3,7	7,1	0,3	0,1	0,9	3,1	1,9	4,9
	Centro-Oeste	1.434	88,6	85,5	91,1	0,7	0,4	1,4	0,7	0,3	1,6	7,2	5,1	9,9	0,1	0,0	0,2	2,7	1,8	3,9
	Brasil	9.554	89,9	88,5	91,1	1,7	1,1	2,6	0,5	0,3	0,8	5,3	4,6	6,2	0,3	0,2	0,7	2,3	1,7	3,1
65 a 74 anos	Norte	1.721	55,3	48,3	62,1	0,3	0,1	0,9	0,1	0,0	0,2	10,2	6,8	15,1	0,5	0,2	1,1	33,6	29,5	37,9
	Nordeste	2.269	55,5	52,2	58,8	1,3	0,7	2,2	0,7	0,4	1,3	10,5	8,5	12,9	1,2	0,7	2,1	30,8	27,9	33,8
	Sudeste	1.277	44,5	37,7	51,6	1,5	0,6	3,7	1,0	0,4	2,6	13,6	10,6	17,3	1,3	0,5	3,4	38,0	32,4	44,0
	Sul	1.148	42,8	37,7	48,0	2,6	1,4	4,9	1,0	0,4	2,4	12,5	9,6	16,2	0,8	0,3	2,0	40,4	35,5	45,4
	Centro-Oeste	1.088	48,4	43,6	53,3	1,0	0,4	2,6	0,5	0,3	1,1	10,5	8,5	12,9	1,5	0,7	3,2	38,0	33,6	42,7
	Brasil	7.503	46,1	41,7	50,6	1,6	0,9	2,8	0,9	0,5	1,8	12,7	10,7	15,1	1,2	0,6	2,3	37,5	33,8	41,3

Fonte: (BRASIL, 2010).

A percepção de qualidade de vida, por meio do questionário Impacto do perfil de qualidade de vida (OHIP -14), é um dos principais indicadores sócio-dentais que avalia o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos. Possui amplo uso e aceitação pela comunidade científica (7). Além da ampla aceitação, é aplicado em diferentes países e culturas, buscando associações com fatores sociais, econômicos, demográficos e comportamentais (8). Além de ser um instrumento comprovado, existe a versão em português do OHIP, que já foi amplamente testada e aprovada por

apresentar boas propriedades psicométricas, compatíveis às apresentadas pela versão original (9).

Há poucos relatos na literatura que avaliam o impacto da qualidade de vida com relação à saúde da boca e dentes em pacientes alcóolicos. Os poucos trabalhos existentes não avaliam as complicações clínicas desenvolvidas pelos indivíduos avaliados, e sabemos que a cirrose hepática, complicação clínica comum no alcoolismo, é responsável por deficiências imunológicas, que favorecem infecções e podem ser causa de doenças periodontais. O objetivo deste trabalho é avaliar os aspectos epidemiológicos e a percepção da qualidade de vida em um grupo de pacientes alcóolicos e não alcóolicos, cirróticos e não cirróticos portadores de doença periodontal e perda dentária assistidos no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes - HUCAM.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ALCOOLISMO

O álcool é uma substância psicoativa que causa dependência e é amplamente utilizada em muitas culturas ao longo dos séculos. As consequências causadas pelo consumo de bebidas alcoólicas vão além de possível dependência desenvolvida no indivíduo. A dependência de álcool é uma doença crônica, recorrente, que, se não for tratada, pode ser fatal, reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1976 (10). O uso **abusivo** do álcool causa graves problemas de saúde, encargos sociais e econômicos nas sociedades (1). A dependência de álcool acomete de 10% a 12% da população mundial. Muitas situações, tais como gênero, etnia, idade, ocupação, grau de instrução e estado civil, podem se tornar fatores responsáveis ao uso **abusivo** de álcool, bem como o desenvolvimento da dependência ao álcool (2).

Fatores ambientais, desenvolvimento econômico, cultural; a disponibilidade de álcool, o nível e a eficácia das políticas públicas são fatores importantes na explicação de diferenças e tendências históricas no consumo de álcool. Devido à associação de fatores biológicos, sociológicos e psicopatológicos, o alcoolismo é considerado uma doença complexa (11).

Danos à saúde são determinados pelo volume de álcool consumido, o padrão de beber, e, em casos raros, a qualidade de álcool consumido. O uso prejudicial do álcool pode causar mais de 200 doenças, dentre elas: álcool dependência, cirrose hepática e câncer (Figura 1). São apontadas relações causais entre o uso nocivo de álcool e as doenças infecciosas, como a tuberculose e HIV/AIDS. Uma vasta gama de políticas e ações globais, regionais e nacionais está em vigor na tentativa de reduzir o uso nocivo do álcool (1).

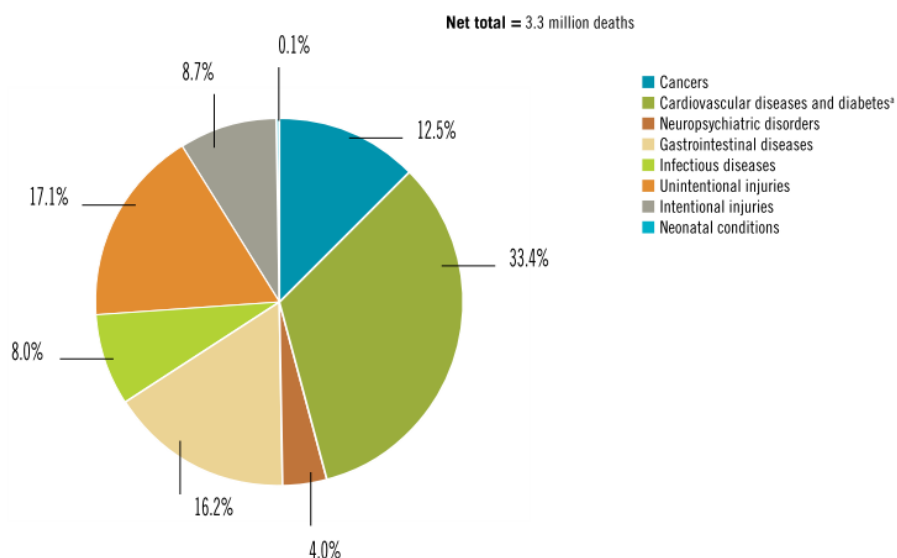


Figura 1 - Mortes relacionadas ao álcool no mundo. Fonte: (OMS, 2014).

O uso nocivo do álcool é o principal fator de risco para a morte em homens com idade entre 15-59 anos (Figura 2). A vulnerabilidade das mulheres para efeitos nocivos do álcool é um importante problema de saúde pública, pois o uso de álcool pode ter consequências sociais e de saúde graves para os recém-nascidos (1).

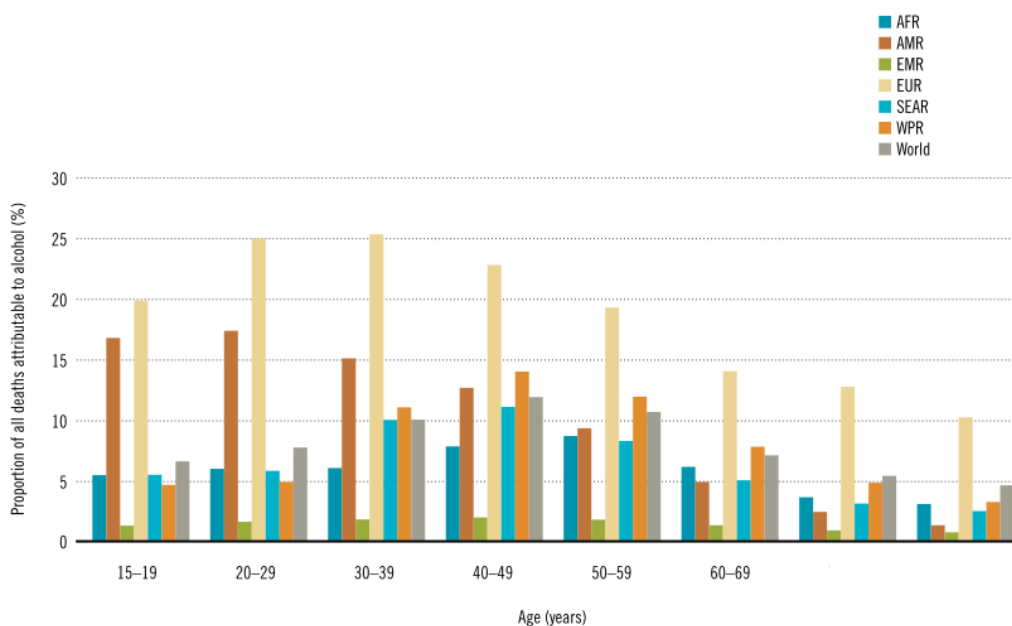


Figura 2 - Mortes relacionadas ao álcool por faixa etária. Fonte: (OMS, 2014).

Em estudo sobre a América Latina, do Banco Mundial em 2002, foi mostrado como os homens tendem a beber mais e a ter maiores prejuízos em relação ao álcool, enquanto as mulheres acabam se tornando vítimas relacionadas ao consumo desses homens (12).

A utilização do álcool é associada a celebrações, situações de negócios, cerimônias religiosas e eventos culturais. Nos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, as bebidas alcoólicas são um dos principais fatores de doença e mortalidade, suas consequências são responsáveis entre 8% e 14,9% do total de problemas de saúde dessas nações (12).

O volume excessivo do consumo de álcool num curto espaço de tempo é conhecido como “*binge drinking*”, ou “beber em *binge*” (5 doses para homens e 4 doses para mulheres, em uma só ocasião). Esse tipo de consumo é muito perigoso e responsável por uma série de problemas, físicos, sociais e mentais. Além disso, o uso abusivo de álcool pode levar a desemprego, à falta de perspectiva e a conflitos familiares. Acidentes e violência, principalmente no trânsito, merecem destaque em relação ao “beber em *binge*” (12).

Os acidentes de carro ligados à embriaguez são responsáveis, internacionalmente, pela metade e um quarto dos acidentes com vítimas fatais (12). O Código de Trânsito Brasileiro estabeleceu punições aos motoristas alcoolizados, que vão desde multas, perda de pontos na Carteira Nacional de Habilitação à reclusão. As autoridades, portanto, reconhecem o impacto do dirigir alcoolizado e, ao menos teoricamente, dispõem de instrumentos legais para prevenir e reprimir a embriaguez no trânsito brasileiro. O que esses dados mostram é que no Brasil o fenômeno do dirigir alcoolizado ou ser carona de alguém alcoolizado é muito comum.

2.1.1 Histórico do Álcool

Os padrões de produção e consumo do álcool se desenvolveram nos Impérios Europeus, durante o período da industrialização. Estas novas bebidas envolveram novos modos de produção, de distribuição e de promoção, assim

como a adoção de novos costumes. Com aguardente disponível e a melhoria do transporte, as bebidas alcoólicas tornaram-se um bem de mercado, que estava disponível em todas as estações do ano e em qualquer momento durante a semana. No século XIX, os líderes da indústria descobrem o álcool como um dos principais problemas para a subsistência industrial. Eventualmente, e com grande dificuldade, indústrias e sociedade europeia e mesmo outros lugares responsabilizam o álcool como um problema social e de saúde. Em vários países, os movimentos sociais populares para limitar o consumo de álcool e até mesmo proibir contam com a participação e força política. Na maioria destes países, depois de um século ou mais de movimentos populares e atividade política, uma nova estrutura de controle de álcool estável foi posta em prática (1).

2.1.2 Álcool no Mundo

Em 2012, cerca de 3,3 milhões de mortes, ou 5,9% de todas as mortes globais, foram atribuídas ao consumo de álcool. 7,6% das mortes entre os homens e 4,0% das mortes entre o sexo feminino foram atribuídas ao álcool. Há também a grande variação geográfica na proporção de mortes atribuíveis ao álcool (3), (1). Os problemas relacionados ao consumo do álcool só podem ser comparados àqueles causados pelo consumo do tabaco e pela prática de sexo sem proteção (2).

O uso de álcool no mundo é diferente em várias regiões. A Figura 3 mostra o consumo de álcool *per capita*, segundo a OMS:

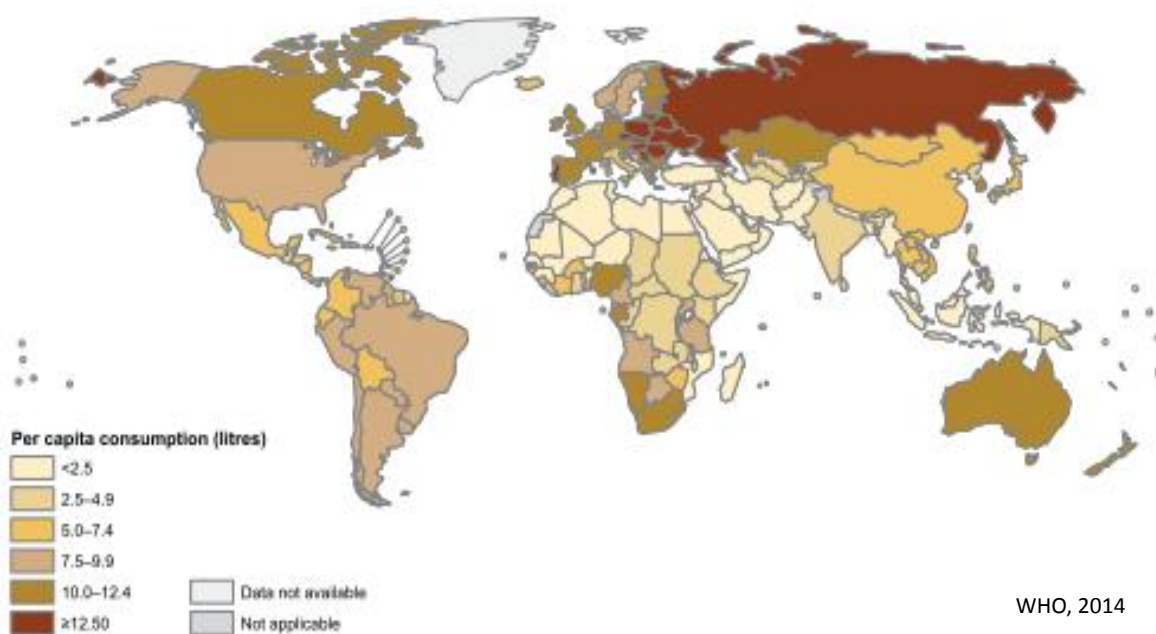


Figura 3 - Total de consumo de álcool *per capita* em indivíduos com mais de 15 anos, em litros de álcool, 2010. Fonte: (OMS, 2014).

Políticas em relação ao uso do álcool são desenvolvidas com o objetivo de reduzir o seu uso e minimizar os reflexos na sobrecarga dos gastos de saúde na população e na sociedade. Muitos países têm demonstrado interesse e compromisso na redução do uso nocivo do álcool nos últimos anos (1). Como regra geral, os países de alta renda têm o maior consumo de álcool *per capita* (APC) e a maior prevalência de beber pesado (13).

Crianças, adolescentes e idosos são geralmente mais vulneráveis a danos provocados por álcool do que outros grupos etários. Além disso, o início precoce do uso de álcool (antes de 14 anos de idade) é um preditor do estado de saúde, pois está associado a maior risco para a dependência de álcool e abuso em idades posteriores (1).

Os homens bebem mais do que as mulheres (Figura 4) e também adoecem mais. O aumento da doença entre os homens é em grande parte explicado pelo fato de que, em comparação com as mulheres, os homens bebem com maior frequência e em maiores quantidades.

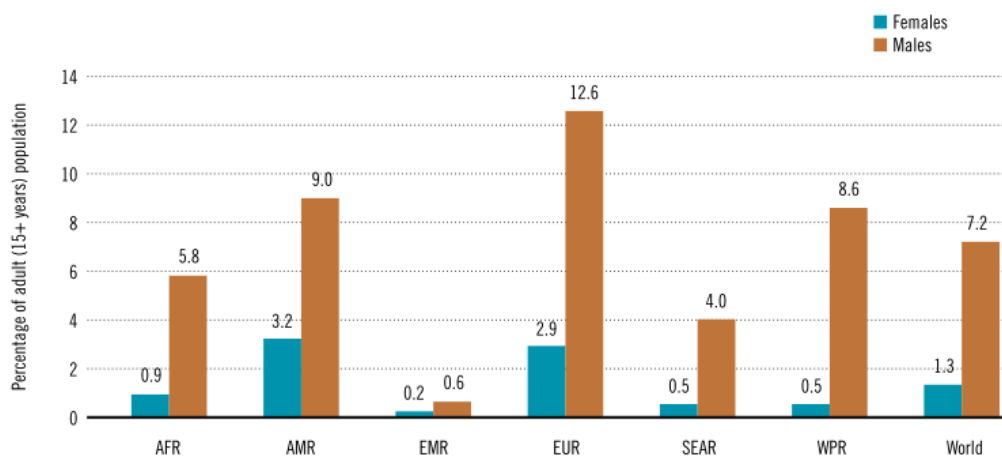


Figura 4 - Prevalência de doenças relacionadas ao uso de álcool por sexo, nas regiões do mundo e no mundo, 2010. Fonte: (OMS, 2014).

No entanto, para resultados de saúde como o câncer, doenças gastrointestinais ou doenças cardiovasculares, o mesmo nível de consumo apresenta maiores complicações entre as mulheres (14).

Fatores de risco, história familiar de transtornos por uso de álcool são considerados um fator de vulnerabilidade importante para ambos os gêneros. Fatores genéticos e ambientais são responsáveis por uma proporção substancial da variação na dependência de álcool. Vários genes influenciam o consumo de iniciação do álcool, metabolismo e propriedades de reforço de diferentes maneiras, contribuindo para o aumento da susceptibilidade a propriedades tóxicas, psicoativas e produzem dependência de álcool em alguns grupos e indivíduos vulneráveis (12).

Não se deve negligenciar o peso da propaganda na instalação da cultura e moda de consumo, principalmente entre adolescentes. A curiosidade normativa do adolescente, reforçada pelos fatores socioculturais, é o aspecto que mais influência na experimentação, no padrão e nas consequências do abuso do álcool para a saúde. A falta de políticas adequadas, o consumo familiar, a história de alcoolismo na família, independentemente da existência de

tendências genéticas, relações emocionais pobres entre seus membros, falta de limites, monitoramento e pais separados aumentam a chance da ingestão de bebidas alcoólicas e de suas complicações (10).

2.1.3 O Álcool no Brasil

Laranjeira et al. (12) realizaram um levantamento nacional sobre o modo de uso de álcool entre os brasileiros com mais de 18 anos. O uso de álcool está sumarizado na Figura 5.

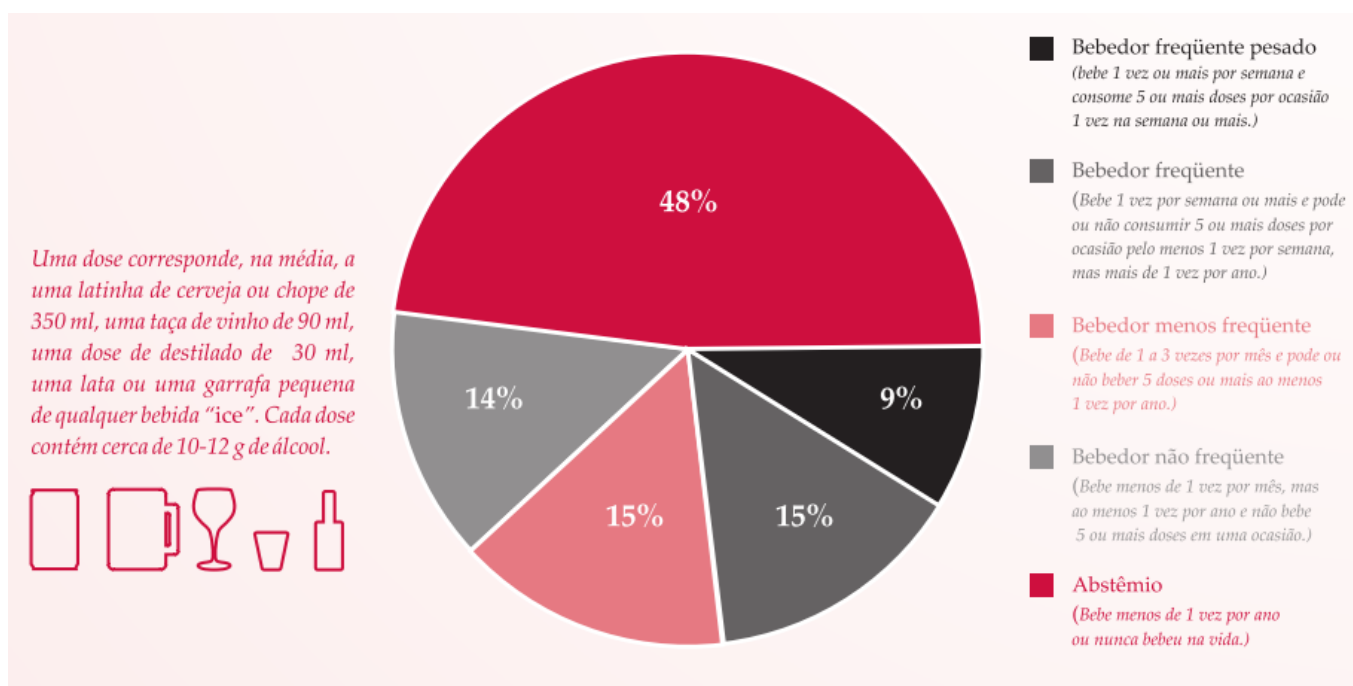


Figura 5 - Intensidade de beber entre adultos brasileiros. Fonte: (Laranjeira et al., 2007).

O Brasil em 2014 foi estimado pela OMS como possuindo 195 milhões de habitantes, deste total 75% apresentavam 15 anos de idade ou mais e moravam predominantemente em área urbana, 87%. O consumo de álcool no país vem aumentando gradativamente desde a década de 60 e acomete 11,2% dos brasileiros que vivem nas 107 maiores cidades do país. Não existem dados nacionais sobre quantas pessoas passam a ingerir bebidas alcoólicas a cada ano, no entanto os jovens estão começando a beber cada vez mais cedo.

Apenas em uma geração, o uso entre adolescentes que já era precoce, aos 15 anos de idade, passou a ocorrer aos 13 anos de idade (13).

No Brasil, o álcool é a primeira droga usada pela população. Entre os anos de 2001 e 2004, houve uma evolução de 48,3% para 54,3% de jovens consumidores de bebidas alcoólicas entre 12 e 17 anos. A taxa de dependência nessa população aumentou de 5,2 para 7,0%, sendo que as meninas bebem de forma semelhante aos meninos. O beber do jovem brasileiro é tipicamente em “binges”, ou seja, após passar a semana sem ingerir álcool, às sextas e/ou aos sábados, 18% bebem de forma intensa (13). Na Figura 6, é demonstrado o uso de álcool entre os brasileiros, de acordo com a idade.

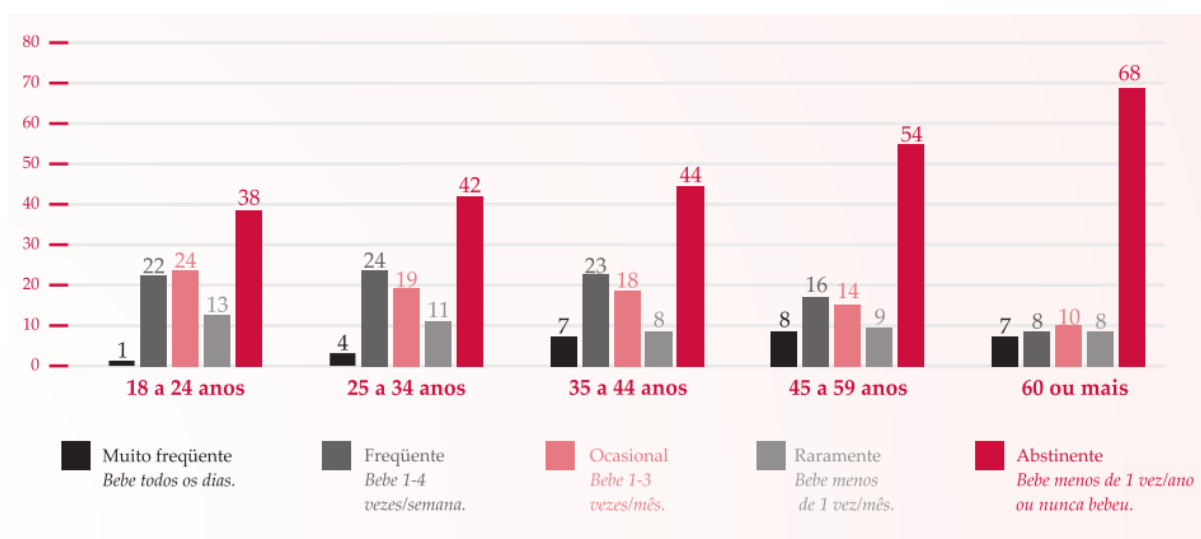


Figura 6 - Frequência de consumo de álcool e faixa etária entre os brasileiros. Fonte: (Laranjeira et al., 2007).

Na população em geral, 48% se declaram abstêmios de álcool. Já os que consomem têm consumo *per capita* elevado, o brasileiro aparece como um dos que mais consomem no mundo. 3% de beber nocivo e 9% de dependentes 12% da população (10).

A bebida preferencial do brasileiro é a cerveja e seu consumo corresponde 60% de todas as bebidas ingeridas no país, seguida das bebidas destiladas que equivalem 36%, o vinho com 4% e as demais bebidas com apenas 1%. Em relação ao consumo em litros, os homens ingerem mais bebidas do que as mulheres. Enquanto as mulheres ingerem 8,9 l de bebida alcoólica por ano, os homens ingerem 19,6 l de bebidas anualmente, dando uma média de 15,1 litros por ano de toda população (13). A Figura 7 mostra a preferência do uso de álcool pelos brasileiros.

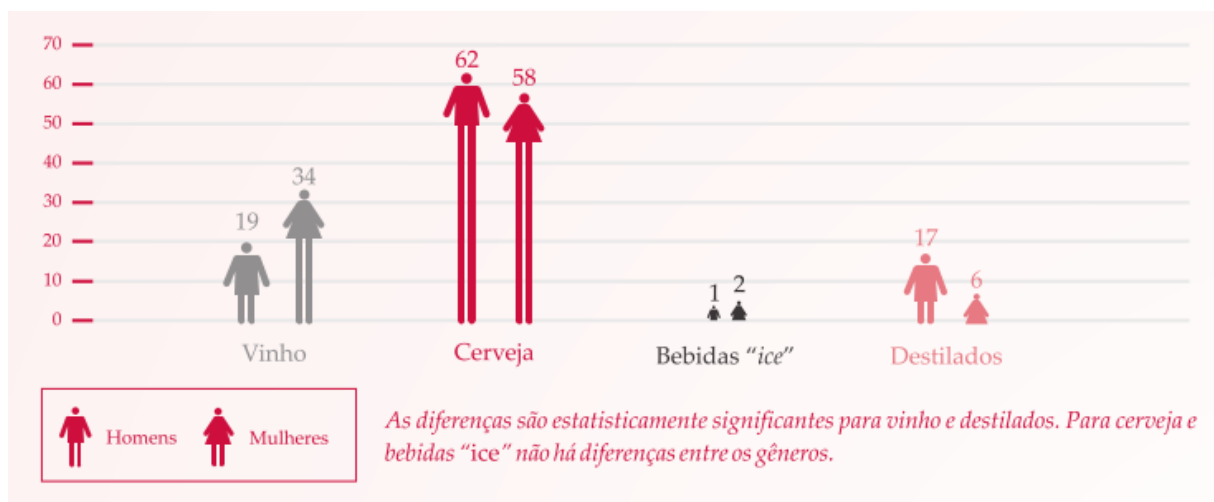


Figura 7 - Tipo de bebida preferida dos brasileiros de acordo com o gênero. Fonte: (Laranjeiras et al, 2007).

Em relação à consequência de saúde, avaliando mortalidade/morbidade, na cirrose hepática de etiologia alcoólica, os homens apresentam uma taxa de desenvolvimento da doença de 28,8%, enquanto nas mulheres é de 5,8%. Outro grande problema de saúde pública é em relação aos acidentes de trânsito: os homens se envolvem em 52,5% em acidente automobilístico enquanto essa taxa das mulheres é de 11,3% (13).

O álcool é responsável por cerca de 60% dos acidentes de trânsito e aparece em 70% dos laudos cadavéricos das mortes violentas. As bebidas alcoólicas

são consumidas por mais de 65% dos entrevistados, estando bem à frente do tabaco. Dentre esses, 50% iniciaram o uso entre os 10 e 12 anos de idade (1).

2.1.4 Políticas de Intervenções no Uso de Álcool no Brasil

Em 2003 foram elaboradas leis no que diz respeito à política de trânsito no Brasil. Em 23 de janeiro de 2013, o Conselho Nacional de Trânsito - CONTRAN publica a Resolução número 432 que dispõe sobre os procedimentos a serem adotados pelas autoridades de trânsito e seus agentes na fiscalização do consumo de álcool ou de outra substância psicoativa que determine dependência, conhecida como Tolerância Zero, pois não admite mais uso de álcool por condutores de veículos (15). Outra boa medida também relacionada ao consumo de bebidas é que todas as bebidas são taxadas com impostos altíssimos, além de ser proibido vender bebida alcoólica para menores de 18 anos. Porém, não há restrições específicas para o uso de álcool em dias, horários, locais e quantidade de pessoas envolvidas em eventos. A venda é liberada para pessoas com sinais de embriaguez em eventos específicos e em postos de combustíveis, o que é um ponto negativo. Não existe nenhuma lei que proíba patrocínio de qualquer tipo de evento por empresa de bebidas alcoólicas, o governo federal apoia ações comunitárias e existe um sistema de monitoramento nacional (13).

Apesar de as regras brasileiras serem rígidas, ainda é muito grande o desrespeito às leis. Trabalho de Laranjeira et al. (12) avaliaram o beber e dirigir, as Figura 8 e Figura 9 mostram o resultado desta pesquisa.

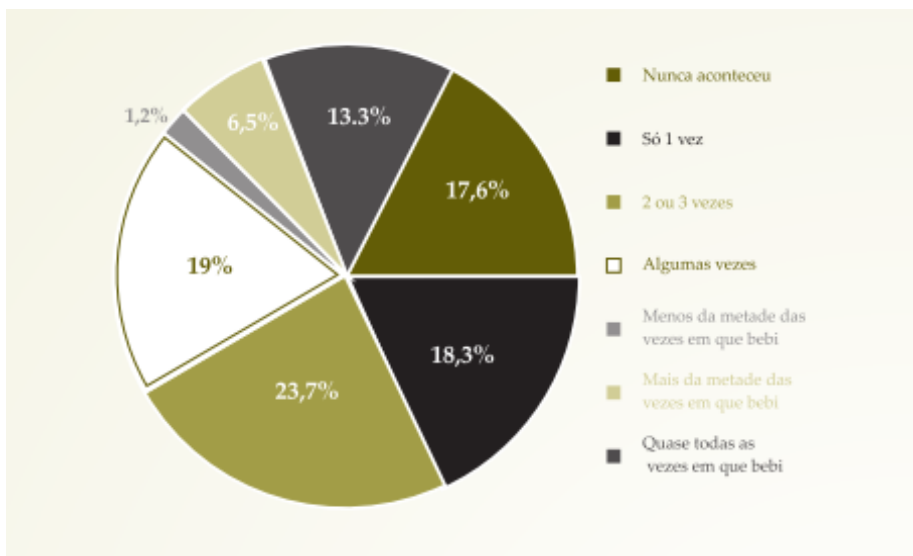


Figura 8 - Frequência de beber e dirigir entre os brasileiros. Fonte: (Laranjeira *et al.*, 2007).

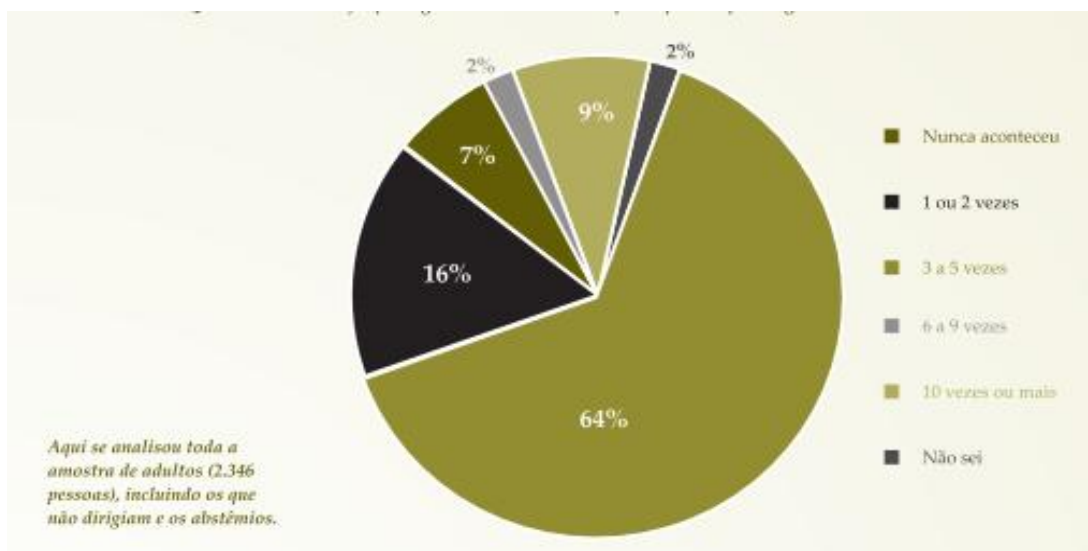


Figura 9 - Frequência de beber e ser passageiro entre os brasileiros. Fonte: (Laranjeira *et al.*, 2007).

2.1.5 Atendimento Interdisciplinar do Alcoolismo

O alcoolismo é uma doença que compromete a saúde física, emocional, familiar e social, dessa maneira deve ser preocupação de todos os profissionais de saúde, e em todos os pacientes. O diagnóstico precoce do

alcooolismo melhora o prognóstico entre esses indivíduos e o encaminhamento para um serviço de tratamento especializado deve ser recomendado (2)(16).

A experiência que tivemos no ambulatório 3 (HUCAM) foi muito positiva. Compusemos uma equipe em que havia médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, porém nunca houve presença de cirurgiões-dentistas. A receptividade dos profissionais e pacientes foi a melhor possível e podemos constatar a grande necessidade desse atendimento multidisciplinar para obter um diagnóstico do paciente como um todo. Além disso, a saúde bucal tem sido negligenciada em todos os estudos relativos a pacientes alcooolistas e a pacientes com cirrose hepática.

2.1.6 Diagnóstico do Alcoolismo

O diagnóstico de alcoolismo é definido pela Classificação Internacional das Doenças – 10ª edição revisada (CID-10, 1993) editada pela OMS (1) - que codifica as dependências as substâncias psicoativas dentro dos transtornos mentais e do comportamento, sendo o alcoolismo classificado como F-10. A Dependência ao Álcool é classificada no item F10.2, conforme definido abaixo:

F10.2 Síndrome de dependência – É um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso do álcool alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que anteriormente tinham valor. As diretrizes diagnósticas da dependência são:

- Forte desejo ou senso de compulsão de consumir álcool.
- Dificuldade de controlar o comportamento de álcool em termo de seu início, término ou níveis de consumo.
- Um estado de abstinência fisiológico quando o uso de álcool cessou ou foi reduzido, caracterizado pela síndrome de abstinência ou pelo uso novamente da droga com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência. Os sinais e sintomas mais comuns do estado de abstinência

ao álcool são: agitação, ansiedade, alteração de humor (irritabilidade, disforia), tremores, náuseas, vômitos, taquicardia, hipertensão arterial etc.

- Evidência de tolerância, necessitando de doses crescentes de álcool para alcançar os efeitos da droga.
- Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor ao uso de álcool, aumento do tempo necessário para obter ou usar a droga, ou recuperar de seus efeitos.
- Persistência do uso de álcool, a despeito de evidência clara de consequências nocivas.

2.1.7 Síndrome de Abstinência do Álcool

Pessoas que bebem de forma excessiva, quando diminuem o consumo ou se abstêm completamente, podem apresentar um conjunto de sintomas e sinais, denominado Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA). Uma série de fatores influencia o aparecimento e a evolução dessa síndrome, entre eles: a vulnerabilidade genética, o gênero, o padrão de consumo de álcool, as características individuais biológicas e psicológicas e os fatores socioculturais. Os sinais e sintomas mais comuns da SAA são: hiperatividade autonômica, agitação, ansiedade, alterações de humor (irritabilidade, disforia), insônia, tremores, náuseas, vômitos, taquicardia, hipertensão arterial, entre outros. Ocorrem complicações como: alucinações ou ilusões visuais, o *Delirium Tremens* (DT) e convulsões (2). A Figura 10 mostra o período de desenvolvimento dos sintomas da Síndrome de Abstinência Alcoólica, segundo as Diretrizes, 2002.

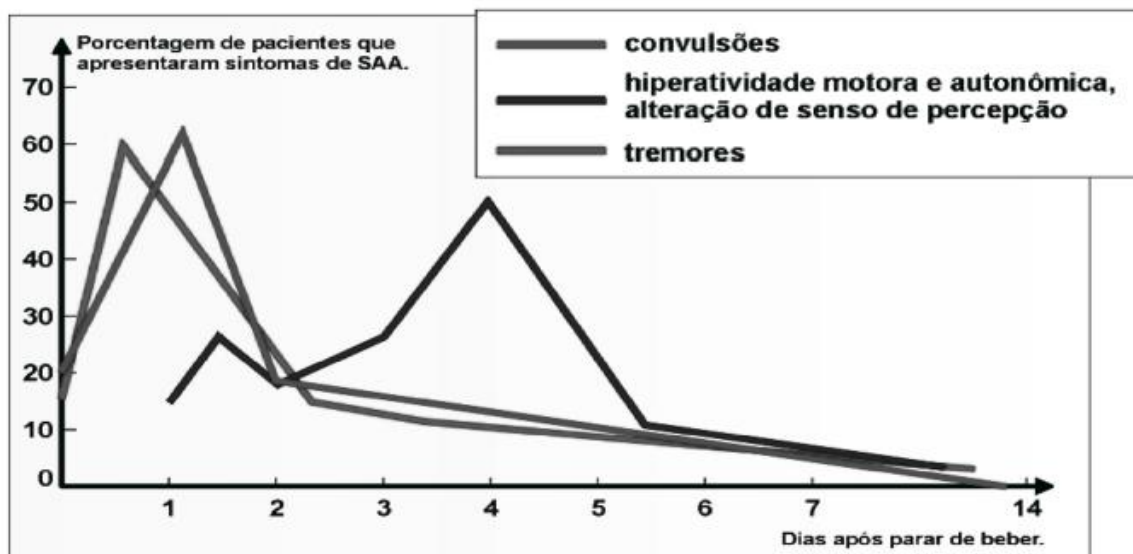


Figura 10 - Períodos da Síndrome de Abstinência Alcoólica mais prováveis para o aparecimento de tremores, hiperatividade e convulsões. Fonte: (Laranjeira *et al.*, 2002).

O Quadro 1 mostra os principais sintomas apresentados pelos pacientes com Síndrome de Abstinência ao Álcool.

Crítérios diagnósticos para síndrome de abstinência do álcool (SAA) - OMS
Estado de abstinência (F10.3)
A. Deve haver evidência clara de interrupção ou redução do uso de álcool, após uso repetido, usualmente prolongado e/ou em altas doses.
B. Três dos sinais devem estar presentes:
(1) tremores da língua, pálpebras ou das mãos quando estendidas;
(2) sudorese;
(3) náusea, ânsia de vômitos ou vômitos;
(4) taquicardia ou hipertensão;
(5) agitação psicomotora;
(6) cefaléia;
(7) insônia;
(8) mal-estar ou fraqueza;
(9) alucinações visuais, táteis ou auditivas transitórias;
(10) convulsões tipo grande mal.
Se o delírium está presente, o diagnóstico deve ser estado de abstinência alcoólica com delírium (delírium tremens) (F10.4). Sem e com convulsões (F10.40 e 41).

Quadro 1 - Critérios Diagnósticos para Síndrome de Abstinência ao Álcool. Fonte: (Laranjeira *et al.*, 2002).

O diagnóstico pelo CID-10 de uso nocivo ou dependência do álcool deve ser buscado. Levando em consideração sua complexidade, classificou-se o comprometimento do usuário em síndrome de abstinência em dois níveis: leve/moderado e grave (2,17). A cessação da ingestão crônica de álcool ou sua redução pode levar ao aparecimento de um conjunto de sinais e sintomas de desconforto definidos pela CID-10 e pelo DSM-IV como síndrome de abstinência do álcool. Entre 70% a 90% dos pacientes apresentam uma síndrome de abstinência entre leve a moderada, caracterizada por tremores, insônia, agitação e inquietação psicomotora. Ela se dá cerca de 24 a 36 horas após a última dose. Por volta de 5% dos dependentes apresentam uma síndrome de abstinência grave. O sintoma de abstinência mais comum é o tremor, acompanhado de irritabilidade, náuseas e vômitos, mais observados no período da manhã. Acompanham os tremores a hiperatividade autonômica, desenvolvendo-se taquicardia, aumento da pressão arterial, sudorese, hipotensão ortostática e febre ($< 38^{\circ}\text{C}$) (2).

2.1.8 Doenças Associadas ao Uso Abusivo de Etanol

As principais complicações clínicas do uso abusivo de etanol são:

- Fígado: esteatose hepática, hepatite alcoólica, cirrose hepática e risco para carcinoma hepatocelular.
- Pâncreas: pancreatite crônica, risco para adenocarcinoma pancreático.
- Vias aéreas superiores: risco para carcinoma epidermoide.
- Esôfago: esofagite de refluxo, risco para câncer de esôfago.
- Estômago: gastrite erosiva, risco para adenocarcinoma gástrico.
- Intestino: diarreia crônica.
- Cardiovascular: miocardiopatia dilatada alcoólica, arritmias cardíacas, hipertensão arterial, risco para insuficiência coronariana.

- Dermatológico: pelagra, risco para infecções fúngicas.
- Sistema nervoso central e periférico: síndrome de Wernike-Korsakoff, polineuropatia periférica motora e sensitiva, disfunção autonômica, síndrome cerebelar.
- Psiquiátrico: depressão, ansiedade, sintomas psicóticos (como complicações do alcoolismo). As doenças psiquiátricas também podem estar correlacionadas com o alcoolismo e serem causa de uso abusivo de etanol.
- Endocrinológico: infertilidade masculina e feminina, diminuição de hormônios masculinos e femininos, acarretando impotência sexual e alterações no ciclo menstrual.
- Síndrome alcoólica fetal.
- Infectologia: o álcool é imunodepressor e fator de risco para infecções bacterianas (pneumonia, tuberculose) e virais (hepatites B e C, HIV).

A saúde bucal é negligenciada quando se trata de pacientes alcoolistas.

Calcula-se que entre 80% e 90% dos indivíduos com dependência alcoólica também são dependentes de nicotina. Diante de uma dependência do álcool, deve-se pesquisar a dependência de nicotina, pois é frequente a associação, levando a aumento da gravidade do quadro. Homens com dependência da nicotina têm três vezes mais chance de também serem dependentes de álcool; já nas mulheres essa probabilidade é dobrada para seis vezes. O uso de álcool na gravidez pode desenvolver Desordens Fetais Relacionadas ao Álcool, assim, o profissional de saúde deve orientar abstinência durante a gravidez e a amamentação. Há prejuízos no desenvolvimento neuro-psicomotor e cognitivo decorrente do consumo de álcool durante a gestação e essas alterações da vida fetal podem persistir por toda a vida (12).

2.1.9 Conduas na Saúde Pública para Apoio da População e Redução do Uso do Álcool

- Programas de prevenção e tratamento
- Impostos sobre bebidas
- Venda de bebidas para menores
- Pontos de venda e horário de funcionamento
- Promoção e propaganda

No Levantamento realizado por Laranjeira et al. (12), a maioria da população geral adulta apoia o aumento de programas preventivos ao uso do álcool em escolas (92%), programas de tratamento para o alcoolismo (91%) e campanhas governamentais de alerta sobre os riscos do álcool (86%). Também 56% destes defendem o aumento dos impostos sobre as bebidas alcoólicas. O aumento da idade mínima de 18 anos para a venda de bebidas alcoólicas foi defendido por 55%. Já para 89% dos entrevistados, os estabelecimentos não deveriam servir bebidas alcoólicas para clientes que já estivessem bêbados. Padarias, confeitarias e mercearias, na opinião de 74%, deveriam ser proibidas de vender bebidas alcoólicas e fazer restrição do horário de venda de bebidas alcoólicas. A população brasileira está pronta para uma série de ações públicas com o objetivo de regular o mercado do álcool. Maiores controles sociais são necessários para estabelecer regras de comercialização e utilização social do álcool (12).

2.2 DOENÇA PERIODONTAL

A doença periodontal é uma doença de natureza infecciosa, associada à colonização das superfícies dos dentes por bactérias anaeróbicas Gram-negativas que induzem a uma resposta inflamatória (18). É altamente prevalente, podendo atingir até 60% da população mundial (19). Há autores

que afirmam que esta prevalência é ainda maior, chegando a acometer até 90% de todos os indivíduos (20).

Mesmo com a alta prevalência e causando impacto diretamente sobre a saúde geral dos indivíduos, a doença periodontal é considerada uma “doença silenciosa”, pois os pacientes acometidos convivem durante anos e até décadas sem nenhum ou poucos sintomas, fazendo com que não procure uma ajuda profissional. Desta forma, a doença avança frequentemente causando muitos danos e impedindo a preservação dentária (21).

As principais formas de apresentação da doença periodontal são: gengivite e periodontite. A gengivite é a forma mais branda, caracterizada por uma inflamação dos tecidos moles ao redor dos dentes e na gengiva (19), causada pelo acúmulo de biofilme bacteriano (placa dental) sobre os dentes adjacentes à gengiva, não afeta as estruturas de suporte dentárias, é de caráter reversível e pode evoluir para periodontite (20). Já a periodontite, destrói os tecidos conjuntivos dos dentes, levando a uma perda progressiva do osso alveolar, culminando na perda do elemento dentário, caso não seja tratada (19). Além de ser de caráter irreversível, é tida como a principal causa de perda de dentes em adultos.

A ausência de dentes e a não utilização de próteses acarretam uma série de problemas aos indivíduos, tanto no aspecto de saúde, quanto psicossocialmente (22).

A formação de bolsas de tecido mole ou fendas aprofundados entre a gengiva e raiz do dente, causa mobilidade, dor ocasional, desconforto e mastigação deficiente, Figura 11 (20).

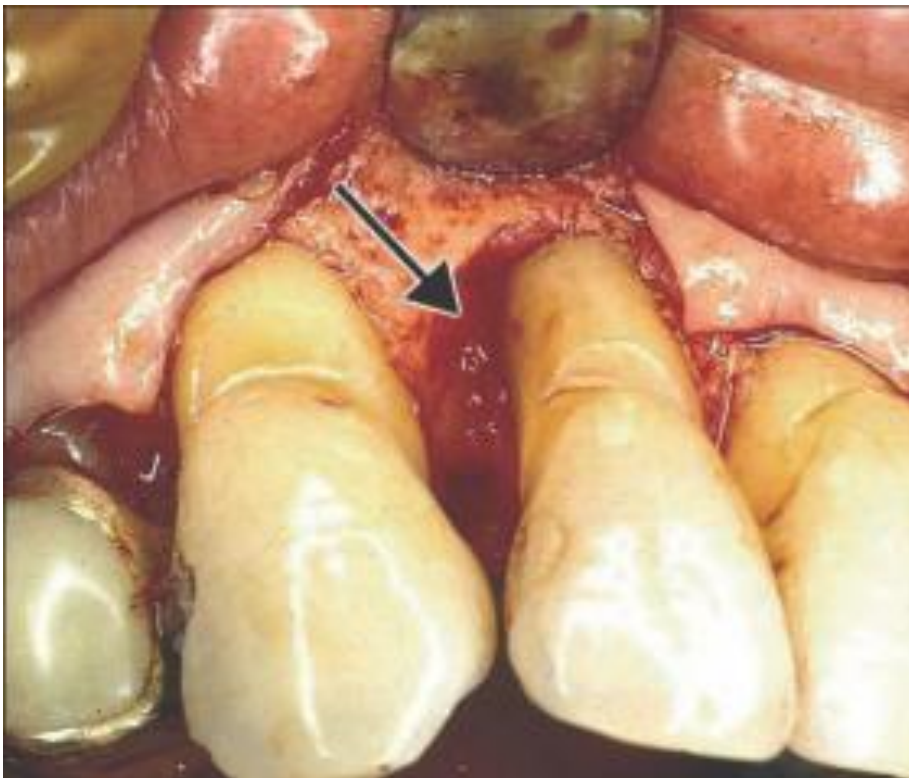


Figura 11 - Exposição cirúrgica de perda óssea (seta) resultante da periodontite adjacente a um dente anterior maxilar. Fonte: (Pihlstrom, Michalowicz, Johnson, 2005).

O diagnóstico da doença periodontal deve ser realizado com um minucioso exame clínico, mensurando profundidade de bolsa periodontal e perda de inserção clínica, através de uma sonda periodontal, associado com radiografias periapicais. Pode ser tratada com sucesso, porém há métodos preventivos capazes de impedir o acometimento da doença, como a higienização correta dos dentes com fio dental e com uma escovação eficaz, além de visitas periódicas aos cirurgiões-dentistas (19).

As pesquisas que englobam doença periodontal encontram dificuldades, principalmente, em relação ao conceito, definições e medições clínicas, devido à grande heterogeneidade (19).

Vários fatores contribuem para instalação da doença periodontal. Além de microorganismos patogênicos no biofilme, fatores genéticos e ambientais, especialmente o uso de tabaco, outros distúrbios favorecem e contribuem para

o aparecimento das doenças periodontais, como dermatológicos, hematológicos, granulomatosa, imunossupressores, e neoplásicas (20).

Em relação à progressão da periodontite, Panos e Lindhe (23) descreveram que muitos fatores de risco estão associados com o desenvolvimento ou progressão da periodontite em adultos. Os fatores de risco controláveis são: o hábito de fumar, o estresse, uma higiene oral precária, baixa frequência ao dentista. Já os fatores de risco não controláveis associados com a periodontite incluem hereditariedade, doença sistêmica e idade. A carga genética não causa a doença, porém os torna mais suscetíveis a desenvolver um estágio mais grave da patologia periodontal.

Atuando como um agente irritativo, o acúmulo de biofilme bacteriano na superfície dental desencadeia a resposta inflamatória/imunológica no tecido gengival adjacente (18,24). Esse dado foi evidenciado num estudo realizado por Løe et al. (25), onde afirmaram que indivíduos normais com alto padrão de higiene bucal não estão propensos a desenvolver a gengivite ou a doença periodontal. Neste estudo ficou demonstrado que os micro-organismos começam rapidamente a colonização das superfícies dentárias limpas, caso a limpeza mecânica dos dentes não for realizada, contribuindo para o aparecimento de sinais microscópicos e clínicos de gengivite. Porém, ao se retornar com as medidas apropriadas de higienização dentária, essas alterações inflamatórias são selecionadas ou revertidas, levando à conclusão de que os micro-organismos que formaram o biofilme dentário continham ou liberaram componentes que provocaram a gengivite.

Em outro estudo, Løe et al. (26) observaram por um período de 15 anos a progressão da doença periodontal, em plantadores de chá do Sri Lanka sem hábitos de higiene bucal. Relataram que a gengivite era uma doença generalizada onde houve uma progressão rápida da perda de inserção em 8% da população, e, 81%, uma progressão moderada. Os 11% restantes da população desenvolveu apenas gengivite, não havendo progresso da doença periodontal. Além disso, observaram que alguns indivíduos foram infectados

com diferentes micro-organismos causadores da doença, ou tinham um nível diferente de susceptibilidade à infecção.

De acordo com Page (27), Greenstein e Lamster (28) estes biofilmes patogênicos atuam como ponto de partida sobre os tecidos periodontais, estando prontos para causar doença. Portanto, para que ocorra a instalação da doença periodontal, deve-se haver a quebra da homeostase tecidual, caso contrário isso pode não ocorrer. Atualmente, o protocolo terapêutico passou a fundamentar-se na cura da infecção, valorizando as reações imunoinflamatórias do hospedeiro.

Com a perpetuação de deposição do biofilme bacteriano sobre o dente, os processos inflamatórios se acentuam e evidenciam alterações teciduais durante o desenvolvimento da doença periodontal. Posteriormente, pode-se detectar clinicamente um infiltrado de caráter linfoplasmático, com destruição dos fibroblastos e do colágeno tecidual gengival. Na sequência, há uma evolução clínica e histológica do quadro inflamatório que culmina com a contaminação do cemento radicular, presença de bolsas periodontais, reabsorção da crista óssea alveolar e destruição do ligamento periodontal, caracterizando o estágio da periodontite (29).

Williams (30) observou um extraordinário progresso no último quarto do século passado sobre o entendimento da natureza da doença periodontal. Assim sendo, pesquisadores e clínicos proporcionaram uma visão bastante diferente do que se tinha há 25 ou 30 anos em relação à doença periodontal. Na medida em que alguns mistérios da natureza foram desvendados em relação à doença periodontal, houve o surgimento de um paradigma sobre a susceptibilidade à doença, sua etiologia e patogenia.

2.2.1 Fatores de risco da doença periodontal

Os principais fatores de risco associados à doença periodontal e sua progressão são: a idade, sexo, raça, a predisposição genética, a microbiota periodontal, a situação socioeconômica, nível de escolaridade, o fumo, as

doenças sistêmicas, tais como diabetes, doenças cardiovasculares, consumo de bebidas alcoólicas, higiene oral, função cognitiva, depressão, falta de motivação e uso de medicamentos (20,31,19,32).

2.2.1.1 Micro-organismos

Assim como a superfície externa de nosso organismo e o intestino, a cavidade bucal é repleta de micro-organismos que compõem uma microflora e está em constante simbiose com o hospedeiro. Esses micro-organismos multiplicam-se na superfície dental, e já foram encontradas mais de 500 espécies (20).

Zambom et al. (33) descreveram que existe a possibilidade de haver um crescimento mais rápido de determinadas espécies bacterianas, devido ao favorecimento da dependência numérica de quimiotaxia, de fagocitose e de adesão de polimorfonucleares em pacientes que apresentam hiperglicemia. A maior parte das pesquisas indica que não há diferença entre a microbiota de periodontite em diabéticos e a verificada em não diabéticos. Dessa forma, verifica-se maior frequência no isolamento de algumas espécies, como: *Prevotella intermedia*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Capnocytophaga* e *Campylobacter rectus*, em pacientes diabéticos.

2.2.1.2 Genética

Algumas síndromes raras afetam os fagócitos, a estrutura epitelial, tecido conjuntivo e os dentes, podendo apresentar manifestações periodontais graves. As síndromes de Haim-Munk e Papillon-Lefèvre são doenças raras, recessivas autossômicas, estão associadas com início de periodontite na infância e perda precoce de dentes, tanto na dentição decídua, quanto na permanente. Outras doenças que também apresentam manifestações periodontal graves são, as doenças de Chediak-Higashi, Ehlers-Danlos (tipos 4 e 8), além das síndromes de Kindlers, e Cohen. Trabalhos realizados em gêmeos indicam que cerca de metade da variância da população em periodontite pode ser atribuída a fatores genéticos. Outras evidências apuradas

demonstram que variações genéticas ou próximo a genes de citocinas poderiam afetar a resposta sistêmica inflamatória nas pessoas com periodontite. No entanto, apesar das evidências não há provas suficientes para o uso de testes genéticos, com intuito de avaliar o risco da doença ou prever a resposta ao tratamento (20) .

Michalowicz (34) afirmou que, em se tratando de doenças periodontais, a teoria da predisposição genética ou hereditária parece ser mais plausível para a periodontite pré-puberal generalizada. Essa doença é constantemente vista em várias desordens herdadas ou de gene único e, como exemplo, pode-se citar a Síndrome de Papillon-Lefèvre e a deficiência da adesão leucocitária.

2.2.1.3 Tabaco

Pacientes fumantes são muito mais propensos do que os não-fumantes para desenvolver doença periodontal. Podem apresentar gengivite, perda do suporte de dente, e leucoplasia gengival pré-cancerosas. Além disso, o risco de doença periodontal em fumantes de longo tempo é similar ao do câncer de pulmão. O tabaco exerce um efeito negativo frente ao tratamento periodontal e em intervenções cirúrgicas orais. A associação de tabaco e álcool demonstra um pequeno, mas significativo efeito sobre a perda de suporte periodontal (20).

Desde 1994, Haber (35) mostrou uma forte associação entre a prevalência e a gravidade da doença periodontal, a perda óssea interproximal e o fumo, relatando que o fumo altera o mecanismo de quimiotaxia e fagocitose dos neutrófilos, diminui a produção de anticorpos contra patógenos periodontais, causando um decréscimo na função dos fibroblastos gengivais, alterando a síntese de colágeno, afetando a cicatrização.

Holm (36) realizou um estudo longitudinal entre fumantes. Considerou a perda dentária em 273 indivíduos num período de 10 anos. Os resultados demonstraram que os jovens que tinham por hábito fumar mais de 15 cigarros por dia tiveram o maior risco de perda dental.

Um estudo de Susin e Albandar (37) concluiu que o cálculo dentário, nível socioeconômico e tabagismo foram indicadores de risco significativos de periodontite agressiva sendo necessários programas de prevenção periodontal adequados para prevenir ou reduzir a prevalência de periodontite agressiva, após avaliar 612 indivíduos com idades entre: 14 e 29 anos.

2.2.1.4 Álcool

Tezal *et al.* (38) avaliaram 1.371 indivíduos com objetivo de relacionar o consumo de álcool e as doenças periodontais. Os indivíduos foram divididos em dois grupos: os que ingeriram cinco doses por semana e os que ingeriram 10 doses. Observaram que os indivíduos que bebiam cinco ou mais doses por semana apresentavam mais sangramento gengival e mais perda de inserção clínica do que aqueles que bebiam menos de cinco doses semanais. Esse resultado foi semelhante quando compararam os indivíduos que bebiam 10 ou mais doses àqueles que ingeriram menos de 10 doses semanais de álcool. Os pesquisadores sugeriram que o consumo de álcool está associado a um moderado crescimento na gravidade da doença periodontal.

Amaral *et al.* (39) realizaram uma revisão sistemática e avaliaram 1530 artigos sobre a relação entre o consumo de álcool, a dependência alcóolica e periodontite. De todos os artigos, apenas 16 preencheram os critérios de inclusão, desses 12 abordavam o consumo de álcool e quatro descreveram sobre dependência alcóolica. Um total de 11 artigos relataram associações positivas entre a ingestão de álcool e a periodontite. Notaram uma clara heterogeneidade entre os estudos relativos à avaliação da exposição e certificaram que variáveis como o tabagismo, idade, sexo, status sócio-econômico são válidas para relacionar a associação entre o consumo de álcool e periodontite. Os efeitos do álcool aumentam a susceptibilidade em contrair infecções, pois, biologicamente, o álcool danifica neutrófilos, macrófagos e a função das células T, aumentando o risco de infecções. Concluíram que os dados pesquisados são escassos para afirmar a relação entre a dependência de álcool e periodontite. Porém, são vastas as evidências que sugerem que o

consumo de álcool é um indicador de risco para periodontite, sendo necessário realizar mais estudos longitudinais a fim de confirmar a hipótese de que o álcool é um fator de risco para periodontite.

Gronkjaer em 2015, após relizar uma revisão sistemática, identificou vários estudos que indicaram uma incidência aumentada de doença periodontal em pacientes com cirrose hepática, medido com diversos índices periodontais distintos. A prevalência da doença periodontal foi de 25,0% a 68,75% em pacientes com cirrose e periodontite apical foi encontrado em 49% -79% dos pacientes, em 4 estudos. Um trabalho detectou que a mortalidade foi menor entre os pacientes que foram submetidos a tratamento dentário em relação aos pacientes não tratados. Esse autor concluiu que, apesar da doença periodontal ser uma realidade clínica em pacientes cirróticos, existem poucos trabalhos publicados. Observou a necessidade em realizar mais estudos a fim de confirmar o risco independente que as doenças periodontais representam para resultados adversos cirróticos, sendo de grande importância por se tratar de uma doença que pode ser evitada e tratada. No entanto, doenças dentárias e queixas têm sido ignoradas na literatura já publicada, o que torna a abordagens de gestão eficaz questionável.

2.2.1.5 HIV e AIDS

Em relação aos outros fatores patogênicos, os indivíduos infectados por HIV e portadores de AIDS apresentam menor efeito de progressão de periodontite crônica. Uma pequena parcela desses pacientes podem apresentar doenças periodontais necrosantes caracterizadas pelo acometimento de dor sangramento gengival, febre, halitose, mal-estar, além de linfadenopatia cervical. No entanto, a maioria dos pacientes acometidos por HIV/AIDS não apresentam sintomas, principalmente os que têm acesso aos programas com terapias antirretrovirais (20)

2.2.1.6 Nutrição

Deficiência nutricional grave tem-se associado à doença periodontal por longos anos. Um dos exemplos mais relatados é de deficiência de vitamina C que leva o paciente ao escorbuto resultando na diminuição do colágeno, aumento de inflamação periodontal, hemorragia e perda dentária. Contudo, extensos trabalhos epidemiológicos realizados na Europa e nos EUA não conseguiram demonstrar um efeito ativo da hipovitaminose sobre a doença periodontal. É mais comum em pacientes desnutridos e imunossuprimidos (20).

2.2.1.7 Estresse

Assim como acontece com outras doenças emocionais e psicossociais, o estresse é um fator claramente associado à doença periodontal, porém seu papel na patogenidade da doença ainda é desconhecido. Situações traumáticas podem levar à depressão ou à incapacidade de um indivíduo, aumentando o risco de se estabelecer a doença periodontal (20).

2.2.1.8 Baixa Imunidade

Situações nas quais a resposta do hospedeiro encontra-se prejudicada tornam-se oportunidades para instalação de doenças inflamatórias, incluindo a doença periodontal. Diversas doenças sistêmicas, como a leucemia, trombocitopenia e distúrbios de leucócitos podem estar associadas ao aumento e gravidade da doença periodontal. Apesar das bactérias serem necessárias para instalação da doença periodontal, é necessário um hospedeiro susceptível (20).

2.2.2 DOENÇA PERIODONTAL E DOENÇAS SISTÊMICAS

As doenças periodontais prejudicam a saúde sistêmica em pacientes suscetíveis. No entanto, (21) estas associações (entre doenças periodontais e doenças sistêmicas comuns, como diabetes, doenças respiratórias, doenças cardiovasculares, osteoporose), não estão claramente descritas. Vários

estudos foram publicados com intuito de elucidar estas correlações, porém não há uma visão completa sobre este tema desde os aspectos de definição, classificação, características clínicas, manifestações e interações de pacientes periodontais com estas doenças sistêmicas (40).

2.2.2.1 DIABETE

Indivíduos acometidos por Diabetes tipo 1 em todas as idades e adultos com Diabetes tipo 2 apresentam doença periodontal mais grave e generalizada do que pacientes sem diabetes. Embora os diabéticos compensados não apresentem maior risco de doença periodontal do que as pessoas sem diabetes, aqueles com diabetes mal controlada (que estão em risco de retinopatia, nefropatia, neuropatia, e macro- doenças vasculares) encontram-se propensos a um maior risco para periodontite e perda óssea progressiva. Esta doença está associada com feridas de difícil cicatrização, exagerada resposta de monócitos para antígenos do biofilme dental e resposta quimiotóxica prejudicada de neutrófilos, podendo aumentar a destruição do tecido local (20).

Oliver e Tervonen (41) realizaram estudo em pacientes diabéticos e relataram diversos fatores que têm sido associados às alterações periodontais, como modificação da microbiota subgengival, alteração no metabolismo do colágeno, prejuízo funcional dos neutrófilos e predisposição genética. Esses fatores, quando avaliados conjuntamente, indicam menor resistência à infecção e menor capacidade reparativa, justificando uma maior susceptibilidade em relação à doença periodontal.

Um estudo realizado em índios Pima, no Arizona, Estados Unidos, analisou a doença periodontal (DP), utilizando duas mensurações independentes para diagnóstico: verificação da perda de inserção e observação radiográfica de perda óssea. Os indivíduos com *Diabete mellitus* tiveram maior prevalência de doença periodontal, mesmo após correção por idade, quantidade de placa e outros possíveis fatores que pudessem confundir. Esse estudo indicou que o diabético é um indivíduo de risco para a DP (31).

2.2.2.2 DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

Inúmeras infecções respiratórias podem estar associadas com doença periodontal. Existem relatos de que agentes patogênicos respiratórios, potenciais causadores de pneumonia, colonizam a boca de pacientes de alto risco, internados em UTI. Acrescentando, há conclusões que indicam que a higiene buccal, seja por meio mecânico (escovação) ou por uso de soluções antissépticas, pode reduzir as taxas de infecções nos referidos pacientes (40).

2.2.2.3 DOENÇAS CARDIOVASCULARES

As doenças cardiovasculares são responsáveis por 29% de mortes em todo mundo, classificando-a como a segunda principal causa de morte, ficando atrás apenas de doenças infecciosas e parasitárias (40).

Assim como a doença periodontal, as doenças cardiovasculares são comuns, multifatoriais e geralmente crônicas. Relatos desde a década de 1980 indicam, através de estudos epidemiológicos, que a doença periodontal pode ser um fator de risco importante para doença cardíaca coronária (CHD) e acidente vascular cerebral. (40).

2.2.2.4 OSTEOPOROSE

É a doença óssea metabólica mais comum, caracterizada pelo aumento de risco de fraturas devido à diminuição da qualidade e densidade óssea. Ocorre basicamente devido ao desequilíbrio entre a formação e reabsorção óssea, resultando na perda de densidade mineral óssea em todo organismo, inclusive em maxila e mandíbula. Nesses ossos há aumento da porosidade alveolar, padrão trabecular alterado, além de reabsorção do osso alveolar mais rápida quando indivíduo for acometido por patógenos periodontais (40).

Está cada vez mais evidente que a osteoporose torna o indivíduo mais susceptível à destruição periodontal. Alguns estudos demonstram que há um aumento significativo na progressão da perda de inserção periodontal em pacientes com osteopenia. Outros estudos realizados em mulheres com perda

de inserção periodontal sugerem que o risco poderia ser atenuado pela terapia de reposição hormonal (20).

2.2.2.5 PARTO PRÉ MATURO

Alguns estudos demonstram associação entre doença periodontal materna com partos pré-maturos, pré-eclampsia e nascimento de bebês com baixo peso gestacional. Essa associação pode ser atribuída à bacteremia de tecidos periodontais ou pela ação de mediadores inflamatórios produzidos nos tecidos periodontais que poderiam entrar na circulação sistêmica, desencadeando uma cascata inflamatória no útero. Porém, não há comprovação que esses micro-organismos poderiam causar parto prematuro (20).

2.2.2.6 Cirrose

Pacientes cirróticos apresentam complicações frequentes que são as infecções bacterianas, e os focos dentários constituem uma fonte em potencial (20).

Os pacientes cirróticos, que estão à espera de um transplante de fígado, devem realizar exames detalhados a fim de identificar possíveis focos dentários, com intuito de tratá-los previamente ao transplante, e ao tratamento imunossupressor (42).

Gonkjaer (19) em 2015 realizou uma revisão sistemática com objetivo de determinar uma relação entre a doença periodontal e cirrose hepática. Apesar de a doença periodontal ser uma realidade clínica em pacientes com cirrose hepática, há poucos estudos publicados. Foram encontrados apenas 13 artigos publicados entre 1981 e 2014, fato este que impede uma conclusão clara sobre o assunto. Os resultados obtidos mostram que os pacientes com cirrose hepática apresentam uma elevada prevalência de má saúde bucal e doença periodontal.

Com a necessidade de esclarecimentos desta associação, a autora recomenda que mais estudos sejam realizados, pois a doença periodontal pode ser um fator de risco para a progressão da cirrose hepática.

2.3 AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA E DOENÇA PERIODONTAL (OHIP-14)

As doenças periodontais desempenham um importante papel no efeito que a saúde bucal exerce sobre a qualidade de vida de um indivíduo. O conceito qualidade de vida relacionado à saúde bucal consegue avaliar essas informações subjetivas, e também as expectativas dos pacientes submetidos a tratamento odontológico. Percebe-se grande influência de patologias bucais sobre a qualidade de vida dos pacientes, principalmente os portadores de próteses totais, perda de dentes, mobilidade dentária, má oclusão e cáries (21).

Nesta pesquisa, levantaram-se aspectos epidemiológicos e avaliou-se a percepção de qualidade de vida de pacientes alcoolistas sem cirrose, cirróticos alcoolistas, cirróticos não alcoolistas, portadores de doença periodontal e perda dentária. Foi utilizado como instrumento de pesquisa de percepção de qualidade de vida o OHIP-14 que possui ampla aplicabilidade e aceitação (7). É aplicado em diferentes países e culturas, buscando associações com fatores sociais, econômicos, demográficos e comportamentais (8). A seu favor também conta que a versão portuguesa do OHIP, apresenta boas propriedades psicométricas, compatíveis às apresentadas pela versão original (9).

O OHIP é composto por 49 questões em sua versão original (43). Em 1997, uma versão abreviada do OHIP foi criada, o OHIP-14. Trata-se de uma versão simplificada e reduzida ao formato original, que, por ser mais sucinto, requer menos tempo, favorecendo sua utilização principalmente em serviços de saúde (44). O questionário é composto de 14 perguntas, distribuídas em sete dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência (8).

Todas as perguntas buscam a correlação entre a condição bucal e a qualidade de vida dos indivíduos. Na dimensão limitação funcional, pergunta-se sobre dificuldade na fala e a piora de sabor na ingestão de alimentos; na dimensão

de dor, argumenta-se sensação de dor e incômodo ao ingerir alimentos; na dimensão desconforto psicológico, o entrevistado responde se há preocupação ou estresse em relação à condição bucal; em se tratando de inabilidade física, as perguntas referem-se ao prejuízo na alimentação, e se o mesmo teve de parar suas refeições; já na inabilidade psicológica, são avaliadas: dificuldade para relaxar e também o sentimento de vergonha devido à condição bucal. Na dimensão inabilidade social, são feitas as perguntas sobre irritação com terceiros e a dificuldade em realizar atividades diárias e, por fim, na dimensão incapacidade, busca-se saber se a vida da pessoa havia piorado e se a mesma sentiu-se totalmente incapaz em realizar as atividades de rotina (45).

As perguntas podem ser respondidas sobre uma Escala de Likert, de cinco escores variando de 0 (Nunca), 1 (Raramente), 2 (Às vezes), 3 (Repetidamente) e 4 (Sempre) (43). Os principais métodos de apuração são: adição, na qual somam-se todas as respostas e quanto maior o valor somado, pior é o impacto da condição relatada, ou seja, quanto maior o valor obtido, pior será o impacto da situação relatada (46). Esse método permite uma avaliação em termos de gravidade (47). No método de simples contagem, é contabilizado o número de vezes em que aparecem as respostas repetidamente e sempre, representadas pelos números 3 e 4, respectivamente (46), utilizados quando se deseja definir a extensão do problema, refletindo o número de impactos funcionais e psicossociais mais graves (47). Há ainda o método da atribuição de pesos, onde cada resposta é multiplicada pelos pesos pré-definidos e somados, obtendo um valor ponderado. No entanto, a literatura sugere não haver diferenças significantes no uso de valores não ponderados (46).

A auto-percepção na necessidade de tratamento interfere diretamente no impacto que a doença tem sobre os indivíduos, fazendo com que as disfunções, percepções, deficiências e atitudes sejam evidenciadas, servindo como suporte e estimulando os pacientes (48).

As avaliações das particularidades dos pacientes possibilitam um amplo diagnóstico do impacto das condições de saúde bucal dos indivíduos e da sociedade como um todo, o que contribui para o planejamento de estratégias de melhorias na saúde bucal de acordo com as necessidades da população (9,32).

Observou-se que há menos atenção no impacto da doença periodontal na qualidade de vida quando comparada às demais doenças da cavidade oral, sendo necessário alertar os pacientes periodontais, para que haja uma melhor compreensão dos efeitos da referida doença, a fim de mudar o ponto de vista, tornando-se importante para que se possa fazer um melhor planejamento e avaliações de intervenções de saúde pública, além de locação de recursos (48).

Batista et al. (49) realizaram estudo em 386 pacientes adultos, trabalhadores de um supermercado na região metropolitana de São Paulo. A pesquisa se deu entre junho de 2008 e agosto de 2009. A análise mostrou associação entre os resultados obtidos e as variáveis clínicas, demográficas e econômicas. O maior impacto foi observado em mulheres, que pertenciam a famílias de baixa renda e também entre os indivíduos que haviam sido consultados por dentista devido à dor presente. A maior prevalência de impacto também foi observada em pacientes que haviam perda dentária de mais de quatro elementos e necessidade de tratamento odontológico.

Jenkins e Kinane (50) realizaram um estudo com 800 pacientes dentados: 485 homens e 315 mulheres, acima de 16 anos de idade. Houve uma correlação estatisticamente significativa entre a idade dos indivíduos e a porcentagem de dentes afetados por perda óssea avançada, e uma correlação negativa significativa entre o número mínimo de dentes presentes e a idade dos pacientes.

Haffajee *et al.* (51) em um estudo realizado em Ushiku, Japão, com 271 indivíduos selecionados ao acaso, observaram que indivíduos mais velhos

manifestaram um risco maior de perda de inserção quando comparados a indivíduos mais jovens. E que pessoas acima de 59 anos têm quase quatro vezes mais chance de apresentar perda de inserção do que aquelas situadas na faixa etária entre 20 a 29 anos.

Grossi *et al.* (52,53) observaram que os fatores de risco nos afroamericanos e nos americanos caucasianos apresentaram mais indicadores relacionados à situação sócio-econômica do que a condição racial. Citando como exemplo a bactéria *Prevotella intermédia*, que foi um fator indicador de risco nos afroamericanos, mas não nos americanos caucasianos. Entretanto, quando pessoas de raças distintas pertenciam ao mesmo grupo socioeconômico, as diferenças periodontais desapareceram.

Haas *et al.* (54), acompanharam durante 5 anos pacientes em área urbana em uma região ao sul do Brasil, avaliando fatores de risco sociodemográficos e comportamentais para a perda de inserção periodontal (PAL). Dentre os fatores investigados, pode-se observar que a idade avançada, sexo masculino, baixo nível educacional e tabagismo mantêm-se como fatores de risco independentes para a progressão PAL. Tendo as mulheres tabagistas um maior impacto do que fumantes do sexo masculino. A progressão da perda de inserção periodontal não foi estatisticamente associada com a cor da pele e situação sócio-econômica, em contrapartida esse risco aumentou 53% para aqueles que estudaram ≤ 4 anos em comparação com aqueles com ensino superior.

Buset *et al.* (21), investigando a relação/influência da doença periodontal na saúde relacionada com qualidade de vida, realizaram uma revisão sistemática. Após selecionar 37 estudos, concluiu-se que há associação significativa entre as doenças bucais e periodontais relacionadas com qualidade de vida em 28 estudos, e 8 desses estudos relataram haver um impacto crescente em relação a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, com a maior extensão ou gravidade da doença. Os autores salientam que o reconhecimento destas associações foi aumentado, quando realizados em exames *full mouth*, ou seja, em toda boca.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo deste trabalho é avaliar os aspectos epidemiológicos e a percepção da qualidade de vida em pacientes alcoolistas crônicos sem cirrose, pacientes com cirrose de etiologia alcóolica, pacientes com cirrose de etiologia não alcóolica, assistidos no HUCAM.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Avaliar os dentes cariados, perdidos, obturados e com indicação de extração dos pacientes alcoolista, cirróticos alcoolistas e cirróticos não alcoolistas atendidos no HUCAM;
2. Avaliar o uso de prótese dentária ou a sua necessidade nos pacientes alcoolista, cirróticos alcoolistas e cirróticos não alcoolistas atendidos no HUCAM;
3. Avaliar a condição periodontal nos pacientes alcoolista, cirróticos alcoolistas e cirróticos não alcoolistas atendidos no HUCAM.
4. Avaliar o impacto da percepção da saúde bucal dos pacientes alcóolicos sem cirrose, cirróticos não alcóolicos e cirróticos alcoolistas por meio do OHIP-14;
5. Comparar a saúde bucal e qualidade de vida nos subgrupos de alcoolistas e de cirróticos atendidos no HUCAM.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 AMOSTRA

O presente trabalho é um estudo transversal prospectivo que avaliou cento e setenta e sete pacientes oriundos do programa de atendimento ao alcoolista do HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES da UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO (PAA/HUCAM/UFES), entre abril/2015 e novembro/2015, que atende pacientes alcoolistas com equipe interdisciplinar desde 1985. Para controle, foram avaliados alguns pacientes do ambulatório de fígado do Serviço de Gastroenterologia do HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES.

O HUCAN é referência em atendimento aos pacientes alcoolistas e cirróticos, por tratar pacientes de todos os municípios do Estado do Espírito Santo que, por sua vez, tem uma população com características demográficas semelhantes à população brasileira (55).

Os pacientes foram divididos em três grupos: pacientes alcoolistas crônicos sem cirrose, pacientes com cirrose de etiologia alcoólica e pacientes com cirrose de etiologia não alcoólica.

O alcoolismo foi definido pelo Código Internacional das Doenças (CID-10) e o diagnóstico de cirrose hepática foi baseado em anamnese, critério clínico, exames de imagem ou biópsia hepática. Os cirróticos foram classificados como não alcoolistas quando apresentavam ingestão alcoólica menor que 60 gramas/média dia para homens e 30 gramas/média dia para mulheres.

Os pacientes, após atendidos pela equipe do PAA/HUCAM/UFES, foram encaminhados ao cirurgião-dentista que explicava sobre o trabalho e solicitava a autorização. Os pacientes que se negavam a participar não chegaram a ser encaminhados, dessa maneira esse dado não foi obtido. Àqueles que se propuseram a participar, foi lido e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do projeto, de acordo com as diretrizes e normas do

Conselho Nacional de Saúde (Resolução Nº MS/CNS 466/2012), assim como a coleta de assinatura dos mesmos para que se pudesse dar início às avaliações.

Após a coleta de dados, observou-se a necessidade de subdividir os três grupos iniciais em quatro subgrupos, a seguir: alcoolistas sem cirrose, cirróticos não alcoolistas, todos os alcoolistas (alcoolistas sem cirrose, acrescidos dos cirróticos alcoolistas) e todos os cirróticos (cirróticos não alcoolistas, acrescidos de cirróticos alcoolistas). A somatória destes subgrupos é maior do que 100%, porque alguns indivíduos podem pertencer a mais de um grupo.



Figura 12 - Divisão dos pacientes em grupos e subgrupos

Em se tratando de pesquisa que envolve seres humanos, esta se iniciou após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFES/Plataforma Brasil sob o Nº CAAE - 26798414.1.0000.5060.

4.1.1 Avaliação das Condições Sócio-Demográficas e Condições Bucais

Os pacientes foram submetidos à anamnese e a exames intra-orais. Nessa anamnese, foram colhidos os seguintes dados: nome, número de registro, telefone de contato, sexo, idade, escolaridade, uso de tabaco, quantidade de cigarros consumidos por dia, consumo e abstinência de álcool. Em relação ao exame intra-oral, preencheu-se o odontograma, onde foi anotado o índice CPOD (Índice de dentes cariados, perdidos e obturados), ANEXO 1. Foi

avaliada a necessidade de próteses dentárias, além de identificar qual o tipo de prótese que utilizavam.

4.1.2 Avaliação da Percepção da Qualidade de Vida em Relação à Saúde Bucal.

Após o exame intraoral, os pacientes eram entrevistados pelo avaliador, utilizando como ferramenta o questionário OHIP-14 (ANEXO 2), que avalia a percepção de saúde bucal em relação à qualidade de vida e contempla sete dimensões do impacto a ser medido: limitação funcional, limitação física, desconforto psicológico, deficiência física, deficiência psicológica, deficiência social e prejuízo.

Todos os exames dentários e questionários foram realizados pelo mesmo cirurgião-dentista (LZR).

4.1.3 Avaliação da Condição Periodontal.

Os exames clínicos e periodontais intrabucais foram realizados por um único cirurgião-dentista, aluno de mestrado da UFES (LZR), calibrado pelos professores de Periodontia. O Coeficiente Kappa de Cohen foi utilizado para medir a variabilidade intra e interexaminador. Perfil igual ou acima de 70% representa boa aceitação do teste. Vinte e oito dentes foram aceitos como um complemento funcional. Os terceiros molares não foram incluídos.

As mensurações clínicas periodontais foram realizadas após um vigoroso jato de ar/água sobre a superfície de todos os dentes em seis sítios por dente (mésio-vestibular, vestibular, disto-vestibular, mésio-lingual/palatino, lingual/palatino e disto lingual/palatino), em todos os dentes (exceto os terceiros molares), utilizando-se sonda periodontal milimetrada Carolina do Norte (PCPUNC-BR 15, Hufriedy do Brasil, Rio de Janeiro, RJ, Brasil). Foram avaliados os seguintes parâmetros periodontais: (1) Profundidade de Bolsa (PB), aferindo-se a distância, em milímetros, entre a margem gengival livre e a porção mais apical do sulco/bolsa periodontal; (2) Sondagem do Nível de

Inserção Clínico (NIC), aferindo-se a distância, em milímetros, entre a junção cimento-esmalte e a porção mais apical do sulco/bolsa periodontal; (3) Índice de Placa Visível (IPV): presença (escore 1) ou ausência (escore 0) de placa supragengival visível; (4) Índice de Sangramento Gengival Marginal (ISG): presença (escore 1) ou ausência (escore 0) de sangramento gengival marginal, após percorrer levemente a sonda ao longo do sulco gengival; (5) Sangramento à Sondagem (SS): presença (escore 1) ou ausência (escore 0) de sangramento após 20 segundos da sondagem; (6) Supuração (SUP): presença (escore 1) ou ausência (escore 0) de supuração espontânea ou após 20 segundos da sondagem; (7) Mobilidade dentária, (8) Lesões de Furca utilizando-se sonda periodontal de Nabers, além de espelho bucal. Após os exames periodontais foi realizada deplacagem de todos os dentes com utilização da caneta de baixa rotação, taça de borracha/escova Robson e pasta profilática e realizou-se, então, o exame clínico de todos os elementos dentários com o auxílio de espelho bucal, jatos de ar e, se necessário, sonda exploradora. Nesse exame, CPOD foram avaliados o número de dentes presentes, restaurados, fraturados, destruídos e a presença de lesões de cárie (32).

4.1.4 Análise Estatística

A análise estatística teve o seu início pela caracterização da amostra. Esta foi realizada através da frequência observada, porcentagem, medidas de tendência central e de variabilidade. O teste *t* de (56) foi utilizado para verificar as diferenças entre as médias das variáveis socioclínicas dos pacientes entre os subgrupos alcoolistas x cirróticos alcoolistas e todos os cirróticos x todos os alcoolistas. Este mesmo teste também foi utilizado na comparação entre os subgrupos para os dados de CPOD.

Para verificar a relação entre os subgrupos com os dados socioclínicos e do perfil do impacto da saúde bucal (OHIP-14), sugeriu-se o teste do Qui-quadrado de Pearson (57) e quando as premissas deste não foram satisfeitas se utilizou o teste exato de Fischer (58). Este último foi requerido também para

avaliar a relação entre os pacientes com problemas no maxilar e mandíbula com o OHIP-14.

A regressão de Poisson serviu para quantificar a razão de risco de ter dentes cariados, obturados, perdidos e com extração indicada entre os subgrupos avaliados.

Para de verificar as chances de um paciente dos subgrupos não usar prótese de maxilar e prótese de mandíbula, foi necessitada a regressão logística múltipla que é a mais adequada para dados com a variável dependente nominal dicotômica (59).

As análises estatísticas foram realizadas pelo STATA versão 12 e o IBM SPSS *Statistics version 21*. O nível de significância adotado foi de 5% e intervalo de confiança de 95%. Os dados foram registrados em uma planilha no programa Excel da Microsoft, versão 2010.

Os testes realizados foram:

ANOVA de 1 via, que analisa 1 variável contínua e diversas variáveis categóricas;

Foi realizado um *Cross-table*, e aplicados os testes Qui-quadrado e T de Student, sendo necessário aplicar também o Teste de Fisher, pois algumas caselas apresentavam-se menores que 5.

5 RESULTADOS

A análise dos grupos mostrou que a maioria eram homens, principalmente na faixa etária entre 50 e 60 anos que tinham a escolaridade acima de 7 anos de estudo e a maioria eram fumantes ou ex-fumantes. Estes dados demográficos estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Resultados por Idade, Sexo, Escolaridade e Tabagismo

	Cirróticos Alcoolistas	Cirróticos Não Alcoolistas	Alcoolistas sem cirrose	Total	p
N	50	15	112	177	
(%)	(28,24)	(8,47)	(63,27)	(100)	
Sexo: n (%)					
M	45 (90)	11 (73,3)	98 (87,5)	154 (87,0)	p=0,115
F	5 (10)	4 (26,7)	14(12,5)	23 (13,0)	
Idade (anos)					
Média	54,5	59,7	50,1	52,2	p=0,096
Desvio Padrão	±9,0	±11,7	±9,5	±10,0	
Escolaridade (%)					
Analfabeto	3 (6,7)	1 (7,1)	4 (3,7)	8 (4,8)	p=0,854
De 1 a 3 anos	7 (15,6)	1 (7,1)	11 (10,2)	19 (11,4)	
De 4 a 7 anos	14 (31,1)	3 (21,4)	41 (38,0)	58 (34,7)	
8 ou mais anos	21 (46,7)	9 (64,3)	52 (48,1)	82 (49,1)	
Tabagismo (%)					
Fumante	15 (31,3)	0 (0)	63 (46,3)	78	p<0,001

Ex-fumante	22 (45,8)	8 (57,1)	26 (23,2)	(44,8)
Não fumante	11 (22,9)	6 (42,9)	23 (20,5)	56 (32,2)
				36 (23,0)

Após realizar o odontograma, CPOD e avaliação do uso ou não de próteses, observou-se que tantos os pacientes alcoolistas quanto os cirróticos apresentavam grande comprometimento da saúde bucal. Muitos pacientes tinham dentes perdidos, dentes cariados e dentes com indicação de extração.

A frequência de cárie em pacientes alcoolistas foi 39/112 (34,82%), estando cariados de 1 a 22 dentes. Os dentes perdidos acometeram 72/112 pacientes (64,28%), estando perdidos de 1 a 32 dentes. Apenas 32 pacientes tinham algum dente obturado (28,57%); e 33 pacientes tinham indicação de extração (um paciente tinha indicação de 17 extrações).

Já os pacientes cirróticos alcoolistas apresentaram frequência de cárie 15/50 (30,00%), apresentando de 1 a 11 dentes cariados. Em relação à perda dentária, 35/50 (70%) foram acometidos, tendo de 1 a 32 dentes perdidos. 13 pacientes apresentavam dentes obturados. Tinham indicação de extração dentária 14 pacientes (38,8%), com 1 a 11 dentes acometidos.

A frequência de cárie em pacientes cirróticos não alcoolistas foi 5/15 (33,33%) estando cariados de 1 a 11. Dos 15 pacientes avaliados, 10 não tinham dentes perdidos. Em relação às obturações, elas acometeram 6/15 (40%), tendo em média 11 elementos obturados. A média de extrações indicadas foi de 4,4 dentes; porém com DP muito alargado ($\pm 5,5$). Desta maneira, a mediana (2,0) representa melhor a necessidade de extrações destes pacientes.

O resultado CPOD está demonstrado na Tabela 4.

Tabela 4 - Resultado CPOD

	Cirróticos Alcoolistas	Cirróticos Não Alcoolistas	Alcoolistas Sem cirrose	Total	P
N	50	15	112	177	
(%)	(28,24)	(8,47)	(63,27)	(100)	
Dentes cariados	2,29	2,80	2,89	2,72	p=0,782
Dentes perdidos	11,66	11,61	10,40	10,9	p=0,761
Dentes obturados	1,96	3,23	1,54	1,8	p=0,226
Extrações indicadas	1,84	2,20	1,95	1,9	p=0,962

Em relação ao uso de prótese, observou-se que muitos pacientes necessitavam tanto de prótese de mandíbula, quanto de maxila, porém não usavam. Apenas um pequeno número não necessitava de prótese. A Tabela 5 demonstra os achados encontrados nos grupos de pacientes analisados.

Tabela 5 - Necessidade de uso de prótese

	Cirróticos Alcoolistas	Cirróticos Não Alcoolistas	Alcoolistas Sem Cirrose	Total	p
N	50	15	112	177	
(%)	(28,24)	(8,47)	(63,27)	(100)	
MANDÍBULA					
Precisa mas não usa	39	10	79	128	p=0,234
Prótese Total	1	2	9	12	
Prótese Parcial Provisória	0	0	0	0	
Prótese Parcial Removível	7	2	7	16	
Prótese Fixa	0	0	0	0	
Prótese sobre Implante	0	1	0	1	
Não precisa	3	2	17	22	
MAXILA					
Precisa mas não usa	25	9	66	100	p=0,335
Prótese Total	9	2	20	31	
Prótese Parcial Provisória	0	0	2	2	
Prótese Parcial Removível	6	3	8	17	
Prótese Fixa	1	1	3	5	
Prótese sobre implante	0	0	0	0	
Não precisa	9	2	13	24	

A avaliação do Impacto na qualidade através da aplicação do OHIP-14 não mostrou diferença entre os grupos. Os pacientes alcoolistas não cirróticos tiveram uma pontuação de 14,58, os cirróticos alcoolistas 15,10 e os cirróticos não alcoolistas 12,7 ($p=0,808$). A Figura 13 representa os resultados da pontuação total obtida.

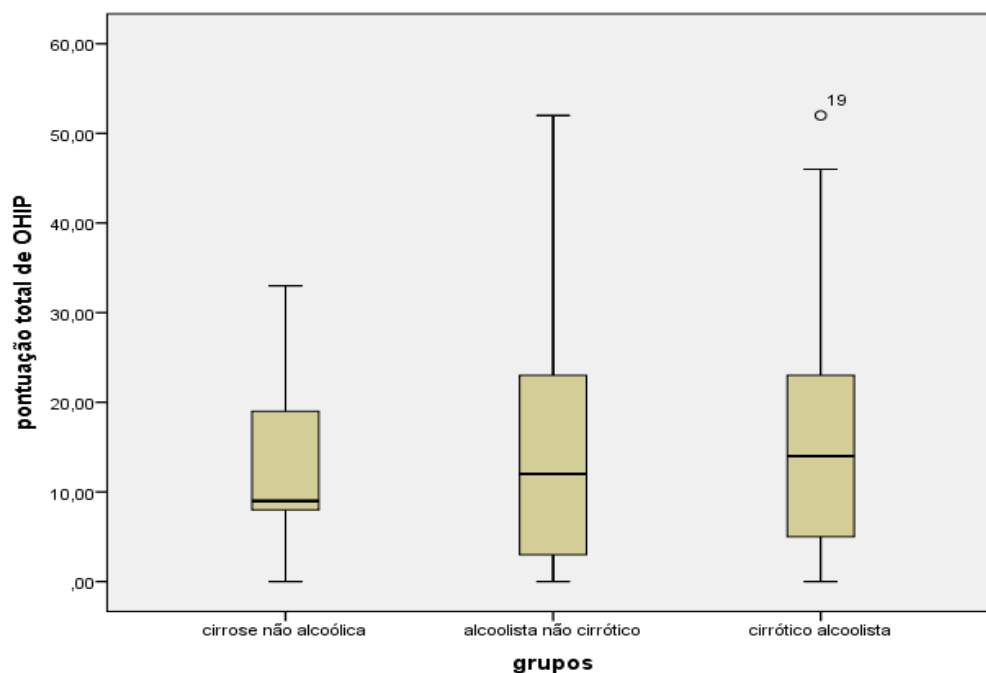


Figura 13 - Grupos X OHIP

Após esta primeira análise, realizou-se uma análise de subgrupos para a observação se as variáveis “alcoolismo” e cirrose poderiam estar interferindo nos resultados encontrados. Os dados do uso de prótese nos subgrupos estão sumarizados na Tabela 6.

Tabela 6 - Uso de prótese nos subgrupos

		Alcoolistas sem cirrose		Todos os cirróticos		Cirrose não alcoolistas		Todos os alcoolistas	
		n	%	n	%	n	%	N	%
Maxila prótese	Não usa, mas precisa	59	56.2	32	50.8	9	60.0	82	53.6
	Prótese total	20	19.0	11	17.5	2	13.3	29	19.0
	Prótese parcial provisória	2	1.9	0	0.0	0	0.0	2	1.3
	Prótese parcial removível	8	7.6	8	12.7	2	13.3	14	9.2
	Prótese fixa	3	2.9	2	3.2	1	6.7	4	2.6
	Prótese sobre o implante	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Não precisa	13	12.4	10	15.9	1	6.7	22	14.4
Mandíbula prótese	Não usa, mas precisa	72	68.6	45	71.4	8	53.3	109	71.2
	Prótese total	9	8.6	3	4.8	2	13.3	10	6.5
	Prótese parcial provisória	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Prótese parcial removível	7	6.7	9	14.3	2	13.3	14	9.2
Prótese fixa	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Prótese sobre o implante	0	0.0	1	1.6	1	6.7	0	0.0
Não precisa	17	16.2	5	7.9	2	13.3	20	13.1

Não há diferenças médias entre todos os cirróticos quando comparados a todos os alcoolistas ($p>0,05$), quando são avaliados os dentes cariados, perdidos, obturados e extrações indicadas, conforme a Figura 14.

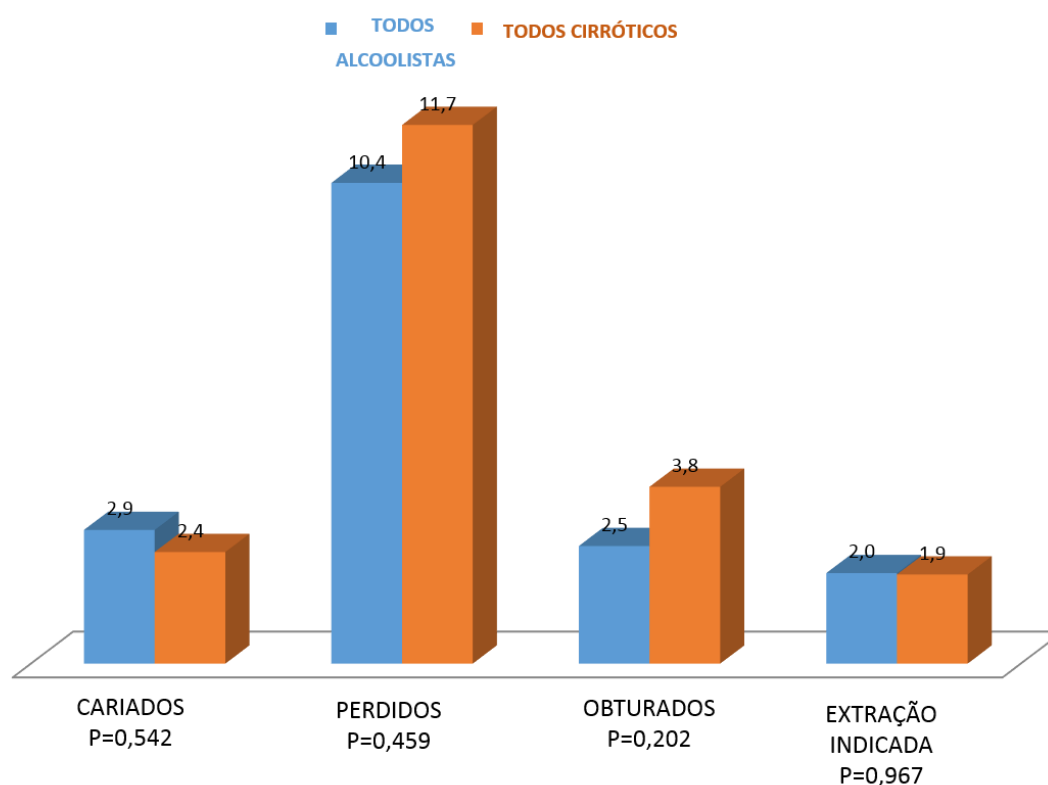


Figura 14 - Médias dos alcoolistas, cirróticos alcoolistas e não alcoolistas por CPOD.

Também não houve diferença quando foi avaliada a média das alterações do CPOD quando comparados todos os cirróticos aos cirróticos não alcoolistas ($p>0,005$).

Ao avaliar o resultado do CPOD entre todos os alcoolistas e todos os cirróticos, observou-se que o risco relativo não apresentou diferença significativa,

demonstrando que ser alcoolista ou ser cirrótico não implicou apresentar mais dentes cariados, perdidos, obturados e extrações indicadas. A tabela 5 demonstra estes resultados.

Tabela 7 - Cariados, Perdidos, Obturados e Extração Indicada

	RR	Erro Padrão Robusto	Z	Valor p	Intervalo de confiança de 95% para RR	
					Limite inferior	Limite superior
CARIADOS						
Todos os cirróticos	-0.15	0.22	-0.66	0.510	-0.59	0.29
Todos os alcoolistas	0.01	0.39	0.04	0.971	-0.76	0.78
PERDIDOS						
Todos os cirróticos	0.18	0.14	1.25	0.212	-0.10	0.45
Todos os alcoolistas	0.09	0.20	0.43	0.665	-0.31	0.49
OBTURADOS						
Todos os cirróticos	0.33	0.23	1.43	0.152	-0.12	0.79
Todos os alcoolistas	-0.38	0.26	-1.43	0.153	-0.90	0.14
EXTRAÇÃO INDICADA						
Todos os cirróticos	0.00	0.28	0.00	0.999	-0.55	0.55
Todos os alcoolistas	-0.04	0.55	-0.08	0.937	-1.12	1.03

Nota: RR - Razão de risco.

A análise dos subgrupos quanto à presença de placa bacteriana, de sondagem periodontal e nível clínico de inserção encontrou-se um elevado predomínio destas complicações odontológicas nos pacientes analisados, independente de serem alcoolistas ou cirróticos, conforme demonstrado na Tabela 8.

Tabela 8 - Presença de placa bacteriana, sondagem periodontal e nível clínico de inserção

	Alcoolistas sem cirrose				Todos os cirróticos				Cirrose não alcoolistas				Todos alcoolistas			
	Mín.	Máx	Méd	DP	Mín.	Máx	Méd	DP	Mín.	Máx	Méd	DP	Mín.	Máx	Méd	DP
IPV*	5	129	56.3	30.7	6	118	52.3	31.0	8	95	48.1	31.6	5	129	55.6	30.7
SP** (4 a 5,0mm)	1	48	12.4	11.5	2	42	11.5	11.0	5	42	17.9	12.3	1	48	11.4	11.0
SP (≥ 6,0mm)	1	27	4.8	6.0	1	12	4.3	3.4	2	12	6.0	4.1	1	27	4.3	5.4
NCI*** (4 a 5,0mm)	2	74	24.0	18.1	2	82	28.4	20.1	8	82	42.0	23.5	2	74	23.8	17.5
NCI*** (> 6,0mm)	1	28	6.5	8.0	1	16	5.1	4.4	1	16	7.1	6.3	1	28	5.6	6.7
SS	1	116	30.8	27.2	2	128	37.7	33.2	9	106	49.4	35.9	1	128	31.7	28.5

*IPV – índice de placa visível, **SP – Profundidade de sondagem, ***NCI – Nível Crítico de inserção

A associação entre a utilização de prótese de maxila e mandíbula com os subgrupos (avaliada por regressão) demonstrou não haver relação de causa e efeito entre os subgrupos e utilização de prótese de maxila e mandíbula, conforme demonstrado na Tabela 9.

Tabela 9 - Associação entre os subgrupos e a utilização de prótese de maxila ou de mandíbula

	OR	Erro Padrão Robusto	Z	Valor p	Intervalo de confiança de 95% para OR	
					Limite inferior	Limite superior
MAXILA						
Todos os alcoolistas	0.612	0.47	1.07	0.301	0.24	1.55

Todos os cirróticos	0.310	1.10	1.14	0.286	0.04	2.67
MANDÍBULA						
Todos alcoolistas	2.90	0.65	2.66	0.103	0.81	10.41
Todos os cirróticos	2.31	0.97	0.75	0.386	0.35	15.32

Nota: OR - Razão de chances.

O tabagismo apresentou uma grande frequência nos pacientes avaliados. Ao compararmos o número de cigarros utilizados por dia, observamos que todos os alcoolistas apresentaram uma média de 29,1 cigarros fumados por dia (DP=35,5), enquanto os cirróticos apresentaram média de uso de 19 cigarros por dia (DP=26,8). Não houve significância entre os dados ($p=0,336$).

Ao avaliar o questionário OHIP-14, observou-se que não houve diferença entre as várias perguntas e suas respectivas dimensões entre os subgrupos estudados. Os dados do OHIP-14 estão sumarizados na Tabela 10.

Tabela 10 - Dados OHIP-14

		Alcoolistas sem cirrose		Todos os cirróticos		Cirrose não alcóolica		Todos alcoolistas	
		N	%	n	%	n	%	n	%
problemas para falar alguma palavra	Nunca	60	68.2	37	68.5	8	72.7	89	67.9
	Raramente	13	14.8	4	7.4	2	18.2	15	11.5
	Às vezes	8	9.1	7	13.0	1	9.1	14	10.7
	Repetidamente	2	2.3	2	3.7	0	0.0	4	3.1
	Sempre	5	5.7	4	7.4	0	0.0	9	6.9
o gosto da comida tem piorado	Nunca	55	62.5	36	66.7	7	63.6	84	64.1
	Raramente	9	10.2	6	11.1	2	18.2	13	9.9
	Às vezes	11	12.5	5	9.3	2	18.2	14	10.7
	Repetidamente	2	2.3	0	0.0	0	0.0	2	1.5
	Sempre	11	12.5	7	13.0	0	0.0	18	13.7
sentiu dores	Nunca	14	15.9	13	24.1	3	27.3	24	18.3
	Raramente	33	37.5	17	31.5	2	18.2	48	36.6
	Às vezes	24	27.3	15	27.8	3	27.3	36	27.5
	Repetidamente	9	10.2	2	3.7	2	18.2	9	6.9
	Sempre	8	9.1	7	13.0	1	9.1	14	10.7
sentiu incomodado ao comer algum	Nunca	18	20.5	13	24.1	1	9.1	30	22.9
	Raramente	23	26.1	12	22.2	2	18.2	33	25.2
	Às vezes	17	19.3	6	11.1	0	0.0	23	17.6
	Repetidamente	9	10.2	5	9.3	3	27.3	11	8.4

alimento	Sempre	21	23.9	18	33.3	5	45.5	34	26.0
ficou preocupado	Nunca	14	15.9	15	27.8	3	27.3	26	19.8
	Raramente	12	13.6	7	13.0	0	0.0	19	14.5
	Às vezes	12	13.6	5	9.3	1	9.1	16	12.2
	Repetidamente	6	6.8	3	5.6	0	0.0	9	6.9
	Sempre	44	50.0	24	44.4	7	63.6	61	46.6
sentiu estressado	Nunca	32	36.4	30	55.6	7	63.6	55	42.0
	Raramente	15	17.0	4	7.4	1	9.1	18	13.7
	Às vezes	18	20.5	7	13.0	1	9.1	24	18.3
	Repetidamente	6	6.8	3	5.6	0	0.0	9	6.9
	Sempre	17	19.3	10	18.5	2	18.2	25	19.1
alimentação ficou prejudicada	Nunca	41	46.6	26	48.1	3	27.3	64	48.9
	Raramente	14	15.9	4	7.4	1	9.1	17	13.0
	Às vezes	9	10.2	8	14.8	1	9.1	16	12.2
	Repetidamente	7	8.0	5	9.3	3	27.3	9	6.9
	Sempre	17	19.3	11	20.4	3	27.3	25	19.1
que parar suas refeições	Nunca	55	62.5	34	63.0	8	72.7	81	61.8
	Raramente	17	19.3	6	11.1	2	18.2	21	16.0
	Às vezes	9	10.2	7	13.0	1	9.1	15	11.5
	Repetidamente	0	0.0	3	5.6	0	0.0	3	2.3
	Sempre	7	8.0	4	7.4	0	0.0	11	8.4
dificuldade para relaxar	Nunca	40	45.5	27	50.0	6	54.5	61	46.6
	Raramente	18	20.5	8	14.8	3	27.3	23	17.6
	Às vezes	17	19.3	9	16.7	1	9.1	25	19.1
	Repetidamente	3	3.4	3	5.6	1	9.1	5	3.8
	Sempre	10	11.4	7	13.0	0	0.0	17	13.0
sentiu envergonhado	Nunca	19	21.6	19	35.2	2	18.2	36	27.5
	Raramente	14	15.9	4	7.4	0	0.0	18	13.7
	Às vezes	15	17.0	7	13.0	1	9.1	21	16.0
	Repetidamente	5	5.7	3	5.6	1	9.1	7	5.3
	Sempre	35	39.8	21	38.9	7	63.6	49	37.4
ficou irritado com outras pessoas	Nunca	60	68.2	40	74.1	9	81.8	91	69.5
	Raramente	10	11.4	5	9.3	1	9.1	14	10.7
	Às vezes	7	8.0	5	9.3	1	9.1	11	8.4
	Repetidamente	2	2.3	1	1.9	0	0.0	3	2.3
	Sempre	9	10.2	3	5.6	0	0.0	12	9.2
dificuldade para realizar suas atividades diárias	Nunca	51	58.0	37	68.5	8	72.7	80	61.1
	Raramente	20	22.7	6	11.1	2	18.2	24	18.3
	Às vezes	10	11.4	4	7.4	1	9.1	13	9.9
	Repetidamente	2	2.3	3	5.6	0	0.0	5	3.8
	Sempre	5	5.7	4	7.4	0	0.0	9	6.9
sentiu que a vida, em geral, ficou pior	Nunca	41	46.6	23	42.6	2	18.2	62	47.3
	Raramente	12	13.6	4	7.4	0	0.0	16	12.2
	Às vezes	11	12.5	8	14.8	1	9.1	18	13.7
	Repetidamente	4	4.5	8	14.8	4	36.4	8	6.1
	Sempre	20	22.7	11	20.4	4	36.4	27	20.6
sentiu totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias	Nunca	61	69.3	39	72.2	9	81.8	91	69.5
	Raramente	11	12.5	3	5.6	0	0.0	14	10.7
	Às vezes	6	6.8	4	7.4	1	9.1	9	6.9
	Repetidamente	3	3.4	3	5.6	0	0.0	6	4.6
	Sempre	7	8.0	5	9.3	1	9.1	11	8.4

O gráfico abaixo mostra o resultado do CPOD quando comparamos o subgrupo de cirróticos não alcoólicas com o subgrupo de todos alcoólicas. Não há diferença entre os grupos.

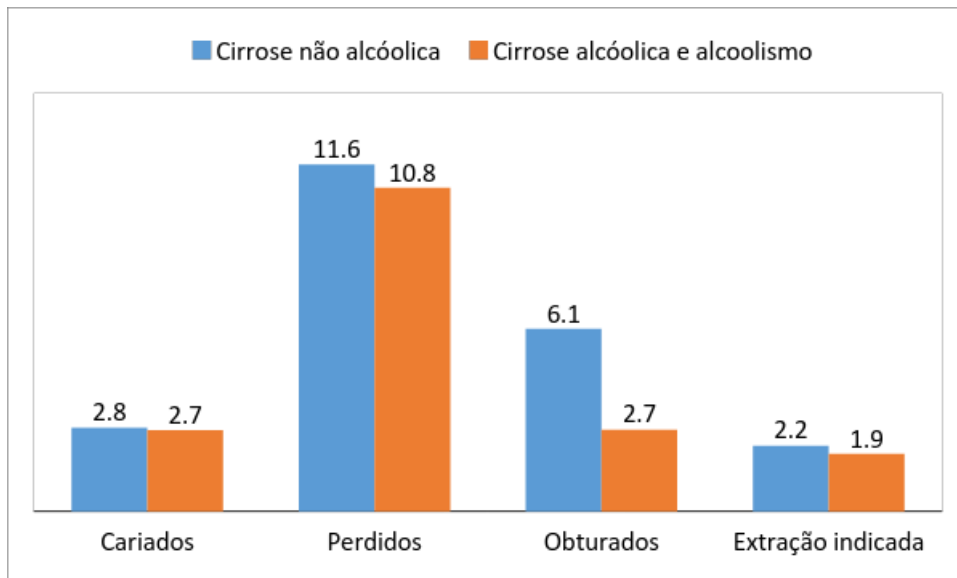


Figura 15 - Médias dos cirróticos não alcoólicas, cirróticos alcoólicas e alcoólicas por CPOD.

6 DISCUSSÃO

LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Este trabalho utilizou uma amostra de conveniência, com pacientes alcoolistas e cirróticos atendidos no PA/HUCAM/UFES e Serviço de Gastroenterologia do HUCAM. Não foi possível constituir um grupo controle pareado por sexo, idade e nível sócio econômico. Para minimizar essa limitação, observamos os dados do SB Brasil, 2010 dos pacientes de Vitória e da região Sudeste. Porém, os dados disponíveis neste levantamento referem-se à faixa etária 35 a 44 anos e 65 a 74 anos, diferente da média de idade dos pacientes avaliados neste estudo.

DADOS DEMOGRÁFICOS

A média de idade dos pacientes alcoolistas sem cirrose (50,1 anos – DP= \pm 9,5) e o gênero foram semelhantes aos dados obtidos anteriormente por pacientes atendidos no PA/HUCAM/UFES (11); estes mesmos dados nos pacientes cirróticos alcoolistas (54,5 anos e DP= \pm 9,00) e nos cirróticos não alcoolistas (59,7 anos – DP= \pm 11,) foram semelhantes ao estudo de GONCALVES et al. (55).

AValiação DO CPOD

Ao avaliar a condição bucal dos pacientes, por meio do CPOD, observamos um elevado grau de comprometimento da saúde bucal. Os dados do SB Brasil 2010, para Vitória – ES, na faixa etária entre 35 e 44 anos mostra uma média de 1,25 dentes cariados atingindo 8% da população estudada, enquanto entre 65 e 74 anos essa média caiu para 0,43 e 1,7% da população. Os dados encontrados neste trabalho demonstram que 34,82% dos pacientes alcoolistas, 30,00% dos cirróticos alcoolistas e 33,33% dos cirróticos não alcoolistas, tinham cárie. Quanto ao número de cárie também foi maior, pois todos os alcoolistas tinham em média 2,9 dentes cariados, e todos os cirróticos apresentavam 2,4 dentes cariados, em média.

Os mesmos dados do SB Brasil 2010 para cidade de Vitória demonstram que 27,2% da população entre 35 e 44 anos apresentam perdas dentárias, com média de 4,23 dentes perdidos e a população de 65 a 74 anos, 79% apresentam perdas dentárias em média 19,95 dentes. Quanto aos pacientes observados no nosso trabalho, o número de perdas dentárias para alcoolistas foi em média 12,5 elementos por paciente. Para os pacientes cirróticos essa média foi de 15,0 e os cirróticos não alcoolistas tinham 13,7 em média de dentes perdidos. Além disso, esses pacientes tinham indicação de várias extrações dentárias. Não é possível, através dos dados do SB Brasil que não contempla a faixa etária de nossos pacientes, saber se esses dados são o esperado ou não.

AVALIAÇÃO DE USO DE PRÓTESE DENTÁRIA

Quanto ao uso de prótese os dados mais relevantes demonstrados neste trabalho foi um grande número de pacientes que precisam de prótese, mas não usam. A ausência de dentes e a não utilização de próteses acarretam uma série de problemas aos indivíduos, tanto no aspecto de saúde, quanto psicossocialmente. A reposição de dentes perdidos restaura as funções, a saúde e estética. Funcionalmente há melhora na fala e mastigação, o que acarreta na melhoria da saúde, pois o paciente quando otimiza a mastigação, consegue exercer uma melhor trituração dos alimentos, tornando a digestão mais eficiente. Além dos fatores citados, poderá ocorrer uma melhoria em relação ao estado psicossocial do paciente, pois este provavelmente aumentará sua autoestima, terá maior segurança para se expor, elevando sua confiança, credibilidade e possivelmente uma melhor qualidade de vida, conforme o trabalho realizado por GERRITSEN et al., (22).

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO PERIODONTAL

Os periodontogramas realizados nos pacientes demonstram grande comprometimento de pacientes com gengivites e periodontites. Não foi possível relacionar aos dados populacionais obtidos pelo S.B.Brasil devido à diferença

de metodologia aplicada (SB Brasil utilizou Índice Periodontal Comunitário – CPI).

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

A pontuação do OHIP-14 no nosso trabalho (pacientes alcoolistas não cirróticos = 14,58 pontos, os cirróticos alcoolistas =15,10 e cirróticos não alcoolistas =12,7), foi semelhante ao trabalho de Alessio, Rosa, Zanatta, (32) em 2012, no qual os pacientes com periodontite tinham comprometimento da qualidade de vida com uma pontuação média de 13,2 pontos.

COMPARAÇÃO ENTRE OS PACIENTES ALCOOLISTAS E CIRRÓTICOS.

A literatura mundial demonstra claramente comprometimento periodontal relacionado a várias doenças sistêmicas. Sendo a Cirrose hepática descrita em vários trabalhos como fator de risco (40). Na literatura, poucas informações existem sobre o alcoolismo como fator de risco para doença periodontal. Este trabalho não pôde avaliar essas duas variáveis como fator de risco, porque não havia um grupo controle adequado. Ao analisar a saúde bucal e a qualidade de vida dos grupos “todos os alcoolistas” e “todos os cirróticos”, não foi possível mostrar diferença. Dessa maneira, pode-se inferir que os alcoolistas mesmo sem comprometimento hepático, apresentam risco aumentado de doenças orais e piora da qualidade de vida. É necessário trabalho com grupo controle pareado para elucidar este questionamento.

REABILITAÇÃO ORAL

A reabilitação da saúde bucal de pacientes com perdas dentárias importantes, periodontites, gengivites e cáries modifica a qualidade de vida e melhora a saúde sistêmica. Os pacientes atendidos para este trabalho foram encaminhados a tratamento odontológico, realizando-se profilaxias, raspagens, intrução de higiene oral, extrações, tratamento endodôntico e demais orientações a respeito de saúde bucal. São necessários novos trabalhos para

avaliar a mudança na saúde e o impacto na qualidade de vida desses pacientes.

7 CONCLUSÃO

Este trabalho demonstra que a saúde bucal dos pacientes alcoolistas e dos pacientes cirróticos apresentam comprometimento importante e necessitam de atenção especial dos profissionais de saúde.

A avaliação dos dentes mostra que cerca de 1/3 dos pacientes tem dentes cariados, e este dado é maior do que esperado na população. As perdas dentárias são elevadas e ainda existem dentes com necessidade de extração.

Os pacientes alcoolistas e cirróticos necessitam, porém não usam prótese dentária, em sua maioria.

As condições periodontais dos pacientes alcoolistas e cirróticos mostram elevado índice de bolsa periodontal, sangramento à sondagem e presença de biofilme (placa bacteriana).

A qualidade de vida em relação à saúde bucal avaliada pelo OHIP-14, demonstra semelhante à pontuação descrita na literatura de pacientes com doença periodontal, sem diferenças entre cirróticos e alcoolistas.

Não há diferença do comprometimento dentário entre alcoolistas e cirróticos.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Global status report on alcohol [Internet]. 2014. p. 1–392. Disponível a partir de: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf
2. Laranjeira R, Alves AM, Baltieri D, Bernardo W, Castro L, Karniol I, et al. Projeto Diretrizes Abuso Tratamento e Dependência da Fase do Álcool Aguda do Acidente Vascular Cerebral Projeto Diretrizes. Assoc Bras Psiquiatr. 2002;1–20.
3. Zago-Gomes M da P. Diferenças no desempenho das funções frontais nos subtipos de alcoolismo , de acordo com a Tipologia de Lesch. 2008.
4. Raghava KV, Shivananda H, Mundinamane D, Boloor V, Thomas B. Evaluation of periodontal status in alcoholic liver cirrhosis patients: a comparative study. J Contemp Dent Pract [Internet]. 2013;14(2):179–82. Disponível a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23811642>
5. National Center for Health Statistics UPHS. Basic data on dental examination findings of persons 1-75 years; United States, 1971-74. DHEW Publication No. (PHS) 79-1662, Series 11, No. 214. Washington, DC; 1979.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais [Internet]. 2012. 116 p. Disponível a partir de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf
7. Reisine ST. Theoretical considerations in formulating sociodental indicators. Soc Sci Med A. 1981;15(6):745–50.

8. Gabardo MCL, Moysés ST, Moysés SJ. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. Rev Panam Salud Pública. 2013;33(76):439–45.
9. Santana T, Costa F, Zenóbio E, Soares R. Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados. Cad Saúde Pública. 2007;23(3):637–44.
10. Campana A, Zaleski M, Zago-Gomes M, Ramos S, Marques A, Ribeiro M, et al. Projeto Diretrizes: Abuso e Dependência de Álcool. Assoc Bras Psiquiatr. 2012;1–36.
11. Zago-Gomes MDP, Nakamura-Palacios EM. Cognitive components of frontal lobe function in alcoholics classified according to Lesch's typology. Alcohol Alcohol [Internet]. 2009;44(5):449–57. Disponível a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19666906>
12. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. I Levantamento Nacional Sobre Os Padrões De Consumo De Álcool. Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. 2007. 76 p.
13. World Health Organization. WHO Regions Country Profiles. 2014;1–202.
14. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. World Heal Organ [Internet]. 2014;1–100. Disponível a partir de: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf
15. CNT. Resolução nº 432/2013. 2013;
16. Diretrizes P. Projeto Diretrizes Abuso Tratamento e Dependência da Fase do Álcool Aguda do Acidente Vascular Cerebral Projeto Diretrizes. 2002;1–20.

17. Laranjeira R, Nicastrí S, Jerônimo C, Marques AC. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(2):62–71.
18. Offenbacher S, Katz V, Fertik G, Collins J, Boyd D, Maynor G, et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. *J Periodontol.* UNITED STATES; 1996 Oct;67(10 Suppl):1103–13.
19. GrønkJær LL. Periodontal disease and liver cirrhosis: A systematic review. *SAGE Open Med.* 2015;3:1–11.
20. Pihlstrom BL, Michalowicz BS, Johnson NW. Periodontal Diseases. Disponível a partir de : www.thelancet.com. 2005;366:1809–20.
21. Buset S, Walter C, Friedmann A, Weiger R, Borgnakke WS, Zitzmann NU. Are periodontal diseases really silent? A systematic review of their effect on quality of life. *J Clin Periodontol* [Internet]. 2016;n/a – n/a. Disponível a partir de: <http://doi.wiley.com/10.1111/jcpe.12517>
22. Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NH. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Heal Qual Life Outcomes.* 2010;8:126.
23. Panos N, Lindhe J. Epidemiologia da doença periodontal. In: Lindhe J, editor. *Tratado de perodontia clínica e implantologia oral*. 3rd ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1999. p. 43–62.
24. Page RC. The role of inflammatory mediators in the pathogenesis of periodontal disease. *J Periodontal Res.* DENMARK; 1991 May;26(3 Pt 2):230–42.
25. Löe H, Theilade E, Jensen SB. EXPERIMENTAL GINGIVITIS IN MAN. *J Periodontol.* UNITED STATES; 1965;36:177–87.
26. Löe H, Anerud A, Boysen H, Morrison E. Natural history of periodontal

- disease in man. Rapid, moderate and no loss of attachment in Sri Lankan laborers 14 to 46 years of age. *J Clin Periodontol.* DENMARK; 1986 May;13(5):431–45.
27. Page RC. The pathobiology of periodontal diseases may affect systemic diseases: inversion of a paradigm. *Ann Periodontol.* UNITED STATES; 1998 Jul;3(1):108–20.
 28. Greenstein G, Lamster I. Changing periodontal paradigms: therapeutic implications. *Int J Periodontics Restorative Dent.* United States; 2000 Aug;20(4):336–57.
 29. Kinane DF, Lindhe J. Patogênese da periodontite. In: Lindhe J, editor. *Tratado de periodontia clínica e implantologia oral.* 3rd ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1999. p. 127–50.
 30. Williams RC. Periodontal disease: the emergence of a new paradigm. *Compend Contin Educ Dent.* United States; 2001;22(2 Spec No):3–6.
 31. Genco RJ. Current view of risk factors for periodontal diseases. *J Periodontol* [Internet]. 1996;67(10 Suppl):1041–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8910821>
 32. Alessio LM, Rosa JL da, Zanatta FB. Avaliação do impacto da doença periodontal na qualidade de vida por meio do ohip14. *Rev da Soc Bras Fonoaudiol.* 2012;6(2):181.
 33. Zambon JJ, Reynolds H, Fisher JG, Shlossman M, Dunford R, Genco RJ. Microbiological and immunological studies of adult periodontitis in patients with noninsulin-dependent diabetes mellitus. *J Periodontol.* UNITED STATES; 1988 Jan;59(1):23–31.
 34. Michalowicz BS. Genetic and heritable risk factors in periodontal disease. *J Periodontol.* UNITED STATES; 1994 May;65(5 Suppl):479–88.

35. Haber J. Cigarette smoking: a major risk factor for periodontitis. *Compendium. UNITED STATES*; 1994 Aug;15(8):1002, 1004–8 passim; quiz 1014.
36. Holm G. Smoking as an additional risk for tooth loss. *J Periodontol. UNITED STATES*; 1994 Nov;65(11):996–1001.
37. Susin C, Albandar JM. Aggressive Periodontitis in an Urban Population in Southern Brazil. *J Periodontol.* 2005;76(3):468–75.
38. Tezal M, Grossi SG, Ho a W, Genco RJ. The effect of alcohol consumption on periodontal disease. *J Periodontol.* 2001;72(2):183–9.
39. Amaral C da S, Vettore M, Leao A. The relationship between periodontitis and alcohol use is not clear. *J Evid Based Dent Pract [Internet]. Elsevier Inc.*; 2010;10(4):225–7. Disponível a partir de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jebdp.2010.09.008>
40. Kuo LC, Polson AM, Kang T. Associations between periodontal diseases and systemic diseases: A review of the inter-relationships and interactions with diabetes, respiratory diseases, cardiovascular diseases and osteoporosis. *Public Health.* 2008;122(4):417–33.
41. Oliver RC, Tervonen T. Diabetes--a risk factor for periodontitis in adults? *J Periodontol. UNITED STATES*; 1994 May;65(5 Suppl):530–8.
42. Novacek G, Plachetzky U, Pötzi R, Lentner S, Slavicek R, Gangl a, et al. Dental and periodontal disease in patients with cirrhosis--role of etiology of liver disease. [Internet]. *Journal of hepatology.* 1995 [cited 2015 Apr 13]. p. 576–82. Disponível a partir de: http://ac.els-cdn.com.ez43.periodicos.capes.gov.br/0168827895804536/1-s2.0-0168827895804536-main.pdf?_tid=c5875ff0-e217-11e4-9a93-00000aacb360&acdnat=1428955425_28661fdc5c6a84e9da972582886fe0
43. Slade G, Spencer A. Development and evaluation of the Oral Health

- Impact Profile. *Community Dent Health*. 1994;11:3–11.
44. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997;25(4):284–90.
 45. Silva MES e, Villaça EL, Magalhães CS de, Ferreira EFE. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Cien Saude Colet*. 2010;15(3):841–50.
 46. Allen PF, Locker D. Do item weights matter? An assessment using the oral health impact profile. 1997. p. 133–8.
 47. Slade GD, Nuttall N, Sanders a E, Steele JG, Allen PF, Lahti S. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. *Br Dent J*. 2005;198(8):489–93; discussion 483.
 48. Batista ALHM, Vilas Boas M, Barbosa M. Autopercepção relacionada à doença periodontal. *Perionews*: 2012; 6(6):582–7.
 49. Batista MJ, Perianes LBR, Hilgert JB, Hugo FN, Sousa MDLR De. The impacts of oral health on quality of life in working adults. *Braz Oral Res* [Internet]. 2014;28(1):1–6. Disponível a partir de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242014000100249&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 50. Jenkins WM, Kinane DF. The “high risk” group in periodontitis. *Br Dent J*. ENGLAND; 1989 Sep;167(5):168–71.
 51. Haffajee AD, Socransky SS, Lindhe J, Kent RL, Okamoto H, Yoneyama T. Clinical risk indicators for periodontal attachment loss. *J Clin Periodontol*. DENMARK; 1991 Feb;18(2):117–25.
 52. Grossi SG, Zambon JJ, Ho AW, Koch G, Dunford RG, Machtei EE, et al. Assessment of risk for periodontal disease. I. Risk indicators for attachment loss. *J Periodontol*. UNITED STATES; 1994 Mar;65(3):260–7.

53. Grossi SG, Genco RJ, Machtei EE, Ho AW, Koch G, Dunford R, et al. Assessment of risk for periodontal disease. II. Risk indicators for alveolar bone loss. *J Periodontol*. UNITED STATES; 1995 Jan;66(1):23–9.
54. Haas AN, Wagner MC, Oppermann RV, Rösing CK, Albandar JM, Susin C. Risk factors for the progression of periodontal attachment loss: A 5-year population-based study in South Brazil. *J Clin Periodontol*. 2014;41(3):215–23.
55. Goncalves PL, Zago-Gomes Mda P, Marques CC, Mendonca AT, Goncalves CS, Pereira FEL, et al. Etiology of liver cirrhosis in Brazil: chronic alcoholism and hepatitis viruses in liver cirrhosis diagnosed in the state of Espirito Santo. *Clin (Sao Paulo)* [Internet]. 2013;68(3):291–5. Disponível a partir de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322013000300003 \n <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3611744/?tool=pubmed> \n http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1807-59322
56. Student. The Probable Error of a Mean. *Biometrika*. 1908;6(1):1–25.
57. PEARSON K. On the criterion that a given system of deviation from the possible in the case of a correlated system of variables is such that it can be reasonably supposed to have arisen from random sampling. *Philos Mag*. 1900;50:157–75.
58. FISHER RA. On the interpretation of χ^2 from contingency tables, and the calculation of P. *J R Stat Soc*. 1985;1:87–94.
59. MARÔCO J. Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS). Report number. 2010.

ANEXO 1 – PERIODONTOGRAMA

PERIODONTOGRAMA

NOME: _____
 IDADE: _____
 DATA: _____

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
IPV																
ISG																
PS																
NCL																
SS																
SUP																
F																
M																
PALATINA																
IPV																
ISG																
PS																
NCL																
SS																
SUP																
F																
M																

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
IPV																
ISG																
PS																
NCL																
SS																
SUP																
F																
M																
LINGUAL																
IPV																
ISG																
PS																
NCL																
SS																
SUP																
F																
M																

Ass. do participante/ paciente _____ Ass. do aluno _____
 Ass. Do pesquisador/ professor _____

LEGENDA:

IPV - ÍNDICE DE PLACA VISÍVEL (0 - sem placa ou 1 - com placa)
 ISG - ÍNDICE DE SANGRAMENTO GENGIVAL (0 - sem sangramento ou 1 - com sangramento)
 PS - PROFUNDIDADE DE SONDAGEM (mm)
 NCL - NÍVEL CLÍNICO DE INSERÇÃO (mm)
 SS - SANGRAMENTO A SONDAÇÃO (0 - não sangrou) ou (1 - sangrou - marcar com caneta vermelha)
 SUP - SUPURAÇÃO (0 - não supurou) ou (1 - supurou - marcar com caneta vermelha)
 F - FURCA (nada, I, II ou III)
 M - MOBILIDADE (nada, I, II ou III)

ANEXO 2 – CPOD – COLETA DE DADOS



IMPACTO DA SAÚDE BUCAL SOBRE A QUALIDADE DE VIDA EM
INDIVÍDUOS COM DOENÇA PERIODONTAL.
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

I. IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO

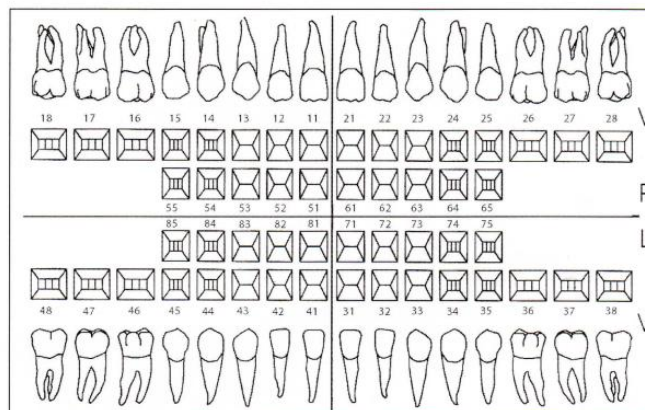
Paciente:.....Sexo..... Idade: ____ ANOS
 Registro:.....Telefone:.....
 Etilismo:.....Abstinência:.....
 Tabagismo:.....Cigarros/dia..... Escolaridade.....
 Situação Profissional.....

Avaliador/ Mestrando: Leonardo Zago Rocha

Supervisores: Dr^a. Fabrícia Suaid / Dr^a Roberta Batitucci / Dr^a. Camila Alencar

Revisor/Orientador: Dr. Alfredo Carlos Rodrigues Feitosa / Dr^a. Maria da Penha Zago Gomes

ODONTOGRAMA



	MAXILA	MANDÍBULA
NÚMERO DE ELEMENTOS		
CARIADOS		
OBTURADOS		
EXODONTIAS INDICADAS		
SITUAÇÃO PROTÉTICA		

LOCAL, DATA E ASSINATURA



ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO OHIP-14

IMPACTO DA SAÚDE BUCAL SOBRE A QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA PERIODONTAL. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Questionário Auto relatado OHIP – 14

I. IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO

Paciente: Sexo: Idade: ANOS Etilismo: Abstinência: Tabagismo: Cigarros/dia: Escolaridade:
Avaliador/ Mestrando: <i>Leonardo Zago Rocha</i>
Supervisores: <i>Drª. Fabrícia Suaid / Drª Roberta Batitucci / Drª. Camila Alencar</i>
Revisor/Orientador: <i>Dr. Alfredo Carlos Rodrigues Feitosa / Drª. Maria da Penha Zago Gomes</i>

II. INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Para todo o questionário, responder as questões seguindo a Escala de Likert, com os seguintes escores:

NUNCA (0); RARAMENTE (1); ÀS VEZES (2); REPETIDAMENTE (3); SEMPRE (4)

PERGUNTAS	RESPOSTAS
1.Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas de seus dentes, sua boca ou dentadura?	
2.Você sentiu que o gosto da comida tem piorado por causa de problemas de seus dentes, sua boca ou dentadura?	
3. Você sentiu dores em sua boca ou em seus dentes?	
4.Você se sentiu incomodado (a) ao comer algum alimento por causa de problemas de seus dentes, sua boca ou	
5.Você ficou preocupado (a) por causa de problemas de seus dentes, sua boca ou dentadura?	
6.Você se sentiu estressado (a) por causa de problemas de seus dentes, sua boca ou dentadura?	
7.Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas de seus dentes, sua boca ou dentadura?	
8.Você teve que parar suas refeições por causa de problemas de seus dentes, sua boca ou dentadura?	
9.Você sentiu dificuldades para relaxar por causa de problemas de seus dentes, sua boca ou dentadura?	
10.Você se sentiu envergonhado (a) por causa de problemas de seus dentes, sua boca ou dentadura?	
11.Você ficou irritado (a) com outras pessoas por causa de problemas de seus dentes, sua boca ou dentadura?	
12.Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias por causa de problemas de seus dentes, sua boca ou	
13.Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior por causa de problemas de seus dentes, sua boca ou dentadura?	
14.Você sentiu totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas de seus dentes, sua boca	

LOCAL, DATA E ASSINATURA

ANEXO 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, (nacionalidade) _____, residente e domiciliado à Rua _____, telefone _____, na cidade de _____, Estado de _____, fui convidada a participar da pesquisa intitulada:

IMPACTO DA PERCEPÇÃO DA CONDIÇÃO CLÍNICA BUCAL DE PACIENTES COM PERIODONTITE CRÔNICA SOBRE O PERFIL DA QUALIDADE DE VIDA, sob responsabilidade de Alfredo Carlos Rodrigues Feitosa.

1. Justificativa: Compreender e incluir as percepções dos pacientes em relação ao impacto da saúde bucal sobre suas vidas delimitando suas necessidades e as preocupações centrais quanto aos sinais e sintomas apresentados na cavidade bucal em relação à inflamação gengival e perda dentária e quanto aos resultados do tratamento gengival na perspectiva do paciente no sentido de chamar a atenção para a importância dos cuidados gengivais na sociedade.

2. Objetivo da Pesquisa: Avaliar a percepção do paciente que tem inflamação nas gengivas e perda de dentes que receberá tratamento gengival não cirúrgico e/ou cirúrgico relacionada a sua qualidade de vida. A condição clínica da boca a ser investigada neste estudo é a presença da infecção gengival, chamada de Periodontite Crônica. A informação da qualidade de vida será obtida do relato de cada paciente por meio do questionário OHIP-14 orientado pelo profissional da equipe de pesquisadores. Para participar desse estudo o indivíduo voluntário pode já ter recebido tratamento nas gengivas; pode ter pressão alta, cardiopatia, neuropatia, fibromialgia, alergia, diabete, e outros problemas sistêmicos, desde que estejam sob controle médico e que não impeçam a realização do tratamento gengival; e não pode estar grávida.

3. Procedimentos: Todos os indivíduos voluntários selecionados serão submetidos a exame clínico da boca inspecionando as gengivas, o estado dos dentes e receberá um questionário, chamado de OHIP com 14 perguntas para serem respondidas sobre a sua qualidade de vida relacionada aos seus dentes, boca ou dentadura. O exame das gengivas será realizado nas faces de cada dente com o auxílio de uma sonda metálica para comprovar a presença de inflamação chamada de bolsa periodontal, ou sangramento gengival, mobilidade dentária, ou ainda, da presença de inflamação gengival entre as raízes dos dentes, e, dentes ou raízes com indicação para extração. Os pacientes receberão tratamento gengival de raspagem e alisamento das raízes inflamadas sob anestesia local, polimento dos dentes, aplicação tópica de flúor e controle de placa dental usando pastilhas com corantes para registrar a presença de placa dental, ou algum tipo de cirurgia da gengiva para os casos onde a inflamação gengival ainda persiste. Estes procedimentos são simples, maioria das vezes, indolores e envolverão entre seis a oito consultas de aproximadamente 40 a 50 minutos em cada semestre do ano. Durante todo período da pesquisa, e, após esse tempo, serão mantidos em um programa de controle de placa dental mesclado com pacientes da Clínica de Periodontia (Gengiva) ou em programa/projeto de extensão. Os pacientes também, caso seja necessário, poderão fazer parte de um grupo específico de pacientes, chamado de grupo controle, para comparar um tipo de procedimento gengival padrão com um grupo de indivíduos testes, ou seja, outro tipo de procedimento gengival para eliminação da inflamação gengival. Os indivíduos que necessitarem de outros tratamentos poderão ser encaminhados às diferentes especialidades nas Clínicas do Instituto de Odontologia da UFES ou encaminhados para as Unidades Odontológicas do SUS.

4. Duração e Local da Pesquisa: Os atendimentos serão realizados no Ambulatório II do IOUFES sob a orientação dos Professores de Periodontia (Gengiva) da UFES durante um período de até 18 meses.

5. Riscos, Desconfortos e Benefícios: Existem riscos mínimos durante a realização do exame da gengiva e dos dentes, uma vez que os procedimentos são de rotina na prática médica odontológica. Existem riscos devido à presença da placa dental e a falta de seu controle acompanhado ou não; risco de ter a doença gengival detectada e não tratada, e risco de progressão da doença na ausência do paciente nos exames de reavaliação e de manutenção. Existe apenas um leve desconforto durante o ato de introdução da sonda metálica dentro da bolsa periodontal, com leve dor controlada ao toque e da sonda metálica para a verificação de cárie. Estes procedimentos são simples, maioria das vezes, indolores. Caso haja sensibilidade dolorosa acentuada, a alternativa clínica é o uso da anestesia local apropriada da região. Quanto à aplicação do questionário OHIP-14, o pesquisador durante a entrevista com cada paciente registrará por escrito o relato dos pacientes quanto à sua percepção de vida com relação ao estado dos seus dentes e gengiva. Este questionário será aplicado antes de se iniciar o tratamento e durante a fase ativa e de manutenção do tratamento gengival por um período de até 18 meses. O risco mínimo envolvido neste tipo de questionário pode ser a ansiedade gerada como expectativa para tratar os dentes e/ou gengiva. Para este fim será empregado o sistema de cooperação profissional da área de Periodontia visando promover rapidez nos casos clínicos que exigem menor tempo de duração clínica. Nos casos clínicos de maior complexidade, o paciente receberá o tratamento por fase, ou seja, com intervalos maiores entre os procedimentos clínicos e a nova consulta odontológica. Nas situações, que por ventura houver alteração psíquica seja na resposta seja no entendimento das perguntas estes deverão ser encaminhados à Clínica de Neurologia para avaliação e aguardar a liberação médica para tal fim, ou serão eliminados da amostra.

6. Acompanhamento e Assistência: Todos os que receberem tratamentos nas gengivais serão posteriormente acompanhados na Clínica de Periodontia para permanecerem em cada semestre no programa de manutenção ou de suporte do controle de placa dental para evitar efeitos e condições adversas oriundas do não controle adequado de higiene bucal ou ainda, se por ventura, de algum dano reversível durante a realização do ato operatório não cirúrgico ou cirúrgico gengival. Neste último caso, o participante que apresentar algum dano comprovadamente inspecionado pela equipe de pesquisadores, terá garantia da realização de procedimentos gengivais visando restabelecer a condição de saúde clínica gengival e será mantido em programa de revisão na Clínica de Periodontia da UFES.

7. Direito de Recusa em participar da Pesquisa: A participação na pesquisa não é obrigatória e caso algum dos participantes selecionados se recuse em participar, isso não resultará em nenhum tipo de penalidade ou prejuízo para os mesmos, podendo a qualquer momento se retirar da pesquisa. Todos os voluntários participantes da pesquisa receberão uma via (cópia) do termo de consentimento livre e esclarecido.

8. Garantia de Manutenção do Sigilo e Privacidade: Nenhum resultado será relatado com identificação pessoal do participante. Todos os cuidados serão tomados para manutenção do sigilo de sua identidade. Ao conceder o direito de retenção e uso de quaisquer documentos para fins de ensino e divulgação (dentro das normas vigentes) em jornais e revistas científicas do país e estrangeiras, será mantida a devida preservação do segredo profissional, a menos que a quebra seja por uma exigência judicial.

9. Ressarcimento Financeiro: Nenhuma ajuda financeira será concedida aos participantes, pela Instituição ou pela equipe de pesquisadores, relativa à participação na pesquisa, uma vez que nesta pesquisa não há recebimento financeiro de nenhum órgão ou entidade para pagar a participação de cada voluntário na pesquisa.

10. Esclarecimento de Dúvidas: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou perante a necessidade de reportar qualquer injúria ou dano relacionado com o estudo, eu devo contatar o pesquisador Dr. Alfredo Carlos Rodrigues Feitosa, nos telefones (27) 3335-7273/3335-7276/3335-7237 ou (27) 9999-4793 ou no endereço: Av. Marechal Campos, 1468 - Maruípe, Vitória-ES. Caso não consiga contatar o pesquisador ou para relatar algum problema, posso contatar o Comitê de Ética e Pesquisa do CCS/UFES pelo telefone (27) 3335-7211 ou correio, através do seguinte endereço: Universidade Federal do Espírito Santo, Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe, Prédio da Administração do CCS, CEP: 29040-090, Vitória-ES, Brasil.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o teor do presente documento entendendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo pesquisador.

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa **IMPACTO DA PERCEPÇÃO DA CONDIÇÃO CLÍNICA BUCAL DE PACIENTES COM PERIODONTITE CRÔNICA SOBRE O PERFIL DA QUALIDADE DE VIDA**, Eu, Alfredo Carlos Rodrigues Feitosa, declaro ter cumprido as exigências dos itens IV.3 e IV.4, da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

VITÓRIA, _____ de _____ de 2014.

Participante da Pesquisa

Nome do Pesquisador Responsável pelo Projeto: